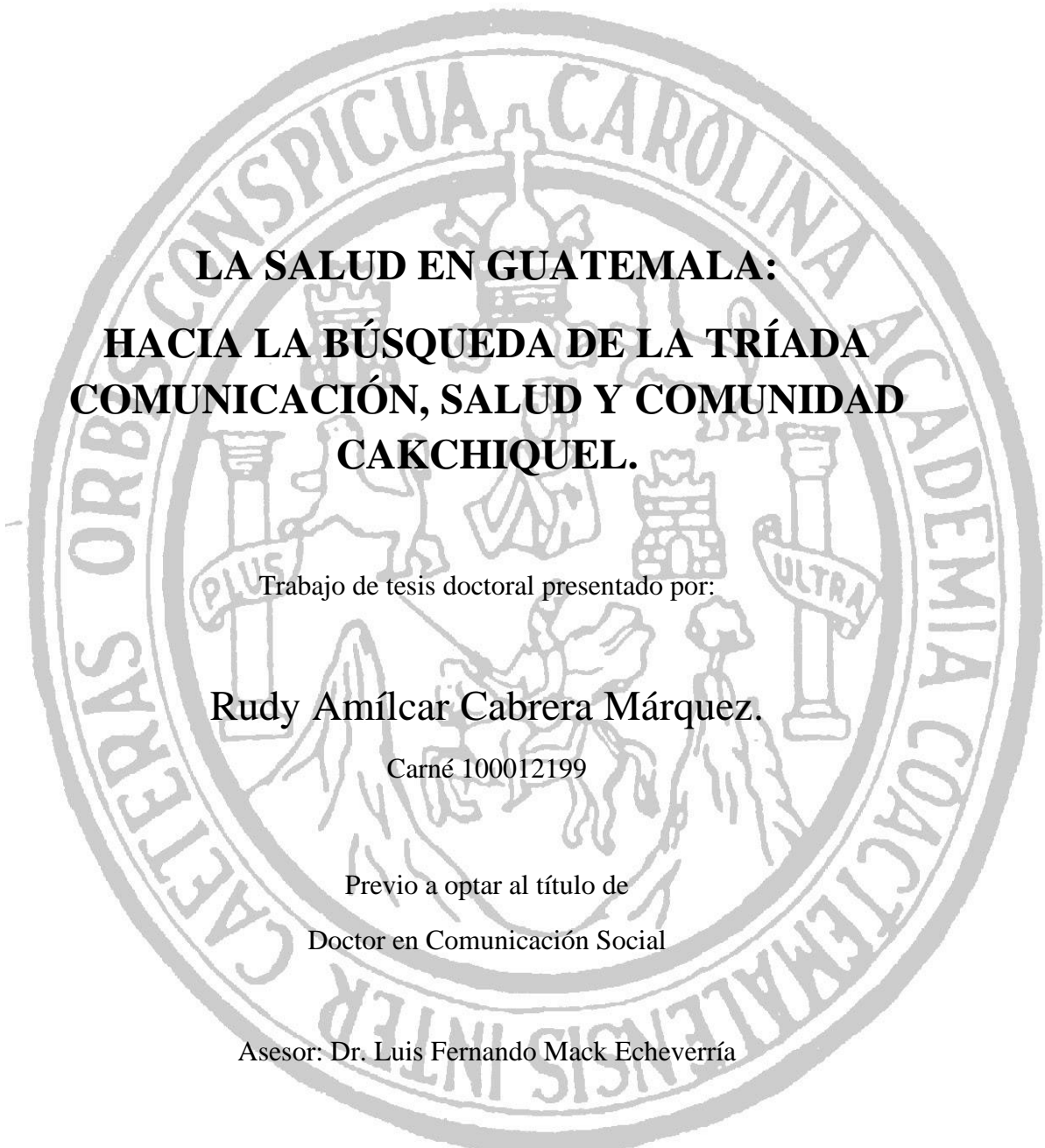


Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias de la Comunicación

Doctorado en Ciencias de la Comunicación



**LA SALUD EN GUATEMALA:
HACIA LA BÚSQUEDA DE LA TRÍADA
COMUNICACIÓN, SALUD Y COMUNIDAD
CAKCHIQUEL.**

Trabajo de tesis doctoral presentado por:

Rudy Amílcar Cabrera Márquez.

Carné 100012199

Previo a optar al título de
Doctor en Comunicación Social

Asesor: Dr. Luis Fernando Mack Echeverría

Guatemala, Junio de 2017

**LA SALUD EN GUATEMALA:
HACIA LA BÚSQUEDA DE LA TRÍADA
COMUNICACIÓN, SALUD Y COMUNIDAD
CAKCHIQUEL.**

Trabajo de tesis doctoral presentado por:

Rudy Amílcar Cabrera Márquez.

Carné 100012199

Previo a optar al título de
Doctor en Comunicación Social

Asesor: Dr. Luis Fernando Mack Echeverría

Guatemala, Junio de 2017

Este informe fue presentado por el autor
como trabajo de tesis previo a optar el grado
de Doctor en Comunicación Social

Guatemala, junio de 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala

Autoridades centrales

Rector	Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo
Secretario General	Dr. Carlos Enrique Camey Rodas

Escuela de Ciencias de la Comunicación

Director	M.Sc. Sergio Vinicio Morataya
----------	-------------------------------

Escuela de Ciencias de la Comunicación

Director	M.Sc. Sergio Vinicio Morataya
Representantes docentes	Mtro. Gustavo Morán Lic. Mario Campos
Representantes estudiantiles	Publicista Anaite Machuca Periodista Mario Barrientos
Representante de los egresados	Lic. Michael González Batres
Secretaria	M. Sc. Claudia Molina

Consejo Académico de Postgrado

Director de Escuela	M.Sc. Sergio Vinicio Morataya
Secretario	Mtro. Gustavo Morán



Escuela de Ciencias de la Comunicación
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 30 de agosto de 2017
ECC 1148-17

M.A.

Rudy Amílcar Cabrera Márquez
Esc. Ciencias de la Comunicación

Estimado M.A.:

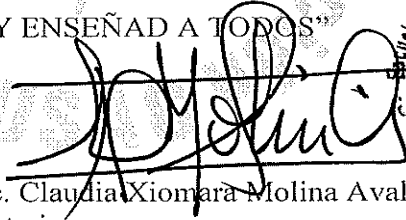
Para su conocimiento y efectos, me permito transcribir lo acordado por el Consejo Directivo en el Inciso 5.2, del Punto **QUINTO**, del Acta No. 17-17, de sesión celebrada el 22-08-2017.

“QUINTO: El Consejo Directivo conoce el Oficio Postgrado 234-2017, de fecha 21 de agosto de 2017, en el cual el Secretario del Consejo Académico de Postgrado, M.A. Gustavo Adolfo Morán Portillo, informa que los estudiantes del Doctorado en Comunicación Social, Cohorte 2010-2012, Karla Guisela Herrera Santos, Registro Académico No. 100016570, y Rudy Amílcar Cabrera Márquez, Registro Académico No. 100012199, dieron cumplimiento con las correcciones que les fueron planteadas en su defensa de Tesis Doctoral, por lo que solicita que se les autorice la orden de impresión. Al respecto el Consejo Directivo, **ACUERDA:** ...

5.2. Notificar al estudiante del Doctorado en Comunicación Social, Cohorte 2010-2012, M.A. Rudy Amílcar Cabrera Márquez, Registro Académico No. 100012199, que este Órgano de Dirección autoriza la Orden de impresión de la Tesis Doctoral titulada: “LA SALUD EN GUATEMALA: HACIA LA BÚSQUEDA DE LA TRIÁDA COMUNICACIÓN, SALUD Y COMUNIDAD CAKCHIQUEL”.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Escuela de Ciencias de la Comunicación
SECRETARIA

M.Sc. Claudia Xiomara Molina Avalos
Secretaria

CXMA/lm

Edificio M2,
Ciudad Universitaria, zona 12.
Teléfono: (502) 2418-8920
Telefax: (502) 2418-8910
www.comunicacionusac.org

Tribunal Examinador

Dr. Luis Fernando Mack Echeverría (Presidente)

Dra. Elba Marina Monzón Dávila (Vocal I)

Dr. Julio César Díaz Argueta (Vocal II)

PARA EFECTOS LEGALES,
ÚNICAMENTE EL AUTOR ES RESPONSABLE
DEL CONTENIDO DE ESTE TRABAJO

Rudy Amílcar Cabrera Márquez

ÍNDICE

	pp.
Introducción	1
1. Capítulo 1. El Problema	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Planteamiento del Problema	8
1.2.1 Interrogante Central	12
1.2.2 Interrogantes Secundarias	13
1.3 Justificación	13
1.4 Delimitación y alcances	14
2. Capítulo 2. Metodología	17
2.1 Hipótesis	18
2.2 Variables	19
2.2.1 Variable Independiente: estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria	20
2.2.2 Variable independiente: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación	21
2.2.3 Variable independiente: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación	21
2.2.4 Variable dependiente: salud de las comunidades cachiquestes	22
2.3 Objetivos	23
2.3.1 General	23
2.3.2 Específicos	23
2.4 Instrumentos	23
2.5 Cuestionario	24
2.5.1 Selección de la muestra	26
2.5.2 Elaboración de cuestionario	28
2.5.3 Capacitación del encuestador y prueba de campo	29
2.5.4 Realización de la encuesta	29
2.5.5 Elaboración del plan de análisis y la base de datos	30
2.6 Entrevistas estructuradas del nivel local	30
2.6.1 Selección de los informantes	31
2.6.2 Elaboración de la guía de entrevista estructurada	31
2.6.3 Realización de las entrevistas	31
2.6.4 Tratamiento y análisis de datos	32
2.7 Entrevistas estructuradas del nivel central	32
2.7.1 Selección de los informantes	32
2.7.2 Elaboración de la guía de entrevista estructurada	33
2.7.3 Realización de las entrevistas	33

2.7.4	Tratamiento y análisis de datos	33
3.	Capítulo 3. Comunicación	35
3.1	Comunicación y su relación con otras disciplinas	38
3.2	Teorías de comunicación	41
3.3	Modelos de comunicación	48
3.3.1	Modelo de las funciones sociales: Paul Lazarsfeld	49
3.3.2	Modelo de la comunicación interpersonal: Wilbur Schramm	50
3.3.3	Modelo del análisis del contenido del mensaje: Bernard Berelson	52
3.3.4	Modelo de transformación continua: David K. Berlo	52
3.4	Comunicación Interpersonal	55
3.4.1	Comunicación interpersonal y sus efectos	58
3.4.2	Empatía con el sistema social	64
3.4.3	Fidelidad en la comunicación	66
3.4.4	Formas de comunicación personal	70
3.4.5	Interacción, interactuación o interlocución	73
4.	Capítulo 4. Salud	81
4.1	Rasgos de salud en Guatemala	84
4.2	Atención primaria de salud	89
4.3	Sistema institucional de salud	94
4.4	Sistema alternativo de salud maya	99
5.	Capítulo 5. Comunidad cakchiquel	105
5.1	Mesoamérica	105
5.2	Cultura maya	106
5.3	Etnia cakchiquel	110
5.4	Comunidad maya-cakchiquel, en Santa Apolonia	131
6.	Capítulo 6. Estrategia de comunicación	139
6.1	Educación para la Salud	139
6.2	Estrategia de información, educación y comunicación –IEC-	145
7.	Capítulo 7. Análisis y presentación de resultados	155
7.1	Encuesta de campo	156
7.1.1	Análisis descriptivo individual de la encuesta	157
7.1.2	Análisis descriptivo general de la encuesta	217
7.2	Entrevistas estructuradas del nivel local	223
7.2.1	Análisis descriptivo individual de las entrevistas del nivel local	224
7.2.2	Análisis descriptivo general de la entrevistas del nivel local	224
7.3	Entrevistas estructuradas del nivel central	229

7.3.1	Análisis descriptivo individual de las entrevistas del nivel central	230
7.3.2	Análisis descriptivo general de las entrevistas del nivel central	230
7.4	Análisis dinámico de resultados	236
8.	Capítulo 8. Discusión de resultados	251
9.	Conclusiones	271
10.	Recomendaciones	275
11.	Referencias	277
	Anexos	289
	Anexo 1: Cuestionario	289
	Anexo 2: Guía de entrevistas estructuradas en el nivel local	295
	Anexo 3: Guía de entrevistas estructuradas en el nivel central	297
	Anexo 4: Transcripción de las entrevistas estructuradas en el nivel local	299
	Anexo 5: Transcripción de las entrevistas estructuradas en el nivel central	319
	Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación	335
	Cuadro tabular 1: Análisis individual de respuestas de entrevistas locales	335
	Cuadro tabular 2: Análisis individual de respuestas de entrevistas centrales	341
	Cuadro tabular 3: Indicadores de la variable estrategia de comunicación	351
	Cuadro tabular 4: Indicadores de la variable contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación	364
	Cuadro tabular 5: Indicadores de la variable contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación	372
	Cuadro tabular 6: Indicadores de la variable salud de las comunidades cakchiqueles	378
	Anexo 7: Propuesta: Guía para desarrollar metodología de mediación cultural en mensajes de la estrategia de comunicación	381
	Anexo 8: Fotos en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango	385
	Apéndice I: Figuras	
	Figura 1: Relación de variables de la hipótesis	19

Figura 2: Elementos indispensables de la comunicación	36
Figura 3: Áreas de asociación de la corteza cerebral	40
Figura 4: Mapa del departamento de Chimaltenango	133
Figura 5: Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango	134

Apéndice II: Cuadros

Cuadro 1: Comunidades y número de cuestionarios respondidos por informantes	157
Cuadro 2: Tipo de personal que realiza capacitaciones a madres de las comunidades	158
Cuadro 3: Caracterización de la calidad de la estrategia de comunicación	218
Cuadro 4: Indicador: abordaje de la estrategia de comunicación	252
Cuadro 5: Indicador: estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación	253
Cuadro 6: Indicador: cobertura de la estrategia de comunicación en la comunidad	254
Cuadro 7: Indicador: percepción que se tienen de la estrategia de comunicación	255
Cuadro 8: Indicador: calidad con la que se desarrolla la estrategia de comunicación	256
Cuadro 9: Resumen de la variable estrategia de comunicación	258
Cuadro 10: Indicador: contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación	259
Cuadro 11: Indicador: concepción del proceso de salud y enfermedad	260
Cuadro 12: Indicador: cómo se desarrolla el proceso de educación en salud	261
Cuadro 13: Indicador: canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes a las personas de la comunidad	262
Cuadro 14: Resumen de la variable contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación	263
Cuadro 15: Indicador: cosmovisión y cultura de los receptores de la estrategia de comunicación	264
Cuadro 16: Indicador: nivel educacional de los receptores de la estrategia de comunicación	266
Cuadro 17: Indicador: han recibido capacitación los receptores de la estrategia de comunicación	267
Cuadro 18: Indicador: sienten confianza en el proceso de educación para la salud los receptores de la estrategia de comunicación	267
Cuadro 19: Indicador: resumen de la variable contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación	268
Cuadro 20: Resumen de los indicadores de las tres variables independientes del estudio	269

Apéndice III: Gráficas

Gráfica 1: Edad de las madres informantes	159
Gráfica 2: Nivel educativo de las madres informantes	160
Gráfica 3: Asistencia de madres informantes al Centro Comunitario de Salud	161

Gráfica 4: Asistencia de madres informantes al Centro de Salud de Santa Apolonia	162
Gráfica 5: Atención de las madres informantes por el Equipo Básico de Salud	163
Gráfica 6: Capacitación a madres informantes por la Educadora de Salud y Nutrición	164
Gráfica 7: Capacitación a madres informantes en el Centro de Salud Santa Apolonia	165
Gráfica 8: Capacitación a madres informantes por el personal de salud	166
Gráfica 9: Capacitación a personas de la comunidad por técnicos o personal de salud	167
Gráfica 10: Capacitación a comadronas y promotores de salud de la comunidad	168
Gráfica 11: Atención en los servicios de salud	169
Gráfica 12: Respeto de los educadores a las audiencias durante las capacitaciones	170
Gráfica 13: Esmero de los educadores en las capacitaciones	171
Gráfica 14: Respeto a los conocimientos de las madres informantes	172
Gráfica 15: Explicaciones de los educadores en las capacitaciones	173
Gráfica 16: Afecto de los educadores en las capacitaciones	174
Gráfica 17: Confianza de las madres informantes durante las capacitaciones	175
Gráfica 18: Experiencia de los educadores	176
Gráfica 19: Conocimiento de los educadores	177
Gráfica 20: Saturación de mensajes en las capacitaciones	178
Gráfica 21: Idioma utilizado en las capacitaciones	179
Gráfica 22: Respeto a la cultura local en las capacitaciones	180
Gráfica 23: Conocimiento de los educadores de las costumbres de la comunidad	181
Gráfica 24: Conocimiento de la realidad local en las capacitaciones	182
Gráfica 25: Relación de las capacitaciones con tradiciones locales	183
Gráfica 26: Armonía en las capacitaciones	184
Gráfica 27: Interés en las capacitaciones	185
Gráfica 28: Utilidad de las capacitaciones	186
Gráfica 29: Capacitaciones y resolución de los problemas de salud	187
Gráfica 30: Capacitaciones y resolución de problemas de salud de los niños	188
Gráfica 31: Capacitaciones y resolución de problemas de salud de la familia	189
Gráfica 32: Calidad de los consejos que les dan en las capacitaciones	190
Gráfica 33: Reconocimiento de las diferencias culturales en las capacitaciones	191
Gráfica 34: Forma de persuasión en las capacitaciones	192
Gráfica 35: Empatía en las capacitaciones	193
Gráfica 36: Afecto y buena relación en las capacitaciones	194
Gráfica 37: Entendimiento de los educadores del pensar y sentir de sus audiencias	195
Gráfica 38: Respeto de los educadores a los conocimientos locales de salud	196

Gráfica 39: Respeto de los educadores a los conocimientos ancestrales de salud	197
Gráfica 40: Imposición de los conocimientos de salud de los educadores	198
Gráfica 41: Aceptación de los educadores de los conocimientos de salud de las audiencias	199
Gráfica 42: Participación de las audiencias en las capacitaciones	200
Gráfica 43: Reconocimiento de la otra persona en la interacción	201
Gráfica 44: comportamiento de los educadores en las capacitaciones	202
Gráfica 45: Equilibrio en la conversación entre los educadores y sus audiencias	203
Gráfica 46: Equilibrio de conocimientos entre emisores y receptores	204
Gráfica 47: Forma en que escuchan los educadores a las audiencias	205
Gráfica 48: Aceptación de los educadores de las formas de pensar de sus audiencias	206
Gráfica 49: Trato de los educadores a las audiencias	207
Gráfica 50: Discriminación de los educadores a las audiencias	208
Gráfica 51: Equilibrio del trato entre los educadores y las audiencias	209
Gráfica 52: Participación de las audiencias en las capacitaciones	210
Gráfica 53: Aceptación de los educadores de las explicaciones de las audiencias	211
Gráfica 54: Incomodidad de las audiencias en las capacitaciones	212
Gráfica 55: Resolución de dudas a las audiencias en las capacitaciones	213
Gráfica 56: Participación de los educadores en las capacitaciones	214
Gráfica 57: Socialización de los mensajes de cambio con sus familias	215
Gráfica 58: Socialización de los mensajes de cambio con la comunidad	216

Resumen

En países subdesarrollados se ha mejorado la situación de salud de las poblaciones en alto riesgo biológico y social, a través de acciones educativas y la aplicación de una estrategia de comunicación que logró cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de esas poblaciones.

En Guatemala, en los últimos veinte años se han realizado acciones de educación para la salud y se ha aplicado una estrategia de comunicación para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones más desprotegidas. Estas acciones han logrado mejorar los indicadores de salud en las poblaciones rurales ladinas, pero no en las poblaciones rurales indígenas.

Por tanto, surgió la interrogante del por qué la estrategia de comunicación de los programas de educación para la salud comunitaria no ha contribuido a mejorar la salud de las comunidades maya-cakchiqueles de Guatemala, en la misma medida que en las comunidades ladinas. Esta interrogante fue la guía de la investigación.

Los resultados muestran que la estrategia de comunicación no ha sido eficaz porque existe un problema entre la codificación de los mensajes, elaborados por el equipo emisor de la estrategia, y la decodificación de los mismos, por parte de las personas receptoras. Ello se debe a diferencias culturales existentes entre los emisores y los receptores de la estrategia de comunicación.

La codificación de mensajes de la estrategia se realiza dentro de un contexto de medicina occidental, o de la cultura ladina, y la decodificación la efectúan las personas receptoras de la estrategia, dentro de un contexto de la cosmovisión y el sistema alternativo de salud, mayas.

LA SALUD EN GUATEMALA: HACIA LA BÚSQUEDA DE LA TRÍADA COMUNICACIÓN, SALUD Y COMUNIDAD CAQCHIQUEL.

Introducción

El autor de la presente investigación laboró por largo tiempo en el Ministerio de Salud de Guatemala, en donde pudo observar las desigualdades en las condiciones de salud entre las poblaciones mayas y ladinas, a pesar que en ambas poblaciones se han desarrollado las mismas acciones preventivas de salud y el mismo proceso de educación para la salud apoyado por una estrategia de comunicación.

Las desigualdades de salud entre poblaciones ladinas e indígenas están ratificadas en estudios sanitarios recientes realizados en el país. En ellos se señalan las desventajas que tienen las poblaciones de comunidades mayas que incluyen al pueblo cakchiquel en materia de salud, con respecto a las poblaciones de comunidades ladinas. Por ese motivo surgió la inquietud de realizar un estudio que relacione comunicación, salud y comunidad cakchiquel.

El sistema institucional de salud encabezado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante las últimas dos décadas, ha utilizado la misma estrategia de comunicación en el proceso de educación para la salud, aplicada a personas de comunidades ladinas y a personas de comunidades no ladinas, pero los resultados obtenidos han sido positivos en en comunidades ladinas, y muy poco significativos en indígenas, como es del caso de los pueblos maya-cakchiqueles.

La estrategia de comunicación que ha utilizado el ministerio de salud a nivel comunitario se ha desarrollado con el objetivo que las personas de comunidades pobres y rurales del país, tanto maya-cakchiqueles como ladinas, puedan tener cambios positivos en sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud para mejorar su nivel de salud y calidad de vida.

Reportes recientes muestran que la situación de salud en personas de comunidades pobres y rurales, se ha mejorado en personas de los grupos ladinos y se ha quedado estancada en personas de pueblos no ladinos.

En las comunidades ladinas se han mejorado los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil, pero esto no ha sucedido en las comunidades cakchiqueles. Eso no puede ser aceptable porque la mayoría de causas de morbilidad y mortalidad en niños y mujeres pueden ser tratables y prevenibles con intervenciones de bajo costo, tanto en comunidades indígenas como ladinas.

Algunos ejemplos de desigualdades muestran que la desnutrición crónica es casi el doble en niños indígenas que en niños ladinos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido cuatro veces más rápida en los niños ladinos que en los indígenas y la tasa de mortalidad materna es tres veces más alta en mujeres indígenas que en las ladinas.

Por tanto, se puede pensar que la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria no ha contribuido a mejorar los problemas de salud y nutrición de las personas pertenecientes a comunidades maya-cakchiqueles en la misma medida que ha contribuido a mejorar la situación de salud y nutrición en las poblaciones de comunidades ladinas.

La presente investigación tiene el propósito de indagar los motivos por los cuales esa estrategia de comunicación no ha contribuido a mejorar la salud de las comunidades maya-cakchiqueles.

El estudio ha sido realizado a través de una revisión documental, una encuesta de campo dirigida a madres de comunidades cakchiqueles en su calidad de receptoras de la estrategia de comunicación y entrevistas estructuradas dirigidas a trabajadores del sistema institucional de salud del nivel central y local, en su calidad de informantes clave, como miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación.

El informe de investigación contiene ocho capítulos. El capítulo 1 describe el problema, consistente en la brecha que existe entre la salud de las personas de las

comunidades ladinas e indígenas, en detrimento de estas últimas, a pesar que en los dos tipos de comunidades se desarrollan las mismas acciones de educación para la salud a través de la aplicación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación - IEC-, como instrumento para transformar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud, a fin de volverlos positivos para mejorar el nivel de vida de esas comunidades.

En el capítulo 2 se describe la metodología, con sus objetivos, hipótesis, variables e indicadores de la investigación. Es un estudio cualitativo, histórico-descriptivo (estudio de caso) donde se plantea que la brecha en el estado de salud que existe entre las poblaciones ladinas e indígenas, incluyendo la etnia cakchiquel, se debe a las diferencias culturales entre los emisores (que tienen una visión occidental) y los receptores (que poseen una cosmovisión maya-cakchiquel) de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria.

En el capítulo 3 se describe la relación que tiene la comunicación con otras disciplinas, se presentan algunas teorías y modelos de comunicación, comunicación interpersonal, fidelidad y empatía de la comunicación, su relación con el sistema social y la interlocución dentro del proceso de comunicación interpersonal. Este capítulo sirve de referencia para analizar la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria.

En el capítulo 4 se describe lo que es el sistema institucional de salud de Guatemala y sus diferencias con el sistema alternativo de salud maya. El sistema institucional es el representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el sistema alternativo de salud maya es el que se practica en la mayoría de comunidades maya-cakchiqueles del país.

En el capítulo 5 se hace una descripción de las culturas mesoamericanas, la cultura maya, y las comunidades cakchiqueles del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango.

En el capítulo 6 se analiza la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, utilizada en las dos últimas décadas por parte del ministerio de salud. El análisis de la estrategia se enfoca principalmente, a la cobertura y calidad con que ha sido aplicada en las comunidades cakchiqueles sujetas de estudio.

El capítulo 7 contiene el análisis y presentación de resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, la encuesta dirigida a las madres de las comunidades estudiadas, y las entrevistas estructuradas dirigidas a informantes clave del ministerio de salud, tanto del nivel central como del nivel aplicativo local.

En el capítulo 8 se presenta la discusión de resultados, y posteriormente, aparecen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo 1. El Problema

1.1 Antecedentes

Para lograr un buen nivel de salud en personas, familias y colectivos sociales el sistema de salud debe desarrollar acciones preventivas y curativas de una manera sincrónica y coordinada. Las acciones preventivas deben realizarse antes que aparezca la enfermedad y las acciones curativas cuando la misma ya se encuentra presente.

Según Álvarez (2002), en el proceso salud-enfermedad se presentan tres períodos importantes: pre-patogénico, patogénico y pos-patogénico. En el pre-patogénico no se ha dado la enfermedad y es el momento oportuno para hacer educación para la salud. En el período patogénico se da el apareamiento de la enfermedad, es el momento de realizar un diagnóstico oportuno y aplicar el tratamiento adecuado para limitar el desarrollo de esa enfermedad. En el período pos-patogénico puede darse el paso a un estado crónico de la enfermedad o la muerte del individuo, pero las acciones de salud deben ir encaminadas a rehabilitar al enfermo, tratando de restituir su función orgánica.

Las acciones preventivas de salud en Guatemala toman auge a partir de la revolución del 20 de octubre de 1944. Dicha revolución se interrumpió por un golpe de Estado en 1954, cuando ya "...había logrado en sus dos períodos de gobiernos democráticos grandes transformaciones y avances en los temas económicos, sociales, políticos y culturales". (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2010: p. 2)

La revolución de 1944 constituye un parte aguas en el sistema institucional de salud. Antes de la revolución, por lo general, no se desarrollaban acciones preventivas de salud, únicamente se realizaban actividades curativas a través de la red de hospitales. Entre los avances de ese período democrático se consideró que "También era necesario legislar para brindar más atención a la salud, a la seguridad y al trabajo". (Barrera, 2010: p.1)

Rivera (1985), dice que antes de 1944 las acciones de salud pública eran desarrolladas en el Ministerio de Gobernación y Justicia y fue hasta 1945 que se creó el Ministerio de Salud Pública como una Secretaría de Estado y posteriormente fue elevada a Ministerio de Estado, creando unidades de medicina preventiva.

El modelo de salud preventiva y curativa que legó la revolución de 1944 ha persistido hasta la actualidad, con algunas variaciones que se han efectuado, como por ejemplo, "...en 1998 se implementó el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), como un programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud". (Cabrera, 2003: p. 32)

El programa de extensión de cobertura estuvo vigente hasta el año 2014, y al clausurarse, las acciones preventivas que desarrollaba ese programa fueron asumidas por otras instancias del primer nivel de atención del ministerio de salud.

En el año 2004 se oficializa en el ministerio de salud la estrategia preventiva denominada Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Niñez y Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad - AIEPI-AINM-C-.

Con respecto a la estrategia AIEPI-AINM-C-, en el documento Ministerio de Salud Pública y A. S. (2004a) están contenidas las normas para evaluar, clasificar y tratar al niño y niña de 2 meses a menores de 5 años de edad.

Y en el documento Ministerio de Salud Pública y A. S. (2004b) están contenidas las normas para la identificación de signos o señales generales de peligro en el embarazo y atención prenatal, y la manera de evaluar, clasificar y tratar a la mujer y los recién nacidos.

En la actualidad la estrategia AIEPI-AINM-C- es denominada únicamente como estrategia de Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad -AINM-C-. En apoyo a ella, en el año 2004 surgió el programa Creciendo Bien, el cual "...desarrolló una estrategia de comunicación que contiene muchos elementos sobre el origen del

programa y sus raíces, sensibilizando a la población sobre el problema de la desnutrición, sus causas y las acciones para prevenirla”. (Marini et al., 2009: p. 75)

Creciendo Bien desarrolló acciones preventivas de educación para la salud, pero sus actividades se clausuraron en el año 2008 por disposición del gobierno de turno. Sin embargo, en el ministerio de salud se han seguido desarrollando acciones de atención integral a la niñez y a la mujer en la comunidad.

En Guatemala, donde la prevalencia de la desnutrición crónica es la más alta de todo Centroamérica, la implementación del AIN-C se hizo a través de una estrategia llamada Atención Integral a la Niñez y Mujer en la Comunidad, o AINM-C, que se enfoca en los niños y niñas menores de dos años y las mujeres en edad fértil. La estrategia se estableció en el año 2002 para fortalecer el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención (implementado desde 1998) y vinculada al AIEPI comunitario, y contó con el apoyo técnico y financiero de USAID y la participación de ONG socias del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS). (Marini et al., 2009: p. 117)

Las acciones de educación para la salud, AINM-C y otras que se desarrollan en el ministerio de salud (sistema institucional de salud) han sido apoyadas por la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-.

La estrategia IEC se ha utilizado en los servicios del ministerio de salud, especialmente en el primer nivel de atención, con la finalidad de transformar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud –CAPS- de las personas y familias de las poblaciones en riesgo, a fin de que estos se vuelvan positivos para lograr un mejor nivel de vida, salud y nutrición en las personas y comunidades.

Su uso se volvió obligado desde el año 2002, en el programa de extensión de cobertura, que amplió los cuidados de salud en el primer nivel de atención con la prestación de servicios básicos de salud en la población del área rural.

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y A. S. (2007), en el primer nivel de atención, los servicios básicos de salud han sido prestados por el equipo básico de salud –EBS-, que está compuesto por un médico o enfermera ambulatorios, un facilitador institucional y las educadoras comunitarias de salud y nutrición.

Los miembros del EBS, en las comunidades rurales han desarrollado acciones de información, educación y comunicación –IEC- para propiciar el cambio de comportamientos en salud y nutrición. Estas actividades las han realizado con las madres y cuidadores de niños menores de cinco años. Las han efectuado por medio de medio de consejerías personalizadas, sesiones educativas, grupos de apoyo y charlas sobre temas de salud y nutrición.

Pero a pesar de las acciones preventivas y la aplicación de la estrategia de información, educación y comunicación que se han desarrollado en el primer nivel de atención, “...la tasa de mortalidad materno-infantil y particularmente la desnutrición crónica están dentro de las más altas del mundo... y son particularmente vulnerables los habitantes rurales y las comunidades indígenas”. (Banco Mundial, 2005: p. 35)

La situación de salud se ha mejorado en poblaciones rurales no indígenas, pero no se han dado cambios significativos en la salud de las poblaciones de las comunidades mayas rurales. Un ejemplo de ello es que “La desnutrición crónica es casi el doble en los niños y niñas indígenas, 65.9 por ciento, que en los niños y niñas no indígenas, 36.2 por ciento”. (Ministerio de Salud Pública y A. S. et al., 2010: p. 310)

1.2. **Planteamiento del problema**

Según el Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil (2009), para reducir los altos índices de mortalidad materno-infantil y desnutrición crónica, en las comunidades más vulnerables se han aplicado estrategias como la Información, Educación y Comunicación -IEC-, para propiciar cambios positivos en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población.

La educación para la salud (que contiene la estrategia de comunicación) ha sido dirigida a los sectores de la población indígena, rural y pobre, a fin de estimular el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas. Para ello se debe tomar en cuenta otros factores asociados a la cultura, la exclusión y pobreza.

La desnutrición crónica es un índice directo para medir la salud de la población, debido a la estrecha relación que existe entre salud y nutrición. Por ejemplo, la desnutrición fetal predispone a los individuos a enfermedades crónicas en la edad adulta, aumentando su susceptibilidad a los factores de riesgo de estas.

Siendo la desnutrición un problema de salud en Centroamérica, en el pasado se combatió con estrategias de suplementación alimentaria, pero la evidencia demostró que no era ese el camino para manejar el problema, porque la principal causa de la desnutrición eran las prácticas familiares inadecuadas en materia de salud y nutrición. Por tanto, en Centroamérica desde 1991 se han desarrollado programas contra la desnutrición, fundamentados en una estrategia de comunicación para cambiar hábitos y prácticas alimenticias.

Estos programas mostraron ser una buena herramienta para la lucha contra la desnutrición y se denominaron programas de promoción del crecimiento con base comunitaria -PCBC-.

Los PCBC concentran sus esfuerzos en la atención y prevención de la desnutrición, con el objetivo de mantener a los niños y niñas sanos, ofreciendo consejería personalizada a las madres, dirigida a la toma de acciones más que a la transferencia de información.

Según Marini et al. (2009) los PCBC también se han desarrollado con éxito en otras partes del mundo, por ejemplo en Madagascar y Honduras, y las evaluaciones han demostrado sus efectos positivos. El programa en Madagascar estuvo bien focalizado en las comunidades más pobres y vulnerables y produjo una reducción de un punto porcentual por año en la desnutrición crónica.

En Honduras, el programa es denominado Atención Integral a la Niñez Comunitaria -AIN-C- y ha mostrado efectos positivos sobre la desnutrición de ese país, siendo efectiva su aplicación en los hogares más pobres.

Lo anterior indica que estos programas comunitarios fundamentados sobre un proceso de educación para la salud y una adecuada estrategia de comunicación, han producido resultados positivos y significativos en la salud de la población de otros países con índices de subdesarrollo similares a los de Guatemala.

En Guatemala, para mejorar la nutrición y la salud de las familias de las comunidades rurales, desde 1999 se ha desarrollado programas de promoción del crecimiento con base comunitaria, bajo el nombre de estrategia de Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad –AINM-C-, la cual ha sido acompañada con la estrategia de Información, Educación y Salud –IEC-.

Sin embargo, no se consiguieron resultados positivos y significativos como en el caso de Madagascar y Honduras. Más bien, en Guatemala se ha tenido un ritmo lento en comparación con otros países de similares características de subdesarrollo. Los pocos avances obtenidos han beneficiado a la población de una manera desigual, donde las ventajas han sido para las poblaciones urbanas y no indígenas.

La población no indígena está constituida por ladinos o mestizos, mientras que la población indígena está constituida por mayas, xinkas y garífunas. El pueblo ladino está distribuido en todo el territorio nacional y sus ubicaciones geográficas muchas veces coinciden con la de los pueblos mayas.

El pueblo ladino o mestizo aparece al final de la conquista. Procede de hijos de conquistadores o pobladores españoles con mujeres originarias; aunque, desde muy temprano en la Colonia, surgieron de la mezcla entre sí de los que ya eran mestizos. Desde los primeros tiempos, aquellos hijos mestizos fueron inclinados hacia la cultura paterna, al idioma español y los usos españoles. De ahí parece provenir el nombre ladino, que se refiere a personas que se han latini o ladinizado, al hablar una lengua desprendida de la cultura madre latina del Mediterráneo. (Ministerio de Educación, 2003a: p. 9)

Las comunidades lingüísticas mayas (dentro de las cuales se encuentra el pueblo cakchiquel) han evolucionado a partir del Protomaya (que significa primer idioma maya). En Guatemala se hablan 21 idiomas mayas y sus comunidades lingüísticas están distribuidas en 18 de los 22 departamentos geográficos del país. Oficialmente no

se encuentran mayas en Zacapa, El Progreso, Jutiapa y Santa Rosa. (Ministerio de Educación, 2003b: p. 10)

La comunidad xinca es mínima y está ubicada en seis municipios del departamento de Santa Rosa que son: Chiquimulilla, San Juan Tecuaco, Guazacapán, Nueva Santa rosa, Santa María Ixhuatán y Taxisco (Ministerio de Educación, 2003c: p. 9)

El pueblo garífuna inicia su historia en Guatemala en 1802, cuando un contingente de caribes negros, luego de un naufragio, arribó a la isla de Roatán, frente a las costas de Honduras. Desde entonces se dispersaron por la costa atlántica guatemalteca y centroamericana. (Ministerio de Educación, 2003d: p. 9)

Las personas de las etnias indígenas y los ladinos del área rural, han sido beneficiados con las mismas acciones de Información, Educación y Comunicación dentro del proceso de educación para la salud, pero la población indígena no ha tenido impactos positivos en su situación de salud y nutrición, como ha sido el caso de la población ladina.

Según el Ministerio de Salud Pública et al. (2010), los indicadores de morbilidad y mortalidad tienen una tendencia descendente en el contexto global del país, pero cuando se focalizan geográficamente esos mismos indicadores, se observa que persisten brechas, desigualdades y disparidades en regiones y departamentos, en detrimento de los grupos indígenas.

Según el Banco Mundial (2005) la tasa de reducción de la desnutrición crónica en niños indígenas ha sido la mitad de la tasa correspondiente para los no indígenas, y la mortalidad materna es de 70 por 100,000 en la población no indígena y de 211 por 100,000 para mujeres indígenas.

Las muertes maternas debidas a hemorragia, infección, hipertensión inducida por el embarazo y complicaciones del aborto ocurren en departamentos geográficos que tienen predominancia de población indígena, rural y pobre.

Según Marini et al. (2009), una estrategia de comunicación comprensiva y bien definida juega un rol fundamental en la sostenibilidad e impacto de los programas de promoción del crecimiento con base comunitaria, especialmente si la misma ha sido construida sobre las bases de mercado social y dirigida al mejoramiento de las prácticas en el ámbito familiar y comunitario.

Dentro de ese enfoque el sistema institucional de salud de Guatemala (ministerio de salud), en las últimas dos décadas ha desarrollado actividades de educación para la salud en las comunidades rurales, acciones que han sido acompañadas por la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-, pero los resultados obtenidos en las comunidades maya-cakchiqueles no han sido gratificantes.

Por tanto, se puede pensar que la estrategia de comunicación no ha logrado impactar positivamente en los conocimientos actitudes y prácticas de salud y nutrición de las poblaciones de las comunidades indígenas en general, y de las comunidades cakchiqueles en particular.

En vista de esa situación, se hace necesario revisar el proceso de educación para la salud e investigar por qué la estrategia de Información, Educación y Comunicación no ha dado los resultados esperados en las comunidades mayas y especialmente dentro del pueblo cakchiquel, que es lo que se presenta en el presente caso. Eso da lugar a plantear algunas preguntas o interrogantes que pueden ser los ejes de la investigación. De esas interrogantes se podrán desprender otras, que surgirán durante el estudio.

1.2.1 **Interrogante central**

¿Por qué la estrategia de comunicación de los programas de educación para la salud comunitaria no ha contribuido a mejorar la salud de las comunidades maya-cakchiqueles?

1.2.2 Interrogantes secundarias

¿Sobre qué teorías de comunicación se fundamenta la estrategia de comunicación utilizada en los programas de educación en salud comunitaria?

¿Cómo ha sido el abordaje de la estrategia de comunicación utilizada en los programas de educación en salud comunitaria?

¿Cuál ha sido el grado de penetración de la estrategia de comunicación en las comunidades maya-cakchiqueles?

1.3. Justificación

En Guatemala se han realizado estudios del sistema institucional de salud, los cuales se han enfocado a la forma de desarrollar las acciones y los programas de salud en los diferentes niveles de salud, incluyendo el nivel comunitario. Esos estudios se han efectuado desde el punto de vista de la salud pública, o sea la forma en que se desarrollan las actividades de salud y atención médica.

Para hacer un aporte científico diferente, el presente trabajo de investigación está enfocado hacia el estudio del papel que juega la comunicación interpersonal, en la educación en salud que se realiza en el nivel comunitario, es decir, el papel que juega la comunicación en las acciones de promoción y prevención de salud, que son dirigidas a las comunidades maya-cakchiqueles.

En las últimas dos décadas, el ministerio de salud de Guatemala con ayuda de instituciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, ha aplicado una estrategia de comunicación que ha sido construida sobre las bases de mercado social y ha sido dirigida al mejoramiento de las prácticas en el ámbito familiar y comunitario, incluyendo las comunidades maya-cakchiqueles.

Específicamente, esta estrategia se inserta dentro de la comunicación para el cambio social y de comportamiento y sus pilares fundamentales son la teoría del aprendizaje social, la difusión de la información y la desviación positiva.

Este tipo de estrategias de comunicación se han aplicado positivamente en países de similares condiciones socioeconómicas a las de Guatemala. Pero aparentemente, en el país no se ha tenido la misma efectividad para mejorar las condiciones de salud y nutrición de las personas de las comunidades indígenas.

Por lo tanto, se justifica realizar el presente estudio, para analizar lo que está sucediendo con la aplicación de la estrategia de comunicación y su respectiva repercusión en la salud de las comunidades mayas, específicamente en el pueblo cakchiquel.

Con esta investigación se están ampliando los temas de salud pública relacionados con la comunicación y educación para la salud. Los resultados de la misma pueden ser de utilidad para las personas de las instituciones que dirigen y operan estrategias de comunicación en el proceso de educación para la salud en Guatemala.

En el estudio se aportan nuevas luces y conocimientos para los trabajadores de salud en general, especialmente los que desarrollan actividades específicas de educación para la salud apoyándose con una estrategia de comunicación.

Los resultados del estudio tendrán una incidencia positiva en una parte del ámbito nacional, porque genera nuevos aportes científicos, principalmente en las áreas de comunicación, salud y comunidades maya-cakchiqueles.

1.4. **Delimitación y alcances**

El estudio se enfocó al análisis del papel que juega la estrategia de comunicación que se aplica en el sistema institucional de salud en el primer nivel de atención, en una comunidad cakchiquel.

Se examinó la interrelación que existe entre el equipo emisor de la estrategia de comunicación (encodificadores, administradores y educadores locales) que son los trabajadores del sistema oficial de salud, y los receptores o audiencias de la estrategia que son las madres de familia de la comunidad u otras personas que son cuidadores(as) de niños menores de cinco años.

Se analizó la dinámica de la comunicación interpersonal entre los educadores de salud como emisores de la estrategia de comunicación y las receptoras de la misma, abordando las diferencias culturales que existen entre ambos grupos (emisores y receptores).

Se trató de determinar cuál ha sido la contribución de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, en la mejora de la salud de las comunidades cakchiqueles. También se indagó en qué teorías de comunicación se fundamenta la estrategia utilizada en los programas de educación en salud comunitaria.

Se determinó cómo ha sido el abordaje de la estrategia de comunicación en los programas de educación para la salud y el grado de cobertura que ha tenido en la comunidad cakchiquel. El trabajo de campo se desarrolló en una comunidad cakchiquel del municipio de Santa Apolonia en el departamento de Chimaltenango.

Capítulo 2. Metodología

Se realizó un estudio cualitativo, histórico-descriptivo (estudio de caso) a través de una revisión documental, complementada con una encuesta de campo y el desarrollo de entrevistas estructuradas con informantes clave del nivel local y del nivel central pertenecientes al ministerio de salud. Es un estudio histórico porque “...nada surge de la nada, él elaborará sus pensamientos bajo la influencia de algún otro autor. En ese caso transforma su tesis teórica en tesis historiográfica...” (Eco, 2002: p. 31).

Es un estudio descriptivo porque “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis...Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998: p. 60)

La encuesta se efectuó a través de un cuestionario dirigido a madres (que constituyen la unidad de análisis) con niños menores de cinco años, que viven en una comunidad cakchiquel y que en la última década han sido beneficiadas o cubiertas por el proceso de educación para la salud y la estrategia de comunicación, para tratar de mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud.

La aplicación de la estrategia de comunicación y el desarrollo del proceso de educación para la salud en la comunidad, han estado a cargo de los educadores o trabajadores locales de salud, quienes son los emisores de la estrategia de comunicación en el nivel local.

Las entrevistas estructuradas se dirigieron a informantes clave de los niveles local y central del sistema institucional de salud, como miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación.

En el nivel local son trabajadores del ministerio de salud, que prestan sus servicios en la comunidad (en el equipo básico de salud y el centro de salud del municipio de Santa Apolonia). Estos trabajadores son llamados educadores o emisores locales de la estrategia de comunicación.

En el nivel central las entrevistas se realizaron con profesionales del programa de extensión de cobertura del ministerio de salud, quienes han sido los responsables de la direccionalidad del proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación, en las comunidades del ámbito nacional.

2.1. **Hipótesis**

Según Hernández et al. (1998) la hipótesis de la investigación es una proposición tentativa acerca de las posibles relaciones entre dos o más términos o variables. Debe referirse a una situación social real, sus términos o variables deben ser comprensibles y concretos, la relación de variables debe ser clara y lógica y los términos o variables deben ser observables y medibles. La hipótesis debe estar relacionada con técnicas disponibles para probarla.

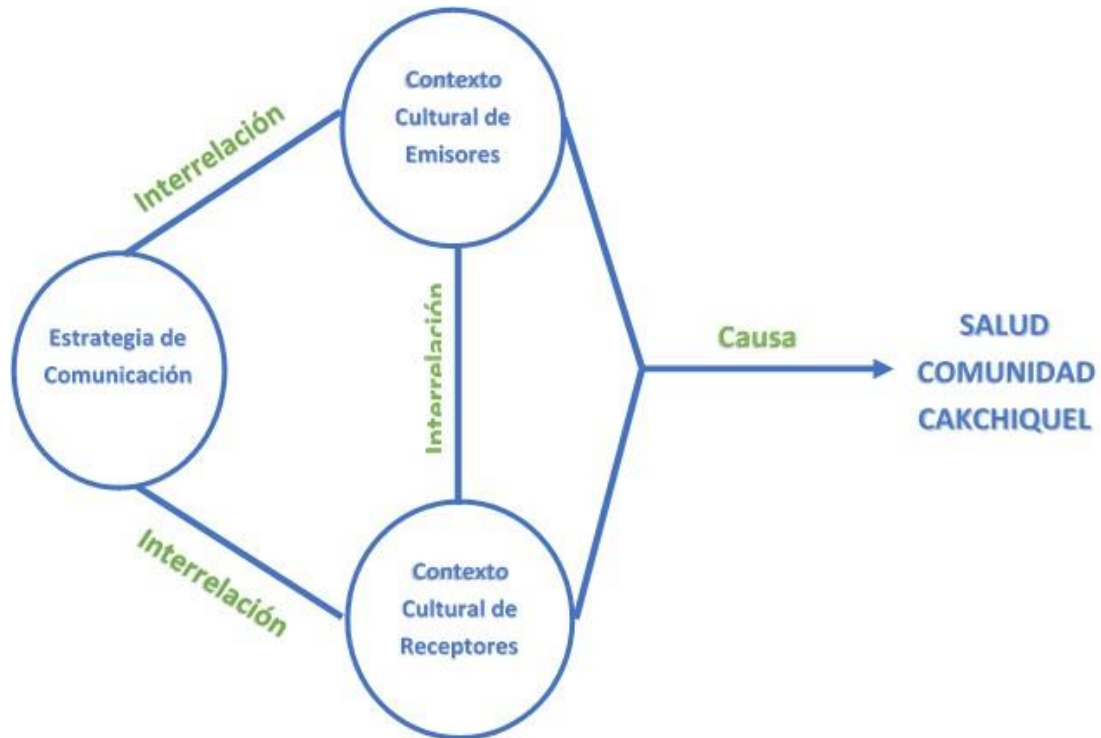
Por tanto, se formula la siguiente hipótesis: Las diferencias culturales entre los emisores y los receptores de la estrategia de comunicación, que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, han incidido para que esta no contribuya eficazmente a mejorar la salud de las comunidades cakchiqueles.

Los términos o elementos de la hipótesis son: la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria, el contexto cultural de los emisores o efectores de la estrategia de comunicación, el contexto cultural de los receptores de la estrategia, y la situación de salud de las comunidades maya-cakchiqueles. Esos términos o elementos de la hipótesis constituyen las variables de la investigación.

2.2. Variables

En la figura 1 se observa la interrelación que existe entre las tres variables independientes: estrategia de comunicación, contexto cultural del equipo emisor de la estrategia y contexto cultural que tienen los receptores de la estrategia. También se observa la incidencia que estas tres variables independientes tienen sobre la variable dependiente denominada salud de las comunidades cakchiqueles.

Figura 1 Relación de variables de la hipótesis



Fuente: Elaboración propia.

2.2.1 Variable independiente: estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria

Esta variable tiene cinco indicadores de investigación que son: abordaje de la estrategia de comunicación, estructura de funcionamiento de la estrategia, cobertura de la estrategia en la comunidad, percepción que se tiene de la estrategia y la calidad con que se desarrolla la estrategia de comunicación.

El abordaje de la estrategia de comunicación es la forma en que está instituida la estrategia de comunicación que se dirige a las personas de la comunidad (la información se obtuvo con investigación documental).

La estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación indica sobre qué base organizativa se desarrolla la estrategia. Cómo se organizan los servicios de salud institucionales y comunitarios para poner en práctica la estrategia (la información se obtuvo con investigación documental apoyada con entrevistas estructuradas).

La cobertura que tiene la estrategia de comunicación en la comunidad debe indagar si la educación en salud y la estrategia de comunicación llegan a las personas de la comunidad, especialmente a las madres con niños menores de cinco años (la información se obtuvo a través de la encuesta).

La percepción que se tiene de la estrategia de comunicación, es la impresión que tienen acerca de ella los receptores y los emisores de la estrategia (la información se obtuvo de la encuesta y las entrevistas estructuradas).

La calidad con la que se desarrolla la estrategia de comunicación, consiste en indagar si la estrategia de comunicación se aplica adecuadamente con los receptores o personas de la comunidad (la información se obtuvo con revisión bibliográfica, la encuesta de campo y las entrevistas estructuradas).

2.2.2 Variable independiente: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Esta variable tiene cuatro indicadores de investigación que son: visión de los operadores o emisores de la estrategia de comunicación, concepción del proceso salud-enfermedad, cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud y canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes de salud a las personas de la comunidad.

La visión de los operadores o emisores de la estrategia de comunicación es el contexto social y económico en el que se desenvuelven como proveedores de salud (la información se obtuvo con revisión bibliográfica).

La concepción del proceso salud-enfermedad es la forma en que piensan los emisores de la estrategia de comunicación acerca de la salud y la enfermedad (la información se obtuvo con revisión bibliográfica y entrevistas estructuradas).

Cómo desarrollan los emisores el proceso de educación para la salud con las personas de la comunidad (la información se obtuvo con las entrevistas estructuradas).

Los canales de comunicación que utilizan los emisores para trasladar mensajes de salud a los receptores o personas de la comunidad (la información se obtuvo con las entrevistas estructuradas).

2.2.3 Variable independiente: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación

Esta variable tiene cuatro indicadores de investigación que son: cosmovisión y cultura de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación, nivel educacional de los receptores de la estrategia, han recibido capacitación para la salud los receptores o

audiencias de la estrategia y la confianza que sienten en el proceso de educación los receptores o audiencias de la estrategia de comunicación.

La cosmovisión y cultura de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación consiste en examinar el contexto económico y social dentro del cual se reciben los mensajes de la estrategia (la información se obtuvo con revisión bibliográfica).

El nivel educacional de las audiencias es el grado de educación formal que tienen los receptores de la estrategia de comunicación (la información se obtuvo con la encuesta).

Si han recibido, o no, capacitación los receptores de la estrategia de comunicación (la información se obtuvo con encuesta).

Si sienten confianza, o no, en el proceso de educación para la salud las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación (la información se obtuvo con revisión bibliográfica y la encuesta).

2.2.4 Variable dependiente: salud de las comunidades cakchiqueles

Esta variable tiene dos indicadores de investigación: la situación de salud de las comunidades cakchiqueles (la información se obtuvo con revisión bibliográfica) y si han tenido acceso a los servicios y la educación para la salud los receptores de la estrategia de comunicación (la información se obtuvo a través de la encuesta).

2.3. **Objetivos**

2.3.1 **General**

Determinar porqué la estrategia de comunicación de los programas de educación para la salud comunitaria no ha contribuido a mejorar la salud de las comunidades cakchiqueles.

2.3.2 **Específicos**

Indagar en qué teorías de comunicación se fundamenta la estrategia de comunicación utilizada en los programas en salud comunitaria.

Determinar cómo ha sido el abordaje de la estrategia de comunicación utilizada en los programas de educación en salud comunitaria.

Establecer cuál ha sido la cobertura o grado de penetración de la estrategia de comunicación en las comunidades cakchiqueles.

2.4. **Instrumentos**

Para recabar información, se elaboraron tres instrumentos. Un cuestionario (anexo 1) utilizado en la realización de la encuesta, el cual fue llenado con las respuestas de las madres de la comunidad.

Una guía de entrevista estructurada (anexo 2) que se dirigió a operadores o educadores del sistema institucional de salud en la comunidad, o sea, a trabajadores del ministerio de salud en el municipio de Santa Apolonia en su calidad de emisores de la estrategia de comunicación.

Y una guía de entrevista estructurada (anexo 3) que se dirigió a profesionales del nivel central del ministerio de salud (del Programa de Extensión de Cobertura), en su calidad de informantes clave y miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación.

El cuestionario es el instrumento para realizar la encuesta, que es una estrategia de investigación basada en las declaraciones de una población concreta y puede utilizarse en conjunción con otras estrategias de investigación. Una de las encuestas más utilizadas es la personal o cara a cara.

Hasta ahora, esta constituye la modalidad de encuesta más practicada en la investigación social. Consiste en la administración de un cuestionario mediante entrevista personal, por separado, a cada uno de los individuos seleccionados en la muestra. Es el entrevistador quien formula las preguntas y quien anota las respuestas en el cuestionario. Por esta razón, el éxito de la investigación descansa bastante en la actuación del entrevistador. (Cea D'Ancona, 1996: p. 244)

2.5 Cuestionario

“El instrumento típico de una encuesta es el cuestionario o serie de preguntas. La pregunta es una frase interrogativa que indaga algo de la conducta, la percepción, el sentimiento, la opinión del entrevistado”. (De Miguel, 1997: p. 14)

El cuestionario se utilizó para realizar la encuesta dirigida a madres de la comunidad. Fue llenado en base a las respuestas de las madres que fueron seleccionadas como informantes. Fueron madres con hijos menores de cinco años por ser las que tienen más contacto con los servicios locales de salud, al ser atendidos sus niños, sus familiares y ellas mismas.

El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que mida. Y básicamente podemos hablar de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuesta y ellos deben circunscribirse a ellas. Pueden ser dicotómicas (dos alternativas de respuesta) o incluir varias alternativas de respuesta. (Hernández et al., 1998: p. 277).

El cuestionario se entregó a las madres para que respondieran las preguntas, a través de un encuestador (quien se encargó de anotar las respuestas). Dicho encuestador se hizo acompañar de un traductor para tener su apoyo en caso necesario.

Se eligió el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, por varias razones. Según González (2000) Chimaltenango es un departamento indígena porque la población cakchiquel está arriba del 70 % y la población practica la tradición oral maya, que es el conjunto de instituciones y legitimaciones que son trasladadas de una generación a otra a través del lenguaje.

De acuerdo al Consejo Municipal de Desarrollo del municipio de Santa Apolonia (2010) el 93 % de la población de ese municipio pertenece a la etnia maya-cakchiquel y el otro 7 % corresponde a la etnia ladina.

Según la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2012) en el tercer censo nacional de talla en escolares del primer grado de educación primaria del sector oficial de la república de Guatemala, realizado en el año 2008, Santa Apolonia aparece en la 20ª casilla entre los municipios de muy alta prevalencia de desnutrición crónica a nivel nacional.

En la planificación de la encuesta se recabó información de las comunidades y servicios de salud que tiene el municipio de Santa Apolonia. El Instituto Nacional de Estadística indica que el municipio tiene 46 comunidades, pero el censo municipal (más apegado a la realidad) indica que con el casco municipal, son 39 comunidades.

Según información proporcionada por el Programa de Extensión de Cobertura, las acciones de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación, se han desarrollado en 14 comunidades de Santa Apolonia.

Las acciones las ha desarrollado una organización no gubernamental -ONG- desde el año 1999 al 2012 (año en el que se desarrolló la encuesta). Las acciones del proceso

de educación para la salud y aplicación de la estrategia de comunicación, se han desarrollado por parte de la ONG Asociación de Padres de Familia del proyecto Kajih Jel.

Por tanto, se visitó el proyecto Kajih Jel, que tiene su sede en la cabecera municipal de Tecpán, Chimaltenango, para informarles acerca de la investigación y la encuesta a realizar. La doctora Walesca López, Coordinadora Técnica de Kajih Jel proporcionó el listado de comunidades cubiertas por el programa de extensión de cobertura en Santa Apolonia, e informó sobre sus características de accesibilidad y los contactos comunitarios para la preparación y realización de la encuesta.

También se visitó el centro de salud de Santa Apolonia, en donde se ratificó la información proporcionada por el proyecto Kajih Jel. En el centro de salud brindaron información adicional para la realización de la encuesta y la investigación, en general.

2.5.1 Selección de la muestra

En la realización de una encuesta existen muestras que son probabilísticas y no probabilísticas. En las muestras probabilísticas todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos, mientras que en las muestras no probabilísticas la elección de los elementos seleccionados no depende de la probabilidad, sino de otras causas relacionadas con las características de la investigación.

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas... Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística, depende de los objetivos del estudio, del esquema de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella. (Hernández et al., 1998: p. 207)

El muestreo no probabilístico es habitual utilizarlo en estudios cualitativos. En el muestreo no probabilístico la obtención de la muestra se hace siguiendo otros criterios

diferentes de la aleatorización, tales como la conveniencia u otros criterios subjetivos, dando cabida a cualquier discreción por parte del equipo investigador.

El muestreo estratégico o de conveniencia responde a una modalidad de muestreo no probabilístico, en el que la selección de las unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación. Por lo que comparte las ventajas y los inconvenientes básicos de cualquier muestreo no probabilístico. (Cea D'Ancona, 1996: p. 200).

En teoría, la población o universo a investigar en Santa Apolonia eran todas las madres (unidades de análisis) cakchiqueles del municipio que tienen niños menores de cinco años y que viven en las comunidades rurales, las cuales han sido beneficiadas con programas de educación para la salud y con la estrategia de comunicación en los últimos diez años.

Pero debido a la dificultad de hacer una consulta a cada una de ellas, y basándose en el criterio de la muestra no probabilística o estadística, se establecieron criterios de razón o selección para obtener la muestra. Esos criterios de razón o selección son:

1. Personas que vivan en comunidades del área rural del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, que sean de origen maya-cakchiquel.
2. Personas y comunidades cubiertas por los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y A. S., o sea, que han sido atendidas por el Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en el primer nivel de atención y por el centro de salud ubicado en la cabecera municipal de Santa Apolonia (segundo nivel de atención), en caso de que tengan que ser referidas a otro servicio o tengan emergencias.
3. Personas que en los últimos diez años han estado sujetas a procesos de educación para la salud y a la aplicación de la estrategia de comunicación para cambiar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud.
4. Madres de niños menores de cinco años que sean usuarias de los servicios de salud del PEC y del centro de Salud de Santa Apolonia. Tanto ellas como sus

niños menores de cinco años y otros miembros de su familia, han sido atendidos en los servicios institucionales de salud.

5. Personas bilingües que hablen y entiendan español y su idioma materno (cakchiquel), para poder realizar adecuadamente el levantamiento de la encuesta.
6. Que las personas que respondan el cuestionario otorguen su consentimiento informado para la realización del estudio.
7. Que vivan en comunidades que sean accesibles y en las cuales se ha desarrollado el programa de extensión de cobertura, con educación en salud y la aplicación de la estrategia de comunicación.

Según la información del proyecto Kajih Jel, siete de las 14 comunidades que han sido atendidas por el programa de extensión de cobertura en Santa Apolonia son accesibles. La mayoría de madres de familia de esas siete comunidades cumplieron con los criterios de razón o selección para obtener la muestra.

Esas siete comunidades son: Parajbey, Xeabaj, Chuacacay, Chiquex, Xesajcap (I y II), Xecohil (incluye la aldea Pacután) y Xesajbín (incluye Cojulyá). Por tanto, la encuesta se realizó con madres de familia de estas comunidades.

2.5.2 Elaboración del cuestionario

De acuerdo con el diseño del marco metodológico, el cuestionario para la obtención de datos se elaboró en un *software EPIINFO*, versión 6.04d. El cuestionario tiene 60 preguntas cerradas, dicotómicas y de selección múltiple. Las preguntas fueron planteadas para responder a los componentes de los indicadores de investigación, de las variables del estudio.

Este instrumento se elaboró, con la finalidad de ser llenado a través de una entrevista personal (cara a cara), en donde un encuestador capacitado es el encargado de realizar las preguntas y anotar las respuestas en el cuestionario. En la formulación de las preguntas, se trató de utilizar los modismos del idioma español, que son utilizados por las personas en el área rural de municipio de Santa Apolonia.

2.5.3 Capacitación del encuestador y prueba de campo

Como encuestador se captó a una persona con experiencia de campo que ha trabajado en encuestas del área rural para el Instituto Nacional de Estadística. Se le capacitó en la forma de plantear las preguntas y en el llenado de respuestas del cuestionario, de acuerdo a los fines y objetivos del estudio.

El día 10 de julio de 2012 se realizó una validación del cuestionario, con cuatro madres caqchiqueles que tienen hijos menores de cinco años y han sido beneficiadas por el Programa de Extensión de Cobertura, con educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación.

Esta prueba de campo se efectuó en la comunidad Xecubal, cercana al casco municipal de Santa Apolonia y que está fuera de las comunidades donde se seleccionó la muestra. La actividad fue supervisada por el investigador, lo cual permitió hacer ajustes a algunas preguntas del cuestionario.

2.5.4 Realización de la encuesta

Del 18 de julio al 4 de agosto del 2012 se efectuó la encuesta, llenando el cuestionario con las respuestas de 201 madres de familia que viven en las comunidades: Chiquex, Xecohil y Pacután, Xesajcap, Xeabaj, Chuacacay, Xesajbín y Parajbey, del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. El encuestador se movilizó en motocicleta, visitando a las informantes en sus propios hogares y llenando los cuestionarios a través de una entrevista personal, cara a cara.

Los horarios de las visitas a los hogares fueron abiertos de acuerdo a las posibilidades y la comodidad de las encuestadas. En muy pocos casos fue necesario utilizar el apoyo de un traductor, con la finalidad de ampliar algunas explicaciones, debido a que no había plena comprensión del idioma castellano por parte de la persona encuestada.

El investigador realizó visitas de supervisión al encuestador durante el período del levantamiento de la encuesta. Las 201 madres encuestadas cumplieron con los criterios de razón previstos en la selección de la muestra.

Según cifras aportadas por el proyecto Kajih Jel y refrendadas por el centro de Salud de Santa Apolonia, las 201 madres encuestadas corresponden aproximadamente a un 30 % de las madres kakchiqueles con niños menores de 5 años que eran cubiertas por el programa de extensión de cobertura en el municipio, durante el año 2012 (201 madres sobre un total de 675 contempladas en los registros de Kajih Jel).

2.5.5 Elaboración del plan de análisis y la base de datos

De acuerdo al plan de análisis de la base de datos que fue elaborada el *software EPIINFO*, versión 6.04d, se realizó la interpretación de los datos con el programa *ANALISYS* del mismo software, y las gráficas que muestran los resultados fueron procesadas en *Microsoft EXCELL*. En los resultados del procesamiento de datos fue posible correlacionar las respuestas del cuestionario con los indicadores de la investigación.

2.6 Entrevistas estructuradas del nivel local

La encuesta de campo realizada fue complementada con entrevistas estructuradas dirigidas a trabajadores (operadores) del ministerio de salud del nivel local y del nivel

central. Se desarrolló una guía de entrevista estructurada que se aplicó con el personal operativo local (anexo 2).

2.6.1 Selección de los informantes

Las entrevistas estructuradas del nivel local fueron dirigidas a trabajadores del ministerio de salud del primero y segundo nivel de atención, o sea, los operadores del sistema institucional de salud que hacen la función de educadores y emisores de la estrategia de comunicación en el nivel local.

Se seleccionaron los miembros del equipo básico de salud –EBS- del programa de extensión de cobertura en Santa Apolonia, es decir, las personas del primer nivel de atención que ejecutan las acciones de educación para la salud y aplican la estrategia de comunicación con las madres de familia de la comunidad.

También fueron seleccionados los trabajadores del centro de salud de Santa Apolonia, que son los encargados de dirigir y ejecutar las actividades de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación en ese centro.

2.6.2 Elaboración de la guía de entrevista estructurada

La guía de la entrevista estructurada (anexo 2) consta de 20 preguntas de respuesta abierta. Las preguntas se pueden agrupar en categorías y luego ser correlacionadas con los indicadores de la investigación.

2.6.3 Realización de las entrevistas

El día 19 de julio del 2012 fueron entrevistadas cinco personas, trabajadoras del nivel local, en la sede del Centro de Salud de Santa Apolonia. Los entrevistados por parte del centro de salud de Santa Apolonia fueron la enfermera profesional Lorena Estrada, encargada del desarrollo del proceso de educación para la salud y de la

aplicación de la estrategia de comunicación; y el licenciado Carlos Alvarado encargado de promoción en salud en el municipio de Santa Apolonia.

Las personas del equipo básico de salud entrevistadas, fueron Soraida Catalán, enfermera profesional ambulatoria; Jonathan Perén, facilitador institucional (técnico en salud rural); y Ana Claudia Pichillá, educadora comunitaria de salud y nutrición.

2.6.4 Tratamiento y análisis de datos

Las entrevistas estructuradas de las cinco personas entrevistadas fueron grabadas y posteriormente se transcribieron (Anexo 4). La información obtenida en las transcripciones fue vaciada en un instrumento tabular (anexo 5), en el cual fue posible agrupar las respuestas, analizarlas, ponderarlas, compararlas y darle las salidas respectivas, para correlacionarlas con los indicadores de la investigación.

2.7 Entrevistas estructuradas del nivel central

Las entrevistas estructuradas del nivel central fueron dirigidas a trabajadores del ministerio de salud que son expertos en el tema de educación para la salud y el manejo de la estrategia de comunicación en el primer nivel de atención. Estas personas expertas manejan la esencia de la información en esos temas. Para el efecto se desarrolló una guía de entrevista estructurada (anexo 3).

2.7.1 Selección de los informantes

En el nivel central las informantes seleccionadas fueron las profesionales que dirigen el programa de extensión de cobertura en el primer nivel de atención, consideradas como expertas en el tema de educación para la salud y en el manejo de la estrategia de comunicación. Son personas que durante muchos años han dirigido, ejecutado y evaluado acciones del proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación.

2.7.2 Elaboración de la guía de entrevista estructurada

La guía de la entrevista estructurada para el nivel central (anexo 3) consta de 16 preguntas de respuesta abierta, que se pueden agrupar en categorías y luego ser correlacionadas con los indicadores de la investigación.

2.7.3 Realización de las entrevistas

El día 24 de julio del 2012 fueron entrevistadas cinco profesionales del programa de extensión de cobertura. Las personas entrevistadas fueron: Sonia Miriam Cerezo, licenciada en enfermería; Mauren Reyes, licenciada en pedagogía; Karin Guzmán, licenciada en enfermería; Telma Saravia, licenciada en enfermería y María Eugenia Hidalgo, licenciada en enfermería. Las entrevistas se realizaron en la sede del programa de extensión de cobertura en la ciudad de Guatemala.

2.7.4 Tratamiento y análisis de datos

Las entrevistas estructuradas de las cinco personas fueron grabadas y posteriormente se transcribieron en un instrumento tabular (anexo 6). La información vaciada en el tabular fue agrupada en respuestas, analizada, ponderada y comparada para darle las salidas respectivas, a fin de correlacionarlas con los indicadores de la investigación.

Capítulo 3. Comunicación

Existen muchos enfoques para el estudio del fenómeno de la comunicación dependiendo de las diferentes épocas y autores. Un enfoque antiguo refiere que la comunicación es la búsqueda de todos los medios de persuasión que se tienen al alcance, y en ese sentido, "...la meta principal de la comunicación es la persuasión, es decir, el intento que hace el orador de llevar a los demás su mismo punto de vista". (Berlo, 2000: p. 6)

La palabra comunicación viene del latín *Comunis* que quiere decir común. Cuando nos comunicamos, estamos tratando de establecer una comunidad con alguien. O sea que estamos tratando de compartir una información, una idea o una actitud...la esencia de la comunicación consiste en la sintonización entre el que percibe y envía un mensaje determinado...La comunicación exige siempre por lo menos tres elementos: la fuente, el mensaje y el destino. (Schramm, 1969a: p. 3)

En el proceso de la comunicación se pueden encontrar varios propósitos como informar, persuadir y entretener. La vida social e intelectual de las personas gira alrededor de la comunicación.

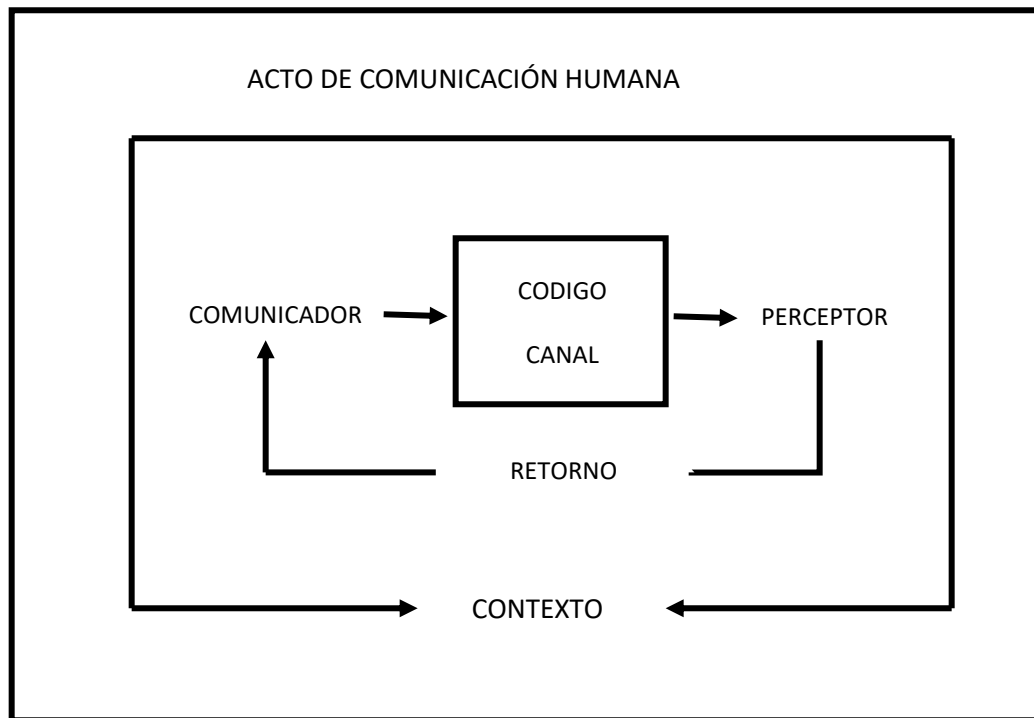
La comunicación es algo tan común, tan cotidiano, que estamos todo el tiempo inmersos en ella y apenas nos percatamos. Toda nuestra vida social, todo nuestro desarrollo intelectual, depende y tiene su origen en los distintos procesos comunicativos que realizamos. Debemos advertir que comunicación e información no son lo mismo. Aunque la comunicación siempre conlleva un proceso de información, no ocurre lo contrario. Es decir, no siempre que se informa se comunica. Comunicación es un proceso de doble vía, e información es un flujo de mensajes en una sola dirección. (Velásquez, 2002: p. 14)

A través de la Historia las personas se han comunicado de diferentes maneras. La comunicación es un fenómeno de interacción social, que le ha permitido a los seres humanos avanzar en todos los órdenes de la vida. "...la comunicación es el oxígeno de la sociedad; es el elemento a través del cual el hombre ha hecho posible el avance científico, tecnológico, y en todo los órdenes de la vida". (Interiano, 2001a: p. 7)

En la figura 2 se observan los elementos indispensables de la comunicación, los cuales son: comunicador, perceptor o receptor, mensaje, canal, código, contexto y retorno. El comunicador es llamado también emisor, es quien envía un mensaje y de él depende en gran medida que el mismo se descodifique correctamente por quienes lo

reciben. Si un mensaje está hecho desordenadamente o utilizando información vaga o imprecisa, seguramente no será correctamente descifrado.

Figura 2: Elementos indispensables de la comunicación



Fuente: Carlos Interiano. *Semiología y Comunicación* (2001), página 17.

De acuerdo a Interiano (2001a) el emisor es quien emite o envía el mensaje y puede ser individual o grupal. El perceptor o receptor del mensaje también puede ser individual o grupal, y capta, almacena, analiza, sintetiza y ofrece una respuesta a los mensajes que recibe.

La respuesta del receptor es llamada retorno, retroalimentación o *feed back*. Comunicador y perceptor están sujetos a diferentes factores y elementos que afectan el contexto de emisión y recepción de información.

El mensaje tiene un balance de información, que es el elemento objetivo del proceso y consiste en lo que el emisor o comunicador estructura y llega a los sentidos del receptor o perceptor. Pero esto únicamente se produce si responde a un determinado código (ideas, pensamientos y sentimientos que el comunicador o emisor envía al receptor). Los mensajes deben corresponder a una carga de referencialidad que permita su fácil descodificación, de tal forma que se debe establecer un campo común entre comunicadores y perceptores.

El balance de la información contenida en un mensaje está determinado por la innovación (lo nuevo en una noticia) y la redundancia (que ayuda al esclarecimiento de la información contenida en el mensaje). Innovación y redundancia deben estar contenidas en el mensaje en una forma tal, que sea de fácil asimilación para los perceptores

El canal es el medio a través del cual se transmiten los mensajes (puede llamarse simplemente, medio). Los canales son diversos y dependen de las circunstancias y necesidades históricas de la humanidad.

El código es otro elemento que se define como el conjunto estructurado de signos en base a ciertas leyes propias, que es utilizado para la elaboración de mensajes. Como ejemplo se puede mencionar el idioma castellano, con todas sus reglas de aplicación.

El contexto es el marco socioeconómico y cultural donde se difunden los mensajes en un determinado período histórico. Cada mensaje debe ser elaborado para ser transmitido a receptores que pertenezcan a un contexto determinado. En la elaboración y transmisión de un mensaje se debe considerar al contexto que rodea a los receptores, a los cuales se dirige ese mensaje.

Y el retorno es el proceso mediante el cual se da una respuesta a los mensajes recibidos. Se le llama también retroalimentación, respuesta o *feed back*. Esa respuesta puede darse utilizando el mismo código y canal, o con códigos y canales distintos.

En el proceso de comunicación también se pueden encontrar obstáculos que interrumpen el proceso y no permiten que los mensajes lleguen de manera fluida del emisor al receptor. Estos obstáculos pueden tener diferentes denominaciones.

“Llamamos ruidos de la comunicación a todas las barreras o interferencias que impiden un libre flujo de mensajes entre un comunicador y un receptor. Estas interferencias son llamadas de distinta forma: barreras, ruidos, interferencias, obstáculos, etc.” (Interiano, 2001a: p. 25)

Dichas barreras pueden estar en los diferentes elementos de la comunicación (comunicador, receptor, mensaje, etc.) y pueden clasificarse, según su naturaleza, en físicas, fisiológicas, psicológicas, semánticas, etc. Las barreras pueden provocar el rompimiento del proceso comunicativo en cualquiera de las fases del mismo.

3.1 **Comunicación y su relación con otras disciplinas**

La comunicación debe ser considerada como fenómeno y proceso. Fenómeno porque es la resultante de la interrelación de los seres humanos y proceso por ser la serie de signos ordenados, utilizados para la elaboración de mensajes, cuyos límites están determinados por los polos que son: los que emiten y reciben los mensajes.

Este proceso representa para la investigación científica un problema extremadamente complejo y variado con el que se ocupan numerosas disciplinas científicas; así, la retórica, como parte de la filosofía aristotélica; además, la filosofía del idioma, la lingüística, la fonética, la estilística, la semántica, la cibernética, la teoría de la información y comunicación, la psiquiatría y la psicología. (Maletzke, 1976: p. 20).

Entre las disciplinas que se pueden considerar más cercanas a la comunicación se encuentran la “...semiología o semiótica, la cibernética y la lógica matemática; y, con una esfera muy particular, la lingüística. (Alzamora, 1980: p 15)

Sin embargo no se puede descartar la cercanía de otras ciencias o disciplinas, como por ejemplo, la sociología que tiene íntima relación con la comunicación.

Un análisis sociológico de los procesos comunicativos no debe contentarse, sin embargo, con el tratamiento de las variables lingüísticas, sino que también debe investigar la relación entre la práctica lingüística y las condiciones sociales marginales de los procesos de comunicativos. (Badura, 1979: p. 29)

Los determinantes sociales del comportamiento lingüístico individual (en el habla y la escritura) son aquellos con los que el individuo ha entrado en contacto a lo largo de su historia personal social personal. El comportamiento observable de los seres humanos no sigue regularmente orientaciones arbitrarias sino modos de comportamiento aprendidos, de acuerdo a las condiciones marginales de cada situación en particular.

La comunicación también tiene una estrecha relación con los aspectos culturales. La cultura es una práctica social establecida y la forma específica en la cual los seres humanos se acostumbran a realizar las cosas.

...en Guatemala, hasta la década de los sesenta, la vida cultural del país se regía por modelos totalmente autoritarios, tradicionalistas y revestidos de una moral que no admitía tonos relativos y que privaba a los guatemaltecos de sus más elementales deseos y aspiraciones como seres individuales. Las instituciones encargadas de preservar estos modelos eran especialmente la iglesia (como garante de moralidad), el sistema educativo en todos sus niveles (como garante de buenos modales y de profesionalización), las fuerzas armadas (como garantes de correctos cánones cívicos), los partidos políticos (como instituciones que representaban los intereses del pueblo) y los tres poderes del Estado (como garantes de la armonización de la vida ciudadana). (Interiano, 2001b: p. 104)

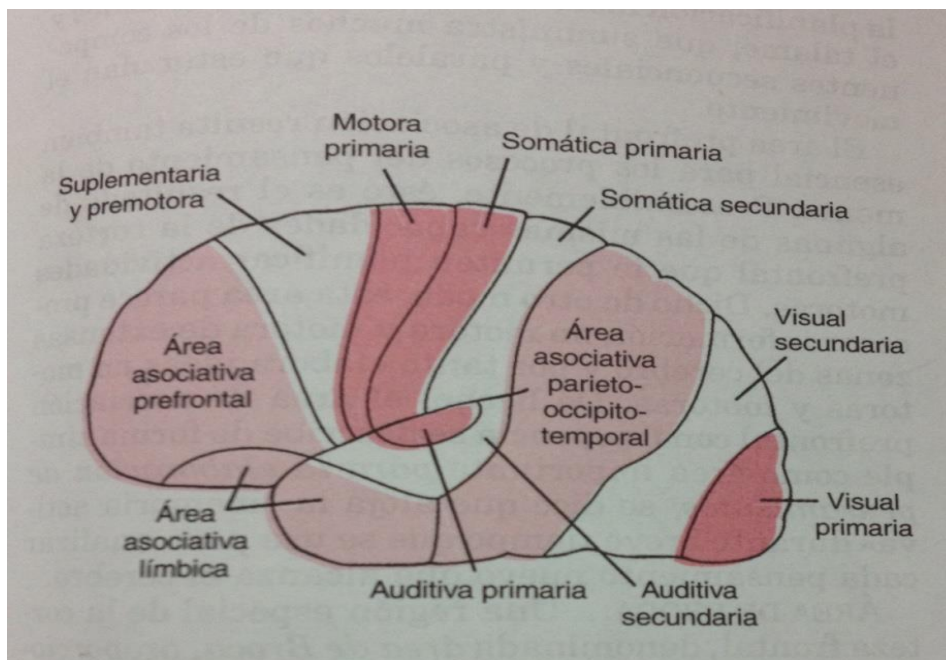
En Guatemala estas instituciones hegemonizaban el marco de la cultura nacional y quienes se atrevían a romper ese marco, eran colocados al margen de las reglas establecidas y el aparato represivo del Estado y las instituciones más conservadoras del país, reaccionaban en forma violenta en contra de ellos con el fin de eliminarlos. Esto repercutió de manera negativa en todo el proceso de comunicación del país.

La comunicación también tiene una relación especial con la neurología, la anatomía y fisiología (función) del cerebro humano. Sin el cerebro sería imposible la existencia de la comunicación humana.

Según Guyton y Hall (2005), en el cerebro se encuentra la corteza cerebral que es la porción más grande del sistema nervioso. Las actividades que se correlacionan con la comunicación están ubicadas en esa parte.

La corteza cerebral es muy compleja y sus diferentes áreas pueden verse en la figura 3. Las áreas más importantes son: la de asociación pre-frontal, de asociación límbica, de asociación somática, la visual y la auditiva.

Figura 3: Áreas de asociación de la corteza cerebral



Fuente: Tratado de Fisiología Médica de Guyton-Hall (2005), página 801.

El área de asociación pre-frontal es esencial para la elaboración de pensamientos en la mente. Y el área de asociación límbica está relacionada con la conducta, las emociones y la motivación.

La parte donde convergen funcionalmente las áreas mencionadas, recibe el nombre de área interpretativa general, área cognitiva, área de asociación terciaria, y el nombre más conocido que es el área de Wernicke, en honor al neurólogo que describió por primera vez su significado especial en los procesos intelectuales.

El lenguaje se introduce por el oído y en épocas posteriores de la vida, cuando se desarrolla la percepción visual del lenguaje, se introduce por medio de la lectura. La información visual de las palabras se canaliza a través del área de asociación visual. (Guyton y Hall, 2005: p. 805)

La relación del cerebro humano y la comunicación se concreta mediante el aspecto sensitivo, por ejemplo, la entrada del lenguaje que afecta a los oídos y a los ojos y el aspecto motor o producción del lenguaje que implica la vocalización y su control.

La articulación es el acto final del lenguaje, es decir, los movimientos musculares de la boca, la lengua, la laringe y las cuerdas vocales, que son los responsables de la entonación, la coordinación, y las variaciones de intensidad de los sonidos secuenciales.

3.2 Teorías de comunicación

Una teoría consiste en un conjunto de proposiciones interrelacionadas, capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno.

La...teoría es un conjunto de constructos (conceptos), definiciones y proposiciones relacionadas entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir fenómenos. Una teoría es un conjunto de proposiciones relacionadas sistemáticamente que especifican relaciones causales entre variables.

Una teoría es un conjunto de proposiciones interrelacionadas lógicamente en la forma de afirmaciones (aserciones) empíricas acerca de las propiedades de clases infinitas de eventos o cosas. (Hernández, et al., 1998: p. 39).

Una teoría se puede describir de maneras diferentes, como por ejemplo, que es el equivalente lógico de un conjunto de proposiciones experimentales, pero no obstante, en la praxis puede significar otras cosas diferentes.

En la historia de la ciencia, frecuentemente las teorías han sido aceptadas y consideradas de gran valor incluso cuando, según la opinión generalizada, no fueran completamente verdaderas y no constituyeran el equivalente estricto de leyes experimentales, por la razón de que ellas organizan intelectualmente nociones a las que se estima intrínsecamente válidas. (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2008: p. 301)

Existen teorías de comunicación muy variadas, que son enfocadas de acuerdo a los puntos de vista de los diferentes autores. A continuación, se revisarán algunas de ellas, que pueden ser de utilidad para analizar la estrategia de comunicación sujeta de estudio en la presente investigación.

En la obra de Interiano (2001b) están contenidas algunas teorías que se enlistan y describen a continuación: Agenda Setting, Regresividad, Estímulo-Respuesta, Efecto Controlado, Difusión de Innovaciones y la Comunicación Popular.

En la Agenda Setting los medios impulsan o imponen aquellos temas que a ellos les convienen ya sea por intereses económicos, políticos o simplemente por ser los más fáciles de cubrir.

La Teoría de la Regresividad se contrapone a la agenda Setting y considera que los medios pueden terminar siendo presas de las demandas sociales, o sea, que se puede pensar que son los grupos sociales quienes determinan la agenda informativa.

La Teoría de la Evitación Defensiva explica que los seres humanos actúan en función del principio básico de pérdidas y ganancias, las cuales no están referidas únicamente al campo económico, sino que también se contemplan las que se dan a

nivel emocional (que pueden afectar a la persona psicológicamente en su conducta ante un hecho cualquiera).

La Teoría de Estímulo-Respuesta se basa en los estudios del conductismo (experimentos de Pavlov y otros científicos conductistas). Los estudios de conductismo demostraron que un organismo sometido a un estímulo arrojará como resultado una respuesta.

En la Teoría del Efecto Controlado se considera que todo mensaje debe ser validado o testeado para estar acorde con la audiencia. Todo mensaje debe ser puesto a prueba para determinar sus pros y sus contras en relación a los objetivos propuestos. El comunicador no puede confiar mucho en sus percepciones y valoraciones respecto a la audiencia.

La Teoría de Difusión de Innovaciones dice que en las comunidades hay líderes de opinión que son capaces de expandir sus ideas a grupos menores, y estos a su vez multiplicar los mensajes a sus respectivos miembros, formando grandes cadenas comunicativas.

La Teoría de Comunicación Popular es derivada de la comunicación alternativa (que surge de la necesidad de cubrir espacios de información que dejaban de lado las grandes agencias internacionales). Este "...concepto fue cobrando fuerza a medida que en el campo político e ideológico en el mundo se liberaba la guerra fría y Guatemala era una caja de resonancia de estos acontecimientos". (Interiano, 2001b: p. 67)

Los poderosos tenían en su poder el control de los medios de comunicación masiva, por tanto era necesario que los sectores populares se hiciesen de medios alternativos, con una orientación política que los identificara como sectores populares.

En la obra de Martínez (2006) se explica que una teoría es un conjunto de ideas que pueden ayudar a explicar y predecir una consecuencia. En esa obra también están

contenidas algunas teorías como: la teoría autoritaria, liberal, de responsabilidad social, de servicio público, tradición democrático-participativa y la teoría de la comunicación comunitaria

La Teoría Autoritaria también llamada corporativista es la encargada de transmitir la alta cultura. Sostiene que en la sociedad existe una estratificación jerárquica natural desde emperadores, reyes, aristócratas, clérigos, y otros más, hasta llegar a los agricultores y artesanos. O también, desde los caciques hasta la última persona de la tribu.

Contra la teoría autoritaria surgió la Teoría Liberal, que enfatiza los derechos de la conciencia individual y de los medios. La Teoría de Responsabilidad Social defiende la constitución de una sociedad moderna: capitalista, industrializada y gobernada por democracias.

La Teoría de Servicio Público está relacionada con el Estado de Bienestar. Actúa dentro de la concepción liberal y de libre mercado pero subordina las metas individuales al bien común.

La teoría Democrático-Participativa o Democrático-Liberadora busca cómo liberarse de las clases dominantes, pero no desde el cambio social y la liberación económica y material como lo dictaba el marxismo clásico, sino desde el nivel cultural.

La Teoría de la Comunicación Comunitaria plantea que la ciudadanía tiene un derecho humano independiente del Estado. Los medios de comunicación deben informar lo que hace el Estado pero también sobre la sociedad civil y sus integrantes, y sobre lo que ellos opinan del actuar del Estado.

Otras teorías importantes que están contenidas en Martínez (2006) son el Funcionalismo, El Positivismo, la Teoría de Desarrollo con los Medios y La Teoría de la Sociedad de la Información,

El Funcionalismo se deriva de la teoría liberal. Se desarrolló especialmente en Estados Unidos y refuerza la concepción libertaria normativa de la conciencia individual. Esta corriente arranca de la idea que toda realidad social consta de dos elementos que se pueden diferenciar y son: la totalidad del sistema y las partes que lo componen.

Como la realidad social "...se encuentra en movimiento permanente, la razón de ser de las partes consiste en los cometidos que realizan, esto es, las funciones, en el conjunto de actividades del sistema". (Pastor et al., 1998: p. 23)

Dentro del funcionalismo, se considera que las principales funciones de los medios de comunicación son conferir prestigio y reforzar las normas sociales, pero a la vez tienen una disfunción narcotizante, en donde los medios se convierten en un nuevo tipo de control social que viene a sustituir sutilmente el control social brutal que antes se ejercía y que la sociedad moderna ya no tolera. (Toussant, 1991: p. 15)

A través de la comunicación se emiten mensajes e información para mantener relaciones con otras sociedades del mundo y para transmitir la cultura propia a los nuevos miembros de la sociedad. Los medios colectivos de comunicación (periódicos, televisión, radio, etc.) son los observadores del horizonte al servicio de los miembros de una sociedad, diciéndoles lo que los líderes y los expertos piensan y dirigiendo una discusión sobre problemas públicos. (Schramm, 1969a: p. 19)

El funcionalismo describe a la sociedad como un sistema orgánico, automatizador, que crece, progresa y mantiene un equilibrio integrado de todas las partes y responde a los cambios de ambiente. El sistema debe funcionar por sí mismo con la contribución de todos.

La sociedad funcionalista es un modelo de progreso en países desarrollados y se supone que los que están en vías de desarrollo pueden llegar a alcanzar este modelo

occidental. El funcionalismo pretende explicar las instituciones en términos de las necesidades de la sociedad y los individuos.

El Positivismo o Método Positivo es una corriente que sostiene que el conocimiento de la realidad tiene que fundamentarse en la experiencia, dejando por fuera la posibilidad de que puede existir algo imaginario.

No puede probarse ni considerarse verdadera la existencia de estructuras, como inobservables o conceptos elaborados por los científicos sociales..., como son las fuerzas sociales, los instintos o los procesos dialécticos; carecen de sentido. Para el positivismo, el conocimiento se fundamenta en las observaciones particulares y sólo es extensible a creencias generales en la medida en que éstas puedan ser confirmadas por la experiencia. (Villarreal, 2009 p. 37)

Dentro de La Teoría de Desarrollo con los Medios surge la idea de que el primer mundo puede ser el modelo para desarrollar al tercer mundo. Se propone la transferencia de desarrollo y democracia del primer mundo a los países pobres.

Las naciones del Atlántico Norte (EE. UU. y Europa) pensaron que el resto del mundo se debía modernizar copiando su propio modelo con un punto de vista normativo pero neocolonialista, Conciben un modelo de modernización para el resto del mundo, basado en su propia experiencia. Los medios sirven para dar a conocer su propio estilo de vida y sus propios valores, para que los países pobres lo imiten en las diferentes áreas: innovaciones, educación, salud... (Martínez, 2006: p. 39)

La Teoría de Comunicación para el Desarrollo trascendió en los países de Suramérica. Dentro de esta corriente se les dio un papel central a los medios de comunicación, pensando que a través de éstos se podría abreviar el largo proceso de modernización de países en vías de desarrollo.

Sin embargo, esta teoría se encontró en Latinoamérica con una fuerte contracorriente, que criticó duramente el enfoque modernizador de los científicos estadounidenses.

Estas críticas llevaron consigo un cambio de paradigma en la investigación sobre comunicación y desarrollo...y constituyeron el punto de partida para la creación de la escuela latinoamericana, una corriente con orientación explícitamente política dentro de las ciencias de la comunicación... Según la escuela latinoamericana, tanto los medios de comunicación como los procesos de comunicación son sujetos condicionados por su entorno político y económico, siendo este

entorno un factor que hay que cambiar en las sociedades latinoamericanas dadas sus características antidemocráticas. (Koberstein, 2000: p. 8)

El problema de esta corriente de comunicación y desarrollo es que sus premisas fundamentales basadas en teorías de modernización ignoraban las estructuras políticas y económicas, y partían de un desarrollo unidireccional, en el cual los medios de comunicación por sí solos debían tener un efecto favorable sobre el proceso de modernización.

El principal objetivo de la comunicación para el desarrollo es dejar de lado aquella idea errónea de que la comunicación es informar o difundir mensajes de forma masiva para convencer a los demás de lo que nosotros pensamos que es bueno para ellos, dejar de lado esa idea que la gente con la que trabajamos es –público meta-...a la cual hay que dispararle mensajes, dejar de lado aquella forma de comunicación que se basa en que hay expertos que saben y que les informan a los que no saben... (Lara, 2014: 21)

La Teoría de la Sociedad de la Información con las nuevas tecnologías de información y comunicación ha “...traído nuevos escenarios en la economía y en los medios, que han dado origen a la sociedad de la información y a la globalización”. (Martínez, 2006: p. 62)

El predominio de la informática se convirtió en el factor clave en la economía, dejando atrás los factores clásicos de la producción. Emergió una nueva clase social basada en su enorme conocimiento informático (e-mail y el teléfono celular). En la Globalización predomina el aprovechamiento de las tecnologías dentro de un contexto de teoría liberal. Es necesario ser eficientes y competitivos, porque lo económico está sobre lo político y lo social.

Según la globalización los medios de comunicación son para conquistar el mercado mundial y la escuela es para formar individuos competitivos, eficaces y rentables. Las personas deben ser más eficientes y competitivas y la comunicación debe ayudar a ello. Se debe enseñar a producir mucho con poca inversión.

En Martínez (2006) se describen las siguientes teorías de audiencias: Teoría de los Efectos Psicológicos, Teoría de Usos y Gratificaciones y la Teoría de las Mediaciones

Sociales. Los Efectos Psicológicos son un proceso lineal en el cual la eficacia de la comunicación está centrada en el emisor y el sujeto receptor es el polo pasivo, condicionado para imitar automáticamente lo que vea en los medios.

La Teoría de Usos y Gratificaciones analiza más allá del contenido de los medios, en donde aparece la audiencia como sujeto parcialmente activo. Los individuos eligen de acuerdo con sus objetivos y necesidades personales pero supone que cada miembro de la audiencia está aislado, tiene necesidades distintas y por lo tanto usa los medios con diferentes objetivos e intereses y también de forma distinta y selectiva.

La Teoría de Usos y Gratificaciones se relaciona con las necesidades psicológicas en un plano más funcionalista (porque se deriva del funcionalismo). Plantea que una persona puede ser consciente de sus necesidades y según ello toma decisiones.

La teoría de las Mediaciones Sociales se inicia con definir cómo se entiende el término mediación, el cual puede significar la forma en que los medios tradicionales como la prensa, cine, radio y televisión, se encuentran mediando entre la realidad y la audiencia.

3.3 Modelos de comunicación

Los modelos son instrumentos conceptuales que se construyen como ayuda en el estudio y comprensión de la realidad. La razón de ser de los modelos en la investigación científica, dada la dificultad frecuente de estudiar o de observar realmente los fenómenos, se encuentra en la utilidad de formar con esta finalidad prototipos o representaciones esquemáticas de los fenómenos en cuestión.

...se podrían distinguir dos sentidos principales del término modelo en su aplicación a las ciencias: el primero basado en la idea de ejemplar y el segundo en la representación. Con relación al primero se puede afirmar...que los hombres tienden a emplear sistemas de relaciones conocidos como modelos según los cuales son asimilados intelectualmente dominios de la experiencia inicialmente extraños...Respecto al segundo sentido, en él se puede decir que se invierten los términos; el ejemplar, en este caso, es la realidad, y el modelo pretende darnos una imagen o representación de la misma. (Sierra, 1996: p. 42)

En Guatemala aplica más un tipo de sociedad funcionalista-estructuralista, por lo cual se han seleccionado algunos modelos de comunicación que corresponden a autores que se han desarrollado dentro de la corriente funcionalista. Esos autores son Paul Lazarsfeld, Wilbur Schramm, Bernard Berelson y David Berlo, quienes han hecho investigaciones dentro de la corriente funcionalista, pero no son los únicos que han estudiado la comunicación desde ese punto de vista.

3.3.1 **Modelo de las funciones sociales: Paul Lazarsfeld**

Según Toussant (1991), para Lazarsfeld la acción de los medios de comunicación se resume en dos grandes funciones sociales y una disfunción. La primera función es conferir prestigio, la segunda función es la de reforzar las normas sociales, y la disfunción es denominada narcotizante.

En la primera función la posición social de las personas, acciones o grupos, es prestigiada y enaltecida cuando se consigue atraer la atención favorable de los medios. La segunda función es de reforzamiento de las normas sociales. Dando publicidad a las conductas desviadas se acorta la distancia entre la moralidad pública y las actitudes privadas, y se ejerce presión para que se establezca una moral única.

En la disfunción narcotizante, los medios disminuyen el tiempo dedicado a la acción organizada. El hombre informado se considera un participante, pero en la realidad no desarrolla acción social alguna. Conoce los problemas pero no actúa para resolverlos. Los medios son los causantes del conformismo de las masas y pueden deteriorar el nivel de la cultura popular.

En el modelo de las funciones sociales tienen mucho que ver los líderes de opinión porque son individuos que reciben de primera mano las informaciones de los medios, para transmitir las después a personas más desvinculadas, pero incluyendo su propia interpretación de la información recogida.

3.3.2 Modelo de la comunicación interpersonal: Wilbur Schramm

Schramm "...para definir el proceso de comunicación colectiva parte de algo más simple: la comunicación interpersonal. Hace uso de elementos mínimos que nos explican la operación continua de la comunicación". (Toussant, 1991: p. 18)

Describe la comunicación en varios elementos o esquemas sucesivos. En un primer esquema se refiere a la comunicación humana interpersonal, en donde se aprecian las funciones específicas de sus elementos básicos que son fuente (un comunicador-cifrador), mensaje-señal, y el destino (un perceptor-descifrador).

En un segundo esquema se integra la experiencia que es otro elemento que es determinante para la elaboración, captación y comprensión del significado del mensaje. La experiencia engloba el área correspondiente a los dos polos del proceso comunicativo que son la fuente y el destino.

Para cifrar o descifrar un mensaje se parte de un cúmulo de experiencias de información sobre algo, y mientras más cercanos y comunes sean los campos de experiencia del comunicador y el receptor, más eficaz será la comunicación (Toussant, 1991: p. 20).

En un tercer esquema se considera que si una persona puede comunicar y recibir, entonces es comunicador y perceptor en sí mismo. En un cuarto esquema se agrega el proceso dialéctico, o sea, que en un diálogo entre dos individuos, el papel de comunicador le corresponde al primero que emite el mensaje.

Si el segundo individuo descifra la señal cumplirá la función de perceptor o descifrador. Pero si este perceptor responde a su vez y el mensaje es captado y descifrado por el primero, la comunicación se convertirá en un proceso dialéctico que hará de cada uno de ellos un comunicador y un perceptor en sí mismos.

En un quinto esquema se observa cómo se presenta el mismo proceso de comunicación de retorno o respuesta al mensaje, cuando se experimenta una comunicación consigo mismo, o sea aquella comunicación en la que se cifra un mensaje y antes de transmitirlo se corrige.

Como ejemplo de lo anterior, se puede mencionar que a veces, "...cuando escribimos algo y lo cambiamos de estilo, o si se corrigen fallas de ortografía y sintaxis, o cuando modulamos la voz para dar el tono adecuado ante un error de pronunciación". (Toussant, 1991: p. 22)

Según Schramm (1969a), en este modelo es fácil comprender cómo actúa la comunicación colectiva si se comprende antes el proceso de comunicación que exige como mínimo tres elementos: fuente, mensaje y destino. Fuente puede ser una persona que habla, escribe, dibuja o hace gestos, o bien una organización informativa como el periódico, casa editora, estación de televisión, radio o estudio de cine.

La fuente principal en la comunicación colectiva puede ser un órgano de comunicación o una persona institucionalizada, como por ejemplo, el director de un periódico. La organización actúa igual como lo hace el comunicador individual.

El mensaje puede tomar la forma de la tinta en el papel, de las ondas sonoras en el aire, un movimiento de la mano, impulsos eléctricos, una bandera que ondea, o cualquier otra señal cuyo significado pueda interpretarse. El destino puede ser una persona que escucha, que observa, lee, o una persona que forma parte de un grupo de discusión; o puede ser la persona que está en un auditorio.

Algunas diferencias que se pueden señalar (en la comunicación interpersonal y la colectiva), es que en la comunicación cara a cara el receptor muestra reacciones inmediatas que el comunicador puede percibir. La situación de percepción en la

comunicación colectiva varía porque hay poco aprovechamiento directo de la información entre los receptores y el comunicador.

3.3.3 Modelo del análisis del contenido del mensaje: Bernard Berelson

Según Toussant (1991), Bernard Berelson le da mucha importancia a uno de los elementos del proceso de comunicación que es el contenido del mensaje. Se Define el análisis de contenido como una técnica de investigación que sirve para describir objetiva, sistemática y cuantitativamente el contenido manifiesto de la comunicación.

El contenido es un conjunto de significados expresados a través de símbolos (verbales, musicales, pictóricos, plásticos, mímicos, etc.) que constituyen la comunicación misma. Además del campo de la comunicación, el análisis de contenido se puede aplicar a la sociología, política, psicología, y otras disciplinas. La técnica utilizada distingue algunas unidades de análisis como son palabras, temas, personajes, ítems y medidas de espacio-tiempo. La palabra es la unidad más pequeña.

3.3.4 Modelo de la transformación continua: David K. Berlo

Cuando Berlo se refiere al proceso de comunicación se consideran los acontecimientos y las relaciones de la comunicación en un constante devenir, eternamente cambiante y continuo.

Ese proceso carece de principio, de fin o de una secuela fija de acontecimientos. No es estático, no descansa, se encuentra en movimiento. Los componentes de un proceso interaccionan, es decir que cada uno de ellos influye sobre los demás.

La comunicación se maneja dentro de un concepto de proceso donde no es posible hablar del principio ni del fin, ni es posible decir que la comunicación se produce de una sola manera.

Cuando tratamos de hablar o de escribir sobre un proceso, como puede ser el de la comunicación, tenemos que enfrentar por lo menos dos problemas. En primer lugar, hemos de detener la dinámica del proceso, así como detenemos el movimiento para tomar una fotografía. Podemos sacar observaciones muy útiles de las fotografías, pero cometemos un error si olvidamos que la cámara no reproduce en forma completa los objetos fotografiados. Las interrelaciones entre los elementos son obliteradas, la fluidez del movimiento, las dinámicas se ven interrumpidas. La fotografía es una representación del hecho, no es el hecho en sí...El segundo problema existente para describir un proceso deriva de la necesidad de tener que hacer uso del lenguaje. Éste, en la forma en que ha sido usado por la gente a través del tiempo, constituye un proceso. Él también es cambiante y está sujeto al devenir, pero a pesar de ello la cualidad del proceso del lenguaje se pierde cuando se convierte en letra escrita. (Berlo, 2000: p. 22)

Han existido análisis que no se han orientado propiamente dentro de un proceso, por ejemplo, el modelo de aguja hipodérmica, donde la comunicación actúa como el punto de vista *click-click*, o el punto de vista empuje y tire.

Dentro del concepto de la aguja hipodérmica se daba por supuesto que con solo inyectar estos mensajes en las mentes del público, se producirían la enseñanza, el entretenimiento, o una mayor participación en los asuntos públicos.

Pero las investigaciones llevadas a cabo sobre los efectos de la comunicación de masas indican otra cosa, porque esas fuentes de análisis de comunicación, resulten o no efectivas, dependen de una serie de factores complejos.

Según Berlo (2000), el modelo de comunicación contiene los componentes o elementos siguientes: fuente de la comunicación con su respectivo propósito, codificador, mensaje, canal, decodificador y el receptor de la comunicación.

La comunicación humana tiene una fuente, que es alguna persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación. Al existir la fuente, con sus ideas, necesidades, intenciones, información y un propósito por el cual comunicarse, se desencadenan los demás componentes.

El propósito y objetivos de la fuente tienen que ser expresados en forma de mensaje. Para que esto ocurra los propósitos y objetivos se tienen que traducir en un código o lenguaje, siendo necesario un codificador, que es el encargado de tomar las

ideas de la fuente y disponerlas en un código, expresando de esta manera el objetivo de la fuente en forma de mensaje.

En la comunicación de persona a persona la función de codificar, es efectuada por medio de la capacidad motora de la fuente, que son mecanismos vocales que producen la palabra hablada, los gritos, las notas musicales, los sistemas musculares de la mano que dan lugar a la palabra escrita, los dibujos, los sistemas musculares de las demás partes del cuerpo, que originan los gestos del rostro y ademanes de los brazos, las posturas y otros.

En situaciones de comunicación más complejas se pueden modificar algunas consideraciones, por ejemplo, un gerente de ventas puede ser considerado como la fuente y los vendedores como sus codificadores (quienes en forma de mensaje traducen para el consumidor la intención o los propósitos del gerente).

Cuando ya existe la fuente de comunicación con un propósito y objetivo y un codificador que exprese ese objetivo en forma de mensaje, entonces tiene que aparecer otro elemento que es el canal.

Un canal es un medio, un portador de mensajes, o sea un conducto. La elección de canales es un factor importante para la efectividad de la comunicación. Pero en este momento, para que se produzca la comunicación, tiene que haber alguien en el otro extremo del canal.

Cuando se habla se hace necesario que alguien escuche, o cuando se escribe alguien tiene que leer. La o las personas situadas en el otro extremo del canal pueden ser llamadas el receptor de la comunicación.

Las fuentes y los receptores de la comunicación deben ser sistemas similares. Si no lo son, la comunicación es imposible. Cabe dar un paso más y decir que la fuente y el receptor pueden ser (y a menudo lo son) la misma persona; la fuente puede comunicarse consigo misma (el individuo escucha lo que está diciendo, lee lo que escribe, piensa). En términos psicológicos, la fuente trata de producir un estímulo. Si la comunicación tiene lugar, el receptor responde a ese estímulo; si no responde, la comunicación no ha ocurrido. (Berlo, 2000: p. 28)

Así como la fuente necesita un codificador para traducir los propósitos en mensajes y expresarlos en un código, al receptor le hace falta un decodificador para hacer la traducción, decodificar el mensaje y darle la forma que sea utilizable por el receptor.

Se han presentado situaciones de comunicación relativamente simples pero el modelo resulta igualmente útil para describir la conducta de la comunicación de una organización más compleja. En el caso de una organización compleja las funciones codificadoras y decodificadoras, frecuentemente son separables de la fuente y el receptor.

Pero en otros casos algunas personas de la organización desempeñan ambos roles (emisor y receptor). Por ejemplo, en el periódico o diario de una gran ciudad que implica una compleja trama de comunicación, un reportero puede ser el receptor de los sucesos que capta, y al mismo tiempo el codificador para transformarlo en la noticia que se va a difundir.

Por tanto, los componentes de comunicación que se han descrito en el modelo son esenciales, tanto si se habla de comunicación con respecto a una sola persona, dos personas o para toda una trama institucional.

3.4 **Comunicación interpersonal**

La comunicación intrapersonal, como parte de la comunicación interpersonal, consiste en el tipo de relaciones que se llevan a cabo dentro de la misma persona, que es una compleja red de emisión y recepción de mensajes. Músculos, órganos, piel, etc., son emisores y receptores de innumerables cantidades de mensajes transmitidos diariamente.

Según Interiano (2001a), la comunicación interpersonal se da entre dos o más personas, es esencialmente humana y social. Abre los caminos de las relaciones entre las personas, permite la convivencia entre individuos y propicia el progreso y desarrollo social, la procreación de la familia y la misma conservación de la especie humana.

Para que exista una verdadera comunicación entre dos individuos o en grupos pequeños, es necesario que todas las personas tengan la posibilidad de intercambiar constantemente sus roles de comunicadores y receptores simultáneamente, o sea, verse a la cara cuando están hablando y compartir un mismo espacio físico y/o psicológico común.

En la comunicación interpersonal intervienen factores psicosociales como fuerzas propulsoras o trascendentes, fuerzas inducidas o inmanentes, valencias y empatía. Fuerzas propulsoras son los motivos (positivos, como simpatía e interés; o negativos, como animadversión y egoísmo), que inducen a los individuos a efectuar algo, como desplazarse de un lugar a otro.

Fuerzas inducidas son las que ejercen otras personas hacia un individuo en particular, como la colaboración, el aprecio, la amistad, la simpatía (de un perceptor a un emisor). Las valencias consisten en la concentración de fuerzas propulsoras o inducidas que pueden ser de doble vía y a la vez, ya sean positivas o negativas, dependiendo del lado a donde se incline más la balanza (por ejemplo: una persona que demuestre odio, cólera, antipatía, desinterés, estará propiciando valencias negativas).

La empatía es la capacidad de entender y comprender a los demás en su propio contexto; es un proceso de doble vía y difiere de la simpatía (que es un sentimiento de atracción). La empatía es un proceso de acción en beneficio de otras personas; es pensar y actuar en función de los intereses de los demás y no del propio.

La comunicación interpersonal también puede ser considerada desde el plano estructural, administrativo y del control de la misma. En el plano estructural puede ser simétrica y complementaria.

Simétrica es aquella que establecen dos personas con los mismos derechos y obligaciones, en base a lo que les confiere su mismo estatus social (por ejemplo, la relación que establecen los hermanos y los amigos). Complementaria es la que establecen dos personas cuya relación se ve afectada por grados de dependencia entre una con respecto a la otra, por ejemplo, relación entre padres e hijos, tíos y sobrinos, jefes y subalternos.

En el plano administrativo la comunicación puede ser vertical, horizontal y circular. Vertical es la que se desarrolla siguiendo un orden de arriba hacia abajo o viceversa (flujos de mensajes que tienen lugar entre jefes y empleados y entre estos y sus superiores). Horizontal es la comunicación que se realiza entre personas o empleados que gozan de un mismo nivel jerárquico en una institución o empresa

Y la circular es la que "...se realiza en la empresa o institución con fines no laborales (sociales, culturales o de entretenimiento) entre jefes, empleados y a veces el público. Es interesante advertir que este tipo de relación no requiere de las rígidas etiquetas o normas de conducción de la empresa". (Interiano, 2001a: p. 44)

En el plano del control del proceso de comunicación puede ser monopólica, emergente y participatoria. Monopólica es la que sigue una orientación vertical descendente, o sea, que es el comunicador controla totalmente la elaboración, difusión y destino de los mensajes.

La comunicación emergente nace en los perceptores y se dirige hacia los órganos de decisión político-administrativa. Se le llama también comunicación popular o alternativa. En la comunicación monopólica, la misma es controlada por un cacique de la comunidad, aunque esta autoridad no haya sido conferida por mandato legal.

3.4.1 Comunicación interpersonal y sus efectos

El objeto de la comunicación es producir una respuesta. En toda comunicación se esperan buenos efectos o resultados siendo la esencia de ello la sintonización entre el que percibe y envía un mensaje determinado. Se hace comunicación para influir y para afectar intencionalmente a otro u otros. (Berlo, 2000: p. 10)

La comunicación se hace entre seres humanos y de manera simultánea intervienen en forma activa las organizaciones humanas, como la familia, grupos de pares, iglesia, comunidad, etc. Las personas participan en lo que ocurre en el ámbito público y la comunicación es la base de esta interacción de persona a persona.

Si en el proceso de la comunicación humana, como la interpersonal o cara a cara, no se cumplen los pasos sucesivos de forma adecuada, entonces se puede decir que el sistema no está trabajando con el máximo de eficiencia. Entre esos pasos están: claridad en la fuente, buen cifrado y descifrado del mensaje y el manejo del mensaje en el destino.

En términos humanos, si la fuente no cuenta con una información adecuada o clara; si el mensaje no se ha cifrado por completo, exactamente, eficazmente en signos transmisibles; si estos no se transmiten con suficiente rapidez y exactitud, a pesar de la interferencia y de la competencia, al receptor deseado; si el mensaje no se descifra de acuerdo con el diseño que corresponda al cifrado; y, finalmente, si el destino no puede manejar el mensaje descifrado de modo que produzca la respuesta deseada, entonces, evidentemente, el sistema no está trabajando con el máximo de eficiencia. (Schramm, 1969a: p. 4)

Un sistema de comunicación interpersonal puede tener la máxima capacidad de manejar la información, la cual dependerá de las capacidades separadas de cada unidad de la cadena, por ejemplo, la capacidad del canal en relación a la rapidez con la que se puede hablar, la capacidad del comunicador para el receptor le comprenda rápidamente algo que explica, si todo se ha cifrado bien, sin palabras innecesarias.

La fuente toma la información o sentimiento que desea compartir y lo pone en una forma en que pueda transmitirse. Las imágenes o ideas que se tienen en la cabeza no se pueden transmitir si no están cifradas o codificadas. Si están cifradas en palabras pueden transmitirse fácil y eficazmente. Si se cifran en palabras escritas van más lentamente que las palabras habladas, pero van más lejos y son más duraderas (por ejemplo, un libro)

Para que la fuente pueda cifrar y el destino pueda descifrar la comunicación (el mensaje) debe existir una experiencia común entre fuente y destino, la cual puede ser compartida). En un proceso de comunicación interpersonal cada persona es una fuente (comunicador) y un destino (perceptor), recibe y transmite.

Cuando una señal llega a una persona va en forma de un signo. Los mensajes se componen de signos, señales, etc., que representan a algo en la realidad, en la experiencia. Por ejemplo, si alguien nunca ha visto un avión o no ha oído hablar de él, no podrá descifrar un mensaje que represente un avión porque no se encuentra dentro de su experiencia.

Si una persona no ha tenido instrucción científica no puede comprender aspectos que manejan los científicos. Cuando un comunicador trata de establecer comunicación, con un perceptor que pertenece a otra cultura muy diferente a la de él, se le dificultará mucho.

La fuente debe tratar de comunicar de tal manera, que sea fácil para el destino sintonizar el mensaje, y relacionarlo con las partes de su propia experiencia que tienen que ser muy parecidas a las de la fuente.

Cuando una señal se dirige a una persona llega en forma de un signo, si esa persona ha aprendido el signo también ha aprendido ciertas repuestas que le asocian a él. A estas repuestas se les denominan repuestas mediatorias porque median en lo que le sucede al mensaje dentro de la persona, de acuerdo a su experiencia.

Las respuestas son afectadas por el estado del organismo de la persona en ese momento. Por ejemplo, no es lo mismo ver un anuncio de comida cuando se tiene hambre, que cuando no se tiene.

Cuando a una persona le llega una señal recordemos que viene en forma de un signo. Si hemos aprendido el signo, hemos aprendido ciertas respuestas con él. Podemos llamarlas respuestas mediadoras, porque median en lo que le sucede al mensaje en nuestro sistema nervioso. Estas respuestas son el significado que el signo tiene para nosotros. Se las aprende por experiencia, como dijimos, pero son afectadas por el estado de nuestro organismo en ese momento. (Schramm, 1969a: p. 7)

Otro elemento de la comunicación es el canal y en cualquier tipo de comunicación raras veces se despachan mensajes en un solo canal, por ejemplo, cuando alguien habla las ondas sonoras de su voz son el mensaje fundamental, pero además de ese, hay otros canales como la expresión de su rostro, sus gestos y la relación de un mensaje determinado con mensajes anteriores.

Lo de los canales múltiples existe aún en la comunicación colectiva impresa, en la que los canales quizá son más restringidos, pero en este caso el significado se transmite no solo por las palabras, sino por el tamaño del encabezado, la posición en la página y el tipo de página de un periódico.

Según Schramm (1969a) el mensaje tiene más probabilidades de éxito si se canaliza bien, si se guarda consonancia con las maneras de comprender, con las actitudes, valores y metas del perceptor, o por lo menos si se trata de adaptar a estos aspectos. En la canalización de los mensajes el emisor debe elegir un canal que le permita dirigir y aprovechar los motivos en el perceptor, porque el comunicador debe construir sobre lo que ya existe.

Por lo tanto, para que exista éxito o buenos efectos en la comunicación, es importante recordar que el mensaje debe formularse y entregarse de modo que obtenga la atención del destino, porque las personas escogen o captan los mensajes en función de que se ajusten a sus necesidades e intereses.

Para satisfacer esas necesidades se debe sugerir una solución que sea adecuada a la situación del grupo en la que se encuentra el destino del mensaje. También es importante conocer cuándo es el momento correcto para transmitirlo.

Porque es importante conocer el momento correcto de un mensaje, la clase de lenguaje que se debe usar para ser comprendido, las actitudes y valores a los que se debe acudir para lograr eficacia, y las normas del grupo en el que tendrá que realizarse el acto deseado. Esto es relativamente fácil en la comunicación transmitida cara a cara, más difícil en la comunicación colectiva. En cualquiera de los dos casos, es necesario. (Schramm, 1969a: p. 11).

Para que el mensaje provoque la respuesta deseada en el proceso de comunicación, el mensaje debe formularse y entregarse de modo que obtenga la atención del destino. Ese mensaje debe estar a la disposición para utilizarlo en cualquier momento, debiendo tener las condiciones para abrir una buena conexión con la audiencia (persona, grupo o colectividad).

Las personas receptoras escogen los mensajes de acuerdo con la impresión que se tiene de sus características generales y en función de que se ajusten a sus necesidades e intereses. La comunicación de un mensaje debe hacerse en las mejores condiciones de oportunidad, de ubicación y de dar signos índices que se dirijan a los intereses del receptor.

La conducción del mensaje debe despertar necesidades de las personas en el destino y sugerir algunas formas de satisfacerlas. Las personas responden (actúan) en base a las posibles soluciones de sus necesidades y dirigiéndose a metas específicas. El individuo debe sentir que puede resolver una necesidad con una acción.

El retorno de la comunicación es muy importante para saber los efectos que han tenido los mensajes. “El proceso de regreso se llama retorno de la comunicación, y desempeña un papel muy importante porque nos dice cómo se están interpretando nuestros mensajes”. (Schramm, 1969a: p. 8)

En una conversación entre personas (cuando una trata de persuadir a la otra) se pueden encontrar respuestas diversas en el perceptor, como por ejemplo: inclinar la cabeza en señal de asentimiento, mostrar en su frente un ceño de perplejidad o mirar hacia otro lado en señal de que ha perdido el interés.

Todo esto es comunicación de retorno. Un comunicador experimentado está alerta para detectar esa comunicación de retorno y poder aprovecharla para modificar constantemente sus mensajes, de acuerdo con lo que oye y observa en su perceptor.

El retorno es un elemento importante en el proceso de comunicación, considerando lo que ocurre en una conversación entre dos personas, cuando la una está devolviendo constantemente la comunicación a la otra. El regreso o retorno de la comunicación indica cómo se están interpretando los mensajes.

Al retorno de la comunicación también se le conoce como *feed back* y permite apreciar la forma en que se está interpretando el mensaje que ha lanzado el comunicador. Si la apreciación del retorno no es del todo buena, le da la oportunidad al comunicador de re-direccionar sus mensajes.

La comunicación se puede convertir en un proceso dialéctico entre comunicador y perceptor, en el que cada uno de ellos es al mismo tiempo un comunicador y un receptor en sí mismos. El retorno de la comunicación, incluso, es beneficioso para una persona que habla consigo misma.

Aunque mucha gente suele hablar sola, hasta ahora no se conocía si esta conducta, aparentemente irracional, tiene algún beneficio. Una nueva investigación en Estados Unidos dice haber encontrado una utilidad: hablar solo nos ayuda a enfocarnos en una tarea. Específicamente, los científicos de las universidades de Wisconsin-Madison y Pensilvania, querían entender si hablar en voz alta ayuda a un adulto en la búsqueda de objetos perdidos... Y así, encontraron que los que hablaban solos pudieron encontrar el objeto más rápido... (Lupyan, 4 de junio de 2012: p. 31)

La aprobación por parte del grupo social es muy importante si se pretende que el resultado de la comunicación sea efectivo, en relación a nuevos comportamientos (cambio de hábitos, actitudes y prácticas).

Las personas se deben a los grupos sociales a los cuales pertenecen. Esos grupos son la familia, la comunidad y otros grupos donde la persona se congrega, como el colegio, la universidad, la iglesia y otros.

La primera educación se recibe en el grupo primario de la familia. De los grupos, las personas aprenden la mayor parte de normas y valores y ese aprendizaje condiciona las respuestas de las personas receptoras.

Si la comunicación pretende producir cambios en los comportamientos de las personas, el primer lugar en donde el individuo busca la aprobación del nuevo comportamiento, es en el grupo al que pertenece.

Según Schramm (1969a), si el grupo no aprueba la respuesta, esa no será dada. El mensaje tiene más probabilidades de éxito si guarda consonancia con las maneras de comprender, con las actitudes, valores y metas del perceptor, o por lo menos si se trata de adaptar a estos aspectos.

En el efecto o resultado de la comunicación juega un papel muy importante el aspecto cultural. La cultura expresa la herencia espiritual y la realidad social de la comunidad.

...es forma de ser y hacer, conocimiento adquirido y modo de comportamiento, manifestados en compleja interacción. En este ámbito, tradiciones, normas y valores actúan como fuerza socializadora, capaz de favorecer la síntesis de nuevos elementos a partir de los movimientos de transformación de la sociedad. (González, 1984: p. 17)

El proceso de la comunicación colectiva es el mismo que se describe para la comunicación interpersonal, pero los elementos del proceso varían. La comunicación colectiva se desarrolla con un mayor número de individuos y elementos que intervienen en ella.

La fuente principal en la comunicación colectiva es un órgano de comunicación o una persona institucionalizada (por ejemplo, el director de un periódico). La organización actúa exactamente como lo hace el comunicador individual, como cifrador, intérprete y descifrador.

La diferencia consiste en que en lugar de una persona individual, las acciones las efectúa un grupo de personas. En la comunicación colectiva la fuente transmite un cúmulo de mensajes en forma masiva, cifrado para un público distante y heterogéneo que constituye el destino.

3.4.2 **Empatía con el sistema social**

El ser humano se comunica con otros para influir en sus conductas de acuerdo con sus propósitos. Por ello es necesario poder aumentar la capacidad empática y hacer proyección sobre la personalidad del perceptor, siendo la interacción la meta a conseguir en la comunicación.

La empatía por parte del comunicador es muy valiosa para la efectividad de la comunicación. Cuando las circunstancias empáticas son recíprocas al interactuar (el emisor y el receptor) se alcanza la situación ideal de la comunicación. Pero en tanto menor sea la experiencia que una persona tenga con un individuo determinado, tanto menor será su capacidad de empatía con él.

De acuerdo a Berlo (2000), cuando se es insensible a la conducta de los demás la capacidad de empatía disminuye. El conocimiento de la composición y los mecanismos de un sistema social es de utilidad para desarrollar comunicación empática.

Los sistemas sociales son las consecuencias de la necesidad humana de relacionar su conducta con la de los demás. El comunicador tiene que conocerlos, para poder lograr sus objetivos.

Además de la empatía entre personas se deben tener en cuenta los elementos y estructura de los sistemas sociales para analizar las respuestas o conductas dadas por la gente a un determinado estímulo o comunicación.

Para que el comunicador pueda actuar con empatía debe conocer que en un sistema social la gente es designada para desempeñar roles. Un individuo determinado ocupa una posición dentro del sistema social y ejecuta determinadas conductas.

Hay conductas que se deben realizar y otras que no, en función de la situación personal, y hay conductas que se pueden hacer, o no, dependiendo del rol que la persona juega dentro del sistema. El conjunto de las conductas permitidas son fijadas por el sistema.

Ninguna persona puede existir como miembro de un sistema social único. Las personas pertenecen a muchos grupos, desempeñan distintos roles, ocupan muchas posiciones y sostienen y cumplen un gran número de normas. Por ejemplo, una persona puede ocupar la posición de padre en un sistema, de portero en otro, de presidente en un tercer sistema, de viejo, de estadista, de rehén, etc.

Es importante reflexionar que las personas no pueden realizar todos sus objetivos, actividades y tareas por sí mismas, porque necesitan la interdependencia con los demás. (Berlo, 2000: p. 124)

La comunicación y los sistemas sociales se encuentran muy relacionados porque los sistemas sociales se producen a través de la comunicación y el sistema determina la comunicación de sus miembros.

Las relaciones de interdependencia difieren de un sistema a otro. Por ejemplo, en la cultura occidental, en el campo de la educación, un maestro promueve que los alumnos compitan unos con otros para obtener mejores calificaciones; contrariamente,

esto no funciona dentro de los niños navajos, porque ellos están programados para cooperar y no para competir.

Si un profesor pasa a un grupo de niños navajos a resolver un problema al pizarrón, si uno de los niños termina su trabajo, controlará cuidadosamente que los demás también lo terminen.

No se puede dejar de lado que toda comunicación se produce dentro de un contexto cultural existente en el sistema social, dentro del cual el emisor debe comunicar con empatía. La cultura está constituida por las creencias, los valores, las formas de hacer las cosas y los modos de conducirse que los seres humanos comparten.

3.4.3 **Fidelidad en la comunicación**

La fidelidad en la comunicación permite que el comunicador logre los objetivos propuestos. La fidelidad se debe analizar en todos los elementos del proceso de comunicación, comenzando con la fuente.

En el elemento fuente se necesita un codificador que sea de alta fidelidad, que exprese en forma perfecta el significado de la fuente. También (en el destino) se necesita un decodificador de códigos de alta fidelidad, que es aquel que interpreta el mensaje con precisión absoluta.

En la comunicación de persona a persona debe haber una correlación de: fuente y codificador, y decodificador y receptor. La fuente codifica un mensaje y lo coloca en el canal de manera que pueda ser decodificado por el receptor. La fuente codifica un mensaje destinado a producir la respuesta esperada.

Según Berlo (2000), en la fuente y en el receptor existen al menos, cuatro clases de factores que pueden aumentar la fidelidad: las habilidades comunicativas, actitudes,

nivel de conocimiento y sus contextos culturales y la posición que se ocupa dentro de un determinado sistema socio-cultural.

Al hablar o escribir mensajes es necesario que se tenga un vocabulario adecuado para expresar las ideas (o sea, habilidad encodificadora), empleando aquellas palabras que expresen de la manera más clara lo que se quiere significar.

Como fuentes encodificadoras, se determina de dos maneras la fidelidad de la comunicación: capacidad analítica en lo que respecta a los propósitos e intenciones (capacidad para decir algo cuando se comunica); y capacidad para encodificar mensajes que expresen las intenciones. Por ejemplo, cuando se posee un vocabulario se tiene que comprender cuál es la mejor forma de combinar palabras.

Un factor muy importante es la actitud o actitudes de la fuente. Entre esas actitudes está la que asume la fuente con respecto a sí misma, o sea, una autoevaluación, (por ejemplo, un empleado evita un ascenso porque desconfía de su propia habilidad para tomar responsabilidades mayores).

Otra actitud es la que tiene la fuente hacia el tema que trata, que puede ser negativa, por ejemplo, las empresas no acostumbran contratar vendedores que no están convencidos de las bondades de sus productos.

Y después, están las actitudes que tiene la fuente hacia el receptor, que también pueden ser negativas, afectando el mensaje emitido por la fuente y la forma en que la gente habrá de responder a dicho mensaje.

Otro factor ligado a la fidelidad de la comunicación es el nivel de conocimiento que posea la fuente o encodificador, con respecto al tema. No se puede comunicar lo que no se sabe. No se puede comunicar con efectividad un material que no se entiende.

Pero por otro lado, si la fuente sabe demasiado, puede equivocarse en el sentido de emplear sus habilidades comunicativas especiales en forma tan técnica que su receptor no será capaz de entenderla.

Por ejemplo, quizá un maestro no necesite saber mucho, pero si necesita saber cómo enseñar. Si sabe enseñar y domina a fondo el tema que está tratando se hallará en condiciones de transmitir su saber en forma efectiva.

Otro factor de fidelidad que está ligado a la fuente es el sistema socio cultural al que se pertenece y la posición que se tenga dentro del mismo. Ninguna fuente se comunica como un agente libre, sin estar influida por la posición que ocupa en un determinado sistema socio-cultural. Es importante saber cuál es el sistema social dentro del cual está operando la fuente y cuál es su ubicación en ese sistema social.

También se tiene que conocer el contexto cultural dentro del cual se comunica: sus creencias culturales y sus valores, las formas de conducta que son aceptables o no, por su cultura. Las personas no se comunican igual cuando pertenecen a clases sociales diferentes. Quienes poseen distintos antecedentes culturales tampoco se comunican de la misma manera.

Los sistemas sociales y culturales determinan en parte la elección de las palabras que la gente usa, los propósitos que tiene para comunicarse, el significado que se da a ciertos vocablos, su elección de receptores y los canales que utiliza para uno u otro tipo de mensaje.

Al decodificador-receptor como elemento de la comunicación, le son aplicables todos los factores que se describieron para la fuente-encodificador. Cuando se entabla una comunicación intrapersonal la fuente y el receptor son la misma persona.

Otro elemento de la fidelidad de la comunicación es el mensaje. El mismo se ha definido como el producto verdadero del emisor-encodificador (hablar, escribir, pintar,

gesticular, movimientos de manos, etc.). En el mensaje "...hay al menos tres factores que tienen que ser tomados en consideración: 1) el código, 2) el contenido, y 3) la forma en que es tratado el mensaje". (Berlo, 2000: p. 48)

El código es el grupo de símbolos que puede ser estructurado de manera que tenga algún significado para alguien. Los idiomas son códigos, cada uno de ellos contiene componentes (sonidos, letras, palabras, etc.). Todo aquello que posee elementos (vocabulario) y tiene procedimientos para combinarlos (sintaxis) es un código.

El contenido del mensaje es el material (afirmaciones) que fue seleccionado por la fuente para expresar su propósito. Las formas que se eligen para disponer las afirmaciones, determinan en parte, la estructura del contenido. Para ese fin, la fuente está facultada para seleccionar una u otra información.

Cuando la fuente selecciona elementos y estructura tanto el código como el contenido, tiene que tomar algunas decisiones y elegir entre gran número de probabilidades; de esa forma es como se define el tratamiento de un mensaje. La personalidad y otras características individuales de la fuente son las que determinan el tratamiento que habrá de dar al mensaje.

En el proceso de comunicación el canal (como elemento) es el medio por el cual la fuente envía un mensaje al receptor, en la comunicación interpersonal. El emisor necesitará estar capacitado para hablarle al receptor y el receptor habrá de estar capacitado para escuchar. El mecanismo verbal del emisor y el mecanismo auditivo del receptor son los que interconectan. Los vehículos que transportan los mensajes son las ondas sonoras, que están sostenidas por el aire.

En los medios colectivos la situación es más compleja, pero siempre se siguen los mismos principios de la comunicación interpersonal. Son medios públicos de comunicación considerados como vehículos de mensajes: la radio, teléfono, periódicos, filmes, revistas, escenario, tribuna pública, etc.

3.4.4 Formas de comunicación personal

La comunicación no verbal es otra forma de comunicación personal, además de la comunicación verbal. En la comunicación no verbal se encuentran el lenguaje corporal, ritmos corporales, el lenguaje del rostro humano, lenguaje de los ojos, la danza o movimiento de las manos y otros.

Según Davis (2000), Los artistas han utilizado la comunicación no verbal. Los escultores y pintores siempre han sido conscientes de cuánto se puede transmitir con un gesto o una postura, y la mímica es esencial para la vida de un actor.

El lenguaje corporal se analiza en diversas unidades de conducta como contacto visual, contacto físico, sonrisa, etc., ya sea como unidades separadas o bien como combinaciones de estas. Los especialistas en Cinesis (estudio del movimiento del cuerpo humano) prefieren hacer un análisis dentro un enfoque por sistemas (combinaciones de las diferentes unidades de conducta).

Dentro del lenguaje corporal los psiquiatras reconocen que la forma de moverse de un individuo proporciona indicaciones sobre su carácter, sus emociones y sus reacciones hacia la gente que lo rodea.

Los sociólogos han descrito una forma de regla de etiqueta subliminal que conforma el comportamiento de las personas, por ejemplo: cómo parecer interesado pero no comprometido en una conversación, hasta cómo evitar un choque frontal con otra persona cuando se va caminando sobre una banqueta.

Los antropólogos han observado las diferentes expresiones culturales del lenguaje corporal, en donde denotan que un árabe, un inglés, un latino, un negro norteamericano, un blanco estadounidense, no se mueven de la misma manera.

El cuerpo es un mensaje y comunica por sí mismo con sus movimientos, posturas, rasgos faciales, etc. El aspecto físico de una persona, por lo general, es culturalmente programado. El rostro de una persona se moldea, se adquieren la belleza o la fealdad, la gracia o la torpeza. Lo feo o bello no se refieren únicamente a la forma del rostro o a la posesión de un perfil clásico, sino que se refieren primariamente al modo de llevar y mover el cuerpo y también el rostro.

De lo que se trata es que el ser humano es un gran imitador, maravillosamente muy sensible a las señales corporales de sus semejantes. El estudio de la comunicación lo demuestra continuamente. No solamente adquirimos nuestro rostro...sino que la belleza o la fealdad, la gracia o la torpeza, también se adquieren. (Davis, Flora, 2000, p. 54)

Los músculos faciales pueden parecer vivaces, laxos, o forzosamente tensos, pero estos atributos no son biológicos, son respuestas que se aprenden, según la cinesis. La forma del cuerpo es otra característica física que puede ser programada culturalmente.

Los ritmos corporales forman parte del lenguaje no verbal (el ser humano baila continuamente al compás de su discurso). Cuando una persona habla los movimientos de sus manos y dedos, los cabeceos, los párpados, todos los movimientos del cuerpo coinciden con ese compás.

Cuando dos personas conversan se unen por las palabras que intercambian y también por el ritmo compartido, como si fueran llevadas por una misma corriente. Algunas veces, aun en intervalos de silencio, dos personas se mueven simultáneamente, porque en apariencia reaccionan ante claves visuales en ausencia de otras verbales.

El lenguaje del rostro humano es otra forma del lenguaje no verbal porque el ser humano es capaz de controlar su rostro y utilizarlo para transmitir mensajes. En el rostro se refleja su carácter, dado que las expresiones habituales suelen dejar huellas. Las expresiones faciales son un índice fidedigno de ciertas emociones básicas, lo que hace pensar que existe una especie de vocabulario facial.

Las expresiones básicas del rostro son alegría, sorpresa, temor, furia, tristeza, desprecio y asco-desprecio, o contento. En todas las culturas existen reglas demostrativas que definen cuáles son las expresiones adecuadas a cada situación.

Cuando los ojos de las personas se encuentran se nota una clase especial de entendimiento de ser humano a ser humano. Las diferencias interculturales con respecto al comportamiento ocular, en espacios públicos y particulares (íntimos) son muy importantes.

El comportamiento ocular es quizá la forma más sutil del lenguaje corporal. La cultura programa a las personas desde pequeños enseñándoles qué hacer con sus ojos y qué esperar de los demás.

Un individuo puede expresar muchas cosas mediante su comportamiento ocular. Si mira mucho hacia el otro lado mientras escucha al otro indica que no coincide con lo que el otro le dice. Si mientras habla vuelve los ojos hacia otro lado más de lo habitual denota que no está seguro de lo que dice o que desea modificarlo. Si mira a la otra persona mientras la escucha indica que está de acuerdo con ella, o simplemente que le presta atención.

Los movimientos oculares pueden transmitir actitudes, sentimientos y rasgos de la personalidad. Algunas personas miran más que otras. Aquellos que por naturaleza son más afectuosos suelen mirar mucho, así como los individuos que tienen más necesidad de afecto.

La danza o movimiento de las manos también es un lenguaje no verbal. Los ademanes comunican, pueden contribuir a esclarecer un mensaje verbal que ha quedado poco claro. Pueden revelar emociones de manera involuntaria y cada individuo tiene su propio estilo de gesticular y mover las manos.

Cada individuo posee su propio estilo de gesticular, y en parte el estilo de una persona refleja su cultura. En Estados Unidos los gestos revelan frecuentemente el origen étnico de un individuo, ya

que cada cultura posee sus movimientos culturales distintos, y ese estilo es más persistente que un acento extranjero o un dialecto. Los expertos creen que en los Estados Unidos los gestos étnicos se transmiten a menudo hasta la tercera generación; por ejemplo, los miembros de una familia procedente del sur de Italia que lleve viviendo en los Estados Unidos a lo largo de tres generaciones todavía pueden moverse con la expansividad y la ampulosidad de los italianos. (Davis, 2000: p. 103)

Con gestos y ademanes la persona va acompañando la estructura gramatical de lo que dice, sea un discurso seguro o bien uno vacilante. Cuando una persona se interrumpe en medio de una frase, mientras busca su próxima palabra, trata de hacer una representación de la palabra mediante el movimiento de sus manos.

3.4.5 **Interacción, interactuación o interlocución**

La interacción es la finalidad de toda comunicación interpersonal, para que la comunicación cumpla con los objetivos y efectos deseados. Por tanto es importante hacer algunas reflexiones, del abundante material que existe al respecto.

Según McLuhan (1996), la comunicación en las culturas tribales se ha efectuado utilizando todos o la mayoría de los sentidos sensoriales o de la percepción del ser humano, mientras que en las culturas occidentales la comunicación se realiza con la utilización del sentido visual, que prevalece sobre los demás sentidos.

En el mundo occidental la palabra hablada no permite la extensión y amplificación del poder visual y la civilización se ha erigido sobre la capacidad de leer y escribir. Esto supone un tratamiento uniforme de una cultura que usa el sentido de la vista extendido en el espacio y el tiempo, por medio del alfabeto.

El sentido de la vista es frío y neutro mientras que el oído es hiperestético, delicado y universalmente inclusivo. Las culturas orales actúan y reaccionan a un mismo tiempo. La cultura fonética escrita otorga al hombre instrumentos para reprimir sus sentimientos y emociones mientras obra. Debe actuar sin reaccionar, sin verse implicado, es la peculiar ventaja del occidental alfabetizado.

Los alfabetos que se utilizan en el mundo occidental se derivaron de las letras grecorromanas y han permitido la traducción y homogeneización de las culturas. O sea, que la palabra ha borrado el simbolismo. El occidental alfabetizado sufre una gran disociación de su sensibilidad interior al emplear el alfabeto y consigue la libertad personal de distanciarse de su grupo social y de la familia, en relación al uso de los demás sentidos aparte del visual.

En la actualidad, en la cultura china se encuentran con problemas al emplear las letras fonéticas para traducir su idioma, debido a las grandes variaciones tonales y de sentido que pueden tener los sonidos similares.

En cambio, el alfabeto fonético con solamente unas pocas letras puede abarcar todos los lenguajes. Este logro supuso una separación tanto de los signos como de los sonidos de su significado semántico y dramático y ningún otro sistema de escritura logró esta hazaña.

Las escrituras jeroglífica y pictográfica, como las que utilizaron las culturas: babilónica, maya y china, representan una extensión del sentido de la vista para almacenar y acelerar el acceso a la experiencia humana. Estas formas dan sentidos orales a la expresión pictórica y se acercan mucho a lo que en la actualidad se llaman dibujos animados.

... el lenguaje es una tecnología humana que ha impedido y disminuido los valores del inconsciente colectivo. Es la extensión del hombre en el habla lo que permite al intelecto desentenderse de la mucho más extensa realidad. De no ser por el lenguaje,...la inteligencia humana habría permanecido totalmente involucrada en los objetos de su atención. El lenguaje es para la inteligencia lo que la rueda para los pies y el cuerpo. Le permite pasar de un punto a otro con mayor facilidad y rapidez y con una implicación cada vez menor. El lenguaje extiende y amplía al individuo pero también divide sus facultades. La extensión técnica que es el habla merma su conciencia colectiva o conocimiento intuitivo. (McLuhan, 1996: p. 97)

La palabra fonéticamente escrita sacrifica mundos de significado y percepción que estaban firmemente sujetos en formas como el jeroglífico o el ideograma chino. Sólo el alfabeto fonético puede provocar tan nítida división de la experiencia, ofreciendo a su

usuario un oído por un ojo y liberándolo del trance tribal de la vibrante palabra mágica y de la trama de vínculos.

El alfabeto fonético como extensión de la función visual, reduce el papel de los otros sentidos (oído, tacto, gusto, olfato). Ello no ocurre en culturas como la china, porque emplean escrituras no fonéticas, que les permite conservar una rica percepción de la experiencia inclusiva y en profundidad, que tiende a erosionarse en las culturas civilizadas que usan el alfabeto fonético.

En la comunicación oral juegan un papel muy importante las palabras porque son las que etiquetan a los objetos, o sea, que son las representaciones de los mismos. Las palabras tienen acepciones múltiples, razón del porqué los diccionarios no pueden ayudar a determinar con precisión lo que una palabra significa o representa para una persona de determinada comunidad.

De acuerdo a Rangel (1977), el significado de las palabras reside en el uso que les da una comunidad, es decir que tienen significados convencionales que indican la forma en que son utilizadas.

Por ejemplo a un niño en México se le puede llamar huerco o mocoso, en El salvador zipote y en Guatemala patojo. En la comunicación oral es importante seleccionar las palabras y las frases que mejor se ajusten a los objetivos que se quieren cumplir. De esa manera se disminuyen las posibilidades de tener una comunicación sin sentido, entre el emisor y el receptor.

La comunicación interpersonal entre dos o más personas implica la posibilidad de compartir impresiones sobre objetos, personas y acontecimientos, o las percepciones de los mismos. Ante una misma imagen o situación, las personas pueden percibir impresiones diferentes, que en muchos casos pueden estar asociadas a su estado de ánimo.

Lo que percibe una persona es una abstracción del objeto, acontecimiento o persona. La abstracción es un proceso mediante el cual se pueden ignorar ciertos detalles y fijar la atención sólo en alguno o algunos de ellos. Si todos los estímulos del exterior pudieran ser percibidos, los individuos se verían imposibilitados para concentrar su atención y reflexionar sobre ellos.

A la comunicación que se da entre dos personas se le puede llamar diálogo; si es entre grupos pequeños se le puede llamar discusión; y si es entre grupos numerosos se le puede denominar conferencia. “El diálogo es un proceso de intercambio de información, a través de la comunicación oral, en una relación cara a cara entre dos personas”. (Rangel, 1977: p. 25)

Este intercambio de información se realiza con la finalidad de difundir noticias, conceptos, datos, resolver problemas y tomar decisiones, proponer puntos de vista o inculcar patrones de conducta. Siempre que se produce alguna plática es necesario determinar el propósito del diálogo, para no caer en una situación de incompreensión

En el diálogo o comunicación cara a cara, se debe partir de un marco de referencia recíproco y de ser posible, los sistemas de valores, las suposiciones básicas y los propósitos deben ser respaldados, aceptados y compartidos por ambos participantes.

Debe existir un interés mutuo por comunicarse, pues sin ello resulta inútil cualquier iniciativa por establecer la comunicación entre dos personas. El requisito fundamental del diálogo es una respuesta congruente y apropiada del otro participante.

Para lograr una interlocución o comunicación interpersonal efectiva entre un emisor y un receptor, es necesario saber valorar en la conversación la legitimidad del otro dentro de la convivencia social y el saber escuchar. La cultura en la cual vive una persona le enseña a vivir sus ideas como si fueran ciertas, únicas y verdaderas, lo cual es causa frecuente de malestar y conflictos con otros.

Según Grajeda, Maturana y Dávila (2009), todo lo que dice alguien lo expresa porque el conocimiento es algo que sucede dentro de un individuo y está determinado por el diseño estructural que le ha heredado su historia personal y ancestral, así como la cultura del lugar donde habita.

Cada quien define en sus adentros qué cosas de afuera le hacen sentido, y de esa manera la información percibida se traduce en un cambio en la manera de ver y actuar ante un objeto observado. La experiencia del conocer es fruto de una relación amigable con el mundo.

El conocer es una experiencia imposible en alguien aislado, sin contacto con todo aquello que le rodea (personas, cosas, ambiente); es una experiencia que nace en un proceso de interrelación con el entorno, entre el observador y lo observado.

El conocer guía en el cómo actuar en los distintos espacios en donde la persona existe. El conocimiento es un producto cultural que se construye en relación con otras personas, porque cada quien conoce según su propia estructura y cultura. Las personas se tienen que poner de acuerdo sobre los significados que se atribuyen al mundo que se observa.

Dentro de la comunicación, si se quiere convencer al otro (al receptor) es necesario reconocer su legitimidad, lo cual es un buen fundamento para la convivencia social. El punto de partida para analizar esta afirmación es la idea de que todo ser humano está sostenido y movido por una emoción. Las emociones son un componente central en la constitución, el ser, y el hacer de los seres humanos dentro de la sociedad.

Las emociones antecedieron al lenguaje y al pensamiento reflexivo en la historia evolutiva de la humanidad. Quizá en algunas culturas modernas ha existido algún empeño en negar las emociones y hacerlas aparecer como algo inferior al reino de la razón. Las emociones tienen una dimensión biológica y una cultural. La dimensión cultural de las emociones es la que tiene efecto sobre la voluntad relacional.

En las últimas décadas ha surgido una tendencia que trata de revertir la negación de las emociones pero se ha reconocido que estas tienen razón de existir en todos los dominios de la vida humana.

En términos culturales las emociones se expresan como gustos, preferencias, deseos, ganas, emociones, etc. Eso define la decisión y voluntad de hacer o no hacer algo, influyendo sobre la llamada voluntad relacional, o sea, la manera en que se relacionan los unos con los otros, un emisor con un receptor y viceversa. Las tres conductas relacionales más importantes son:

Aceptación de uno mismo como legítimo otro, distinto de los demás: se refiere a aceptarse uno como es, como ser único, diferente de los demás. Esta disposición emotiva da lugar al autorrespeto, la autoestima y el estar bien con uno. Aceptación de otras personas como legítimos otros en la convivencia con uno: se refiere a la aceptación de las otras personas con quienes compartimos un espacio de relación como únicos y distintos a uno...Aceptación de la legitimidad del dominio relacional donde opera uno y los otros: se refiere a la aceptación del escenario social y natural donde operamos como sujetos legítimos, lo cual abre la oportunidad de conservarlo y transformarlo en coherencia con nuestra consciencia reflexiva y ética. (Grajeda, Maturana y Dávila, 2009: p. 29)

La inclusión del otro es la emoción que constituye el espacio de convivencia donde las personas tienen presencia individual, son vistas, oídas, y se realizan en su integridad como tales, en el respeto por sí mismo y los otros. Esto nos traslada a la interacción en la comunicación.

En la interacción de la comunicación existe una interdependencia, que puede ser definida como una dependencia recíproca o mutua entre el emisor y el receptor. Según Berlo (2000), esta interdependencia permite clasificar la comunicación interpersonal en cuatro grados o niveles: interdependencia física, interdependencia de acción-reacción, interdependencia con expectativas de empatía e interdependencia con interacción.

La interdependencia física es cuando dos personas se están comunicando y una confía en la presencia física de la otra para emitir o recibir un mensaje. Esa es la

interdependencia mutua que es apreciable, porque en la realidad, quizás entre el emisor y receptor no se esté dando una buena encodificación-decodificación del mensaje.

Por ejemplo, en la actualidad, se observa que los jóvenes están conversando mutuamente, pero su mayor atención está puesta en los mensajes que están recibiendo o enviado a través de su teléfono celular.

La interdependencia de acción-reacción se puede ejemplificar en la relación de una caldera con su respectivo termostato, ya que cada uno de ellos encodifica y recibe mensajes del otro. Son interdependientes y esta relación es algo más que una mera interdependencia física, porque las respuestas de uno están determinadas por las del otro.

La fuente puede utilizar la reacción de su receptor (retorno o *feed back*) como verificación de su propio éxito o efectividad y como guía de sus futuras acciones. Pero en la comunicación humana se puede utilizar el retorno con un alcance mayor que el existente entre una caldera y su termostato.

En la comunicación humana las reacciones que se manifiestan permiten a la fuente y/o al receptor controlarse ellos mismos, determinando hasta qué punto están teniendo éxito en el cumplimiento de su propósito.

En la interdependencia con expectativas de empatía la fuente y el receptor de la comunicación poseen cada uno ciertas habilidades comunicativas, ciertas actitudes y conocimientos. Cada uno de ellos existe dentro de un sistema social y un contexto cultural, y se entienden el uno con el otro.

Esto representa el intento de reunir a estos individuos. Es la habilidad de empatía, o sea, la facultad de proyectarse en la personalidad de otros. Poder poner en sintonía los estados psicológicos de esos seres humanos.

En la empatía se hace inferencia de los estados internos de otros comparándolos con las propias predicciones y actitudes del comunicador. El comunicador trata de ponerse en el lugar de la otra persona, es decir, de percibir el mundo de la misma manera que el destinatario.

La interdependencia con interacción (denominada también como interlocución o interactuación) es un objetivo que siempre debiera ser alcanzado por la comunicación humana. Una de las condiciones indispensables para realizar comunicación con interacción es que exista una relación interdependiente entre la fuente y el receptor porque cada uno de ellos depende del otro.

En el nivel de interdependencia con interacción, es necesario superar los tres niveles anteriores (de interdependencia física, de acción-reacción y de empatía). Es el objetivo final de la comunicación interpersonal.

El concepto de interacción es primordial para una comprensión del concepto de comunicación. La comunicación representa el intento de unificar dos organismos. De llenar la brecha entre dos individuos por medio de la emisión y recepción de mensajes que tengan un significado para ambos... La comunicación interactiva se acerca a este ideal. Cuando dos personas interactúan, se colocan en el lugar del otro, procuran prever de qué manera habrá de responder aquel. La interacción implica la asunción recíproca de un rol, el empleo mutuo de habilidades empáticas. (Berlo, 2000: p. 114)

O sea que el objetivo de la interacción es obtener una perfecta y profunda combinación de sí mismo y del otro en la comunicación, una capacidad total de saber anticipar y predecir, y de conducirse de acuerdo con las necesidades mutuas de sí mismo y de la otra persona.

Ese es el fin hacia donde tiende la comunicación humana. A medida que la interacción crece, las expectativas se hacen perfectamente interdependientes. Los conceptos de fuente y receptor como entidades separadas pierden su significado, en tanto que el concepto de proceso de la comunicación se vuelve claro.

Capítulo 4. Salud

La salud y la enfermedad son términos que se utilizan frecuentemente en la medicina, pero no son términos propiamente médicos, sino locuciones convencionales que proceden del lenguaje común de la cotidianidad y no poseen un significado conceptual que esté claramente definido.

Salud no es solamente ausencia de enfermedad aparente, es sólo un término genérico que indica simplemente bienestar actual, equilibrio, homeostasis, adaptación a las contingencias de la vida. Salud no es lo normal absoluto, sino lo normativo, aquello que se relaciona con una norma, pero esa norma proviene de la vida y no del juicio médico y menos de la imagen sociológica. Salud no es tampoco un concepto estadístico sino un valor ideal, que se refleja en la estadística como magnitud o como curva, que representa únicamente una suma de datos individuales aproximativos. (Bouton, 1986: p. 25)

Según Álvarez (2002), a través de la historia de la humanidad los seres humanos han tenido diferentes ópticas para interpretar el fenómeno salud y enfermedad. Los enfoques han estado de acuerdo al pensamiento predominante de las personas sobre la salud y la enfermedad en las diferentes épocas de la historia.

Las personas primitivas tenían un pensamiento mágico-religioso y relacionaban la enfermedad con el ingreso de malos espíritus al cuerpo. En la edad media surgen escuelas de medicina dentro de la corriente monástica, en donde la salud y la enfermedad se relacionan a un Dios único, motor de todas las cosas.

En el siglo XVI se operan muchos descubrimientos científicos, lo cual modifica racionalmente el concepto de salud y enfermedad, enmarcándolo como un desequilibrio del cuerpo humano. Se agregan otros conceptos matemáticos como el de riesgos y probabilidades en la ocurrencia de enfermedades.

En el siglo XIX se desarrollan grandes trabajos en la investigación bacteriológica (como el de Luis Pasteur). Surge el enfoque de la monocausalidad o reduccionismo de las enfermedades, porque son asociadas a un agente microbiano, por ejemplo: tuberculosis, tifoidea y cólera.

Posteriormente, surge el enfoque ocupacional de la enfermedad (ligado a los medios de producción). Más recientemente han surgido otros enfoques importantes, como el de la tríada ecológica, en donde la génesis de las enfermedades se relaciona con huésped, agente y medio ambiente.

El enfoque más reciente tipifica a la salud como un producto social, donde la salud existe como un resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto. En este enfoque la salud de la población no es responsabilidad exclusiva del sector salud, sino que requiere la movilización de los recursos de la sociedad organizada.

...se plantea entonces la necesidad de desarrollar métodos e instrumentos que lleven a sumar acciones positivas para construir socialmente la salud en todos los espacios de población existentes. Esta construcción social de la salud, se fundamenta en la idea de que no es viable producir salud... si se depende solamente de la responsabilidad individual o institucional: la salud es responsabilidad de todos. (Zamora, 1995: p. 41)

Son múltiples los factores y elementos que intervienen en el proceso de salud y enfermedad y son variadas las respuestas del organismo humano a ellos. Se ha establecido un principio de multicausalidad tanto para la salud como la enfermedad.

Los factores predisponentes de salud-enfermedad son: físicos, biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores sociales se pueden mencionar la cultura, ocupación y vivienda, entre otros. El personal de salud no puede eliminar o controlar muchos de estos factores, pero siempre tendrá la posibilidad de enfocar su acción educativa y preventiva hacia aquellos aspectos que influyen negativamente en la salud y bienestar de las personas, familias y la sociedad.

Los factores culturales son las costumbres y hábitos en general, criterios religiosos, hábitos de alimentación, niveles de educación, barreras del idioma, características de la familia etc. La organización social, política y económica, constituyen también un factor importante en la salud. La distribución equitativa de la riqueza nacional, el costo de la vida y la existencia de grupos desadaptados o

marginados (pobreza e ignorancia). También la urbanización y la industrialización pueden influir negativamente en la salud.

...es conveniente prestar una particular atención al tratamiento de la interrelación entre salud y ambiente, tanto por la importancia que el ambiente tiene en relación a la salud, como por ser un tema tradicionalmente dejado de lado al abordar la problemática de salud, en razón del predominio del enfoque de atención médica a las personas". (Organización Panamericana de la Salud, 1992: p. 25)

Desde el punto de vista de la sociología médica la enfermedad es lo que se encuentra en el lado opuesto de la salud. Las enfermedades afectan a los grupos humanos y estos reaccionan ante la enfermedad de maneras diferentes.

Según Coe (1979) Se distinguen varios aspectos relacionados con las enfermedades. El primero es que las enfermedades no son uniformes ni al azar en su incidencia y se observa que son más o menos comunes entre los diferentes grupos sociales. El segundo consiste en que las personas tienden a considerar la enfermedad desde las perspectivas de su propia cultura, respondiendo ante la misma con modos previsibles.

Tercero, la gente forma instituciones para tratar sistemáticamente las enfermedades que aparecen en el grupo. Esas instituciones pueden ser simples (como un puesto de salud) o complejas (como un hospital). Y el cuarto, se relaciona con el tratamiento de la enfermedad, que incluye algo más que la aplicación del conocimiento médico por medio de instituciones.

El estudio de las relaciones entre enfermedad y grupos humanos ayuda a explorar qué niveles de enfermedades existen, en que grupos de población se localizan y cómo se organizan estos grupos para responder a las enfermedades.

Dentro de la profesión médica, tanto los médicos como el personal no médico se han interesado en el estudio de los síntomas, causas y consecuencias de la enfermedad.

En el aspecto sociológico, puede ser más interesante el impacto de las enfermedades sobre la vida del grupo que la entidad de una enfermedad particular. Las enfermedades, al igual que algunos otros enemigos humanos, constituyen una amenaza para la unidad y supervivencia del grupo, sea este una familia o una sociedad. (Coe, 1979: p. 81)

Para analizar el comportamiento del personal médico y de otros profesionales de la salud ante la enfermedad, es importante conocer cómo se enfrentan con este reto los grupos de otras culturas, las actitudes y creencias que mantienen y los medios que emplean para luchar contra las enfermedades.

Los modelos específicos de comportamiento no son universales. Por tanto, el estudio de sociedades no occidentales aporta una oportunidad para observar el comportamiento humano con respecto a un problema universal que es la enfermedad, en el contexto de grupos culturales radicalmente distintos.

En diferentes lugares y culturas además de los equipos profesionales de salud y los médicos, existen otros personajes que ofrecen servicios terapéuticos al enfermo. Dentro de estos personajes están los sanadores, curanderos sobadores y otros, que tratan enfermedades, muchas veces en formas no adecuadas.

Según Álvarez (2002), en relación a la enfermedad existe un período prepatogénico que sucede antes del apareamiento de la misma, un período patogénico que es cuando esta se manifiesta, y un período pos-patogénico en donde la enfermedad se cura, se vuelve crónica o muere la persona. Durante esos tres períodos de la enfermedad se pueden aplicar medidas preventivas y curativas de salud.

4.1 **Rasgos de salud en Guatemala**

Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. et al., (2017), Guatemala, geográficamente, cuenta con 22 departamentos y 339 municipios. Se reconocen oficialmente 23 idiomas hablados por grupos étnicos distintos. El país atraviesa un complejo período de transiciones en las condiciones políticas, económicas y sociales. Para el año 2015 se estimaba una población de 15.608,000 habitantes.

Actualmente se presentan diferencias en la mortalidad de los menores de 5 años de edad, donde “...se observa que el grupo étnico indígena, exhibe mayores niveles de mortalidad en menores de cinco años que el grupo no indígena”. (Ministerio de Salud Pública y A. S. et al., 2017: p. 187)

También se observa que el porcentaje de desnutrición crónica (por debajo de dos desviaciones estándar) es de 58.2 en niños con madre indígena y de 34.2 en niños con madre no indígena.

Guatemala ha tenido una pirámide poblacional joven. Según la estructura de edades en promedio nacional, “... mostraba que un 25 % de la población tenía menos de 8 años de edad; otra cuarta parte oscilaba entre 8 y 18 años; otro 25 %, entre 18 y 35 años y el cuarto restante tendría más de 35 años en 2006”. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008a: p. 201)

Los indicadores clave de salud en Guatemala son la desnutrición y la mortalidad infantil y materna, los cuales están mejorando dentro del grupo ladino, pero no en las personas de las etnias indígenas.

“Estos indicadores de desempeño de salud son considerablemente peores entre los habitantes pobres, indígenas y rurales... La mortalidad infantil en la población indígena es más de dos veces superior a la que presenta la población no indígena...” (Organización Panamericana de la Salud, 2009: p. 32)

En el contexto de países latinoamericanos, Guatemala es uno de los países que tiene las peores condiciones de salud pública. Únicamente Haití está por debajo de Guatemala (en sus indicadores de salud), dentro del Continente Americano.

Las principales condicionantes de la mala situación de salud, de los grupos poblacionales en mayor riesgo biológico y social en Guatemala son: económicas, históricas, políticas, biológicas, sociales, culturales y ambientales.

Según la Universidad de San Carlos de Guatemala (2000), el proceso histórico y estructural que se generó a partir de la conquista y colonización española, legó a la actual sociedad guatemalteca la herencia de un Estado oligárquico, autoritario, excluyente y transnacionalizado, desde donde se ha reproducido un sistema político y económico que sistemáticamente ha bloqueado el desarrollo de la sociedad.

Ese sistema ha hecho casi imperceptible la participación social, desconociendo las demandas de la población mayoritaria y limitando el impacto de los intentos para el establecimiento de consensos, en la búsqueda de la transformación social no violenta.

De esa cuenta aún existen en el país estructuras sociales, económicas, políticas y culturales injustas, que aunadas a otras variables, tales como aspectos geográficos, demográficos, culturales, diversidad étnica, exclusión y las grandes desigualdades sociales, generan condicionantes que son negativas para el desarrollo del proceso de salud de los grupos poblacionales de mayor riesgo en Guatemala.

De acuerdo a la Secretaría General del consejo de Planificación Económica (1992) Históricamente Guatemala ha tenido un segmento de población muy vulnerable, sobre el cual han repercutido con mayor fuerza los problemas sociales y las afecciones en salud.

La población en mayor riesgo biológico y social de Guatemala, ha tenido limitado acceso a la infraestructura de servicios de salud debido a la exclusión étnica, y a las barreras geográficas, económicas, sociales, idiomáticas y culturales.

La población de mayor riesgo biológico y social se define como "...la gente más pobre del país, ubicada por lo general en el área rural, con alto contenido étnico, sin

presencia institucional, postergada por el conflicto armado y, dentro de ellos son más afectados los grupos de madres y niños”. (Cabrera, 2003: p. 22)

Según, el Ministerio de Salud Pública et al. (2010), los departamentos con mayor índice de desnutrición crónica total son los que cuentan con mayor población indígena, siendo ellos: Totonicapán (82.2 %), Sololá (72.3 %), Quiché (72.2 %), Huehuetenango (69.5 %), Chiquimula (61.8 %), Chimaltenango (61.2 %), Baja Verapaz (59.4 %), Alta Verapaz (59.4 %), San Marcos (53.5 %) y Sacatepéquez (51.4 %).

El valor observado de desnutrición crónica total a nivel nacional es de 49.8 por ciento, siendo mayor en los niños indígenas que en los niños ladinos. El ritmo de progreso ha sido lento y los avances han beneficiado a la población de una manera desigual siendo más afectadas las poblaciones y comunidades mayas.

La desnutrición crónica en el área rural (58.6 por ciento) es mayor de la que se encuentra en el área urbana (34.3 por ciento). Y la desnutrición crónica es casi el doble en los niños y niñas indígenas (65.9%), que en los niños y niñas no indígenas (36.2%).

Los indicadores de la morbilidad y mortalidad materno-infantil muestran una tendencia descendente en el nivel nacional. “Sin embargo, al desagregar geográficamente esos mismos indicadores, se observa que persisten brechas, desigualdades y disparidades en regiones y departamentos del país, que son más pronunciadas en el grupo indígena...” (Ministerio de Salud Pública, et al. 2010: p. 221)

Según Marini et al. (2009), Guatemala tiene la prevalencia de desnutrición crónica más alta de toda Centroamérica a pesar de que el programa de promoción del crecimiento con base comunitaria, se ha realizado a través de la estrategia de Atención Integral a la Niñez Y Mujer en la Comunidad (AINM-C) que se enfoca en los niños y niñas menores de dos años y las mujeres en edad fértil.

La estrategia se estableció en el año 2002 para fortalecer el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención. La misma contó en esos años, con el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional y la participación de organizaciones no gubernamentales contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Según el Banco Mundial (2005), la situación de salud y nutrición en los grupos de riesgo (comunidades indígenas) no se ha podido mejorar a pesar del proceso de educación y la aplicación de una estrategia de comunicación para la salud.

En el país se han realizado muchas acciones preventivas que se han efectuado para mejorar la situación de salud y nutrición de los niños y mujeres en las poblaciones mayas, pero en respuesta se han obtenido mejoras en los indicadores de salud que señalan que se ha beneficiado de forma desproporcionada a la población no indígena.

...la disminución en el índice de mortalidad infantil entre la población no indígena ha sido cuatro veces mayor que aquella de la población indígena. En forma similar, la disminución en la incidencia de desnutrición crónica entre los indígenas ha sido la mitad de aquella de los no indígenas. (Banco mundial, 2005: p. 40)

Los indicadores de desarrollo humano de Guatemala aún se colocan por debajo de los de otros países de la región. Esta brecha es particularmente problemática, porque en áreas de población en riesgo, el progreso deseado no se ha presentado. Las tasas de mortalidad materno-infantil y la de desnutrición crónica están dentro de los más altos del mundo y mucho más altos de lo esperado, dado el ingreso per cápita de Guatemala.

Otra desigualdad es que la mortalidad materna, en el nivel nacional, es de 153 por 100,000, pero al diferenciarla étnicamente, se observa un valor de 70 por 100,000 entre la población no indígena y 211 por 100,000 para mujeres indígenas.

Guatemala ocupa el primer lugar en desnutrición crónica en todo el Continente Americano y la situación de salud es una de las peores en la región.

De acuerdo al Ministerio de Salud y A. S. (2002a), la situación de salud de la población guatemalteca ha venido atravesando una transición epidemiológica, en donde persisten las enfermedades infecciosas y parasitarias ligadas al sub-desarrollo y condicionadas por deficiencias en el saneamiento básico.

Pero también se han venido incrementando las enfermedades crónico-degenerativas (características de países desarrollados) y de comportamiento social, como accidentes y violencia. Este panorama se ha agravado con la aparición de problemas emergentes y re-emergentes, como desastres naturales.

4.2 **Atención primaria de salud**

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, basada en tecnología y métodos prácticos y socialmente aceptables. La atención primaria forma parte de las acciones preventivas de salud, que consisten en un conjunto de servicios integrales que son clave para tener un sistema de salud efectivo.

Pero esto no forma parte del pensamiento colectivo de la población y aún de la mayoría de los equipos sanitarios profesionales, en donde se maneja la idea de que la salud individual y colectiva, se preserva a través de los servicios curativos de salud como en los hospitales y no a través de las acciones preventivas.

“Hay dos estrategias complementarias para la prevención: un enfoque poblacional y un enfoque clínico para individuos de alto riesgo. Las dos estrategias se basan en los principios de modificar la conducta para reducir el riesgo”. (Cécil et al., 1996: p. 31)

Para disminuir el riesgo de enfermar en los grupos poblacionales, es indiscutible la educación apoyada por una estrategia de comunicación que ayude a cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de las personas, para que puedan tener un mejor nivel de vida.

La medicina preventiva (educación para la salud) puede aplicarse con individuos y familias a través del médico privado, y con grupos y comunidades por intermedio de los sanitaristas, constituyendo esta última, un labor de salud pública.

Esta tiene como objetivos promover la salud, evitar la aparición de enfermedades y tratar que estas no progresen cuando ya han aparecido, limitar la invalidez y rehabilitar al enfermo. Para el logro de esos objetivos se debe contar con un adecuado proceso de educación en salud, apoyado por una estrategia de comunicación.

A través de un proceso de educación, se puede efectuar la promoción de la salud que puede ser aplicada en las áreas y temas de alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, prevención de enfermedades y otras más.

El personal de salud no puede influir directamente en muchos de los campos anteriormente mencionados, pero si está dentro de sus atribuciones instruir y educar a los individuos y grupos de personas, no solamente para evitar las enfermedades, sino para que en la medida de las posibilidades, los individuos y las familias busquen una mejora, con respecto a esos temas.

El proceso de educación para la salud incluye tres pasos importantes que son: información, motivación y educación propiamente dicha. La información consiste en trasladar mensajes positivos. Se hace motivación cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que conlleva realizar una actividad o un determinado procedimiento. Y la educación propiamente dicha tiene como objetivo llegar al cambio de conducta.

Por ejemplo, con respecto a la poliomielitis, información es dar a conocer la necesidad de que un niño reciba las vacunas para protegerlo. En la motivación, es necesario lograr que la familia comprenda que la vacuna previene al niño de padecer de

invalidez y muerte. Y la educación, es cuando la madre o los familiares del pequeño lo llevan a recibir la vacuna, es un cambio de conducta.

La modalidad de la educación en salud a utilizar debe estar de acuerdo con la edad, condiciones culturales y sociales, el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o curar y con las actividades que realizan las personas que reciben la educación.

La educación en salud ha sido la herramienta o columna vertebral, a nivel mundial, para el desarrollo de acciones de la estrategia de atención primaria de salud, especialmente, cuando surgieron los problemas de financiamiento de los sistemas públicos de salud en Latinoamérica.

Según la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (1988), la aplicación de las acciones de atención primaria de salud, tuvo mucha aplicación en países de Latinoamérica, para compensar los problemas que surgieron a partir de 1983, cuando la crisis de la deuda externa provoca la mayor depresión económica en la historia del continente.

A partir del año 1983 surgieron fenómenos como la duplicación de la población en situación de pobreza, lo que obligó a los gobiernos de los países a incorporar programas de ajuste económico, austeridad fiscal, reducir el gasto social y de salud e incrementaban los tributos fiscales. Por ello fue importante la aplicación de acciones de atención primaria de salud.

Las acciones de educación para la salud y la APS han sido aplicadas con éxito en varios países de Latinoamérica. Dentro de ese marco de acciones, Nicaragua en 1991 redefinió su modelo de salud a través de la organización estatal de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), el cual se acopló a las limitantes financieras y a la problemática social de ese país.

En Costa Rica siguió predominando el esquema de la prestación de servicios públicos de salud, a través de la integración de la Caja Costarricense de Seguridad Social y del Ministerio de Salud Pública.

En Chile, de 1952 a 1981 se tuvo un sistema nacional de salud con cobertura universal y de acceso gratuito, pero en 1981 se privatizaron los servicios de salud, y las familias o grupos de población podían obtener sus servicios en relación directa a su capacidad de pago.

“En 1981 la dictadura fragmentó el sistema nacional de salud, redujo considerablemente el gasto público en salud y creó los institutos de Salud Previsional (ISAPRE)”. (Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala, 2002: p. 24)

En Guatemala, del año 1978, a la fecha, se han desarrollado acciones de atención primaria de salud, pudiendo resumir las más importantes a través de la experiencia del autor (cuando fue funcionario del ministerio de salud). Entre esas acciones están las que se describen a continuación.

El programa de Unidades de Atención Médica Ambulatoria de Salud –UAMAS-, del ministerio de salud, que estuvo vigente a finales de los años 1970 en los departamentos de mayor riesgo para la salud.

El programa consistía en un equipo básico de salud que se desplazaba a las comunidades rurales (en un vehículo de doble tracción con un laboratorio ambulante). El equipo estaba integrado por: médico, enfermera educadora, laboratorista y un técnico de saneamiento ambiental. Ofrecían servicios de salud curativos y preventivos, así como educación ambiental.

En la década de los ochenta (1980) estuvo vigente la Estrategia de Canalización que fue desarrollada por los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención del ministerio de salud. El programa consistía en que los equipos locales del Ministerio

de Salud visitaban periódicamente las comunidades que tenían a su cargo, para vacunar a los niños en sus propias residencias.

En la misma década de los ochenta surge el programa Ampliado de Inmunizaciones y Terapia de Rehidratación Oral -PAI-TRO-. Su base fue la misma que se utilizó en la estrategia de canalización. Pero además de vacunar a los niños, se aprovechaba la ocasión para hacer promoción y utilización del tratamiento con rehidratación oral, para prevenir y resolver casos de diarrea.

En esos mismos años surgió el proyecto de Programación Local, como programa piloto. Además de las actividades de la estrategia de canalización y del PAI-TRO, se agregaron acciones de participación comunitaria y la prevención de infecciones respiratorias agudas. La idea era que se planificaran y ejecutaran las acciones de salud con la participación de las propias comunidades.

En la década de los años noventa (1990), surgió la estrategia de Sistemas Locales de Salud –SILOS-. Las acciones se dirigieron a las comunidades o áreas geográficas que tenían una población que compartía la misma problemática sanitaria, y que contaban con servicios de salud que eran susceptibles de coordinarse administrativamente en un sistema local, para que en forma ordenada pudieran responder a la problemática sanitaria de las comunidades.

La Extensión de Cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS- en el departamento de Escuintla, se inició en 1989 como un plan piloto). Se pretendió extender la cobertura de los derecho-habientes, mediante un sistema departamental de salud organizado por niveles.

La idea era fortalecer las acciones de promoción y fomento de la salud, para el logro de prevención de enfermedades y accidentes en el departamento de Escuintla. Se pretendía que posteriormente, el programa se extendiera a toda la región sur occidental

del país. El programa fue clausurado a finales de los años noventa y la idea no se pudo operacionalizar.

El Programa de Extensión de Cobertura –PEC- del Ministerio de Salud, surgió en el año 1998-1999 y después de 15 años de funcionamiento, fue cancelado a principios de 2015, por considerar que no rindió los frutos esperados. El programa se sustentó con el fortalecimiento de las acciones del primer nivel de atención de salud a través de Organizaciones no Gubernamentales –ONG´s- contratadas por el Ministerio de Salud.

4.3 **Sistema institucional de salud**

En Guatemala existe un sistema oficial de salud que es encabezado y regido por el Ministerio de Salud Pública y A. S. y se complementa con otras instituciones de salud que existen en el país. Por ese motivo también es llamado sistema institucional de salud.

Según la Corte de Constitucionalidad de Guatemala (2002), este sistema se fundamenta legalmente en la Constitución Política de la República de Guatemala y otras leyes de observancia general. La constitución política, en los artículos 1, 2 y 3, dice que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia y su fin supremo es el bien común.

Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la república la vida, libertad, justicia, seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles a todos el más completo bienestar físico, mental y social.

En los artículos 93 al 99 la Constitución expresa que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público y todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado debe velar para que se establezca un programa de atención primaria de salud y el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

El Estado, municipalidades y los habitantes del territorio nacional están obligados a propiciar el desarrollo social, económico y tecnológico que prevenga la contaminación del ambiente y mantenga el equilibrio ecológico.

De acuerdo al Congreso de la República de Guatemala (1997), Código de Salud, el sector salud está constituido por el conjunto de organismos e instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, autónomas, semi-autónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo las que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano, y la educación en salud a nivel de la comunidad.

Las principales instituciones que integran el sector salud en Guatemala son: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, Sanidad Militar, Policía Nacional, Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, y las municipalidades que cuentan con servicios de salud. También forman parte del mismo, el sub-sector privado no lucrativo consistente en las organizaciones no gubernamentales (ONG's) y el sector privado propiamente dicho.

Los artículos 9 y 10 del Código de Salud establecen que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene a su cargo la rectoría del sector, entendida esta como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional.

También se señala que El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud.

En lo que se refiere a los Acuerdos de Paz, aunque no tienen su validez real en las firmas de los que los suscriben o de los que los negociaron, representan aspiraciones legítimas de convivencia pacífica y productiva de los guatemaltecos. En esos acuerdos se propone como debe ser estructurado el sistema de salud en Guatemala.

La “...reforma debe ser orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, y el efectivo desempeño por el Estado, dotado de los recursos necesarios...” (Asociación de Investigación de Estudios sociales y Económicos, 1996: p. 116)

Se indica que la reforma deberá basarse en una concepción integral de la salud, con sus acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y en una práctica humanista y solidaria que enfatice el espíritu de servicio en todos los niveles de la estructura de salud.

Según la Universidad Rafael Landívar (1998b), en la reforma del sector salud se debe poner énfasis en garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad a la población de bajos recursos. Con respecto a la población indígena, el servicio de salud deberá implementarse con su participación y promoviendo el rescate de las concepciones, métodos y prácticas de la medicina indígena y tradicional.

Dentro de esta tarea será atribución del Ministerio de Salud Pública formular las políticas del ramo y ejercer la debida coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras instituciones del sector.

En cuanto a la participación social se pretende fomentar el protagonismo activo de las municipalidades, comunidades y organizaciones sociales en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud.

Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas sanitarios, porque en el proceso de salud habría que considerar a la población del país como un actor principal.

Sin embargo, la planificación, priorización y diseño de las acciones en salud son realizadas desde el nivel central del sistema institucional de salud (ministerio de salud) o en sus niveles departamentales, sin tomar en cuenta el conocimiento de las prácticas culturales de salud de población a la que se va a servir.

En términos generales, la planificación, priorización y diseño de las acciones en salud son realizadas desde el nivel central o en el mejor de los casos, en el nivel departamental. La persistente ausencia de la población en estos procesos ha convertido la dinámica del sistema de salud en una suerte de monólogo institucional, es decir que las instituciones se dirigen a la población pero no logran escucharla. (Estrada, 2008: p. 98)

A pesar de las buenas intenciones manifestadas en los Acuerdos de Paz, no ha sido posible estructurar un sistema nacional coordinado de salud que permita universalizar el acceso de toda la población guatemalteca a los servicios integrales de salud. Por lo tanto, se hace una descripción de la principal estructura institucional del sistema de salud del país.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), que de acuerdo al marco legal debe llevar el liderazgo en todo los procesos, definidos en las Políticas de Salud, tiene la obligación constitucional de prestar servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y seguimiento a la población en general del país, a través de su red de establecimientos en los tres niveles de atención, ubicados administrativa y operativamente en 29 Áreas de Salud. (Ministerio de Salud Pública y A. S., et al., 2017: p. 3)

La infraestructura del ministerio de salud cuenta con 124 centros de salud, 172 centros de atención permanente, 44 centros de atención permanente ambulatoria, 13 centros de atención integral materno infantil, 2 clínicas periféricas, 6 maternidades, 4

centros de urgencias médicas, 4,598 centros de convergencia, 986 puestos de salud, 70 puestos de salud fortificados, 193 puestos de salud fortificados para fin de semana, 12 hospitales distritales, 10 hospitales nacionales, 12 hospitales regionales y 8 hospitales departamentales.

El sistema institucional de salud de Guatemala tiene un enfoque occidental de la medicina y la salud, organizándose en instituciones para resolver los problemas de salud de las personas de las diferentes poblaciones y comunidades del país.

El enfoque occidental de salud puede resultar adecuado a las necesidades y la cultura de la población ladina de Guatemala, pero quizá no sea adecuado para las etnias indígenas del país, porque no toma en cuenta los principios, valores y aspectos culturales de la cosmovisión maya.

El sistema institucional de salud es operado, generalmente, por trabajadores que pertenecen a la etnia ladina, y en algunos casos por personas que pertenecen a etnias indígenas, pero que se han occidentalizado, a través de las escuelas de formación técnica y profesional del sistema institucional de salud.

El sistema institucional es encabezado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es el rector y principal proveedor de servicios. Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. (1999), el reglamento de salud, indica que en la estructura institucional se encuentra un nivel central y un nivel ejecutor.

El nivel central está constituido por el Despacho Ministerial, las direcciones generales y los programas técnico-normativos del nivel central del ministerio de salud. El nivel ejecutor del ministerio de salud está constituido por Direcciones de Áreas de Salud (en el nivel departamental), las Coordinaciones Municipales de Salud (centros de salud) y la red de hospitales.

La parte ejecutora del ministerio de salud se organiza por niveles de atención (siendo tres en total). El primer nivel de atención está directamente en las comunidades, y cuenta con centros comunitarios de salud, puestos de salud y los miembros del Equipo Básico de Salud -EBS-.

El centro comunitario de salud es atendido por promotor de salud y el puesto de salud por una auxiliar de enfermería (y en algunos casos también por un técnico en salud rural). El EBS está conformado por un médico o enfermera profesional, un técnico en salud rural (facilitador comunitario) y una educadora en salud y nutrición.

El segundo nivel de atención está compuesto por la red de centros de salud (y sus equivalentes) que están ubicados en los municipios, los hospitales distritales (que también están ubicados a nivel municipal) y los hospitales departamentales, que prestan atención médica general.

El tercer nivel de atención lo conforman los hospitales regionales, hospitales y clínicas especializados y hospitales de referencia nacional. Además del Ministerio de Salud Pública y A. S., el sistema institucional de salud también lo conforman los establecimientos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- y la red de servicios de otras instituciones oficiales, que forman parte del sector salud.

4.4 Sistema alternativo de salud maya

En Guatemala, además del sistema institucional de salud coexiste un sistema alternativo de salud maya o medicina tradicional, al cual acuden muchas personas de las diferentes comunidades del país.

Se entiende por medicina tradicional la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. La medicina tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral. (Villatoro, 2005: p. 14)

De forma diferente a la medicina tradicional, el sistema institucional de salud actúa dentro de un enfoque occidentalizado, privando un enfoque capitalista, en donde la salud es un objeto de consumo.

En la manera de producción capitalista, dentro del ejercicio de la medicina se puede ver que la "...aplicación real de la práctica médica, ha sido para responder a las necesidades productivas... Económica e ideológicamente la medicina representa un valor. (Estrella, 1978: p. 19)

En Guatemala, el sistema institucional de salud, históricamente ha negado y ha visto con cierto desprecio a los actores del sistema alternativo de salud, aunque en algunos momentos se reconozca la existencia y necesidad del mismo.

De acuerdo a Villatoro (2005), al sistema alternativo de salud también se le denomina medicina popular, medicina tradicional, medicina indígena, medicina maya, medicina nativa, medicina aborígen y etnomedicina.

Los orígenes de la medicina tradicional o sistema alternativo de salud son muy antiguos y la práctica médica aborígen nace y se desarrolla con el hombre a lo largo de milenios de prehistoria. Las metrópolis mayas eran centros de una gran actividad religiosa, industrial y económica, en las que se presentaron los problemas de salubridad e higiene.

... La forma como afrontaron estos problemas nos demuestra que al primitivo carácter empírico de la medicina, de uso directo junto al enfermo, lentamente se fue incorporando una técnica destinada a solucionar los problemas higiénicos, vitales para la supervivencia del grupo y en los que participaba directamente el Estado. (Villacorta, 1976: p. 24)

Según Estrella (1978), en Latinoamérica la medicina indígena fue influenciada por la medicina popular española. Los esquemas de la religión católica impuestos a la población indígena hicieron variar los conceptos ancestrales, pero las ideas y prácticas de esta medicina sobreviven y son utilizados en la actualidad por gran parte de la población rural indígena.

Las prácticas curativas de los aborígenes americanos interesaron vivamente a los colonizadores del Nuevo Mundo y las ideas que tenían acerca de las causas de sus enfermedades y los remedios que usaban en su tratamiento fueron mencionadas con frecuencia en las crónicas americanas. Por concebir los indios que sus males eran de origen sobrenatural, se aceptó que la medicina precolombina constituía un aspecto más de la medicina de los pueblos primitivos, si bien las culturas americanas proporcionaban a sus prácticas caracteres diferenciales que eran reflejo del medio ambiente, las particularidades de su modo de vida y en especial de la estructura y función de sus ideas religiosas. (Guerra, 1990: p. 9).

El estudio de la medicina indígena no debe hacerse simplemente enumerando sus prácticas médico quirúrgicas y terapéuticas, sino que es importante revisar la mitología médica y la historia de los grupos indígenas.

La medicina maya-quiché conoció nuevas prácticas resultantes de nuevos problemas de salud y enfermedad, relacionados con climatologías distintas, que hicieron variar los conocimientos y diagnósticos terapéuticos

La medicina maya de Yucatán está muy cerca de nosotros, nuestros grupos étnicos deben de haber heredado los secretos misterios de ella... Los mayas, a semejanza de muchos pueblos cultos de la antigüedad, le dieron a la Medicina carácter sagrado, cuya liturgia sólo era conocida por los iniciados, sacerdotes de una ciencia misteriosa, que era patrimonio familiar y se heredaba a través de las generaciones. (Martínez, 1945: p. 19)

Según el Instituto Indigenista Nacional (1978), en Guatemala se ha dado un movimiento de profesionales de las ciencias sociales para reconocer a la medicina popular como una actividad científica.

Pero de acuerdo al Ministerio de Salud Pública y A. S. (2007), el sistema médico de salud maya es reconocido sólo por antropólogos, algunas personas interesadas y la población maya. El sistema institucional de salud no ha querido comprender la lógica de la estructura y funcionamiento de la medicina maya, desvalorizando y tratando de desplazar sus prácticas médicas.

Las tasas altas de mortalidad infantil y materna persisten, registrándose particularmente entre la población indígena que habita en las áreas rurales debido al poco acceso al sistema institucional de salud.

Muchas poblaciones indígenas que ocupan una gran parte del territorio nacional, son usuarias del sistema alternativo (tradicional) de salud, el cual ha venido transformándose y adaptándose a los tiempos actuales, pero manteniendo las creencias ancestrales expresadas por la tradición oral, ideogramas, símbolos y pensamientos abstractos sólidos y profundos.

Según el Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala (2008) el sistema institucional no ha podido dar solución a los problemas de salud del país y los estudios al respecto, revelan que el mayor gasto en salud lo aportan las personas de los hogares guatemaltecos y no las instituciones del sistema oficial de salud.

Sin embargo, a pesar de la necesidad de tener más oferentes de salud, dicho sistema institucional no toma en cuenta la existencia del sistema alternativo de salud, con el cual podría hacer una sinergia para beneficiar a las poblaciones que están en mayor riesgo de enfermar.

El Ministerio de Salud de Guatemala ha establecido alguna relación con la medicina indígena maya a través de la comadrona tradicional (que es una terapeuta), pero no en un marco de reconocimiento cultural sino de la apropiación y la utilidad que genera la función de la comadrona en las comunidades. Sin embargo esta relación mantiene al margen la práctica de otros terapeutas como las curanderas y curanderos y las hueseras y hueseros.

Organismos internacionales de salud han impulsado acciones que respeten la cultura de los pueblos originarios, su cosmovisión, sus creencias, y sobre todo los derechos a la salud y al consentimiento informado.

En las comunidades, la medicina maya funciona en el marco de un modelo de organización social, en el cual la comadrona es una terapeuta importante, pero no la

única. Este modelo vincula las concepciones culturales y la práctica terapéutica, que tiene una organización y una distribución de trabajo. (Car, Eder y García, 2005: p. 18).

El enfoque tradicional de salud indica que cuando los padecimientos físicos y espirituales de un individuo o grupo social se agudizan, en ese momento se presenta la necesidad de encontrar a alguien (un personaje que juega un papel decisivo), que está en la capacidad de comunicar o transmitir confianza y seguridad, que contribuye a aliviar cualquier sufrimiento y que con sus conocimientos sea capaz de minimizar la presencia de dichos padecimientos.

Ese alguien puede ser el sacerdote, el curandero, el mago o aquellas personas que se supone, poseen poderes sobrenaturales. En Guatemala la medicina tradicional o alternativa ha sido ejercida por personajes de la comunidad, como curanderos, hechiceros, sobadores, comadronas y otros más.

De acuerdo a Lerín (2010), se piensa que en cualquier sistema institucional de salud es imprescindible entrenar al personal de salud en acciones interculturales específicas, que ayuden a mejorar la relación con los usuarios mayas, de los servicios de salud, porque generalmente se estigmatiza a las personas indígenas y se rechazan y descalifican sus creencias culturales.

Capítulo 5. Comunidad Cakchiquel

Es difícil saber el pasado de las comunidades indígenas de Guatemala, debido a que no existe mucha documentación pre- contacto, o sea, antes del descubrimiento y conquista de América.

“En Guatemala han sobrevivido muy pocos documentos pre-contacto... El Estado colonial, sin embargo, buscó informes de eventos y descripciones locales de la organización social y política pre-contacto a partir del siglo XVI”. (Tod Little-Siebold, 1998: p. 346)

La época indígena en América se inicia “desde la entrada de los primitivos pobladores a América (hace más de 40,000 años) hasta la llegada de los conquistadores europeos. Durante la época indígena “...el continente estuvo habitado exclusivamente por indígenas. Sin embargo, la mayoría de los científicos prefieren llamarla época precolombina o época prehispánica o época prehistórica”. (Montenegro, 1993: p. 17)

5.1 Mesoamérica

En la época indígena las culturas del núcleo mesoamericano, hoy México y América Central, eran las más desarrolladas y ricas del continente americano. “El pasado de las culturas que se desarrollaron en México, Guatemala y demás zonas del istmo que une los dos grandes bloques continentales constituye una mezcla extraordinaria de singularidad y misterio”. (Enciclopedia Autodidáctica Océano, 1992: p. 1861)

... cuando hablamos de Mesoamérica, nos estamos refiriendo al conjunto de culturas que comparten cierto aire de familia y que en el siglo XVI, a la venida de los españoles, se extendían por todo el territorio de la actual Guatemala (que es el único país enteramente mesoamericano), el sur y centro de México, Belice, el occidente de Honduras y de El Salvador, prolongándose parcialmente a una parte de Nicaragua y Costa Rica. (Solares, 2004: p. 2)

En la actualidad esas áreas no guardan relación con las fronteras entre países. Las principales culturas mesoamericanas actuales están en Guatemala (la cultura maya que es el grupo más grande de Mesoamérica, y además, la cultura xinca) y México

(culturas: zapoteca, mixteca, totonaca, huasteca, tolteca, azteca, tarasca, y parte de la cultura maya).

Según Solares (2004), son rasgos genuinamente mesoamericanos el cultivo del cacao, hule, algodón y maguey. También el uso del maíz en tortillas con la técnica del llamado nixtamal.

Otro rasgo agrícola es el uso de la Coa (palo puntiagudo), como instrumento para sembrar. Entre los rasgos de índole ritual están: la noción de inframundo y supramundo, celebración de días fastos y nefastos, el juego de pelota y el uso del hule en función ritual.

5.2 **Cultura maya**

La escritura de los nombres de las etnias mayas varía entre la grafía castellanizada y la grafía de la Academia de Lenguas Mayas. Por ejemplo la palabra cakchiquel corresponde a la grafía castellanizada y kakchikel a la grafía de la Academia de Lenguas Mayas. En este trabajo ha utilizado la grafía de castellanizada.

Los principales idiomas mayenses que están dentro de la rama quiché, son los "...idiomas cakchiquel, quiché, kekchí... Entre estos, el que tenía mayor número de hablantes era el cakchiquel, especialmente en los pueblos de Sololá, San Juan Comalapa, Tecpán Guatemala y San Martín Jilotepeque". (Khoshbine, 1988: p. 28)

Existe cierta incertidumbre en la cronografía maya (diferentes épocas y períodos). Hay diferencias de apreciación entre algunos de sus ciclos históricos, pero según Scbele y Freidel (1999), la cronología fundamentada en evidencia arqueológica, marca los períodos más importantes de esa cultura, que se anotan a continuación.

Época antigua del 1100 al 1000 a. C., el período preclásico medio del 900 al 500 a. C., el período preclásico tardío del 300 a. C. al 50 d. C., el período clásico temprano

del 120 al 562 d. C., el período clásico tardío del 599 al 909 d. C y el período posclásico del 1200 al 1697 d. C.

Las crónicas o documentos históricos con los que se cuenta para conocer la historia de los mayas corresponden al período posclásico, porque no se cuenta con documentos de períodos anteriores que permitan ubicar el origen e historia verdadera de los mayas.

Es un hecho... que los mayas habían fijado el comienzo de su era en una fecha más de tres mil años anterior a J. C. y...es forzoso considerar que, acerca del origen de la raza, ha debido existir una primitiva tradición que desgraciadamente no conocemos, y que era diferente de la que recogieron los compiladores de las crónicas del Nuevo Imperio de Yucatán y de los libros maya-quichés... Las razas que poblaban la Península de Yucatán y el norte de Centroamérica en la época del descubrimiento eran de origen maya y no tolteca. (Recinos, 2006: p. 34)

Se ha causado alguna confusión del origen de los mayas (debido al planteamiento de diferentes autores). Algunos piensan que los mayas son de origen tolteca, otros creen que procedían del litoral del Golfo de México y algunos dicen que venían del Oriente (del otro lado del mar Atlántico). Pero es más sostenible la teoría que los mayas conformaron una tradición propia.

Las ideas de la propagación de la cultura tolteca han causado confusión, a tal grado, que para algunos autores, el Popol Vuh es una obra de evidente origen tolteca. Según Recinos (2006), ha quedado impresa la huella de la cultura de Tulán (los toltecas) en algunos manuscritos k'iche's y cakchikeles, en los cuales se diviniza a Quetzalcoatl. Sin embargo, se tiene claro que la tradición maya es parte de la antigua tradición que sobrevivió a la destrucción del viejo imperio. Se puede decir con firmeza que la civilización maya no se origina de la tolteca.

Otra interpretación confusa indica que los mayas venían del Oriente (del otro lado del mar Atlántico). En documentos k'iche's y kaqchikeles del período posclásico se describe la emigración de las tribus que vinieron al interior de Guatemala desde el litoral del Golfo de México, haciendo alusión a que "Estas, pues, fueron las tres

naciones de quichés y vinieron de allá de donde sale el sol, descendientes de Israel, de un mismo idioma y de unos mismos modales”. (Chonay, 2006: p. 172)

Sin embargo, se cree que esta versión es una “...mixtificación de los recuerdos conservados por los indios, más las enseñanzas de los religiosos españoles, quienes les inculcaron que eran una de las tribus perdidas de Israel”. (Polo, 1986: p. 23)

Es sustentable la teoría que los mayas no se originaron de los toltecas, ni procedían del litoral del Golfo de México, ni mucho menos que vinieron del otro lado del Mar Atlántico, sino que conformaron una cultura propia.

En tiempos del Viejo Imperio (Período Clásico) la cultura maya se irradió desde el centro de Petén al centro de Guatemala, Honduras, El Salvador y los actuales estados mexicanos de Yucatán, Campeche, Chiapas, Tabasco y Quintana Roo.

A finales del siglo IX la civilización maya del Viejo Imperio (Período Clásico) entró en decadencia y se piensa que las personas se internaron en las montañas de Guatemala, Honduras y Chiapas.

Los mayas clásicos habitaron las selvas de Guatemala, Honduras y Belice, entre los años 300 y 900 de nuestra era cristiana. Los mayas posclásicos en la árida meseta de Yucatán en el territorio mejicano, desde el 900 hasta poco antes de iniciarse la conquista española. (Montenegro, 1993: p.23)

A la llegada de los españoles las ciudades mayas estaban en ruinas y abandonadas. En la época colonial se desconocieron los adelantos científicos y los templos monumentales de los mayas.

Los mayas tuvieron mucho desarrollo científico y cultural. Según solares (2004), llevaron las matemáticas a su máxima expresión con la concepción del cero (creado independientemente de la India), el valor relativo de los números de acuerdo a su posición y el sistema vigesimal que les permitió hacer enormes cálculos matemáticos con pocas operaciones.

El calendario maya ha sido el más exacto concebido por la humanidad hasta la segunda mitad del siglo XX. Se tenían asombrosas precisiones calendáricas.

Simultáneamente se tenía un calendario sagrado y agrícola de 260 días, el Tzolkín, que hoy día, todavía es manejado por los sacerdotes mayas de Guatemala.

En su cosmovisión los mayas son portadores de una cultura ancestral que legó una profunda forma de ver la vida y la naturaleza. Los individuos se consideran como un elemento o una partícula más de la naturaleza, por lo que para ellos un árbol, una piedra, un río y un animal, merecen igual respeto.

En la cosmovisión mayas los Ajaw o espíritus de los dioses y de los antepasados están presentes en todos los seres y lugares naturales como las aves, ríos, lagos y bosques. Por ejemplo, los cerros son entes con vida que se pueden molestar si se cultiva en ellos, se talan sus bosques o se perfora el suelo sin pedirles permiso. (Enlaces, 2009: p.38).

Según el Instituto de Estudios Interétnicos (2010), la cosmovisión maya cifra el análisis de la vida y todo lo que de ella depende en la relación sagrada del ser humano con la naturaleza y el cosmos; especialmente la relación con el padre sol, la madre tierra, la abuela luna y los animales y las plantas. Sus valores éticos consisten en el respeto y la relación equilibrada con la naturaleza, sus ancestros, el trabajo y la comunidad.

De acuerdo a Enciclopedia autodidáctica Océano (1992). La economía maya se basaba en el cultivo de maíz, frijoles, yuca o mandioca, batata, algodón y henequén. Su sociedad era de naturaleza jerárquica (sacerdotes, aristocracia, hombres libres y esclavos). De la aristocracia se reclutaban a los jefes militares y la productividad estaba reservada para los hombres libres. Los esclavos, por lo general, eran cautivos de guerra.

Según http://es.wikipedia.org/wiki/Real_Audiencia_de_Guatemala, consultada el 03-01-2013), cuando desapareció la civilización maya clásica quedaron muchas

comunidades sociolingüísticas. Entre las provincias que conformaron la Audiencia de los Confines, la de Guatemala fue la que mantuvo el mayor número de idiomas nativos.

La Audiencia de Guatemala o Audiencia de los Confines, también conocida como Reino de Guatemala, estaba situada en el actual territorio de Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica

Las comunidades y familias mayas, como cualquier cultura, han practicado sus valores como elemento esencial del desarrollo humano en lo espiritual y en lo material. A pesar de las diversas condiciones socioeconómicas adversas y excluyentes que les han tocado vivir, principalmente a partir de colonización en el siglo XVI, y de la vida republicana en la primera mitad del siglo XIX, han fortalecido la transmisión de los valores a través de la educación familiar y la tradición oral. También ha afirmado la vigencia y significación cultural de los valores por medio de sus instituciones sociales y políticas...” (Molina et al., 2002: p. 52)

Muchos de los valiosos rasgos culturales mayas se perdieron debido a la persecución ideológica de los españoles. Sin embargo, varios de ellos perviven y se continúan desarrollando como una estructura intelectual entre los mayas actuales.

Todo este conocimiento, en la actualidad, es ignorado por el sistema oficial de Guatemala. Pero lo importante es comprender que la alta civilización maya no fue aniquilada y que muchos de los descendientes de aquel pueblo de hace dos mil años, viven y piensan hoy de una manera similar a como lo hacían sus antepasados.

5.3 **Etnia cakchiquel**

Según Polo (1986), los cakchiqueles son descendientes de los mayas del Antiguo Imperio. En su organización social la familia ha sido la base de la sociedad. Desde los centros ceremoniales situados en Petén irradió la cultura maya hacia las tierras altas del territorio guatemalteco.

La etnia cakchiquel, desde la conquista hasta la época actual, ha tenido una trayectoria similar a las de los otros grupos mayas. Por tanto, en esta parte se hacen descripciones que aplican tanto para los pueblos mayas, en general, como para el grupo cakchiquel.

Posterior al año 300 d. C. es fundada Iximché, la capital del Señorío Cakchiquel. Físicamente estaba ubicada, junto a lo que en la actualidad es Tecpán-Guatemala. Allí se engrandecieron, vencieron a sus enemigos, hicieron conquistas y vivieron en abundancia hasta que los españoles los subyugaron en el siglo XVI.

Formaban parte del territorio cakchiquel los departamentos de Chimaltenango y Sacatepéquez, la esquina noroccidental del departamento de Guatemala, el extremo norte de Escuintla, la parte nororiental de Suchitepéquez, y la parte situada al norte del lago de Atitlán (en el departamento de Sololá). Iximché se fundó alrededor del año 1463 sobre el monte Ratzamut (que es parte del cerro Tecpán). Después de su fundación duró aproximadamente 60 años, hasta que los españoles fundaron allí la primera ciudad de Guatemala.

Los rasgos de la cultura cakchiquel son semejantes a la cultura maya. Por ejemplo, El Tzolkín maya y el cholquih de los cakchiqueles eran un vestigio de un antiguo calendario lunar de ambas culturas.

Los cakchiqueles heredaron la cultura de los mayas, pero en la formación de su nacionalidad intervinieron otros factores étnicos, como los inmigrantes toltecas que convivieron con los mayas desde el siglo X de la era cristiana y dejaron huellas perdurables de su civilización en la Península de Yucatán y en las tierras altas de Guatemala.

Ellos practicaban el sistema vigesimal con más exactitud que los mayas. Actualmente han asimilado muchas palabras castellanas, incorporándolas a su hablar cotidiano, comprendiendo que esto es necesario para expresar ideas que no existen en el idioma cakchiquel antiguo, por ejemplo: camión, gasolina, etc.

Se gobernaban por un sistema tetrárquico donde el gobierno estaba regido por cuatro señores. En su estructura de nación tenían cuatro estratos sociales: la nobleza, la

pequeña nobleza integrada por familias distinguidas, el grupo de los plebeyos o macehuales que constituían el pueblo propiamente dicho y al final, la escala social constituida por esclavos. El gobierno no era totalmente autocrático ya que los señores se hacían asesorar por otros miembros menores.

Los señores dirigían las guerras y ejercían el control de los ingresos provenientes de tributos. Las tierras eran de los señores y los nobles, mientras que los macehuales o plebeyos eran considerados siervos de dichos señores. En el momento de la conquista, los cakchiqueles tenían muchas desventajas con respecto a los españoles, especialmente en aspectos políticos y en la tecnología de la guerra.

Sociológicamente hablando, diríamos que los señoríos guatemaltecos del Postclásico, estaban aún forjando una sociedad esclavista al momento de la conquista, mientras que los castellanos en ese mismo momento estaban culminando una etapa feudal, lo que hace a éstos históricamente superiores, en tanto que ese mismo adelanto histórico con respecto a los indígenas los hacía dueños de una tecnología superior o más evolucionada que la desarrollada por los aborígenes. (Polo, 1986: p. 42)

En el siglo XVI, Hernán Cortés envió a su capitán Pedro de Alvarado a someter a los pueblos de Guatemala, los más importantes eran los k'iches y los cakchiqueles. Estos pueblos eran rivales y varias veces se habían hecho la guerra, disputándose el territorio por razones políticas y económicas.

A la llegada de Pedro de Alvarado en 1524, los k'iche's le opusieron resistencia, pero "...después de sangrientas batallas tuvieron que rendirse ante la superioridad de las armas y la táctica de los españoles". (Recinos: 1993: p. 5)

Finalmente Pedro de Alvarado ejecutó a los reyes k'iche's, a la vista de toda la población, para atemorizarlos, e inmediatamente mandó a destruir la ciudad de Utlán. En el momento de la invasión española, los principales reinos de Guatemala se levantaron en contra de los españoles. Los cakchiqueles, inicialmente les dieron una buena acogida a los españoles y después tuvieron que combatirlos, cuando Alvarado y sus oficiales los provocaron con sus actos de crueldad y de codicia.

Según Recinos (1993), aunque fue en forma tardía, la insurrección cakchiquel fue la que puso en peligro la colonia española y eso motivó la muerte de millares de hombres de ese pueblo.

El pueblo cakchiquel ha aparecido siempre como un grupo indígena de segunda importancia ante los k'iche's, pero nuevos estudios hacen resurgir la idea que quizá ocupa el primer lugar en importancia durante la época de la conquista de Guatemala. Durante mucho tiempo se ha tenido la idea que los cakchiqueles habían asumido una actitud de traición para con los otros señoríos de Guatemala, pero ese juicio se puede desvirtuar.

En el momento anterior a la conquista la nación de los cakchiqueles no podía tenerle lealtad a la nación k'iche', con la cual había sostenido sesenta años de guerra, y con quienes tenían más antagonismos que aspectos en común. Ellos actuaron buscando el bienestar de su pueblo, al no exponerlo a una guerra de exterminio en contra de los españoles. Ellos no eran aliados sino adversarios de los otros pueblos aborígenes de Guatemala.

El pueblo cakchiquel soportó en solitario el peso de una prolongada sublevación en contra de los españoles (de 1524 a 1530), viéndose obligados a rendirse cuando quemaron Iximché, que era su ciudad principal.

De acuerdo a Polo (1986), la conquista fue una especie de empresa de carácter mixto y con finalidades comerciales, en donde las personas particulares que aportaban capital (para la conquista) firmaban un contrato con la Corona, que era la aportadora de los instrumentos legales para el funcionamiento de la empresa.

Entre esos instrumentos legales estaba el requerimiento y la capitulación, que servían para despojar de sus tierras a los indígenas, esclavizarlos para trabajos forzosos, cobrarles tributo y cometer una serie de abusos contra ellos, sus esposas y sus familias.

La Iglesia aprobó y participó en estas prácticas en contra de los indígenas. De las utilidades de esa explotación, el 20% era para la corona y 80% para los capitalistas particulares, o sea los “empresarios” de la conquista.

Para someter a los indígenas se les presentan dos alternativas: la primera era la de someterse voluntariamente al emperador de España por medio del jefe español del ejército de la conquista, y la segunda ser sometidos brutalmente mediante las armas.

En la primera alternativa (sometimiento voluntario) el indígena debería dar tributo consistente en oro, hombres y a alimentos para continuar la conquista de otros territorios. En la segunda alternativa (sometimiento mediante las armas) los indígenas deberían sufrir esclavitud por parte de los miembros del grupo vencedor, para ser vendidos en “almoneda” y obtener beneficios, tributo en oro y decomiso de sus bienes y alimentos. En cualquiera de las dos alternativas, el conquistador se reservaba el derecho de tomar de los vencidos, tierras y mujeres.

Los españoles engañaron a los cakchiqueles, porque estos se sometieron a la primera alternativa, dándoles tributo a los conquistadores. No obstante, después de haberse sometido los ibéricos les aplicaron la segunda alternativa, los atacaron brutalmente y los esclavizaron.

Según Reding et al. (2002) , hubo miembros de la Iglesia como como Fray Antón Montesino y Fray Bartolomé de las Casas, que se opusieron a la aplicación de la segunda alternativa, porque era una guerra injusta que se declaraba a los indígenas, bajo el pretexto de que eran infieles (no eran cristianos).

Los cakchiqueles tuvieron una alianza fugaz con los españoles, y Pedro de Alvarado fundó la ciudad de Guatemala en julio de 1524 en Iximché, sede del Señorío Cakchiquel, imitando a Cortés, que fundó la ciudad de México sobre las ruinas de Tenochtitlán.

Según Recinos (2006), en 1527 la capital de Guatemala fue trasladada a Almolonga (hoy Ciudad Vieja), Sacatepéquez, al pie del volcán de Agua. A esa metrópoli española se le dio el nombre de Valle de Guatemala. La lengua cakchiquel fue considerada como la principal y los españoles le dieron el nombre de lengua metropolitana.

El último rey de los cakchiqueles que gobernó fue Cahí Ymox, a quien los españoles lo llevaron a vivir a la ciudad, allí lo tuvieron preso temiendo que provocara otra revuelta, hasta que murió ahorcado por Alvarado en 1540.

Según Polo (1993), se señalan varias etapas de la evolución cultural del indígena guatemalteco. De 1524 a 1600 se da la destrucción de la organización indígena. De 1600 a 1720 los indígenas absorben muchos de los elementos que los españoles trajeron a América. De 1720 a 1800 se da un relativo relajamiento de los indígenas al desaparecer instituciones de sujeción (como la encomienda), volviéndose una opción para la práctica del sincretismo religioso.

De 1800 a 1880, el indígena adquiere condición de ciudadano debido a la emancipación política del territorio. De 1880 a 1944 se da una incorporación masiva del indígena al cultivo del café obligado por la supresión de sus tierras comunales. Y de 1944 en adelante, el indígena es llevado hacia un proceso mayor de integración nacional, dándole el derecho al sufragio sin importar su analfabetismo.

Gracias al alto nivel cultural de muchos indios de Mesoamérica, en el posclásico, se cuenta con un buen número de crónicas, títulos e informes que permiten ver aunque sea de manera filtrada, el pensamiento de los vencidos.

A través de la versión del grupo vencido se sabe que el indio fue dominado militarmente por el español, sus dioses fueron despedazados en nombre del Dios de los cristianos y su lengua nativa quedó relegada al ámbito familiar y se le impuso aprender la lengua del conquistador.

En el proceso de dominación se forma una aureola de prejuicios (del conquistador, el criollo y el ladino) en contra del indio, acerca de que es haragán, no entiende, es sucio, tiene malas costumbres, etc. “Cuando en verdad, tales actitudes del indígena son mecanismos de defensa que funcionan para proteger lo único que es suyo, y que aún no le ha sido arrebatado: su indianidad, si es posible llamarle así”. (Polo, 1986: p. 102)

Los cakchiqueles vivían de manera dispersa, lo cual les pareció inconveniente a los castellanos porque dificultaba el acceso a grupos numerosos de indígenas para cobro de tributos, censos de población, evangelización, control, etc.

Fue por ello que los españoles decidieron reducirlos a pueblos, o sea, agruparlos en comunidades indígenas que eran afines por razones de cultura y origen. De esa manera hicieron su aparición la mayoría de pueblos de Guatemala (que se conocen en la actualidad).

En las reducciones del señorío cakchiquel, durante la colonia, participaron las misiones religiosas que tuvieron a su cargo la administración espiritual de los indios. Los cakchiqueles fueron agrupados en pueblos formando un anillo alrededor de la metrópoli. Ese anillo hizo posible la vida colonial con el abastecimiento a bajo costo de leña, pasto, pescado, legumbres, fruta, cereales, etc.

Los indígenas fueron puestos en las manos de las órdenes religiosas de San Francisco y Santo Domingo. Los pueblos asignados a estas órdenes se asentaron en los lugares que actualmente ocupan municipios de varios departamentos de la zona y altiplano central de Guatemala.

En las reducciones de indios se fundaron centros administrativos y de poder, desde los cuales emanaron las directrices económicas, políticas, militares y espirituales, con la complicidad de las órdenes religiosas.

La necesidad de consolidar el nuevo orden social y fortalecer su dominación requirió de constituir especies de gobiernos regionales y locales. Y fue de vital importancia en las etapas primigenias de las reducciones las Ordenes Religiosas, que se instalaron en las recién conquistadas, que bregaron por el paulatino sometimiento de los conquistados. (Chaclán, 2008: p. 50)

Para reducir a los indígenas, la encomienda americana que provenía de una arcaica institución en Europa fue una institución (instrumento) propia de la colonización. Jurídicamente era un derecho otorgado por el rey en favor de un vasallo español llamado encomendero, con la finalidad de que este percibiera los tributos o los trabajos que los súbditos indios debían pagar a la monarquía.

El establecimiento legal de las encomiendas o de los repartimientos de indios surgió de una Real Provisión de 20 de diciembre de 1503 que se prolongó con altibajos en distintas regiones de América. Durante dos siglos la encomienda y los encomenderos, pugnaron para establecer su derecho a perpetuidad. Pero lo máximo que consiguieron fue que la encomienda se concediera en 1629 por varias generaciones... A partir de estas fechas, las condiciones sociales y económicas motivaron el inicio de un proceso de agonía del sistema de encomiendas que culminó con su abolición en 1718. (Chaclán, 2008: p. 52)

En Guatemala las primeras encomiendas las hizo Pedro de Alvarado para favorecer a sus subordinados, llegando a existir hasta 106 encomiendas distribuidas en varios lugares del país

Los nuevos centros destinados para pueblos de indios surgieron de la iniciativa privada española aprobados por la Corona por medio de capitulaciones. Durante la colonia también surgió la República de Indios, que es otro tipo de instancia político-jurídica, o sea, un sistema de gobierno basado en la división de la república de los españoles y la república de los indios.

Según Chaclán (2008), los españoles consolidaron sus colonias, que eran fuentes de extracción de riqueza por medio de la explotación de la fuerza de trabajo india. En esa organización, los españoles, ya fueran delegados, emigrados o busca fortunas, tenían que convivir con los aborígenes, pero guardando la distancia.

Otro instrumento de dominación en la conquista y la colonia, en contra de los indios fue la evangelización, porque quien se negaba al evangelio era atacado por los conquistadores y los desposeían de sus tierras.

Los misioneros católicos tuvieron un papel muy importante en esta misión, porque en su afán de evangelizar se dieron prisa en enseñar a leer y escribir a muchos indígenas nobles y principales. Gracias a ello fue posible que indígenas privilegiados poseionados del alfabeto latino, transcribieran en su propia lengua tradiciones antiguas que se transmitían oralmente, de generación en generación.

Fray Bartolomé de las Casas en unión con otros frailes efectuó una gran labor de conquista pacífica y evangelizadora en las Verapaces, convenciendo a los caciques para que formaran pueblos.

A pesar de las imposiciones, para los indígenas era muy duro renunciar a las tradiciones de sus antepasados, y por mucho tiempo después de la conquista continuaron haciendo sus bailes en los que cantaban episodios de sus historias y recitaban pasajes de su mitología lo cual los españoles no lo veían con buenos ojos.

Dos cientos años después de la Conquista, Fray Francisco Ximénez les tenía mucha compasión a los indios por los abusos que sufrieron bajo el régimen colonial, y porque “estos tenían gran desconfianza de los españoles...”. (Recinos, 1993: p. 28)

A la llegada de los conquistadores “...transcurrieron veinte o treinta años verdaderamente espantosos para los indios: fue la etapa feroz de la conquista y de la explotación sin freno”. (Martínez, 1985: p. 445)

Los frailes y algunos funcionarios del rey abogaron para aliviar un poco la situación de los nativos; sin embargo, a pesar de que fue disminuyendo el martirio de los indígenas, se considera que a través de las centurias, esos tratos inhumanos han permanecido, a través de otras formas de aplicación.

En los pueblos el repartimiento de indios seguía en plena vigencia a finales del siglo XVIII para el cultivo de las haciendas. Los hacendados pedían los repartos porque los indios les servían para hacer las tareas de la hacienda.

Según Martínez (1985), concomitantemente, era necesario que se hicieran estas tareas en cultivos de los campos que utilizaban los indios, pero por estar repartidos en haciendas ajenas, tenían que dejar que se malograrán sus cultivos propios.

Los indígenas eran renuentes a vivir reducidos en los pueblos y se escapaban de ellos cuando tenían ocasión de hacerlo; luego, los españoles tenían dificultad para identificarlos y hacerlos volver a sus respectivos pueblos.

Dada esa situación, aunada a que el traje prehispánico de los indígenas era poco vistoso, fue motivo para que los conquistadores crearan un traje distintivo para cada pueblo, y de esta manera poder identificar fácilmente y en cualquier parte a los indígenas de su encomienda.

Entre las minorías dominantes, que eran españoles y criollos, y la gran multitud de indios oprimidos fueron surgiendo las capas medias de población, dentro de las cuales se encuentran los mestizos.

El surgimiento de los mestizos fue producto de la violencia, engendrados en el odio y el miedo, debido al rapto y violación de mujeres indígenas durante la conquista. De esa cuenta, se dio un cuadro de suma crueldad por parte de los conquistadores y de un odio supremo por parte de los indios.

De acuerdo a Polo (1993), los indígenas idolatraban a diferentes dioses, pero los religiosos españoles impusieron el cristianismo. Al fundirse en el pensamiento de los indígenas sus antiguas creencias con la fe cristiana, resultó la mezcla que los

antropólogos llaman sincretismo religioso, que es la fusión de los ritos paganos y cristianos.

Se piensa que el sistema de creencias indígenas permaneció relativamente intacto, debido a que las mismas se han transmitido principalmente por transmisión oral de padres a hijos. Sus idiomas no sufrieron modificaciones y siguieron hablándose en las mismas regiones, excepto porque agregaron voces provenientes del castellano, las que eran precisas para nombrar los elementos traídos por los europeos y que no tenían nombre en la lengua natural.

En aspectos económicos, las principales instituciones creadas en la colonia y que repercutieron negativamente sobre los indígenas fueron los repartimientos, encomiendas, mandamientos y el tributo.

Según Chaclán (2008), después de tres siglos de dominio español en América surgieron movimientos político-sociales de independencia, con una visión moderna de Estado-nación que surgió en el siglo XVIII con el triunfo de las revoluciones norteamericana y francesa.

En lo que hoy es Centroamérica, se consigue la independencia con características de Estado pero no de Nación. En una nación sus miembros se sienten adscritos a una comunidad política-cultural común, no así en el Estado. La independencia se proclama como una federación de estados centroamericanos que no duró muchos años.

Luego, como República, en Guatemala se formó un gobierno conservador o régimen de los 30 años (1839-1871), en donde un pequeño grupo de personas se apropió políticamente del Estado independiente, adoptando el sistema unitario como forma de gobierno, mismo que se mantiene en la actualidad.

En el período conservador se siguió la práctica del terror colonial basado en mantener una población indígena aprisionada en un régimen económico que le cerraba

toda posibilidad de superación. Les daban instrumentos de metal y las instrucciones mínimas necesarias para desarrollar las tareas de agricultura.

La dictadura criolla culminó con el movimiento revolucionario de 1871, pero cuando los liberales tomaron el poder, se continuó explotando a los indígenas en las grandes empresas cafetaleras y en otras tareas como la apertura de caminos. La legislación liberal transformó la propiedad comunal de los pueblos indígenas en propiedades privadas de agricultores ladinos.

La situación de los indígenas mejoró con la revolución de 1944, la cual se caracterizó por tener un alto contenido humanístico, siendo su mayor preocupación la realización de la persona humana.

Durante el período 1944-1954 se abolieron las leyes que esclavizaban a los indígenas. También fueron prohibidas las formas inicuas de explotación para los labriegos naturales que utilizaban tierras ajenas, en aparcería o arrendamiento. Pero lamentablemente, la contrarrevolución de 1954, terminó con los 10 años de reformas democráticas de los presidentes Arévalo y Árbenz.

Al interrumpirse el proceso revolucionario se restauró a sangre y balas el sistema excluyente, explotador y opresor, perdiéndose en gran parte las conquistas sociales alcanzadas en la década del 44-54. Esto provocó el surgimiento del conflicto armado en 1962, el cual duró aproximadamente 36 años, hasta la firma de los Acuerdos de Paz, el 29 de diciembre de 1996. (Fernández, 2012: p.3)

A partir de 1954 se instala en Guatemala un sistema represivo, generando la incapacidad del Estado guatemalteco para dar respuestas a las legítimas demandas y reivindicaciones sociales de la población.

Con eso se dio lugar a la implantación de una injusticia estructural - que hoy persiste-, el cierre de los espacios políticos, el racismo, la discriminación, la profundización de instituciones excluyentes y antidemocráticas que se negaban a impulsar reformas sustantivas que pudieran haber reducido los conflictos estructurales... que determinaron en un sentido profundo el origen y ulterior estallido del enfrentamiento armado... (García, 2011: p.2)

El conflicto armado causó más de 200,000 víctimas y el racismo contra los indígenas constituyó un elemento fundamental para explicar la saña y discriminación con que se llevaron a cabo los operativos militares.

Por primera vez en la historia del país, una comisión oficial confirma que el racismo constituyó un elemento fundamental para explicar la saña y discriminación con la que se llevaron a cabo los operativos militares contra las comunidades indígenas del Occidente.

Por segunda vez se confirma, según las normas del derecho internacional, que se cometieron actos de genocidio por parte del ejército que identificó a grupos del pueblo maya como el enemigo interno. (Casaús, 2011: p. 4)

Después de 1960, en Guatemala hubo matanzas sistemáticas dirigidas a comunidades mayas. “En el momento de mayor furor estatal, 1980/82, la violencia sin control se dirigió contra numerosas comunidades indígenas provocando el mayor etnocidio de la historia contemporánea de América Latina”. (Torres y Aguilera, 1998: p. 47)

Los acuerdos de paz firmados el 29 de diciembre de 1996 debieron servir para cerrar muchas décadas de conflicto armado interno. Estos acuerdos tenían objetivos democráticos.

...sentaron las bases para ir cerrando, -en un proceso de grandes transformaciones a través de un actividad conjunta entre la sociedad guatemalteca, sus fuerzas sociales, económicas y políticas y el Estado-, los 500 años de despojo, exclusión y explotación contra los pueblos indígenas, hacia la construcción de un nuevo país con derechos para todas y para todos. (Ceto, 2011: p. 32)

Sin embargo, los cambios esperados todavía no han llegado. El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas obliga al Estado guatemalteco a reconocer la existencia de los pueblos Maya, Xinca y Garífuna y a tratar temas de trascendental importancia para el futuro del país

En la actualidad los indígenas mayas (cakchiqueles), continúan sufriendo conductas hostiles hacia ellos. El racismo y la exclusión que devienen desde la época de la conquista continúan. Las leyes de vecindamiento del gobierno liberal en la década de 1870 y la Ley de Cédula de Vecindad de 1931, no respetaban la identidad de los pueblos indígenas.

En ese tiempo, sin embargo, no fue respetada la identidad de los pueblos indígenas... Si un señor llegaba a la municipalidad local para inscribir a su hijo y decía que quería llamarlo Pablo, el registrador observaba un santoral para verificar si el día del nacimiento, en efecto, era de San Pablo. Si no era así, entonces le ponía el nombre del santo que le correspondía... (Villalobos, 3 de marzo de 2013: p. 19)

Como un resabio histórico, recientemente en el Registro Nacional de las Personas -RENAP- se han cometido abusos, a pesar del Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas.

Muchas personas indígenas han tenido que acudir, incluso, a la Corte de Constitucionalidad, para resolver problemas debidos a los abusos que se cometen en el RENAP, al no atender, por parte de sus funcionarios y operadores, el pleno derecho al registro de nombres, apellidos y toponimias indígenas.

Los cakchiqueles siguen recordando su historia. “Ayer, la historia de los mayas volvió a ser escrita en una de sus formas originales: tallada en piedra. Miembros de la Comunidad Lingüística Maya Kaqchikel Kaji´ Imox decidieron retomar la tradición de sus antepasados...” (Rodríguez, 22 de diciembre de 2012: p. 2)

Uno de los recuerdos más marcados consiste en que el poder colonial se basó en el terror para dominar y humillar al indígena, situación que de alguna forma sutil, se sigue utilizando en beneficio del poder de la oligarquía, de forma encubierta y con otra forma de aplicación.

El poder colonial se basó en el terror y nunca más han dejado de utilizarlo para reforzar el poder de la oligarquía. Además de los criollos otros sujetos como los

mestizos (y algunos negros y otros miembros de la nobleza india) injuriaron a los indios.

Todos ellos sujetos sociales contradictorios y ambiguos, a la vez esbirros y explotadores de los indígenas que compartieron con los criollos y los conquistadores su racismo, su desprecio hacia el indio, su trato ofensivo y humillante, sus ultrajes sexuales hacia las mujeres nativas... (Arriola, 2008: p. 24)

Según Asturias (2008), en Guatemala se ha vuelto difícil la identificación social de las personas mayas. Algunas definiciones se han basado en aspectos económicos y en los acuerdos de paz se fijan cinco criterios de identidad: descendencia directa de los mayas, idioma proveniente de una raíz maya común, cosmovisión, cultura común y auto-identificación.

El primer criterio es racial y casi imposible de aplicar por el mestizaje. Los siguientes tres criterios son culturales (idioma, cosmovisión y prácticas culturales) y muchas veces son compartidos con otros guatemaltecos no mayas. Y en el último, auto-identificación psicológica voluntaria, cualquiera que se sienta o se quiera hacer pasar por maya (aunque no lo sea), se puede presentar a una junta calificadora para que le certifiquen su identidad. En los acuerdos de paz no se aclara si es necesario cumplir los cinco criterios, sólo uno o algunos de ellos.

En la década de los treinta (1930), en Quetzaltenango, la situación social y económica del indígena era miserable. Esto no fue indiferente para don Severo Martínez, quien de niño vio cómo eran conducidos los trabajadores indígenas (amarrados y a latigazos) para desarrollar trabajos forzosos a los caminos y a las fincas de café. “Para él, lo peor de la cruel explotación a que se sometía a los trabajadores indígenas era que sus hijos estaban condenados a seguir por el mismo camino”. (Castellanos, 2008: p. 73)

Aunque se han dado cambios desde la época de la colonia hasta la actualidad, una gran parte de la herencia colonial sigue operando, en relación a la discriminación racial y al recelo que se tiene mutuamente entre personas de diferentes etnias.

“El racismo sigue siendo una realidad en el seno de los ladinos, y el odio indiscriminado de los indígenas hacia otros grupos... se sigue observando en buena parte”... (Figueroa, 2008: p. 162).

Después de la independencia (1821) se conservó la clase terrateniente dominante, acaparando la tierra por parte de esa clase y continuando con la explotación servil de la masa india. La mayoría indígena, carece de tierras o posee parcelas muy pequeñas, por lo que se ven obligados, a trabajar como asalariados de los terratenientes

Distintas formas de opresión continúan siendo una realidad, a despecho de que ello es injusto e ilegal... a lo largo de cuatro siglos de historia, incluida la más reciente (se han ido sumando) factores... que durante siglos han bloqueado el desarrollo de las facultades físicas e intelectuales del indígena, encerrándolo en una situación de esclavo, de siervo, o de trabajador asalariado semiservil. (Piedra Santa, 2008: p. 232)

Desde la época de la conquista hasta la actualidad, desde un punto de vista falaz, muchas personas juzgan a los indígenas como atrasados, ignorantes, degenerados y sin ninguna posibilidad de superación. La revolución de octubre de 1944 quiso resolver esta situación, proponiendo un Estado tutelar para enfrentar los problemas que afectaban al indígena.

La revolución de Octubre había permitido por primera vez plantear el problema étnico guatemalteco, cuya solución dependía de la liberación de estas fuerzas sociales dotadas de grandes capacidades. Esta tesis se plantea para contraponerla a la de los simplistas que creen que el progreso y desarrollo de Guatemala tendrá lugar cuando se exterminara a los indios (Pinto, 2008: p. 253).

Los esfuerzos de la revolución de 1944, dieron marcha atrás con el movimiento de contrarrevolución que se instaló en 1954 y en la actualidad las comunidades mayas viven aún ligadas al etnocentrismo ladino, al racismo y la discriminación.

Según Conos y Upún (2001), En la actualidad, en la estructura del Estado guatemalteco y en la mayoría de sus instituciones, aun se discrimina y excluye a los mayas, en lo económico, social, religioso, jurídico y en todos los demás aspectos.

Las interrelaciones personales entre mayas y ladinos no se dan con un trato de igual a igual. Persisten resabios coloniales en los municipios, ciudades y en todas partes, donde se menosprecia a los indígenas. En una encuesta dirigida a personas ladinas (sobre racismo) se obtuvieron respuestas muy discriminatorias, por ejemplo, que los apellidos indígenas son nombres de animales y que da vergüenza tenerlos.

Otras personas respondieron, aparentemente, respetando la diversidad cultural, pero algunos de ellos al contestar favorablemente, lo hicieron con gestos que ponen en duda su sinceridad.

En la época actual, mucha gente de Guatemala aún piensa como los conquistadores. Creen que los indígenas simple y sencillamente no tienen derechos. Piensan que al reconocerles sus derechos a los nativos, se afectaría la situación de la cual gozan los ladinos actualmente.

De manera increíble, hasta en algunos catedráticos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el desarrollo de sus clases, hablan discriminativamente en contra de los indígenas y para ejemplo sirva lo que se dijo en una clase de una unidad docente de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2000.

Todos los indígenas no sirven para nada. No deberían estar ocupando cargos públicos. Deberían regresar donde están sus pueblos. Deberían solo trabajar con su azadón y machete, que sólo eso saben hacer. No se les saca nada, no tienen ideas, no piensan. No saben tomar decisiones. Si ellos siguen con su forma de ser nunca vamos a cambiar... (Conos y Upún, 2001: p. 67)

Los españoles trajeron a este continente su propia cultura pero eso no favoreció en nada la cultura de los indígenas, porque los mayas se encuentran en condiciones lamentables en todos los campos debido a la desventaja en la cual se les ha tenido desde la época colonial.

Según Lapuente et al. (2008), existen prejuicios y estereotipos que se reproducen en discursos racistas en muchos sectores de la sociedad guatemalteca, hasta en los medios de comunicación. En esos discursos se puede apreciar discriminación hacia los

indígenas en las relaciones cotidianas, en el acceso a los servicios básicos y en la remuneración económica.

En 2002 se creó por acuerdo gubernativo la Comisión Presidencial Contra el Racismo y la Discriminación. Sin embargo, las actitudes racistas hacia los indígenas se pueden reconocer en las camionetas, la prestación de servicios públicos, en las pláticas de las personas ladinas, en los chistes, anécdotas, y otras actividades humanas. Otra forma de aplicación del racismo es en el idioma. Las raíces del racismo idiomático provienen desde el tiempo de la conquista. Y se han prolongado hasta los tiempos presentes.

Según Álvarez (2001), aunque el término idioma tiene el mismo significado que lengua, a veces se hace referencia a lengua como comunicación lingüística de menor calidad. Ese criterio utilizaron los españoles con respecto a los idiomas mayas, respondiendo a una estrategia social de dominación del idioma español con respecto a las lenguas mayas.

Los religiosos se interesaron en que algunos indígenas aprendieran español y posteriormente, ellos mismos se interesaron en aprender los idiomas mayas, tanto en su forma oral como escrita. A los religiosos les interesaba editar sus oraciones en esos idiomas, sus sermones y sus catecismos.

La escritura maya combina lo ideográfico con lo silábico-fonético. Algunos especialistas en cultura maya la catalogan como escritura ideográfica, o sea, que los caracteres o símbolos representan ideas y no figuras ni sonidos. Para otros especialistas la escritura maya es silábico fonética, o sea, que son símbolos que representan sonidos.

Pero a lo anterior no se le ha prestado mayor importancia. Una gran parte de la población maya se ha castellanizado y ha adoptado elementos de la cultura occidental de Guatemala. Pero ello no significa que la situación de la población indígena haya mejorado.

Después de muchos años del colonialismo español y del neocolonialismo ladino, persisten problemas sociales como la desnutrición, analfabetismo, insalubridad y el aumento de los índices de pobreza y extrema pobreza en las comunidades indígenas.

El desplazamiento de los idiomas mayas en Guatemala es un reflejo de la situación social en la que se encuentra la cultura maya, debido al sistema neocolonial bajo el cual sobrevive.

En Guatemala existe una actitud social que privilegia al castellano sobre los idiomas mayas, con la idea de que el idioma español, que es el idioma dominante, puede abrir más puertas para conseguir oportunidades económicas.

...prefieren que sus hijas e hijos aprendan a leer y escribir castilla en lugar del idioma Maya... Ya que el castellano se utiliza en la escuela, la iglesia, el centro de salud, la municipalidad, el gobierno y en la mayor parte de entidades públicas; tiene un prestigio social, y por ello, se prefiere su enseñanza y aprendizaje. (Álvarez, 2001: p. 49)

El pueblo maya fue creando y consolidando su escritura a la par de su historia y surgió en ellos la necesidad de representar simbólicamente las ideas y conceptos. Crearon sus símbolos para representar el sol, la luna, las estrellas, los planetas y otros conceptos como el día y otros aspectos de la vida del pueblo maya.

Una cosa fue crear el concepto, otra cosa la palabra, y una muy distinta la forma de representarla. La creación de la escritura no pudo haber sido un proceso sencillo. Posiblemente, las esculturas (comunes en las estelas) pudieron ser el principio de este proceso. También las estatuas eran una forma sencilla de comunicar, utilizando la escultura.

Otra manera de escritura era la pictórica o representativa (en cuadros con dibujos expresivos y objetivos). Se fueron ensayando signos más significativos y menos complicados que se plasmaron a través de la escultura y el arte, en estelas y materiales flexibles como pieles, telas, corteza de amate y materiales similares. El sistema de

escritura maya se fue perfeccionando hasta tener los símbolos necesarios para representar los acontecimientos más importantes de la época.

Sin embargo, cuando entre dos pueblos que culturalmente son diferentes se dan relaciones desiguales, por lo general, existe una relación de dominación, en donde la cultura dominante termina imponiéndose a la otra en todos los factores sociales, como el idioma, por ejemplo.

Guatemala se convirtió en un país de hegemonía monoétnica, que es un espacio desde el cual la clase dominante proyecta el consenso pasivo y planifica su dominación política. “Culturalmente, las relaciones sociales de la explotación capitalista se convierten en parte de la legitimidad impuesta por la sociedad nacional blanco-mestiza a los pueblos indios”. (Roitman, 2013: p. 44)

Al referirse a la lucha de los pueblos indios en América Latina, se menciona que Guatemala se destaca en este momento histórico, no por sentimientos nacionalistas, sino por la búsqueda de transformación de la realidad social.

...la historia del pueblo guatemalteco puede interpretarse como una concreción de la diversidad de América, de la lucha decidida, forjada desde la base y que en muchas partes de América todavía se mantiene en el olvido. Olvido no porque se quiera, sino porque se ha vuelto una tradición en la cultura de opresión. Olvido que obliga a una lucha y una resistencia de nuestros pueblos que tienen una historia de 500 años. (Menchú, 2013: p. 125).

Quienes dirigen el Estado de Guatemala han cometido el error de pensar que la nación es culturalmente homogénea y mono-étnica, por eso se carecen de políticas oficiales para concebir, explicar y resolver los problemas derivados de la diversidad étnica y la injusta valoración de esta diversidad.

Otro de los aspectos en que el factor política étnica es nulo, lo constituye el de la salud. El ser indígena constituye un factor de riesgo en salud traslapado con el factor socioeconómico. Como decir: si pobre, enfermo; si indígena, doblemente enfermo...el indígena tiene menos recursos que el ladino, y los que tiene son totalmente alejados de su cultura, sus valores ancestrales y sus formas centenarias de concebir y afrontar el proceso salud-enfermedad. (Solares, 2013: p. 182).

Un acontecimiento significativo en la historia reciente y en el futuro del país, ha sido la irrupción y presencia del pueblo maya en la vida pública. En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, para acá, se ha redescubierto esa presencia en la economía, la política, los movimientos sociales y de cultura, la espiritualidad y la religión.

...hacia la mitad del siglo anterior el proceso tradicional de ladinización se interrumpió y los indígenas comenzaron a crecer demográficamente de una manera similar a los ladinos reabriendo con ímpetu interrogantes sobre la identidad nacional y cultural guatemalteca y sobre su posición como pueblo en el Estado y Nación. (Reyes, 2004: p. 57)

Sin embargo esa irrupción del pueblo maya no ha sido suficiente. Los acuerdos de paz que contemplaban mejoras para los grupos indígenas y dentro de los cuales se firmó la “Paz Firme y Duradera” en 1996, no llegaron a consolidarse.

“La administración que suscribió formalmente los acuerdos de paz perdió, sin embargo, la oportunidad histórica de convertirla en el cimiento de la consolidación democrática”. (Rey et al., 2001: p. 13)

O sea que la consolidación democrática que debió darse una vez firmada la paz aún no se ha producido. En lugar de convocar a la sociedad guatemalteca en un proyecto de reconstrucción y reconciliación nacional, el gobierno de turno dilapidó los esfuerzos de muchos años atrás, para darse un espacio publicitario de lucimiento político.

En la actualidad se reconoce a Guatemala como un país multiétnico, pluricultural y multilingüe, pero esa diversidad es más apreciada por los extranjeros que por los propios guatemaltecos.

...en la práctica existe una creciente fragmentación de las identidades socioculturales, ausencia de políticas definidas para atender a los grupos étnicos en el país y graves omisiones del Estado para solucionar debidamente los problemas de estos grupos... Los Acuerdos de Paz, que abrieron paso a una solución negociada para finalizar el enfrentamiento armado interno, establecen claramente que el desarrollo de la cultura guatemalteca es inconcebible sin el reconocimiento y fomento de la cultura de los pueblos indígenas... (Figueredo, 2001: p. 11)

La exclusión y manifestaciones racistas hacia los pueblos mayas se encuentra vigente hoy, a pesar de los esfuerzos y la participación activa que han tenido la organizaciones y los pueblos indígenas.

El pasado colonial se prolonga hasta ahora de dos maneras distintas: con la existencia de grupos étnico culturales, cuya presencia demanda de Guatemala un Estado plural; y con el orden político que todavía reproduce las raíces violentas y coloniales del poder. La forma como este Estado se constituyó durante la época colonial es todavía la base del dominio, del control, del juego inclusivo/excluyente y de la explotación de los pueblos indígenas. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008b: p. 40)

La exclusión y explotación se hacen visibles en las relaciones de poder entre personas y grupos que conviven en el territorio nacional, las cuales no sólo se dan desde las instituciones del Estado, que las legitiman y perpetúan, sino desde cualquier tipo de relación económica o social, donde el racismo y la discriminación siguen siendo constantes.

5.4 **Comunidad maya-cakchiquel, en Santa Apolonia**

Santa Apolonia está entre los municipios del país que tienen las peores condiciones de salud. Pertenece al departamento de Chimaltenango. La cabecera departamental (que también se llama Chimaltenango) está a una distancia aproximada de 54 kilómetros de la ciudad de Guatemala. Es “Un departamento nacional con un porcentaje de población indígena de 70 % o más...” (González, 2000: p. 27)

Chimaltenango se ubica en la zona central de Guatemala y limita al norte con los departamentos de El Quiché y Baja Verapaz, al este con Guatemala y Sacatepéquez; al sur con Escuintla y Suchitepéquez y al oeste con Sololá...el nombre del departamento así como el de la cabecera departamental provienen de la voz mexicana “chimal” que significa escudo o rodela, ya que se supone que a la llegada de los españoles, éste era una plaza fortificada con murallas de escudos. (Ramírez, 2013: p. 21)

Tiene una extensión territorial de 212 kilómetros cuadrados. El idioma predominante es cakchiquel, pero gran parte de sus pobladores hablan español y en algunos casos hablan otros idiomas pertenecientes a los departamentos cercanos.

El departamento tiene ciertos rasgos culturales, como por ejemplo: “La religión: es un aspecto ligado fuertemente a la educación...en las comunidades rurales aún

prevalece la autoridad del hombre y la sumisión de la mujer...se puede resumir en una palabra: machismo...” (Álvarez, 2012: p. 27).

Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. (2017), Chimaltenango es uno de los departamentos con mayor mortalidad infantil en Guatemala. Ocupa el tercer lugar de mortalidad infantil más alta, después de Chiquimula y Huehuetenango. El departamento también ocupa el quinto lugar por departamentos, con mayor índice de desnutrición crónica.

El municipio de Santa Apolonia perteneció al reino cakchiquel que se extendía en las regiones de los actuales departamentos de Sacatepéquez y Chimaltenango. Cuando fue creado el departamento de Chimaltenango (decreto constituyente del 12 de septiembre de 1839), el municipio pasó a formar parte de ese departamento.

En el ámbito religioso, en los siglos XVII y XVIII Santa Apolonia perteneció al convento franciscano de Tecpán Guatemala (lugar donde Pedro de Alvarado estableció la Villa de Santiago de los Caballeros, el 25 de julio de 1524).

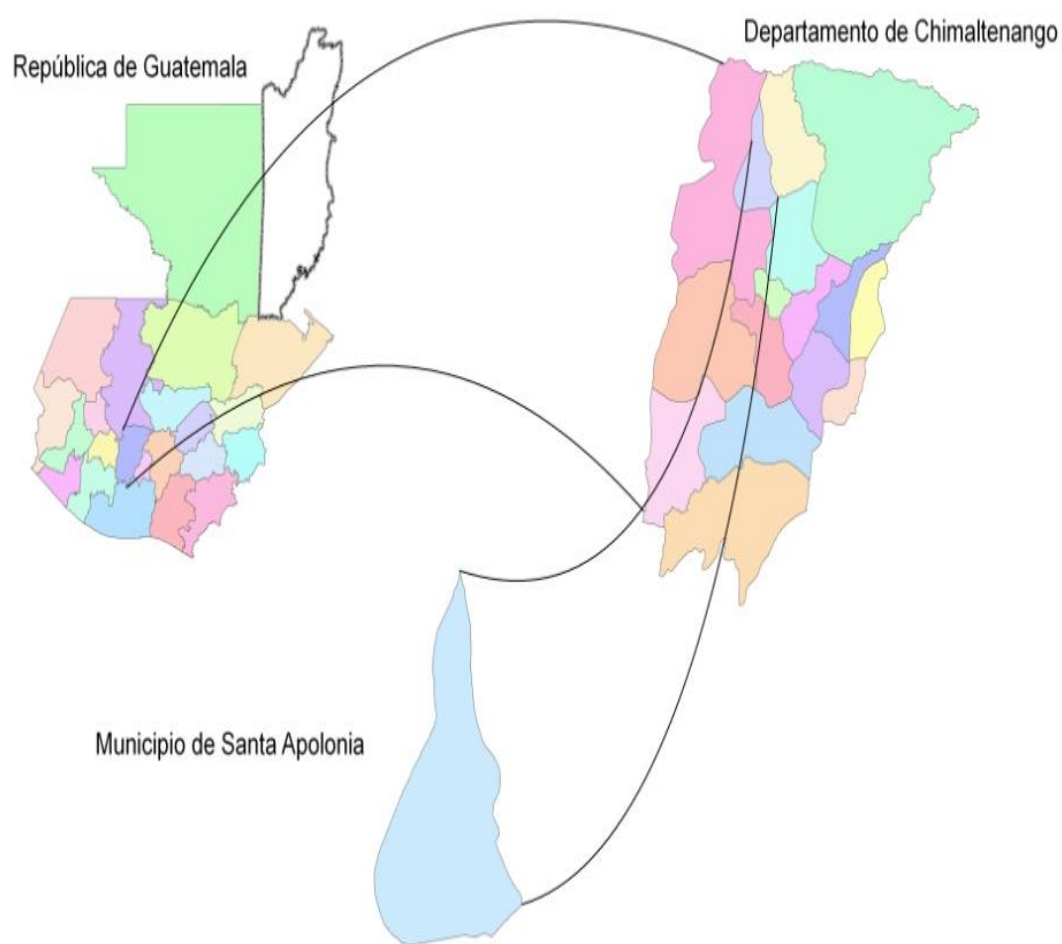
La cabecera municipal está ubicada a 39 kilómetros de la cabecera departamental de Chimaltenango y a 92 de la ciudad de Guatemala. Su altura sobre el nivel del mar es de 1,571 metros. Colinda al norte con el municipio de Tecpán Guatemala, al sur con Patzicía, al oeste con Patzún, y al este con Zaragoza y Comalapa.

En el censo municipal, que es más apegado a la realidad, se reportan 39 comunidades (incluyendo la cabecera municipal). Santa Apolonia cuenta con la cabecera municipal, 12 aldeas y 26 caseríos. 12).

El clima del municipio es templado, factor que permite la producción de actividades agrícolas no tradicionales y hortalizas que son la base de la economía de las familias. El 81% de su población vive en el área rural y el 19% en área urbana.

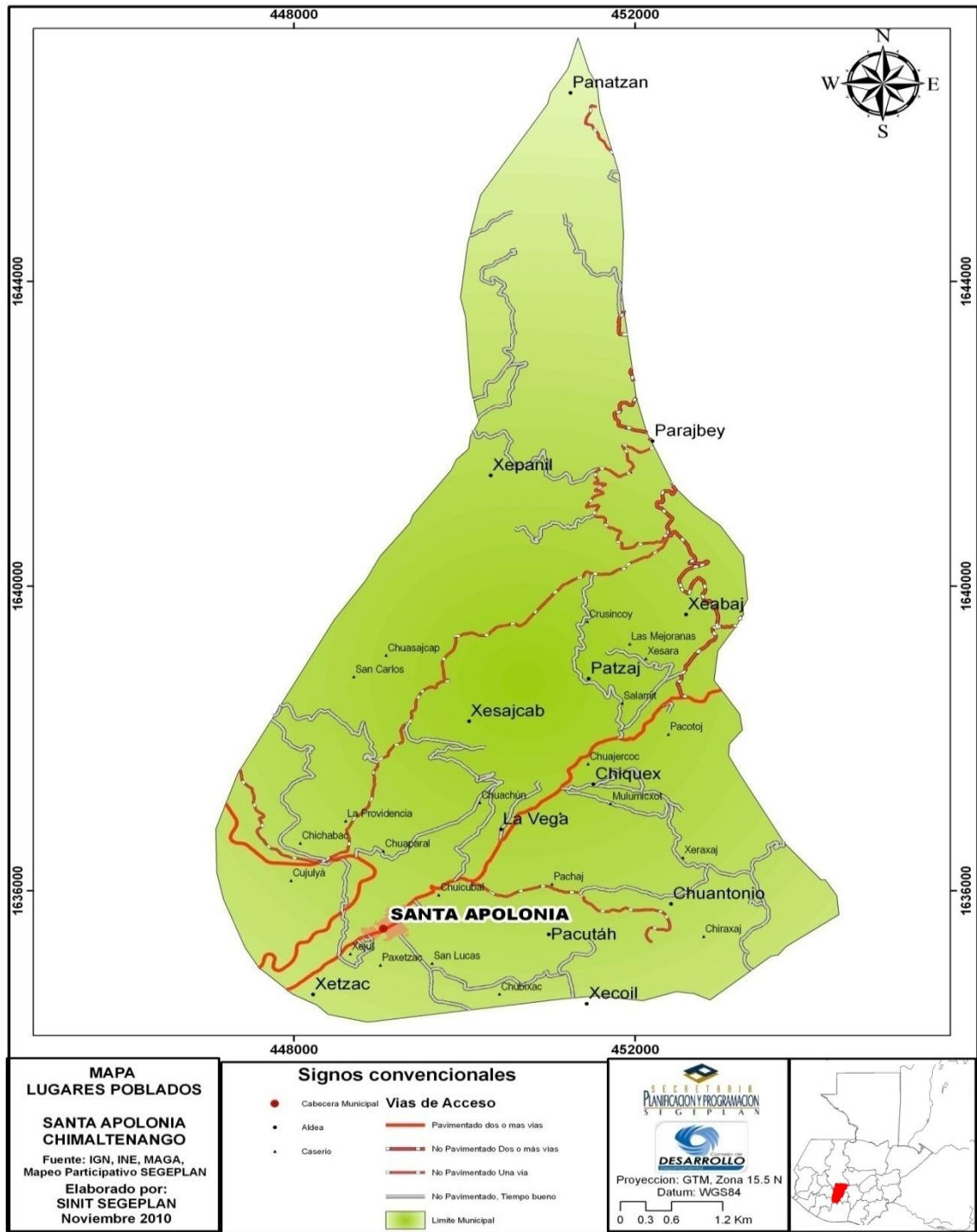
El 93 % de esa población pertenece la etnia cakchiquel y el 7 % a la etnia ladina. La ubicación del municipio, con respecto a la cabecera departamental de Chimaltenango, puede verse en la figura 4. El mapa del municipio puede ver en la figura 5.

Figura 4
Mapa del Departamento de Chimaltenango



Fuente: Diccionario Geográfico IGN. 2006 (tomado del libro Plan de Desarrollo de Santa Polonia 2011-2025, página 80).

Figura 5
Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango



Fuente: Diccionario Geográfico IGN. 2006 (tomado del libro Plan de Desarrollo de Santa Polonia 2011-2025).

Según el Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Santa Apolonia (2010), económicamente depende del vecino municipio de Tecpán, en donde están establecidas las empresas exportadoras y asociaciones que de alguna manera, regulan y controlan el comercio de los municipios aledaños.

Entre las actividades económicas sobresalen la agricultura y la artesanía. Un 27 % de la población pertenece a la población económicamente activa –PEA-, siendo los hombres quienes representan la mayor fuerza laboral; la mujer juega un rol importante en la producción de traspatio, que normalmente sirve para autoconsumo y la subsistencia de la familia.

La patrona del municipio es Santa Apolonia y la celebración del día patronal (la feria) es el día nueve de febrero. La cabecera municipal se encuentra cerca del sitio sagrado y ceremonial Iximché (en Tecpán Guatemala), que fue escenario de acontecimientos importantes de la conquista española.

El municipio tiene dos patrones culturales, el ladino y el cakchiquel que abarca la mayor parte de la población, entre los que existen marcadas diferencias sociales y culturales. Los cakchiqueles han venido adoptando al castellano como segundo idioma, pero las personas de las comunidades conservan sus costumbres y ritos ancestrales. Practican la religión católica y evangélica.

El 82 % de las casas del municipio tienen agua municipal y el resto se dota a través de pilas, chorros municipales, tanques y nacimientos. 66 % de la población (del área rural) utiliza sistemas de letrinas. Los 259 hogares del casco urbano están conectados a una red de drenajes. Únicamente un 8 % de la población usa un servicio municipal o privado para manejo de basura.

De acuerdo al Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2011), Chimaltenango (al que pertenece el municipio de Santa Apolonia) es uno de los departamentos que tiene las peores condiciones de salud, en el país.

Según el Ministerio de Educación y Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2008), en el tercer censo nacional de talla se observa, que Santa Apolonia está entre los municipios del país que tienen muy alta vulnerabilidad nutricional. Ocupa el 20 lugar, entre los peores municipios del país, que tienen el mayor retardo en talla en escolares.

De acuerdo al Consejo Municipal de Desarrollo del municipio de Santa Apolonia (2010), entre las primeras 10 causas de morbilidad infantil de Santa Apolonia, se encuentran las enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición (que pueden ser prevenibles con programas de educación para la salud).

El municipio es de alto riesgo en relación al estado nutricional y la salud de los niños. La mayoría de la población que es cakchiquel, manifiesta un fuerte respeto por las costumbres, prácticas y cosmovisión de las tradiciones de los pueblos mayas.

El sistema institucional de salud del municipio, para el año 2012 atendía las siguientes cantidades de población: un aproximado de 6,078 personas por parte del centro de salud de Santa Apolonia y sus dos puestos de salud, y alrededor de 8,654 por parte del programa de extensión de cobertura. El municipio no cuenta con servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ni de otras instituciones públicas ni privadas.

Hasta el año 2014 se contó con los servicios de salud del programa de extensión de cobertura (del Ministerio de Salud), a través de la contratación de una prestadora de servicios de salud.

Las comunidades donde se realizó el presente estudio estuvieron cubiertas por los servicios de salud de extensión de cobertura, a través de la organización no gubernamental, Asociación Padres de Familia, proyecto “Kajih Jel”.

Esta organización mantuvo hasta el año 2014 un equipo básico de salud integrado por una enfermera ambulatoria, un facilitador institucional (técnico de salud rural) y una educadora de salud y nutrición. Ese equipo básico de salud estuvo apoyado o complementado por personal comunitario consistente en 56 vigilantes de salud y 29 comadronas adiestradas.

Capítulo 6. Estrategia de comunicación

6.1 Educación para la salud

De acuerdo a Sánchez de Horcajo (1991), la educación para la salud tiene que realizarse bajo el marco general de la educación. Desde ese punto de vista existe una concepción esencialista que considera la educación como un proceso de individualización y otra concepción sociologista que se centra en la consideración de la educación como un metódico proceso de socialización.

Dentro de ese marco, la educación para la salud es un proceso que se aplica con personas individuales o bien con otros grupos más numerosos como familias y comunidades. Las metodologías utilizadas se basan sobre la capacidad de aprendizaje de las personas y los grupos sociales.

El aprendizaje se puede definir como un cambio relativamente permanente de la conducta, en términos de experiencia o práctica y se puede medir en diferentes gradientes. Puede referirse tanto a conductas manifiestas (por ejemplo, aprender a tocar guitarra) como a conductas encubiertas (por ejemplo, recordar una fórmula matemática). El aprendizaje más firme es el que se produce a través de la experiencia del ser humano (Alvarado y Bracamonte, 2005: p. 1-3).

El primer grado o gradiente es almacenar conocimientos. El segundo implica que además de tener conocimientos en la memoria se tenga también la capacidad de explicar los conocimientos almacenados. El tercero es llevar a la práctica lo aprendido. El cuarto grado agrega que además de practicarlo se analiza lo que se ha aprendido. El quinto consiste en hacer una síntesis de los grados anteriores. Y el sexto y último grado es cuando se pueden analizar los pro y los contras y se puede evaluar el conocimiento.

Hablar de educación para la salud es lo mismo que referirse a la comunicación para la salud, o bien, la promoción de la salud. Se trata de un proceso mediante el cual

los individuos están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud y nutrición.

La comunicación para la salud es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para ambientes, sistemas y políticas favorables y el bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y prevenir su calidad de vida. (Mendoza, 2009: p.30)

La comunicación, la educación y la salud se encuentran en la persona humana. La comunicación favorece los comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios masivos y de la comunicación interpersonal. Y la educación trabaja activando las capacidades de las personas para mejorar los comportamientos y los estilos saludables, para tener un mejor nivel de salud y vida.

Guatemala es un país que reúne muchos grupos étnicos, idiomas y costumbres dentro de su sociedad y el tema de creencias y prácticas culturales es tan fuerte y complejo, que la medicina científica basada en evidencia se queda como una opción más entre el pluralismo en salud.

Por lo tanto la comunicación que se dirige hacia sectores de la población indígena, debe tomar en cuenta, además de los conocimientos actitudes y prácticas, los factores que se asocian la cultura de las personas.

Un proceso de educación en salud tiene que hacerse bajo los principios de la educación en general. En ese sentido la educación tiene dos polos conceptuales diferentes, uno es el esencialista (individualista) y otro sociológico (para grupos de personas).

En la primera, concepción "...esencialista, considerando la educación predominantemente como un proceso de individualización, y otra concepción que se

puede denominar sociologista, que se centra en la consideración de la educación como un metódico proceso de socialización”. (Sánchez, 1991: p. 13)

Dentro de ese marco, la educación para la salud es un proceso que se aplica con personas individuales o bien con otros grupos más numerosos como familias y comunidades. Las metodologías utilizadas se basan sobre la capacidad de aprendizaje de las personas y los grupos sociales.

Aprendizaje es el cambio que se produce en las relaciones entre un estímulo percibido por el organismo de cada individuo, y la respuesta dada por ese organismo ya sea en forma encubierta o manifiesta. Al dar una respuesta distinta a un estímulo, al cual ya respondió anteriormente, se puede decir que se ha aprendido.

Estímulo es cualquier acontecimiento que un individuo percibe y siente, es decir, todo aquello que una persona puede recibir a través de alguno de los sentidos. Respuesta al estímulo es todo aquello que un individuo realiza como resultado de haber recibido el estímulo.

El organismo es capaz de producir varias respuestas a estímulos sin recibir el beneficio del aprendizaje. Algunos teóricos de la psicología pensaban que toda la conducta humana podía ser explicada con el modelo simple de Estímulo-respuesta, o sea la conducta refleja.

Pero las investigaciones posteriores han indicado que este modelo simple, resulta inadecuado para explicar gran parte del comportamiento humano. El ser humano es algo más complejo de lo que pueda indicar un simple diagrama de estímulo-respuesta.

Para producir aprendizaje a fin de que la conducta cambie, la relación original estímulo-respuesta debe ser rota, porque el estímulo no sólo tiene que ser percibido sino también interpretado.

El organismo tiene que percibir un estímulo, interpretarlo y responder a él. A menudo se requiere más una respuesta a un estímulo antes de que se pueda decir que ésta ha sido aprendida. Se requiere que la respuesta sea repetida regularmente cada vez que el estímulo se presente.

Por ejemplo, al tocar una estufa caliente se retira automáticamente la mano (sin pensarlo) y eso es una respuesta refleja al estímulo. En este caso el organismo no ha tenido control sobre la respuesta, simplemente sucedió, se trata de una conducta refleja.

En general, la educación para la salud es recibida por personas adultas (madres y cuidadores de niños), por lo cual hay que aprender a desarrollar un proceso de aprendizaje para gente mayor. La educación es parte de la naturaleza del ser humano y se desarrolla básicamente en la interacción de la adquisición de conocimientos, acumulados por generaciones precedentes y la satisfacción de necesidades básicas.

Según Alcalá (1999), tradicionalmente la educación se definía como un proceso por medio del cual la sociedad transmitía a sus nuevos miembros conocimientos, lineamientos y directrices que les servían como normas e instrumentos de desempeño en su diario quehacer.

Se pensaba que quienes aprenden son niños y adolescentes y quienes enseñan son adultos. Esto significaba que la educación comprendía patrones de conocimiento previamente establecidos por grupos de mayor experiencia, que debían ser asimilados y puestos en práctica por estudiantes

De esa cuenta surgió la pedagogía (*Paidos*, niño; y *Ago*, conducir y guiar), que es la ciencia y el arte de enseñar a los niños, cuyo alcance es limitante y restringido, ya que circunscribe la educación a los primeros años de la vida y no considera el proceso educativo de la persona adulta en sus diferentes etapas.

Con la necesidad de educar a personas adultas, surge la andragogía, que parte del concepto de aprendizaje voluntario, donde se puede interactuar con suficiente autonomía, sin presiones y disponiendo de facilidades para adquirir conocimientos, aptitudes, habilidades y destrezas con el fin de lograr objetivos y metas ampliamente discutidos, planificados y programados.

La persona adulta siente el deseo de aprender en función de todo aquello que le interesa (para responder a todas a las exigencias que le impone la sociedad en la que interactúa). El adulto, en general tiene una gran capacidad para aprender y posee además, una extensa y fértil experiencia.

La educación permanente concibe la adultez como una etapa perfectamente educable de la vida del hombre, reconociéndole muchas posibilidades tanto para un aprendizaje formal como para cualquier otro informal en todos los niveles y modalidades del sistema educativo. (Alcalá, 1999: p. 15)

El ministerio de salud o sistema institucional de salud de Guatemala, en las últimas décadas, ha puesto en marcha estrategias educativas de salud que han sido acompañadas con estrategias de comunicación, como la Información, Educación y Comunicación –IEC-.

Las estrategias educativas y de comunicación se han desarrollado para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en las personas de la población guatemalteca, con el propósito que estos se vuelvan positivos para la salud individual y colectiva.

Según Mendoza (2009), en los últimos años el ministerio de salud pública a través del Departamento de Promoción y Educación en Salud y la Unidad de Comunicación Social, con el apoyo técnico y financiero de la cooperación externa ha desarrollado varias estrategias de comunicación y educación.

Entre ellas están la de salud reproductiva con énfasis en planificación familiar, la de atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia -AIEPI-, la estrategia

de atención integral de la niñez y la mujer en la comunidad -AINM-C-, el programa creciendo bien, la de maternidad saludable y otras. La aplicación de estas estrategias ha producido algunos resultados pero no han sido suficientes.

La estrategia de AIEPI se oficializó en 1991, y posteriormente se convirtió en la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia y Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad -AIEPI-AINM-C-. En el año 2002 la estrategia tuvo otra variación y se denominó Estrategia de Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad -AINM-C-.

Además del AINM-C, en el año 2004 se incorpora la estrategia Creciendo Bien. En 2012 se agregan el programa Pacto Hambre Cero y la Ventana de Oportunidad de los 1000 días. Todas estas estrategias educativas se han desarrollado con el acompañamiento de la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-.

Estas estrategias se han aplicado en los tres niveles de atención del sistema institucional de salud. Pero se han desarrollado con mayor fuerza en el primer nivel, o sea, en puestos de salud, equipos básicos de salud, centros comunitarios de salud y las propias comunidades.

En el programa Plan Hambre Cero, se hace referencia a la estrategia de información, educación y comunicación –IEC-, como uno de los principales ejes transversales de desarrollo y que la “...implementación de la estrategia de comunicación va orientada a influir en el cambio de comportamiento en el tema SAN en la población vulnerable del país”. (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2012: p. 14)

La Ventana de Oportunidades de los 1000 Días del ministerio de salud, es un mecanismo para brindar atención integral en salud y nutrición de las madres y los niños, desde el momento de la concepción hasta cumplidos los dos años de edad.

Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. (2012), las actividades más importantes de la estrategia hambre cero son: cuidado del embarazo, parto y puerperio, atención de los recién nacidos y madres lactantes y control de peso y talla de los niños de cero a dos años. Estas actividades se desarrollan con acciones de consejería que utilizan la estrategia de información, educación y comunicación.

En el primer nivel de atención, la aplicación de las estrategias educativas y la estrategia de comunicación, está a cargo de los miembros del equipo básico de salud, centros comunitarios, puestos y centros de salud, apoyados por el personal voluntario de la comunidad. El personal voluntario está compuesto por madres consejeras, madres monitoras, comadronas, guardianes de salud, y facilitadores comunitarios.

En la aplicación de las estrategias, la población objetivo primaria son las madres de niños menores de cinco años, mujeres embarazadas, puérperas y madres que dan lactancia. La población objetivo secundaria son las autoridades y líderes locales, padres de familia y otros miembros de la comunidad.

En algunos distritos municipales de salud, que fueron apoyados por el proyecto de salud y nutrición materno infantil, los materiales educativos para el desarrollo de la estrategia de comunicación están agrupados en un banco de recursos de comunicación interpersonal y grupal.

6.2 Estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-

En el ministerio de salud, la estrategia oficial de comunicación que forma parte de los programas de educación comunitaria, es la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-. La estrategia de comunicación ayuda a mejorar el nivel de salud.

“Es reconocida la influencia que tienen los medios de comunicación en todas las sociedades. En salud es una herramienta que utilizada de manera correcta puede influir en la creación de estilos de vida saludables o en pautas diferentes relacionadas con salud reproductiva e infantil”. (Ministerio de Salud y A. S. et al., 2017: p. 60)

Una estrategia se puede definir como el elemento que determina las metas básicas de una empresa a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y de asignación de los recursos necesarios para alcanzar estas metas. La estrategia es como un hilo conductor que corre entre las actividades de la empresa y los productos y el mercado y se convierte en una regla para tomar decisiones.

El término estrategia viene del griego *strategos* que significa un general. El verbo griego *stratego* significa planificar la destrucción de los enemigos en razón del uso eficaz de los recursos. El concepto estrategia en un contexto militar y político es bien conocido... En el caso de los empresarios modernos con inclinación competitiva, las raíces del concepto de estrategia tienen un atractivo evidente. Aunque los estrategias de las empresas no proyectan la destrucción ineludible de sus competidores, la mayoría si tratan de vender más que sus rivales o de obtener mejores resultados que ellos. (Mintzberg, Quinn y Voyer 1997: p. 1)

La comunicación ha estado presente a lo largo de la existencia humana con la palabra, como el primero y más importante medio de comunicación, la gestualidad y otros sonidos producidos por el ser humano.

La comunicación es una forma de relación interpersonal en el proceso de actividad humana. Comprende el intercambio de información sobre la realidad; es parte inseparable del ser social y medio de formación y funcionamiento de la conciencia individual y social. Implica la organización de la interacción de las personas, la transmisión de experiencias y la aplicación y satisfacción de necesidades espirituales... La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y a desarrollo de habilidades clínicas. (Borroto, Lemus y Aneiros, 1998: p. 134).

La estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-, se ha aplicado en el ministerio de salud de Guatemala desde la década de 1980, pero en el año 2002 ya fue utilizada formalmente. En los programas de participación comunitaria están presentes “...las estrategias de IEC y su ejecución en la comunidad”. (Ministerio de Salud Pública y A. S., 2002b: p. 26)

Esta estrategia se oficializó en el sistema institucional de salud en el año 2006, a través de los Planes Estratégicos de Promoción, Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamientos –IEC/CC-.

Los Planes Estratégicos de Información, Educación y Comunicación para el cambio de comportamientos (IEC/CC) **a la carta** surgieron como apoyo del Departamento de Promoción y Educación en Salud del Ministerio (PROEDUSA) para que diferentes usuarios –Programas y

Unidades de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Áreas de Salud, Distritos Municipales de Salud y Municipalidades, comunidades y organizaciones contarán con procesos sistemáticos de promoción de comportamientos saludables que pudieran ser adaptados y adoptados según el perfil epidemiológico local, sus prioridades de salud y los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. (Ministerio de Salud Pública y A. S., 2006: p. 5)

El Objetivo general de un plan de comunicación basado sobre la estrategia de Información, Educación y Comunicación, es fortalecer la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias de promoción de la salud (que incluyen información, educación y comunicación), para el cambio de comportamientos y acción comunitaria.

Entre los principales objetivos específicos de estos planes se encuentran: la sensibilización a las autoridades y a la población sobre los diferentes problemas de salud, aumentar los conocimientos de la población sobre los diferentes problemas de salud identificados, y mejorar la comunicación y toma de decisiones de las personas, familias y comunidades para la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud.

Entre los pasos del plan se encuentran: la definición del problema y quiénes deben participar en la solución del mismo, cuáles son los programas y metas, qué comportamientos se deben variar, qué mensajes se van a dar y cómo se van a comunicar, que materiales de apoyo se deben utilizar, cómo se va a desarrollar el proceso y cómo se van a monitorear y evaluar las acciones.

Para dilucidar quiénes deben participar en la solución de los problemas, es necesario identificar a las audiencias. La audiencia primaria está constituida, generalmente, por las personas a quienes más afecta el problema.

La audiencia secundaria está conformada por las personas que pueden apoyar a la audiencia primaria en la adopción de comportamientos saludables. Y la audiencia terciaria se refiere a los tomadores de decisiones que pueden apoyar a la solución de los problemas de salud.

Los mensajes que se van a comunicar se elaboran para la prevención y el manejo de los problemas específicos de salud. Por ejemplo: desnutrición, diarreas, enfermedades respiratorias agudas, problemas del embarazo, baja cobertura de vacunaciones, tuberculosis, malaria, Infecciones de transmisión sexual, VIH/sida y otros.

“Un desafío clave en la comunicación para el cambio de conductas es optimizar los mensajes para producir efectivamente los cambios en las conductas”. (Basset y Ruel-Bergeron, 2012: p. 26)

Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. (2006) los planes y la estrategia de Información, Educación y comunicación se enmarcan dentro de la corriente de comunicación para el cambio de comportamiento.

Una teoría de cambio representa en un amplio análisis de una situación que requiere modificarse a fin de alcanzar un cambio positivo. Este enfoque de comprensión e intervención en la realidad parte de una Visión de Éxito (Cambios de Largo Plazo, Imagen Objetivo, o Macro Cambio) e identifica un conjunto de resultados primarios, secundarios, terciarios, etc. (todos precondiciones unos de otros) que articuladamente permiten alcanzar el cambio de largo plazo deseado. Tales precondiciones (resultados de diferente nivel) constituyen los elementos necesarios y suficientes para alcanzar el cambio planteado en concordancia con un conjunto de supuestos relacionados. (Ortiz y Rivero, 2007: p. 3).

La teoría de cambio es conocida también como ruta de cambio, motor de cambio, modelo lógico y teoría de acción. En esta teoría se pueden distinguir los elementos siguientes: visión de éxito, precondiciones, intervenciones, supuestos y los indicadores para evaluación.

La visión de éxito es la imagen objetivo a la que se quiere llegar, o sea, el macro cambio deseado para una situación particular. Las precondiciones son los resultados necesarios para la consecución de la visión de éxito hay precondiciones a nivel primario, secundario y terciario).

Las intervenciones son iniciativas o estrategias que permiten alcanzar resultados (precondiciones de un nivel superior). Los supuestos representan situaciones fuera del

control organizacional que influyen las precondiciones. Y los indicadores son las métricas que permiten conocer si se alcanza o no el éxito.

En la teoría del cambio se tiene que considerar un campo de fuerzas, o sea, que los resultados son el equilibrio entre las fuerzas de impulso o cambio y las fuerzas de restricción o resistencia. Las fuerzas de impulso van en un sentido positivo para el cambio y las de restricción en un sentido negativo.

Para el logro de los cambios se tienen que desarrollar tres fases: el descongelamiento, la introducción de los cambios y el re-congelamiento. El descongelamiento es necesario para desarraigarse de los comportamientos o prácticas que quieren modificarse.

La introducción de los cambios comprende los procesos a través de los cuales se aprenden e introducen los nuevos comportamientos. Incluye la formación y el entrenamiento de la gente, el establecimiento de nuevos procedimientos de trabajo y relaciones, determinación de la visión, los objetivos, las estrategias y los planes de acción que deberán desarrollarse.

El re-congelamiento consiste en que los nuevos enfoques y comportamientos se arraiguen en los individuos, los grupos y la organización. Se produce cuando las personas operan el cambio por medio de la experiencia, es decir la repetición del comportamiento, que se convierte en nuevos hábitos.

Según Mosquera (2003), la comunicación en salud se ubica en las áreas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la situación de vida de las personas.

La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr cambios de actitudes y

prácticas. La información también debe dirigirse a determinados grupos de la comunidad para ejercer influencia sobre la adopción de políticas públicas orientadas a la salud (componente clave en la promoción de la salud).

...se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectivista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectada por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud. Para alcanzar ese propósito, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. (Mosquera, 2003: p. 3)

Según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2013), el uso de la comunicación para promover cambios de comportamiento es muy complejo. Se ha comprobado que proporcionar la información es importante pero no suficiente.

En ese contexto, existen cinco situaciones clave acerca del comportamiento humano: las personas le dan sentido a la información basadas en el contexto en que viven; la cultura influye en su comportamiento; no siempre pueden controlar los problemas que determinan su comportamiento; no siempre son racionales al decidir lo que es mejor para su bienestar, y, necesitan que los cambios que les son propuestos sean funcionales y útiles de acuerdo a su realidad.

Las estrategias del cambio social y del comportamiento se basan en la teoría del aprendizaje social, la teoría cognitiva social bajo el modelo de creencia de salud, etapas del cambio, difusión de la innovación, teoría de las normas sociales y desviación o anormalidad positiva. (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2013: p. 367)

La teoría del aprendizaje social sugiere que las personas aprenden a observar las acciones de los demás, viendo las consecuencias de esas acciones (buenas o malas), e internalizando dichas acciones en sus propias vidas, probando los beneficios percibidos.

El modelo de creencia de salud asume que las creencias acerca de ciertos asuntos de salud pueden ayudar a predecir los comportamientos. En este modelo se ve el riesgo percibido de la susceptibilidad de tener un problema de salud.

La difusión de la innovación describe cómo las nuevas ideas y prácticas se pueden difundir a través de las redes sociales y la sociedad en general con el pasar del tiempo. Se reconoce el rol de los innovadores y la naturaleza de la innovación.

La teoría de la norma social sugiere que las sociedades tengan reglas explícitas e implícitas que discriminen entre valores, creencias, actitudes y comportamientos. Los comportamientos pueden ser apropiados, socialmente aceptables; e inapropiados, socialmente inaceptables. Estas normas colectivas funcionan a nivel de la sociedad, representando un código de conducta colectivo.

Las creencias y conductas de salud que existen en las comunidades mayas, y con las cuales se debe tener un manejo especial, son muchas. Para modificar estas conductas habría que hacer una adecuada innovación. A continuación se mencionan algunos ejemplos.

Debido a la vergüenza, temor, distancia, costo económico, discriminación y trato irrespetuoso, algunas embarazadas rehúsan a ir a los servicios de salud, a pesar que las comadronas les indican que es necesario que lo hagan.

En aspectos alimentarios durante el embarazo, se dan conductas inadecuadas introduciendo alimentos relacionados al concepto de los antojos y eliminan otros por consideran que pueden causar daño al bebé. En estos comportamientos influyen la pobreza y otros factores sociales y culturales que la comunicación puede ayudar a cambiar.

La atención al recién nacido en comunidades rurales la provee principalmente la comadrona tradicional o los familiares que ayudaron en la atención del parto, siendo frecuente que además de la lactancia materna se les proporcionen a los bebés otros líquidos (agua hervida, agua de anís, y otros) para “limpiarles su estomaguito”. Algunas mujeres piensan que el calostro (la leche inicial), es malo o sucio y por ello no lo utilizan, desechan la primera leche y empiezan a dar de mamar al tercer día después del parto.

Cuando el recién nacido no nace bien, las familias prefieren no hacer gastos para registrarlo. En este caso esperan en la casa para que muera, porque llevarlo al hospital implica gastos innecesarios desde la perspectiva de la mayoría de las familias rurales.

Entre las madres manejan conceptos de enfermedades culturales como el “mal de ojo” (niño febril, llorón, aburrido, con diarrea), el “pujo” y el “empacho”, etc., y para estas afecciones raramente se consulta al servicio de salud y frecuentemente interrumpen la lactancia materna y la alimentación.

Son muchos los ejemplos y los casos que se podrían seguir enumerando. Pero lo importante que se quiere resaltar, es que en la aplicación de una teoría de cambio, habría que aplicar una metodología de mediación cultural que permitiera poner en práctica las innovaciones deseadas.

Con todos los criterios anteriores, se podría pensar que la estrategia de Información, Educación y Comunicación -IEC-, funcionaría mejor, si los trabajadores de salud, que son los emisores de la estrategia, pusieran en práctica una metodología de mediación cultural, a través de la cual se allanaran las fuerzas de restricción o resistencia y se fortificaran las fuerzas de impulso, o sea las del cambio.

De esta manera tendrían viabilidad las innovaciones y se podrían mejorar de una manera efectiva, los conocimientos, actitudes y prácticas de salud en las comunidades

mayas, para poder elevar el nivel de salud y de calidad de vida de las personas de las comunidades mayas.

En ese sentido, se tendría que desarrollar la metodología de mediación cultural, entre las culturas maya y ladina, y se tendría que capacitar a todos los trabajadores de salud, en este tema, porque ellos son los encargados de operar la estrategia de comunicación, desde los que codifican los mensajes hasta los que los entregan a nivel de la comunidad.

Con esas acciones se estaría evitando un problema de comunicación, entre la cultura occidental y la cosmovisión maya, porque la metodología de mediación cultural ayudaría a encontrar la correspondencia entre la acción de codificación de mensajes por parte de los trabajadores de salud, y la descodificación de los mismos por parte de las personas receptoras de la estrategia en la comunidad maya.

En la aplicación de la estrategia de comunicación también resulta importante darle su espacio a la práctica de la ética en salud intercultural. Según Lerín (2010), esta se puede entender como el reconocimiento y respeto de las distintas percepciones que intervienen en el proceso salud y enfermedad.

En ese orden de ideas, la atención y los cuidados de salud deben llevar interacciones equitativas y respetuosas de las diferencias políticas sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias. La aplicación de la estrategia de comunicación debe ir de la mano con una formación ética del personal de salud que está en el nivel operativo y atiende cotidianamente a la población indígena.

Es imprescindible entrenar al personal institucional de salud en acciones interculturales específicas que ayuden a mejorar la relación del médico y de todo el personal de salud con las personas que son atendidos en los servicios de salud y reciben los mensajes de la estrategia de comunicación de salud.

Se deben estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, con estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones socio-sanitarias y el saber local a través de una verdadera praxis ética en salud intercultural.

La interculturalidad como concepto, es una relación dinámica entre culturas, en donde se aprovecha lo mejor de cada una de ellas, dentro de un marco de reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre culturas. Interculturalidad como paradigma significa el reconocimiento de los espacios de encuentro, donde se puede negociar, se mantienen las especificidades y se respetan las diferencias.

Capítulo 7. Análisis y presentación de resultados

Se presentan y analizan los resultados obtenidos en la encuesta de campo, las entrevistas estructuradas del nivel local, las entrevistas estructuradas del nivel central y la revisión bibliográfica.

Los datos del trabajo de campo se colectaron a través de los instrumentos elaborados para el efecto, o sea, un cuestionario dirigido a madres de la comunidad (anexo 1), una guía de entrevista estructurada dirigida a trabajadores de salud del ámbito local (anexo 2) y una guía de entrevista estructurada dirigida a personal de salud del ámbito central del ministerio de salud (anexo 3).

A las madres encuestadas también se les identifica como audiencias o receptoras de la estrategia de comunicación. Los trabajadores del centro de salud de Santa Apolonia y los miembros del equipo básico de salud, ubicados en el nivel local, a quienes se dirigió la entrevista estructurada, también son denominados como educadores, comunicadores o emisores de la estrategia de comunicación.

Los trabajadores de salud del nivel central a quienes se dirigió la entrevista estructurada del nivel central, son las educadoras profesionales del programa de extensión de cobertura del ministerio de salud. Ellas también forman parte del equipo o aparato emisor de la estrategia de comunicación, que se aplica dentro del proceso de educación para la salud. Ellas dirigen las acciones de atención primaria de salud que se desarrollan en el primer nivel de atención del sistema institucional de salud.

La información de los resultados fue obtenida en la encuesta de campo (cuestionarios), en las entrevistas estructuradas del nivel local y del nivel central y en la revisión documental. La presentación de los resultados se realiza en el orden siguiente: un análisis descriptivo individual de los datos obtenidos, un análisis descriptivo general de la información, y posteriormente, un análisis dinámico de dicha

información, donde se interpolan los resultados de la encuesta, las entrevistas estructuradas y la revisión documental.

7.1 Encuesta de campo

La encuesta se realizó a través de un cuestionario que contiene 60 preguntas (anexo 1). Son preguntas de selección múltiple, y dicotómicas en algunos casos. Las preguntas de selección múltiple, tienen opciones de respuesta que dicen: nada, poco, término medio y mucho (agregando en algunos casos la opción no aplica).

Para analizar la información y darle salida, las respuestas de las preguntas de selección múltiple se agruparon en dos categorías: la suma de poco y nada, y la suma de mucho y término medio.

También se consideró una ponderación porcentual para esas categorías. Cuando la suma de las opciones término medio y mucho están arriba del 75 % de las respuestas, se considera una respuesta muy sólida o positiva. Cuando esa suma está entre los rangos de 51 a 74 % se considera una respuesta aceptable (con algunas debilidades). Contrariamente, cuando la suma de las opciones poco y nada, está en, o arriba del 50%, se considera una respuesta negativa.

Se llenaron 201 cuestionarios, uno por cada una de las madres de familia encuestadas (cuadro 1). Los datos obtenidos en los cuestionarios se procesaron automáticamente a través del *Software EPIINFO*, versión 6.04 d, donde se realizó la síntesis y análisis de resultados. Esos resultados se presentan en gráficas y cuadros individuales, que permiten hacer el análisis y las salidas respectivas de la información.

7.1.1 Análisis descriptivo individual de la encuesta

Para efectuar el análisis respectivo, a continuación se presentan dos cuadros y 58 gráficas, en donde se describen los datos obtenidos en las respuestas de los 201 cuestionarios que se llenaron.

Cuadro 1

Comunidades y número de cuestionarios respondidos por informantes.

COMUNIDAD	Total Encuesta	Porcentaje	Cum. Percent
Parajbey	29	14.43%	14.43%
Chiquex	25	12.44%	26.87%
Pacután	24	11.94%	38.81%
Xecohil	24	11.94%	50.75%
Xeabaj	22	10.95%	61.69%
Xesajcap I	21	10.45%	72.14%
Xesajbín	20	9.95%	82.09%
Chuacacay	19	9.45%	91.54%
Xesajcap II	17	8.46%	100.00%
Total	201	100.00%	100.00%

Fuente: Encuesta para la recolección de datos sobre el tema: **Hacia la Búsqueda de la Tríada: Comunicación, Salud y Comunidad Cakchiquel**, realizada en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. Julio/Agosto 2012.

Se llenaron 201 cuestionarios, con las respuestas que ofrecieron las madres de las comunidades que aparecen en el cuadro 1. Esas comunidades fueron las que llenaron los requisitos de los criterios de razón o selección para escoger a las personas informantes.

Esas comunidades fueron atendidas por el programa de extensión de cobertura en la última década (anterior a la realización de la encuesta y son comunidades que tienen un acceso sin dificultades.

Cuadro 2

Tipo de personal que realiza capacitaciones a madres de las comunidades

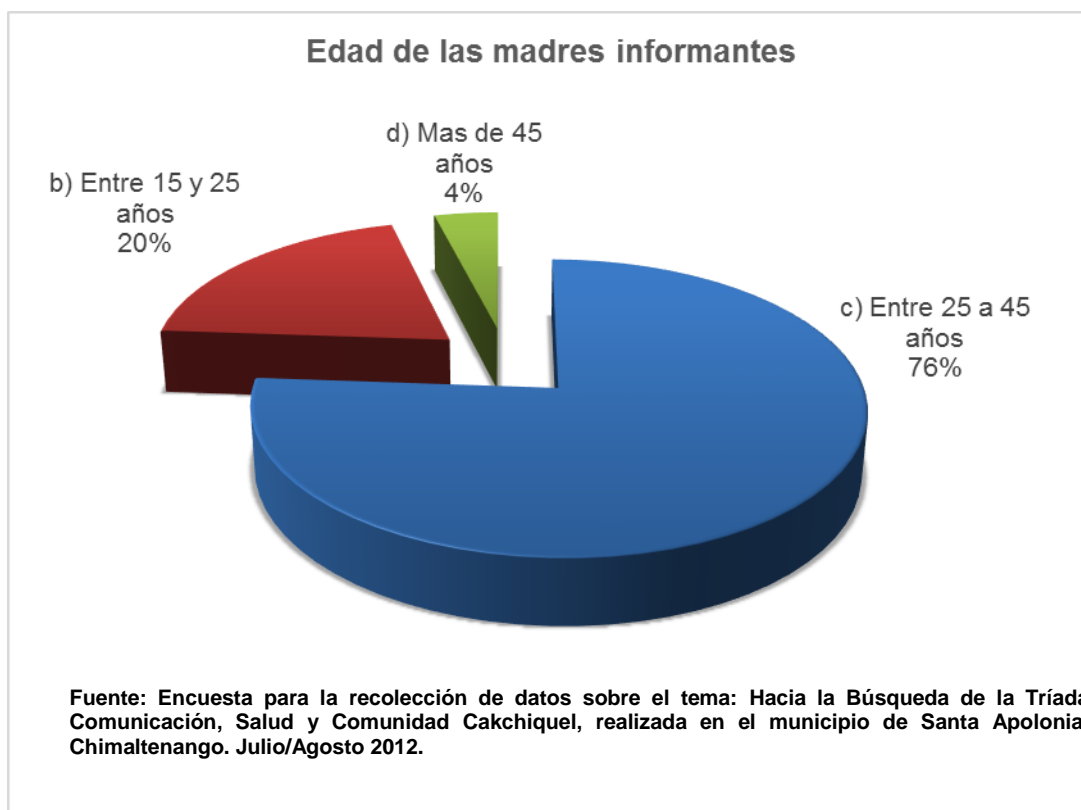
Tipo de personal o Disciplina	Porcentajes en el grupo de las 201 informantes (total)
Médicos	23 %
Enfermeras	66 %
Educadoras	66 %
Otros	1 %
Ninguno	2 %

Fuente: Encuesta para la recolección de datos sobre el tema: Hacia la Búsqueda de la Tríada Comunicación, Salud y Comunidad Cakchiquel, realizada en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. Julio/Agosto 2012.

En el cuadro 2 se puede apreciar que las madres encuestadas han recibido capacitación de diferentes personas y disciplinas. Con médicos han recibido capacitación el 23 %, con enfermeras el 66 %, con educadoras en salud y nutrición 66 % y con otro tipo de personal de salud el 1 %. 2 % de las informantes refirió que ningún personal de salud les ha capacitado. El personal de salud que brinda más capacitaciones son las enfermeras, las educadoras de salud y nutrición y los médicos.

Las madres de la comunidad han recibido educación en salud y los mensajes de la estrategia de comunicación, por parte de varios trabajadores de salud, para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición.

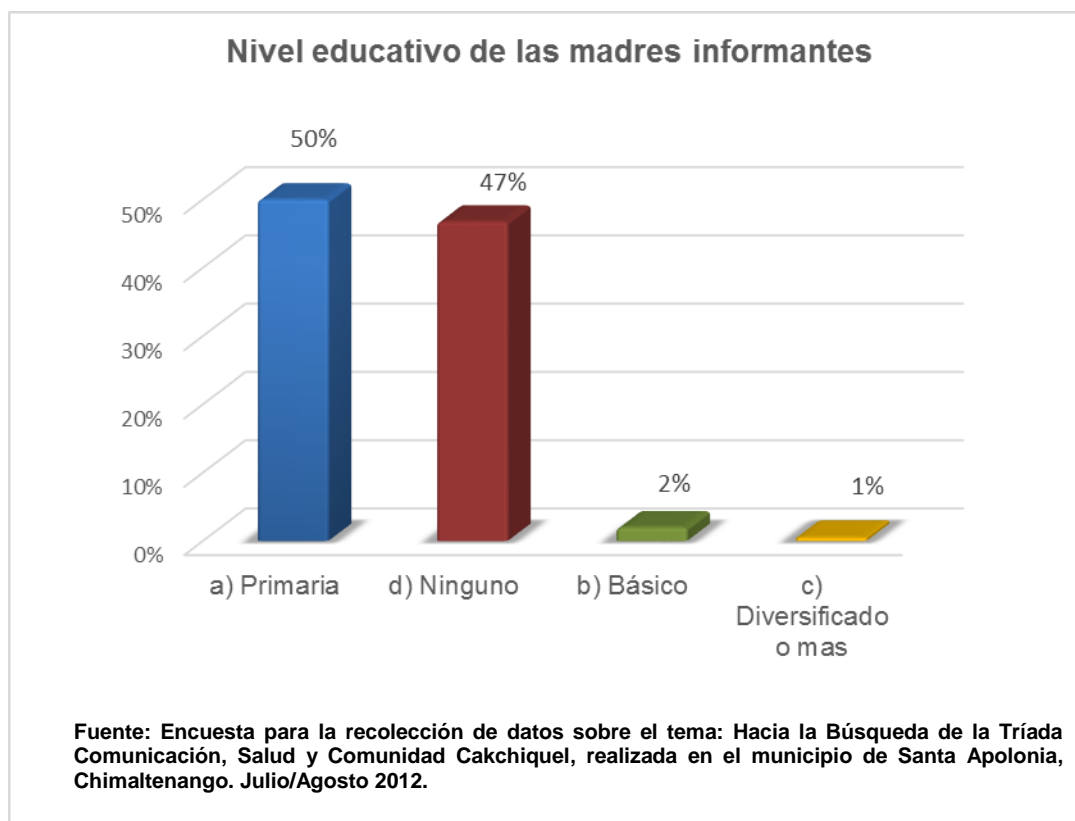
Gráfica 1



Del total de 201 informantes el 20 % corresponden al grupo de edad entre 15 y 25 años, 76 % al grupo de entre 25 y 45 años y el 4 % al grupo de más de 45 años. Ninguna de las informantes estuvo por debajo de los 15 años de edad. El rango de 15 a 25 años incluyó informantes que cumplieran 25 años el día de la encuesta.

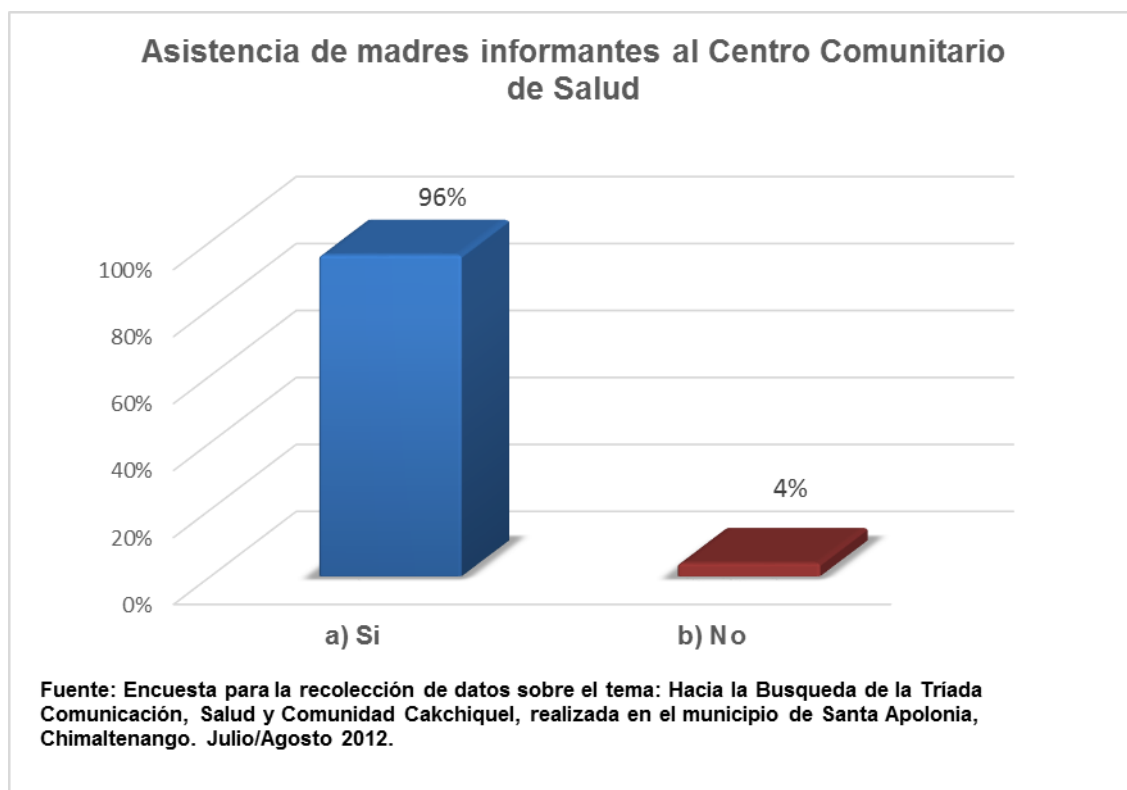
El grupo de 25 a 45 incluyó informantes que el día de la encuesta tenían 25 años más un día hasta personas que ese día cumplieran 45 años. El grupo de más de 45 años incluyó informantes que el día de la encuesta tenían 45 años más un día, en adelante. Todas las informantes fueron del género femenino de acuerdo a lo que se previó en la metodología.

Gráfica 2



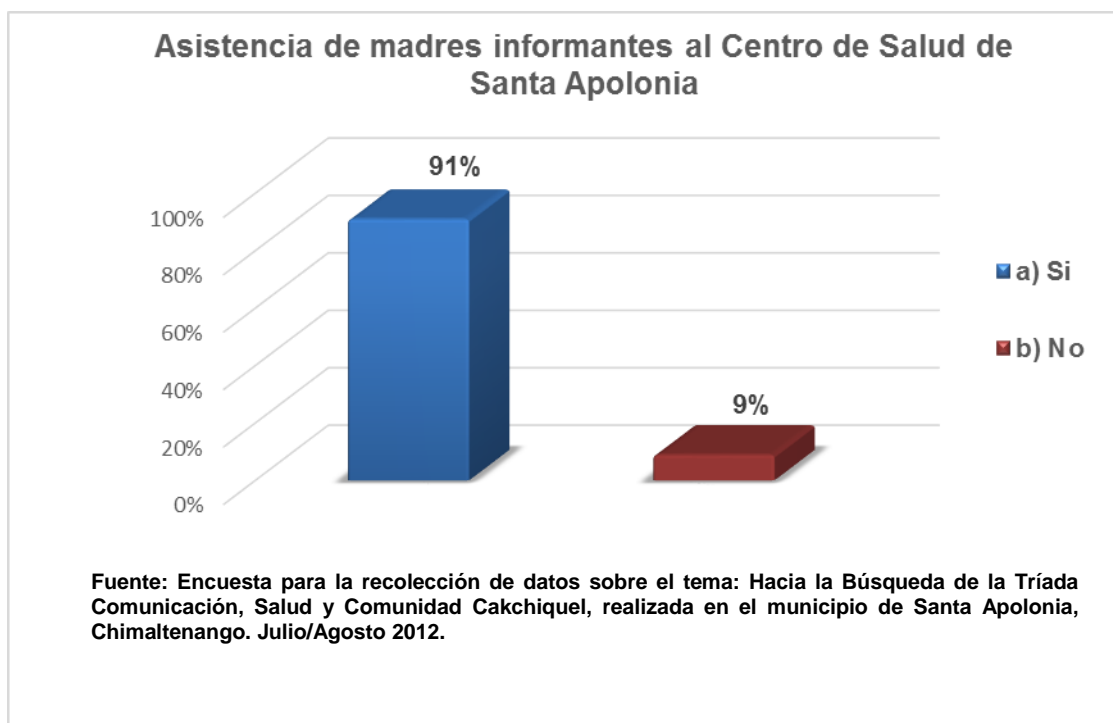
El 50 % asistió a algún grado de primaria, el 47 % no asistió a recibir estudios en ninguno de los niveles educativos. Aproximadamente un 2 % asistió a nivel básico y otro 1% al nivel diversificado. El grupo que no recibió estudios (47 %) constituye casi la mitad del universo de personas encuestadas y no saben leer y escribir. El 53 % son alfa-betas.

Gráfica 3



El 96 % de las informantes respondió que sí ha asistido al Centro Comunitario de Salud. El 4 % no ha asistido. Esto representa que la mayoría de madres encuestadas han sido beneficiadas recibiendo mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria, que se desarrollan en esos centros.

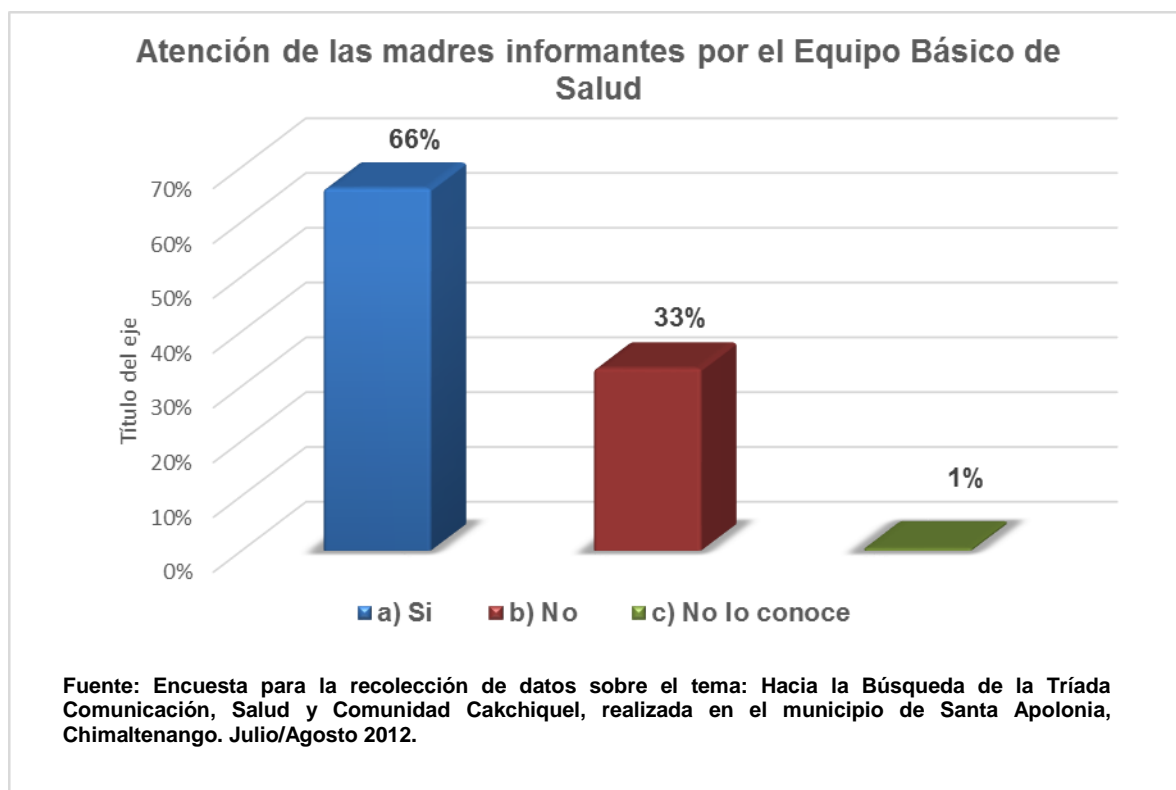
Gráfica 4



El 91 % de informantes ha asistido y ha sido atendido en el Centro de Salud de Santa Apolonia. El 9 % no ha asistido (aunque si conocen donde está ubicado el centro). Esto indica que la mayoría de madres encuestadas han sido atendidas en sus problemas de salud por parte de ese centro. En el momento de ser atendidas tienen la oportunidad de que en caso necesario, se les entreguen mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

En estos servicios que son del segundo nivel de atención se realizan actividades curativas, pero en caso de que las personas atendidas lo necesiten, se les brinda educación para la salud.

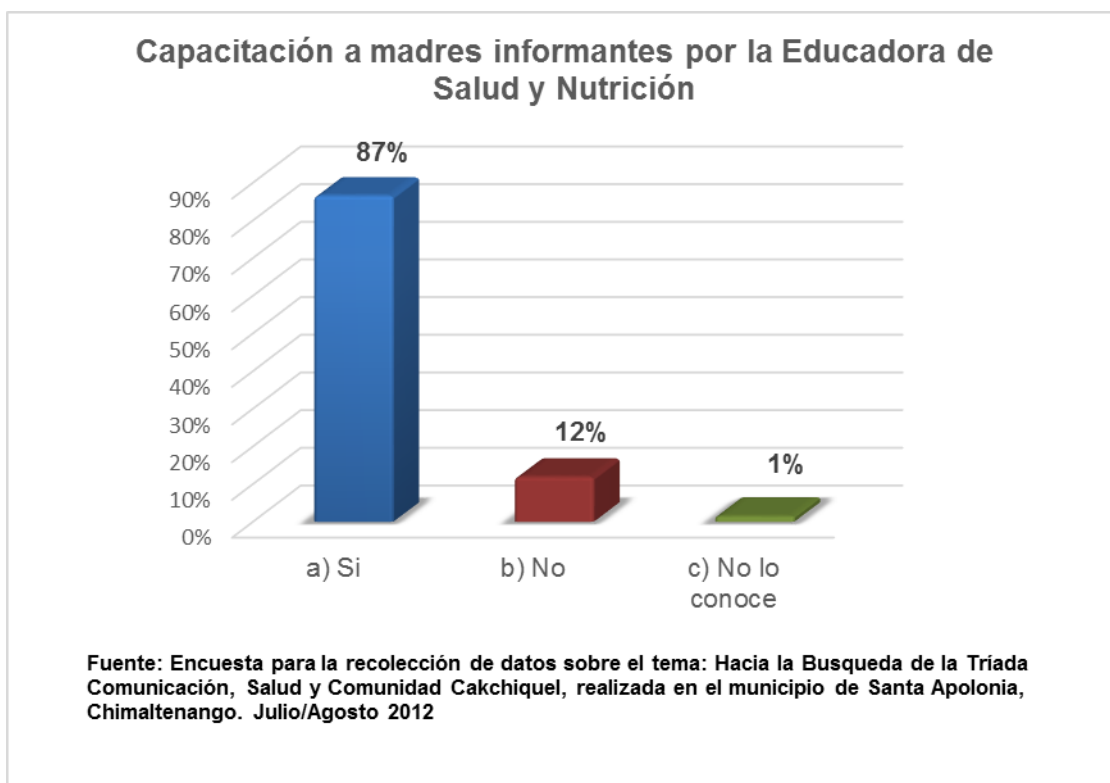
Gráfica 5



El 66 % de las informantes respondió que si le han atendido los miembros del equipo básico de salud. El 34 % no ha sido atendido. Esto representa que la mayoría de madres encuestadas han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria que desarrolla por parte de los miembros del equipo.

Los integrantes del Equipo Básico de Salud visitan las comunidades aproximadamente una vez al mes. Son servicios que están dentro del primer nivel de atención (las actividades las desarrollan directamente en las comunidades). Realizan acciones preventivas, entre ellas, educación para la salud.

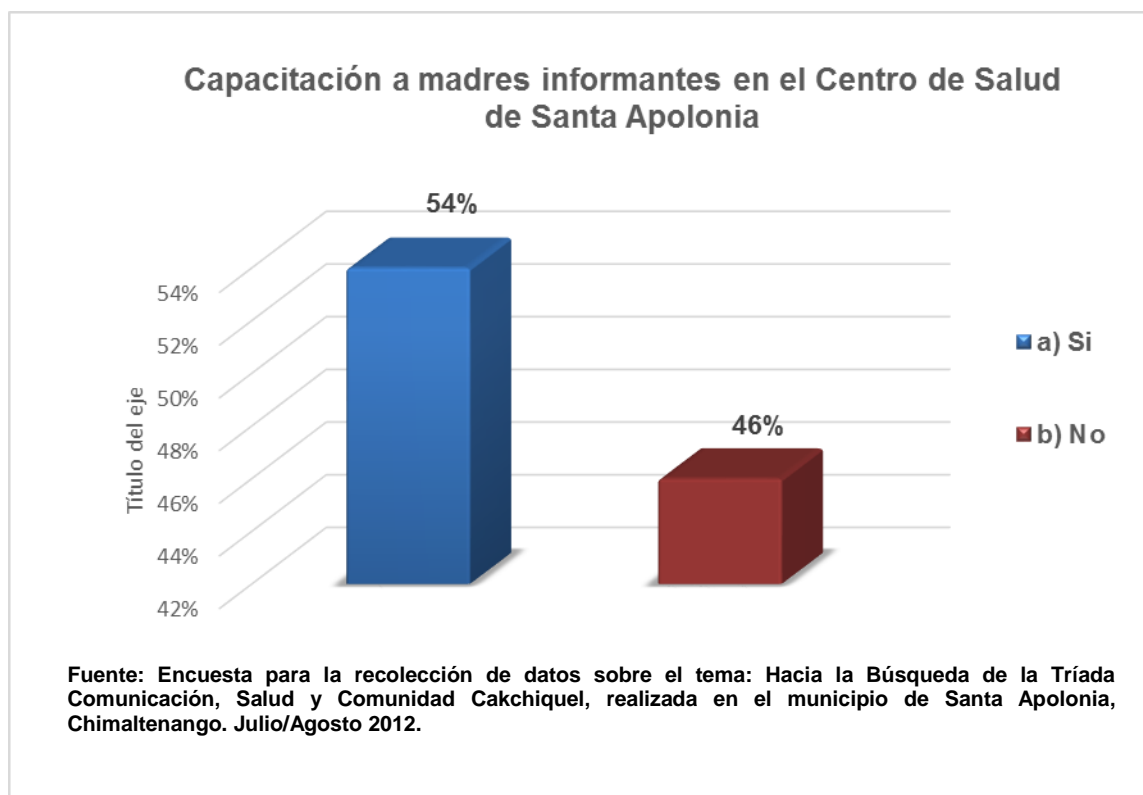
Gráfica 6



El 87 % de las informantes respondió que si les ha brindado capacitación la Educadora de Salud y Nutrición. Al resto de informantes no las ha capacitado. Esto indica que la mayoría de madres encuestadas han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

La Educadora de Salud y Nutrición es integrante del equipo básico de salud, siendo la encargada de capacitar a las madres de familia de la comunidad. Las capacitaciones que brinda forman parte de las acciones preventivas que se desarrollan en el primer nivel de atención.

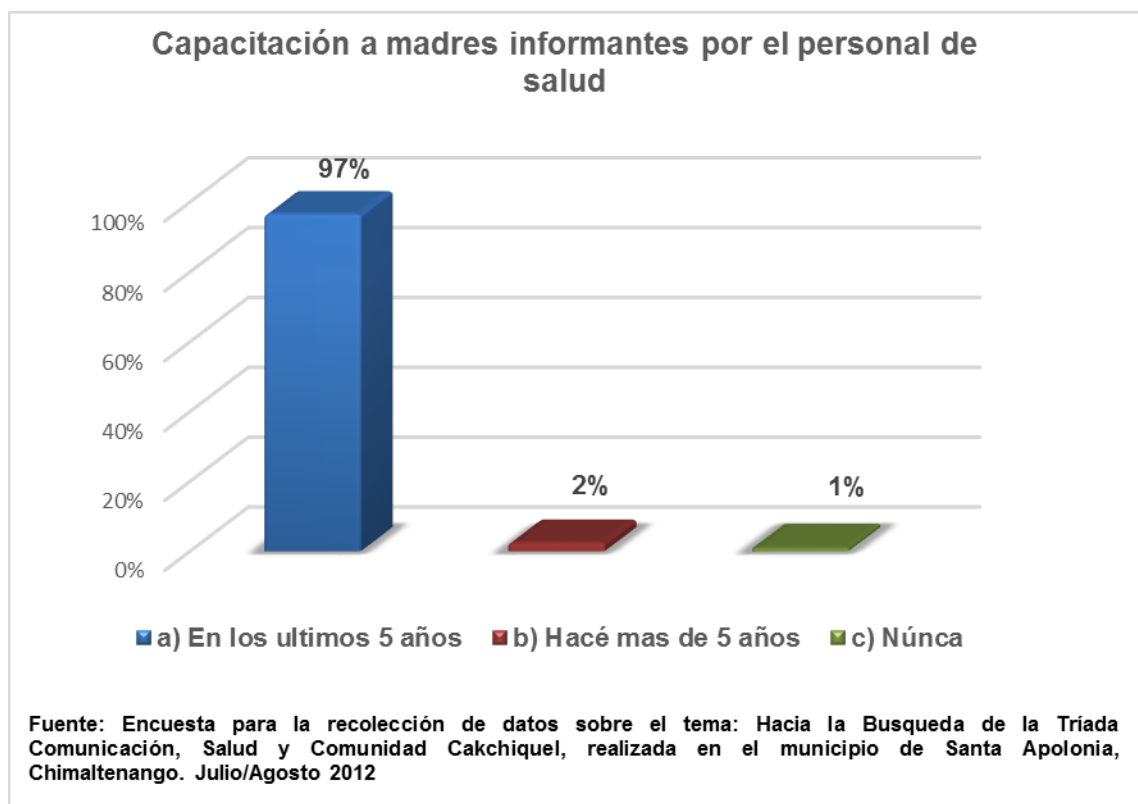
Gráfica 7



El 54 % de las informantes han recibido capacitación en el centro de salud de Santa Apolonia y el otro 46 % no ha recibido capacitación. Esto indica que a más de la mitad de madres encuestadas les han entregado mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Se considera que el porcentaje de madres capacitadas es alto, en virtud que el centro de salud es un servicio del segundo nivel de atención, donde se realizan más actividades curativas; y en ese caso, brindarle educación para la salud a un 54 % de las madres se puede considerar como una cifra relativamente alta.

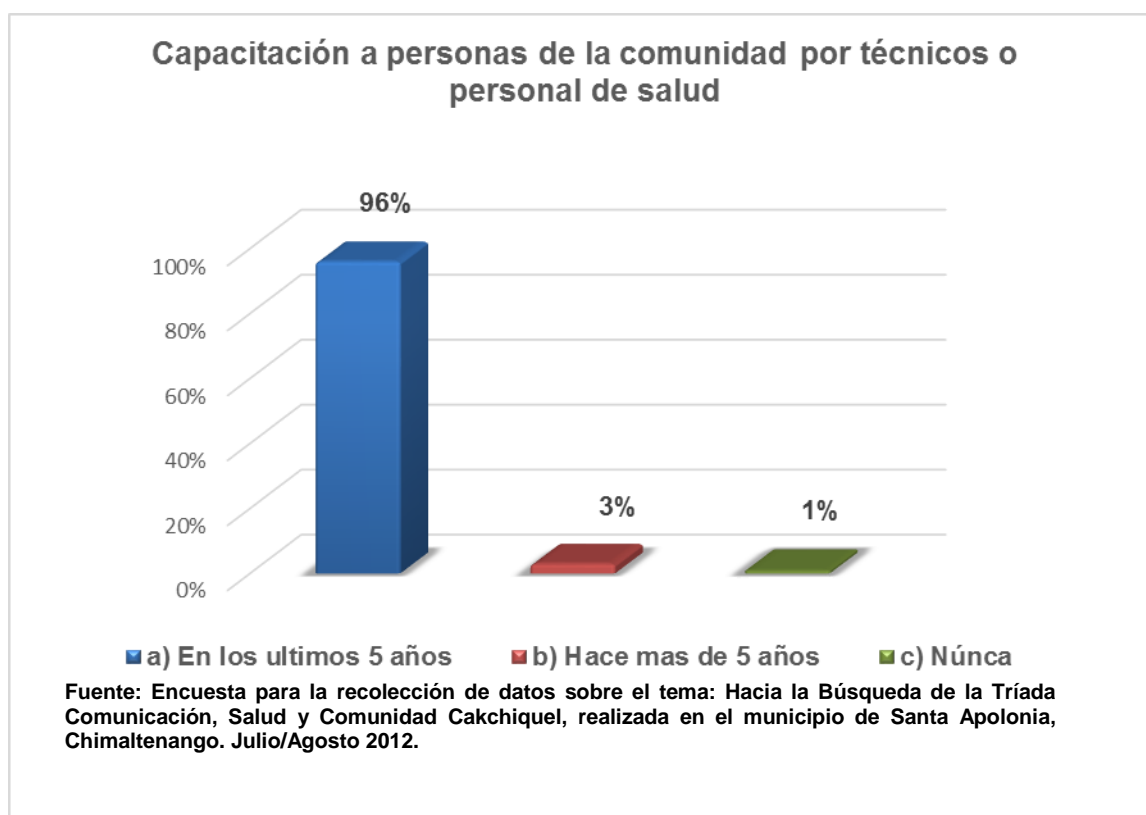
Gráfica 8



El 97 % de las informantes respondió que si les han dado capacitaciones, por parte del personal de salud, en los últimos 5 años, el 2 % dijo que han recibido capacitaciones hace más de 5 años y un 1 % respondió que nunca han recibido capacitaciones. Esto representa que casi el 100 % de las madres encuestadas han sido capacitadas por algún trabajador de salud dentro del municipio de Santa Apolonia.

O sea que la mayoría de madres han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria, que han sido entregados por el personal de salud de cualquiera de los servicios de salud institucionales.

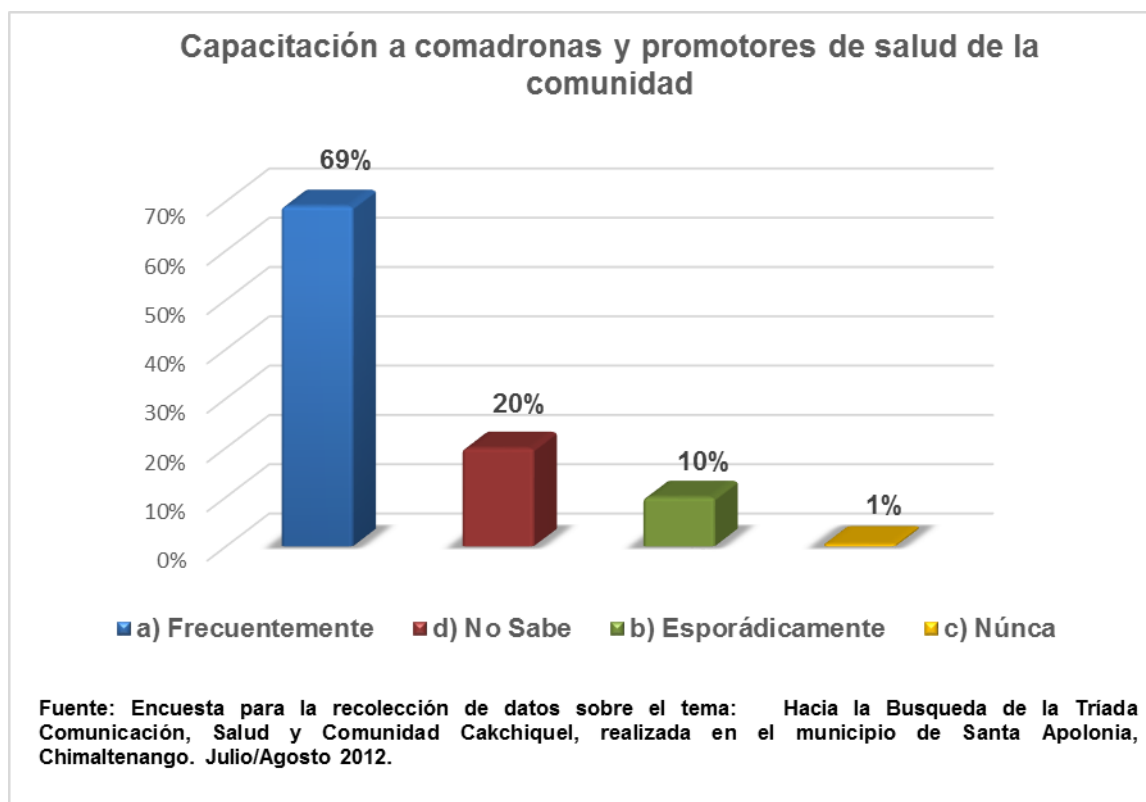
Gráfica 9



96 % de informantes respondió que los técnicos o personal de salud han venido a capacitar a su comunidad en los últimos 5 años, el 3 % dicen que han venido a capacitar a su comunidad hace más de 5 años, y el 1 % refiere que nunca. Esto indica que casi el 100 % de las madres encuestadas refieren que se dan capacitaciones dentro de las comunidades por parte de trabajadores de salud, que pueden ser de fuera o del municipio de Santa Apolonia.

O sea, que las madres de la comunidad han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

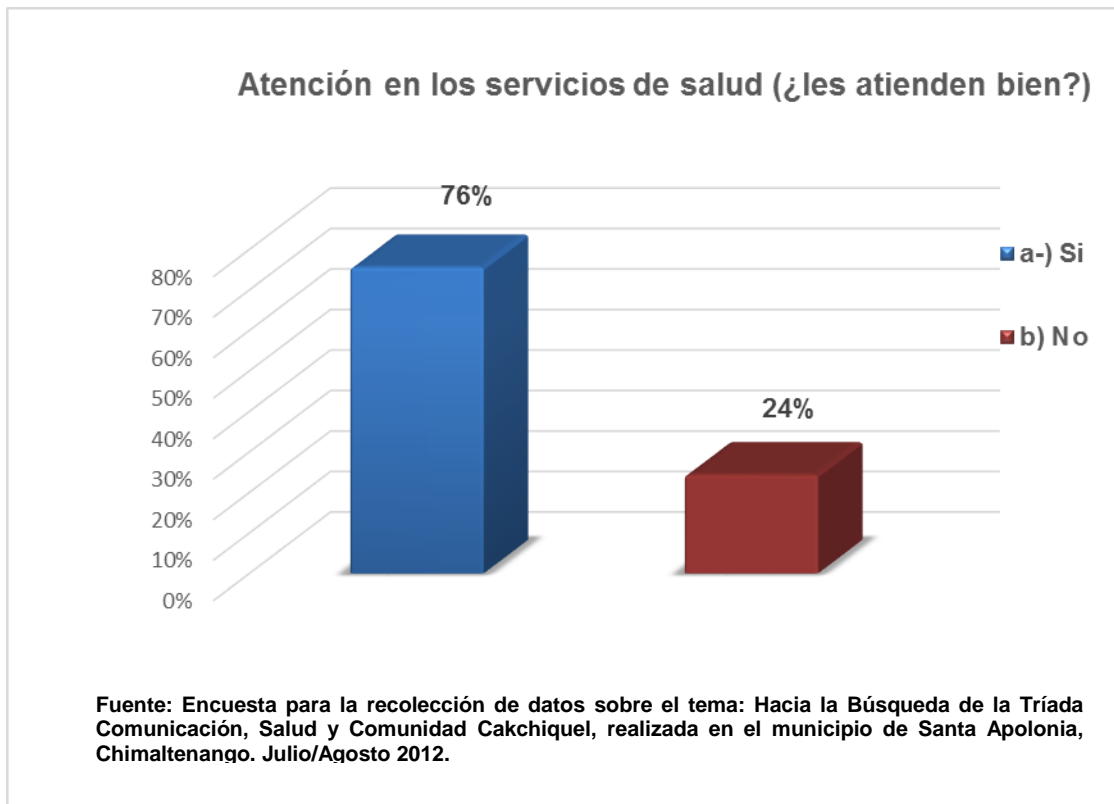
Gráfica 10



El 69 % de las informantes respondió que el personal institucional de salud capacita al personal voluntario de su comunidad (promotores y comadronas) frecuentemente, el 10 % dijeron que esporádicamente, el 1 % manifestaron que nunca. Un 20 % respondió que no sabe.

Esto indica que las comadronas y promotores de salud de la comunidad han sido capacitados por el personal de salud a efecto de replicar mensajes dentro de la población para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, a través la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

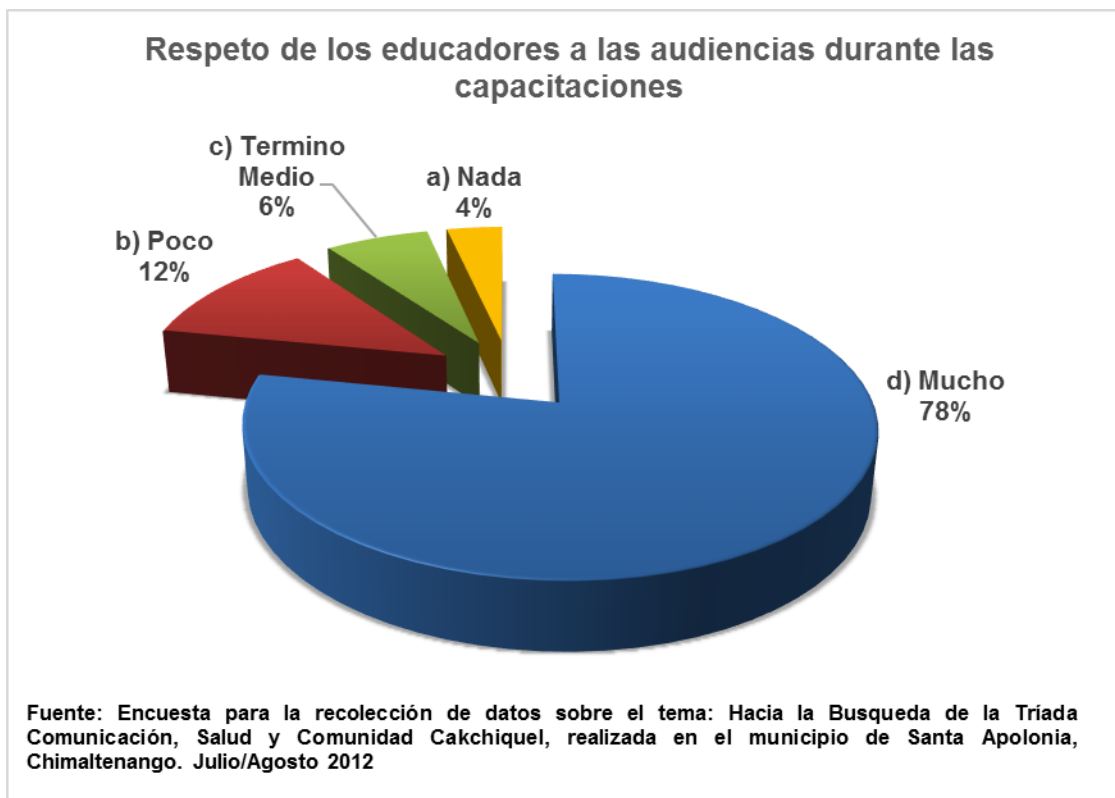
Gráfica 11



El 76 % de las informantes respondió que cuando enferman y acuden al centro comunitario de salud o al centro de salud de Santa Apolonia (ellas o sus familiares) si las atienden bien. El 24 % respondió que no las atienden bien.

Esto indica que la mayoría de las madres encuestadas consideran que es buena la actitud de los educadores (emisores) en la atención y la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

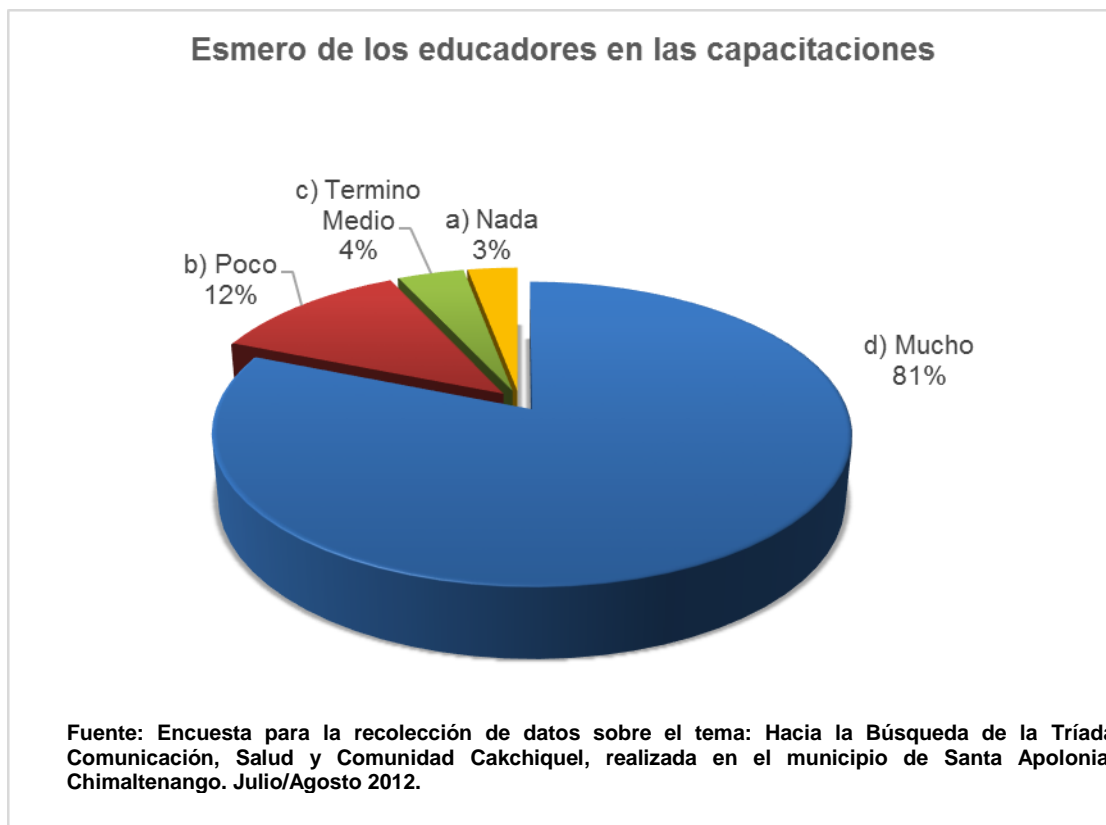
Gráfica 12



El 78 % del total de informantes respondió que los educadores durante las capacitaciones las tratan con mucho respeto. 6 % manifestó que las respetan en un término medio. 12 % indicó que le tratan con poco respeto. Y 4 % dijo que les tratan sin respeto. Según estos porcentajes se puede ver que en el concepto de la mayoría de las madres encuestadas, los educadores son respetuosos de las audiencias.

Esto indica que la mayoría de las informantes considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

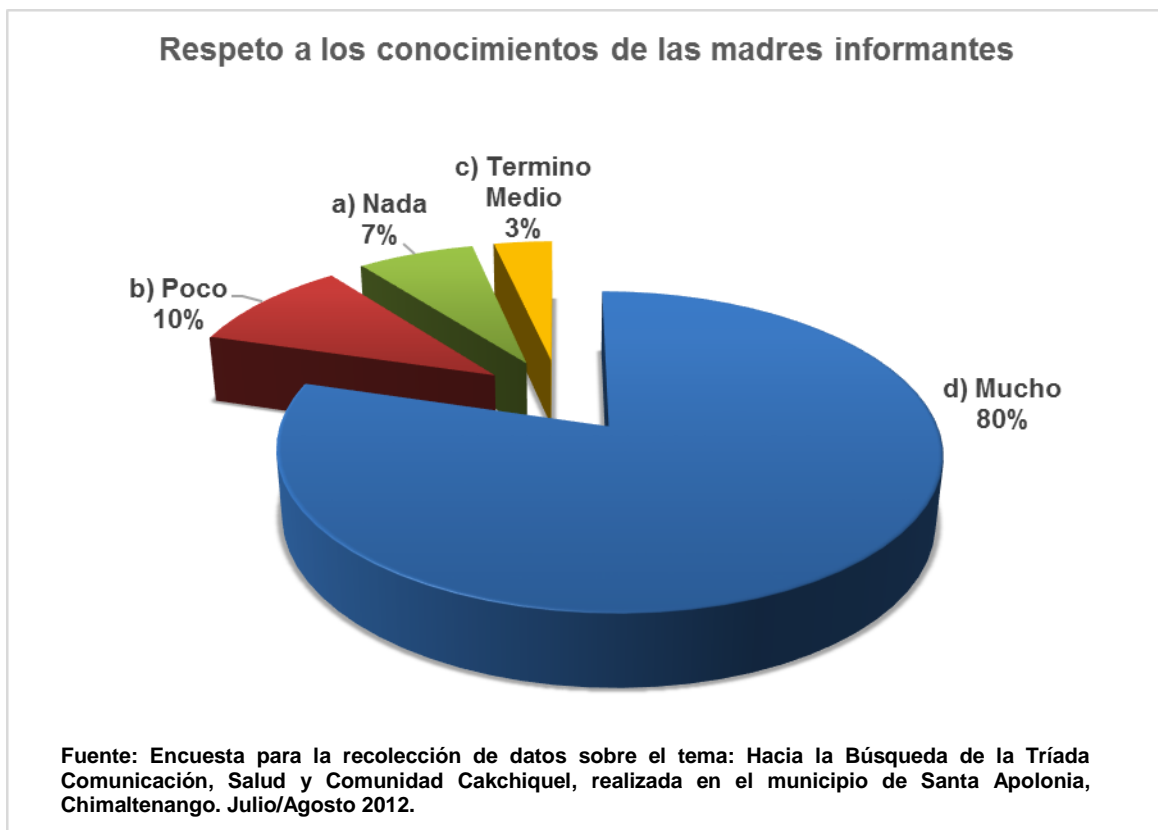
Gráfica 13



El 81 % de las informantes consideran que los educadores se esmeran mucho en las capacitaciones para que las ideas que les están transmitiendo les queden claras. 4 % dijo que se esmeran en un término medio. 12 % respondió que se esmeran poco. Y, 3 % piensa que no se esmeran nada.

Esto representa que la mayoría de madres encuestadas considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

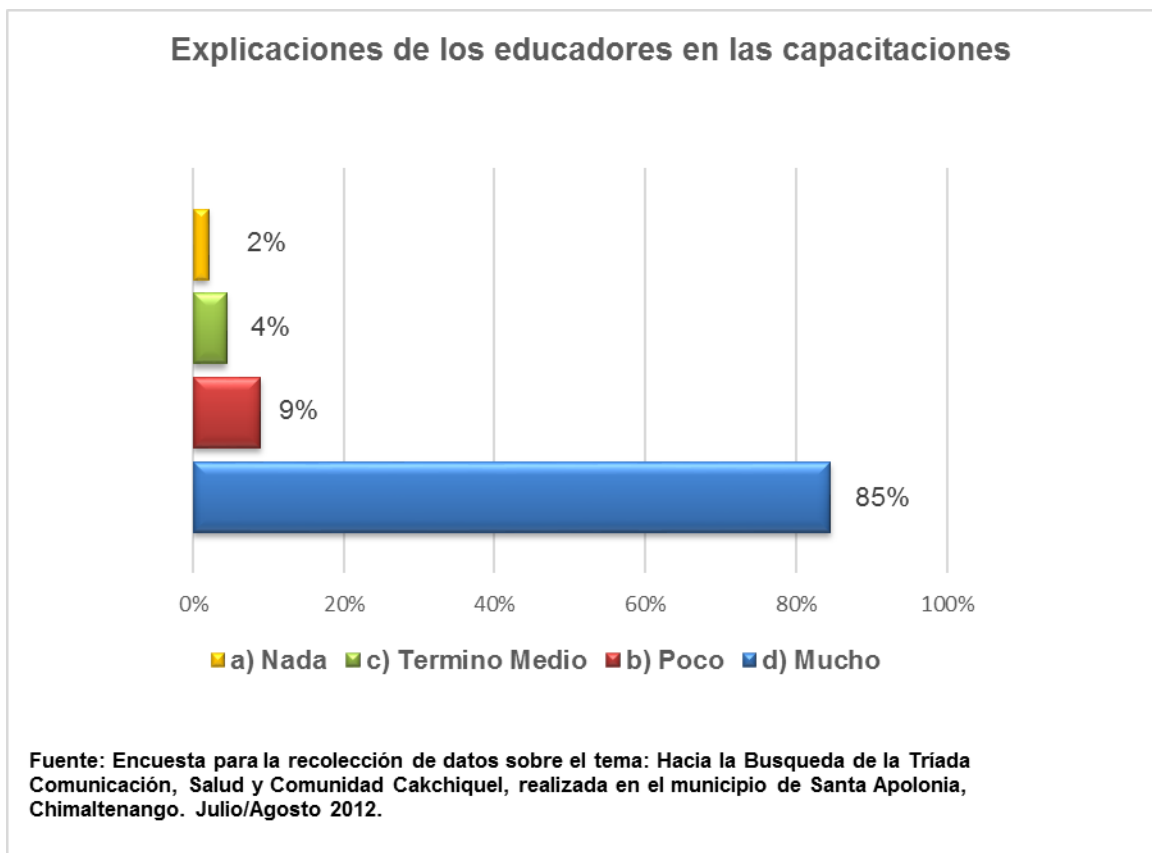
Gráfica 14



El 80 % manifestó que cuando los educadores les dan capacitaciones respetan mucho los conocimientos de las informantes (receptoras). 3 % dijo que los respetan en un término medio. 10 % respondió que los respetan poco. Y, 7 % expresó que no los respetan.

Esto indica que la mayoría de madres encuestadas considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

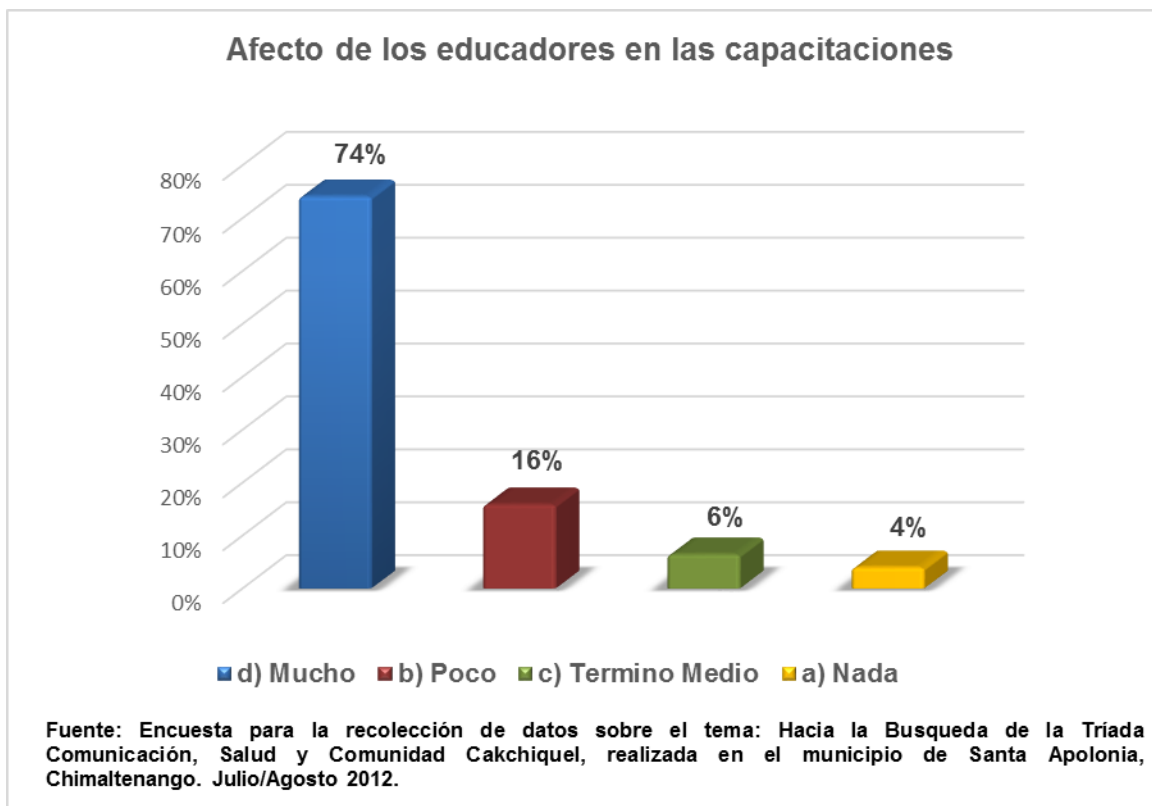
Gráfica 15



El 85 % respondió que los educadores les explican bien las cosas a las receptoras, detenidamente y con mucho respeto cuando les dan capacitaciones. 4 % dijo que lo hacen en un término medio. 9 % respondió que es poco. Y, 2 % expresó que no les explican bien las cosas.

Esto representa que la mayoría de madres encuestadas considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

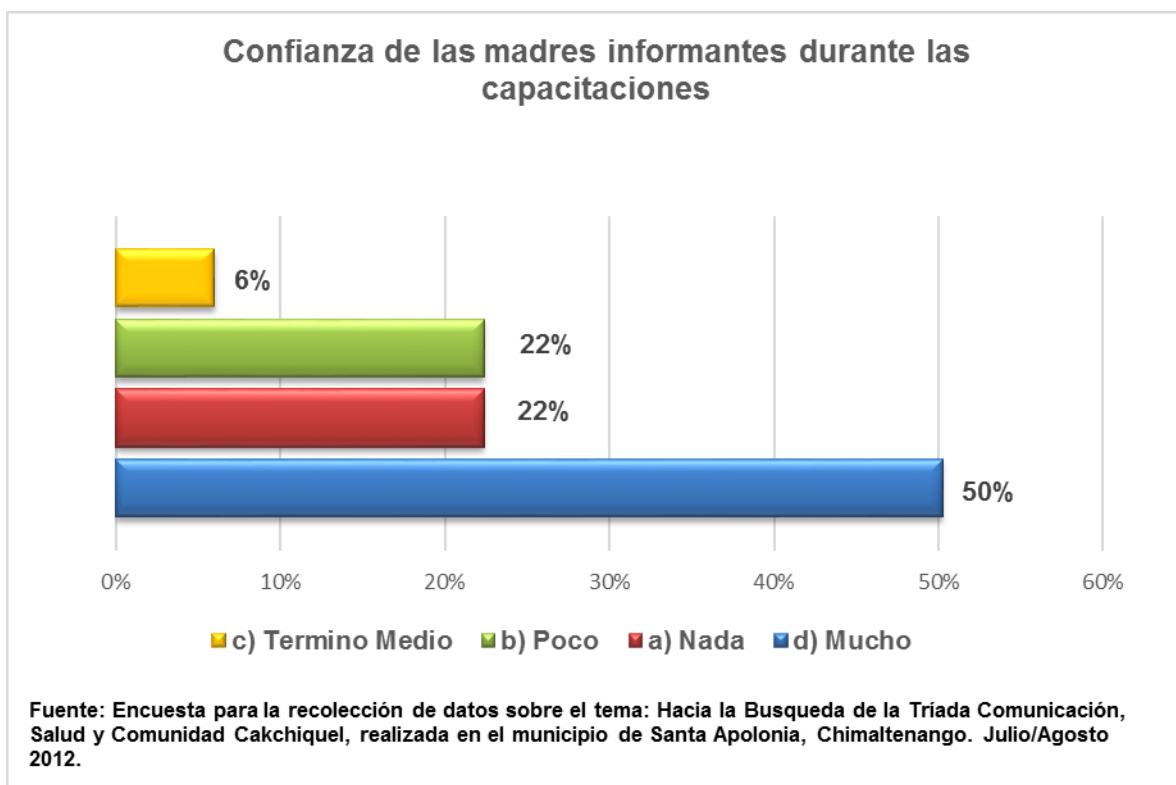
Gráfica 16



74 % de las informantes respondió que los educadores son afectuosos con ellas cuando les dan consejos durante las capacitaciones. 6 % dijo que lo hacen en un término medio. 16 % respondió que son poco afectuosos. Y, 3 % expresó que no son afectuosos.

Ello indica que la mayoría de madres encuestadas considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

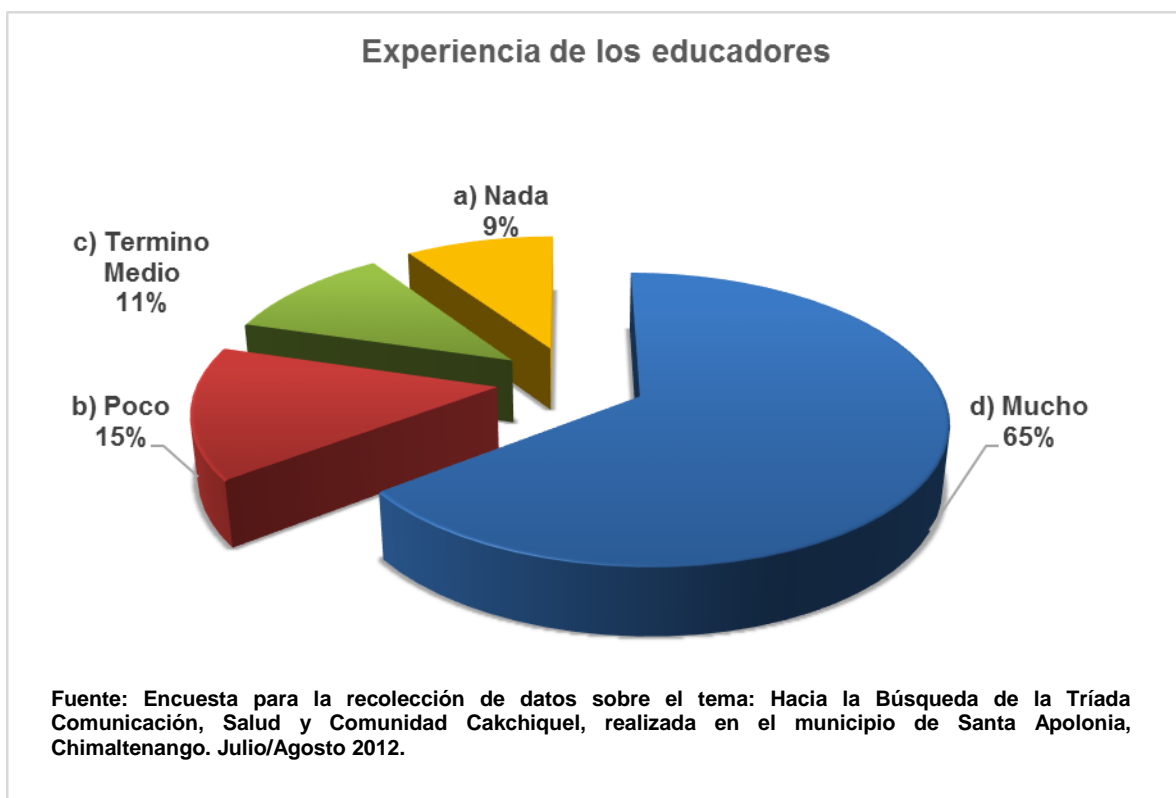
Gráfica 17



50 % de las informantes respondió que los educadores se preocupan mucho para que las madres encuestadas se sientan cómodas o en confianza cuando les están dando las capacitaciones. 6 % dijo que se preocupan en un término medio. 22 % respondió que se preocupan poco. Y, 22 % expresó que no se preocupan en nada para que ellas se sientan cómodas o en confianza.

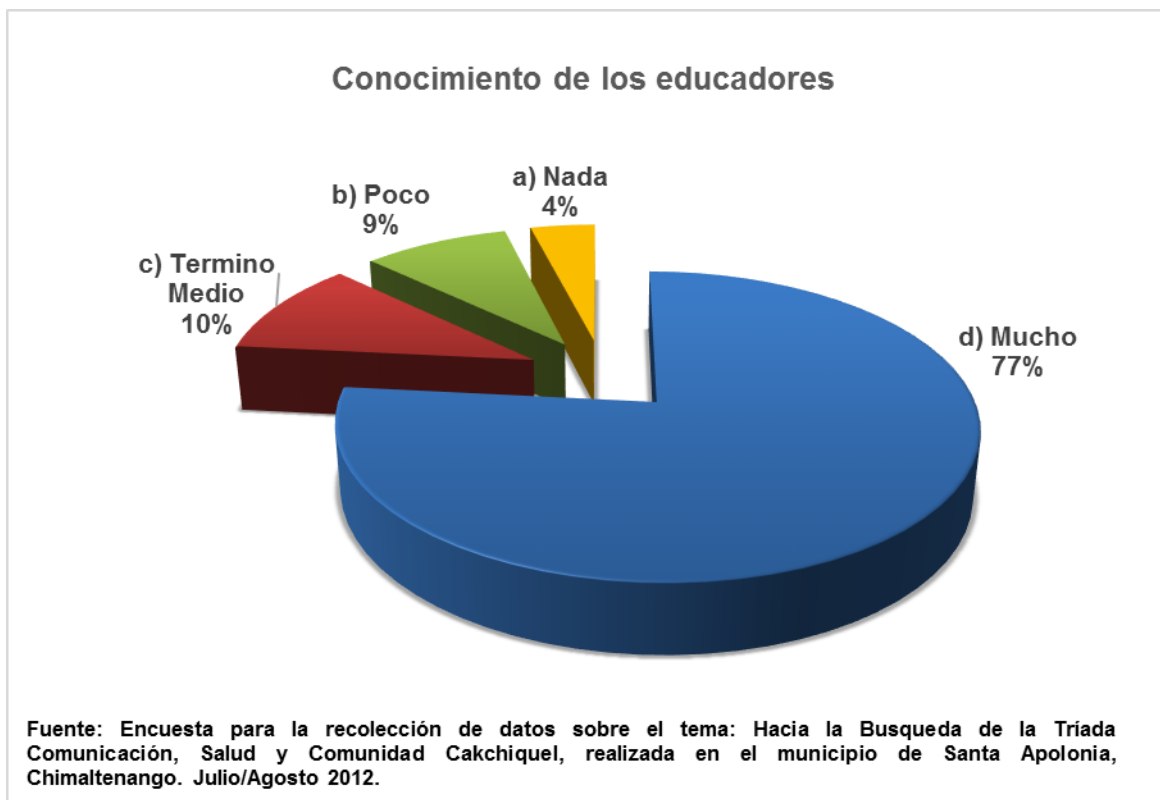
Se puede observar que por lo menos la mitad de madres encuestadas considera que es buena la actitud de los educadores en la entrega de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 18



65 % de las informantes respondió que los educadores que las han capacitado tienen mucha experiencia y conocimientos para hacer las capacitaciones. 11 % dijo que tienen experiencia en un término medio. 15 % respondió que es poca la experiencia que tienen. Y, 9 % respondió que no tienen nada de experiencia. Esto representa que la mayoría de madres encuestadas considera que los educadores tienen buen manejo de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

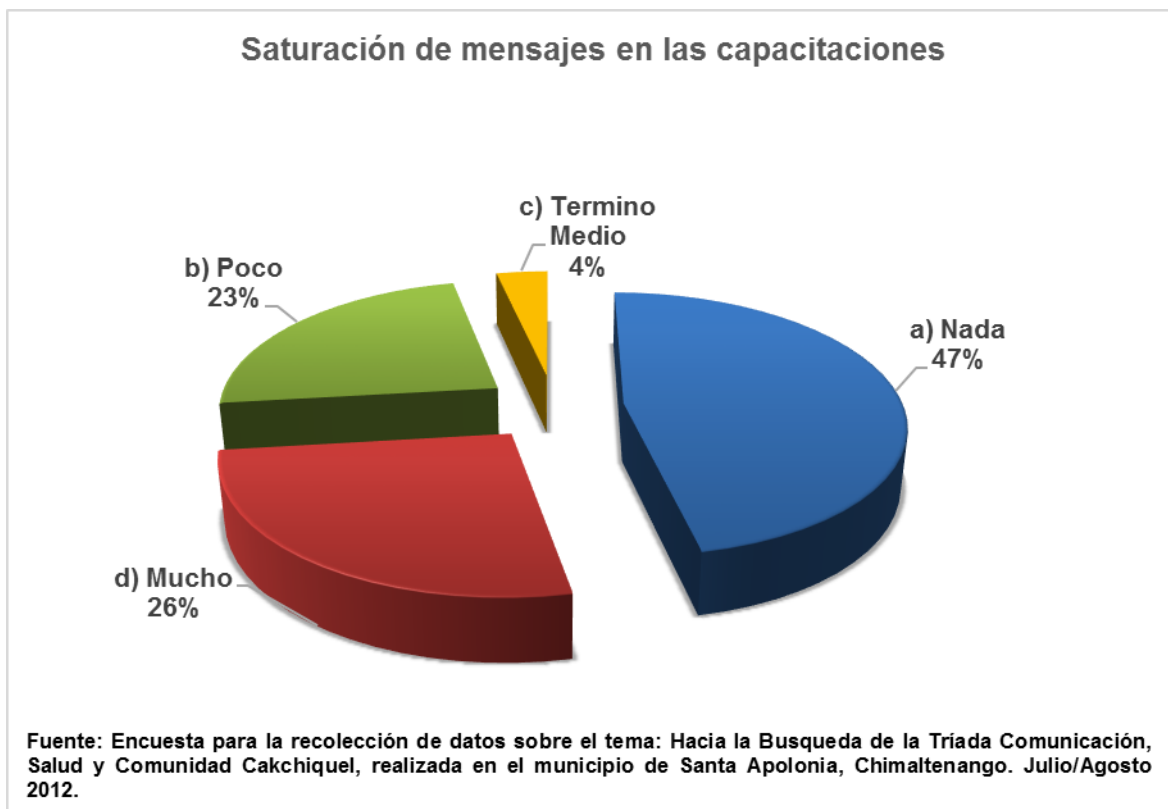
Gráfica 19



El 77 % de las informantes respondió que los educadores que las han capacitado conocen bien los problemas de salud de su comunidad. 10 % dijo que los conocen en un término medio. 9 % manifestó que los conocen poco. Y, 4 % respondió que no conocen los problemas de salud de su comunidad.

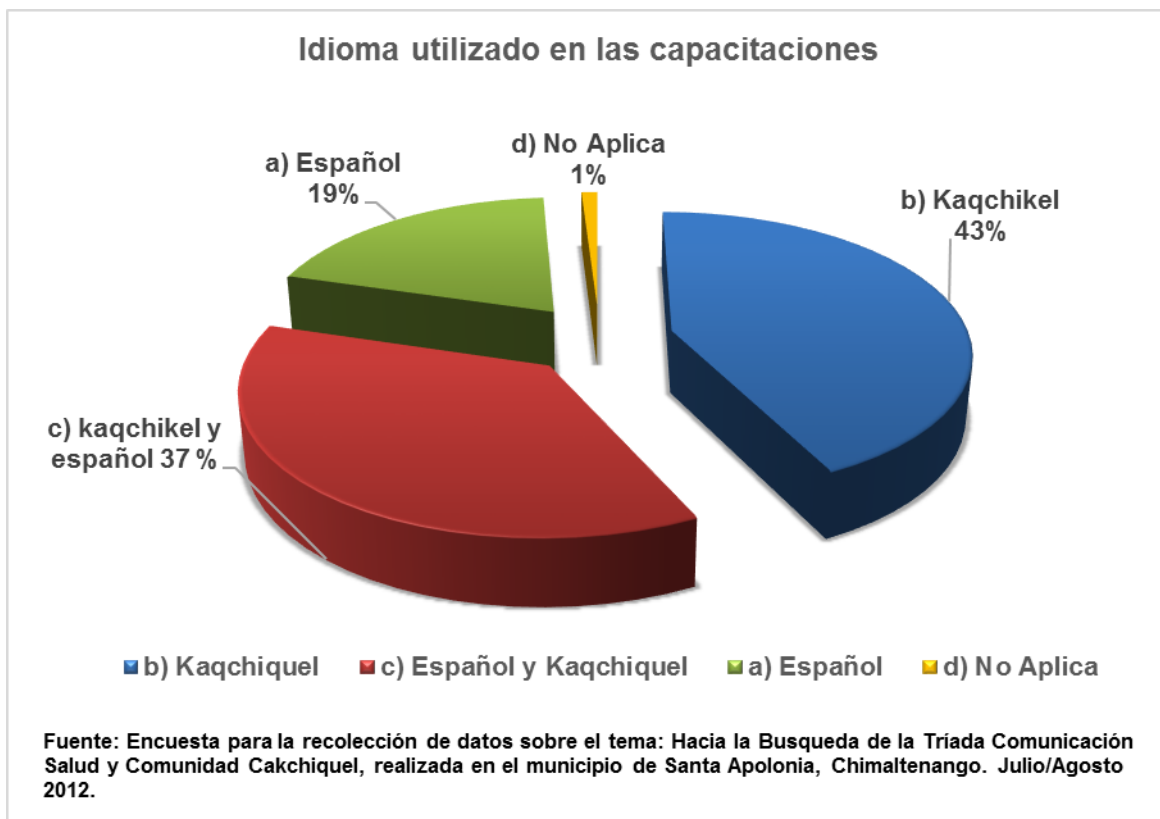
Esto indica que la mayoría de madres encuestadas considera que los educadores tienen buen manejo de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 20



El 26 % de las informantes considera que los trabajadores de salud las saturan mucho de mensajes en las capacitaciones. 4 % dijo que las saturan en término medio. 23 % manifestó que es poco. Y, 47 % dijo que no las saturan con mensajes. Esto representa que la mayoría de madres encuestadas considera que los educadores tienen buen manejo de los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 21



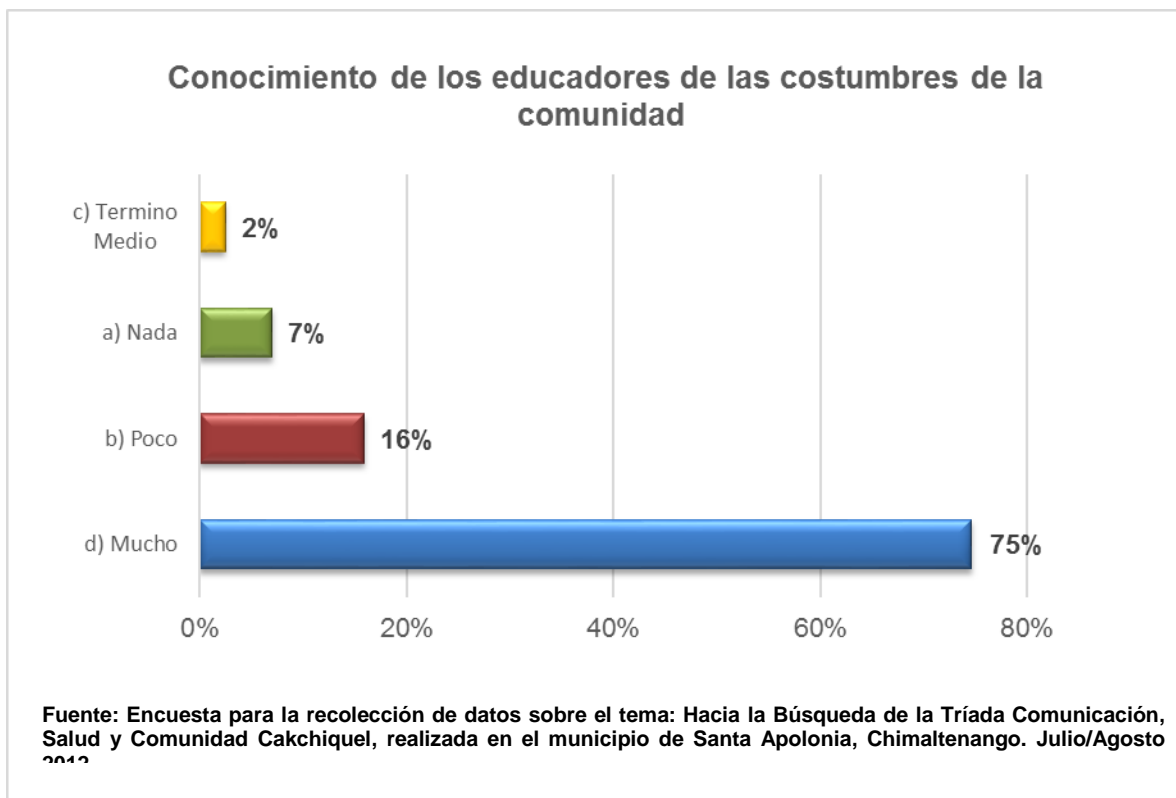
43 % de las informantes respondió que las capacitaciones a las informantes se realizan en idioma Kaqchikel. 37 % manifestó que en kaqchikel y español. 19 % dijo que únicamente en español. El 1 % no aplica. O sea, que la mayoría de capacitaciones se dan en idioma Kaqchikel. Lo que responden la mayoría de madres encuestadas indica que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene buena pertinencia cultural.

Gráfica 22



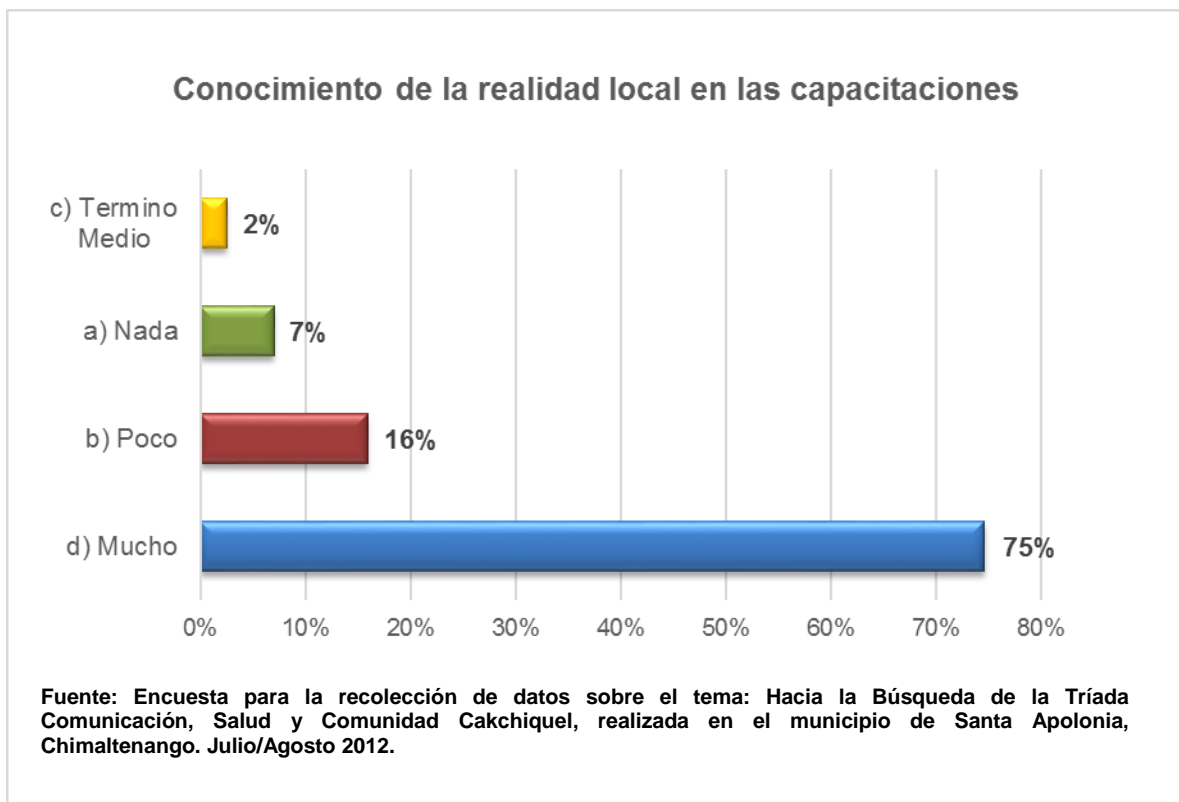
60 % del total de informantes respondió que las capacitaciones se adaptan mucho a la cultura local kaqchikel. 10 % dijo que se adapta en término medio. 20 % cree que se adapta poco. 8 % piensa que no se adapta nada. Y, 2 % no aplica. Lo que responde la mayoría de madres encuestadas indica que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene buena pertinencia cultural.

Gráfica 23



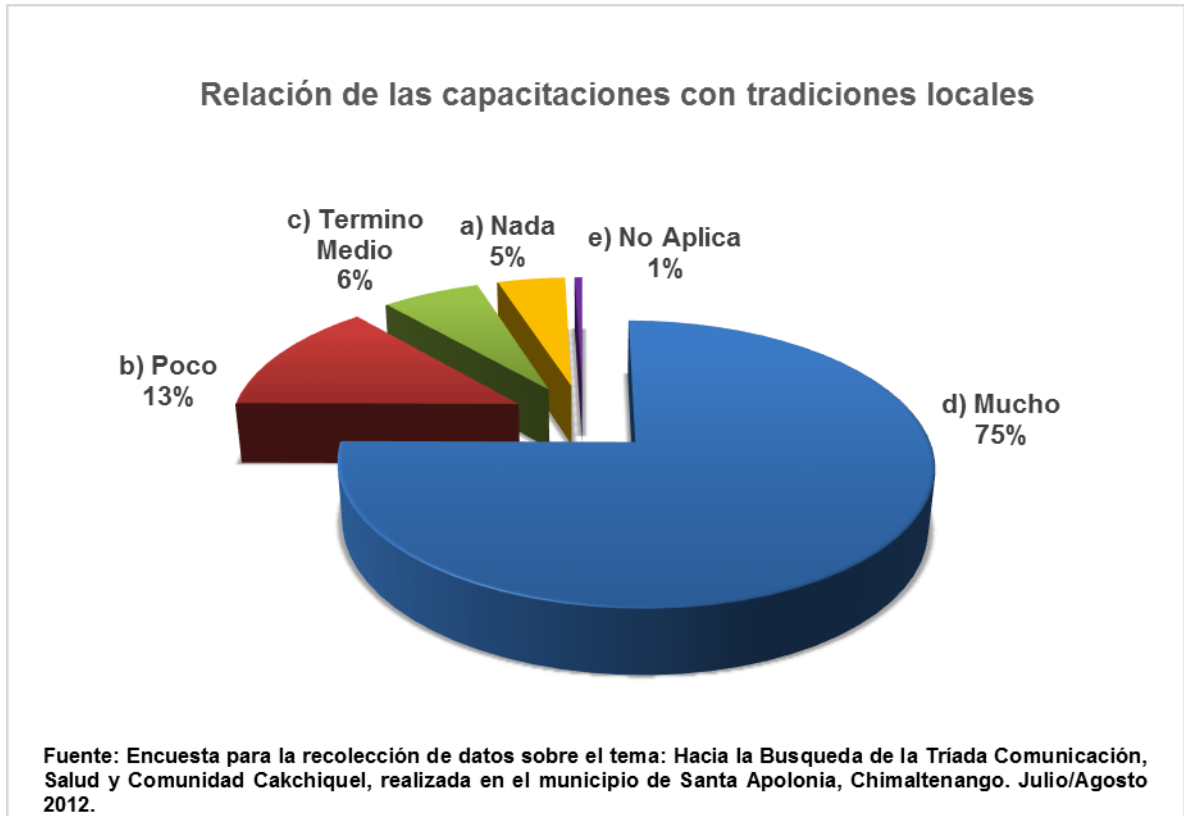
75 % de las madres respondió que los ejemplos que les brindan los educadores en las capacitaciones se ajustan mucho a las costumbres de la comunidad. 2 % dijo que se ajustan en término medio. 16 % respondió que se ajustan poco. Y, 7 % expresó que los ejemplos no se ajustan en nada a las costumbres de la comunidad. Lo que responde la mayoría de madres encuestadas indica que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene buena pertinencia cultural.

Gráfica 24



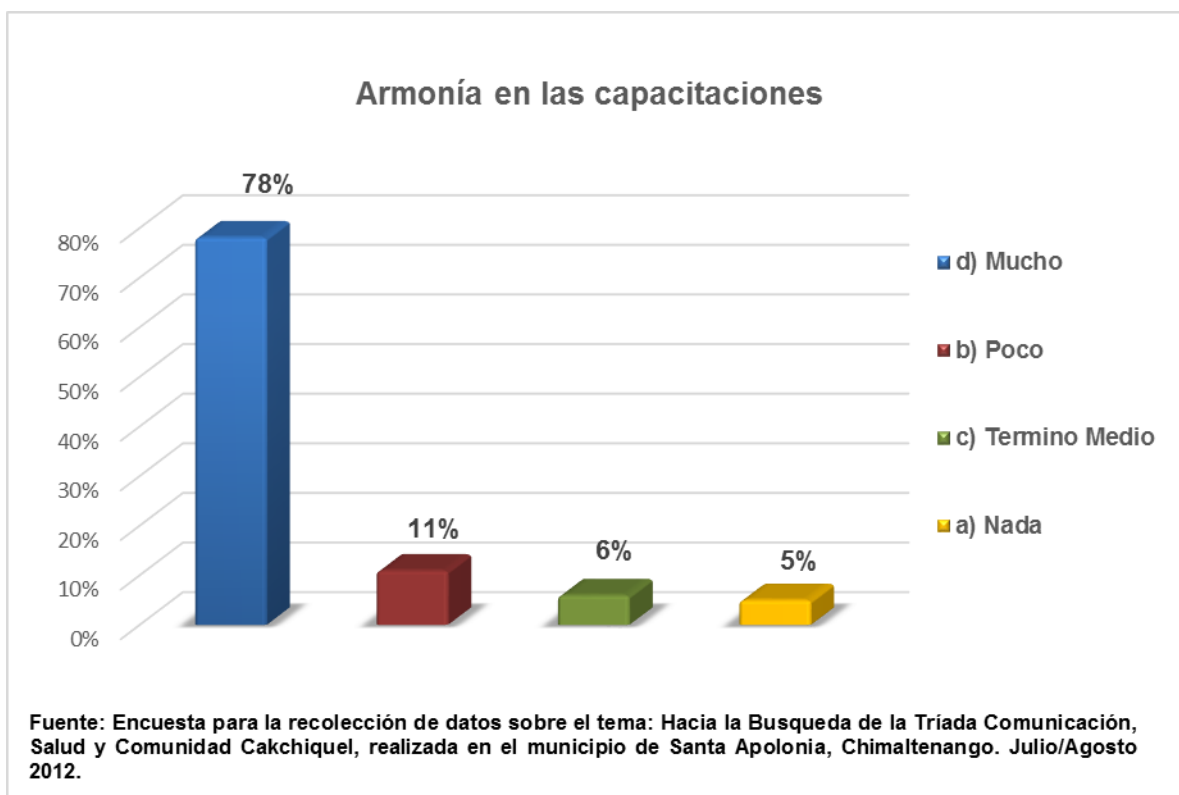
75 % de informantes respondió que los educadores si conocen mucho la realidad de la comunidad. 2 % piensa, que conocen la realidad en un término medio. 16 % respondió que la conocen poco. 7 % respondió que no la conocen. Esto indica que los educadores (emisores) si conocen la realidad de la comunidad. Lo que responde la mayoría de madres encuestadas indica que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene buena pertinencia cultural.

Gráfica 25



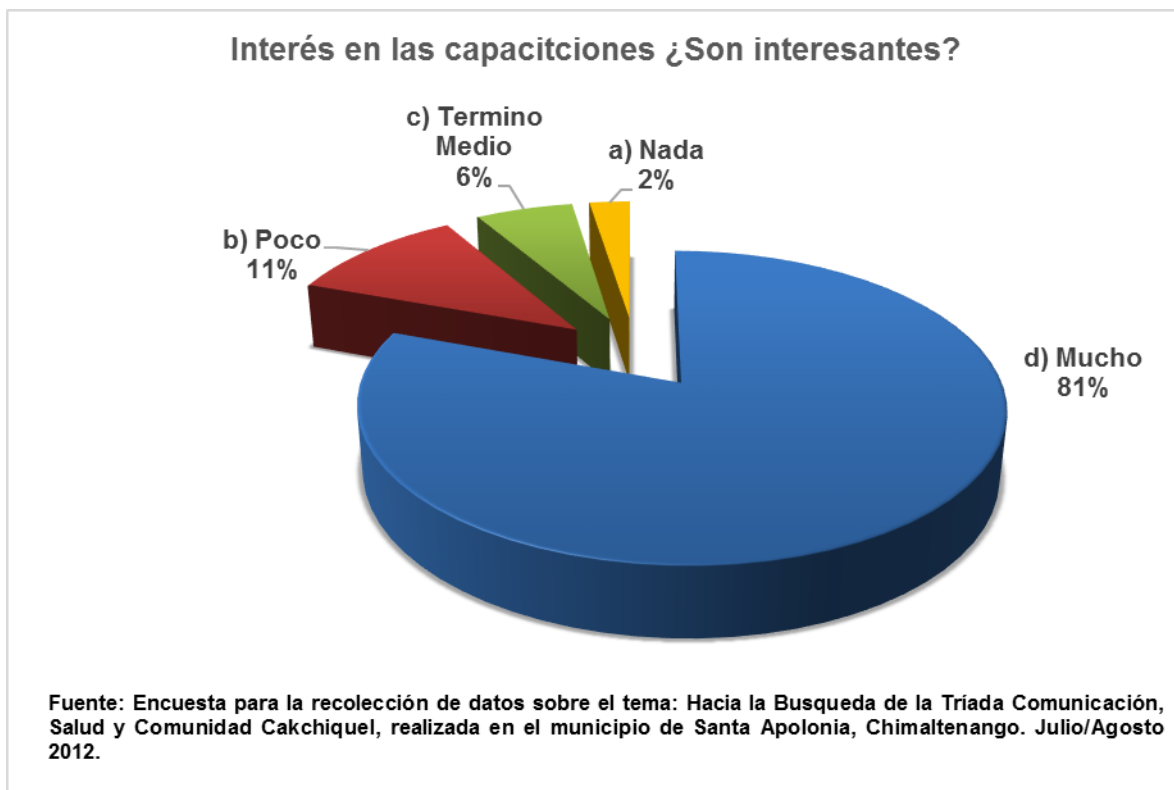
75 % de las informantes respondió que las ideas que les transmiten en las capacitaciones se ajustan mucho a las tradiciones de la comunidad. 6 % dijo que en término medio. 13 % manifestó que poco. 5 % dijo que en nada. Y, el 1 % no aplica. Lo que responden la mayoría de madres encuestadas representa que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene buena pertinencia cultural.

Gráfica 26



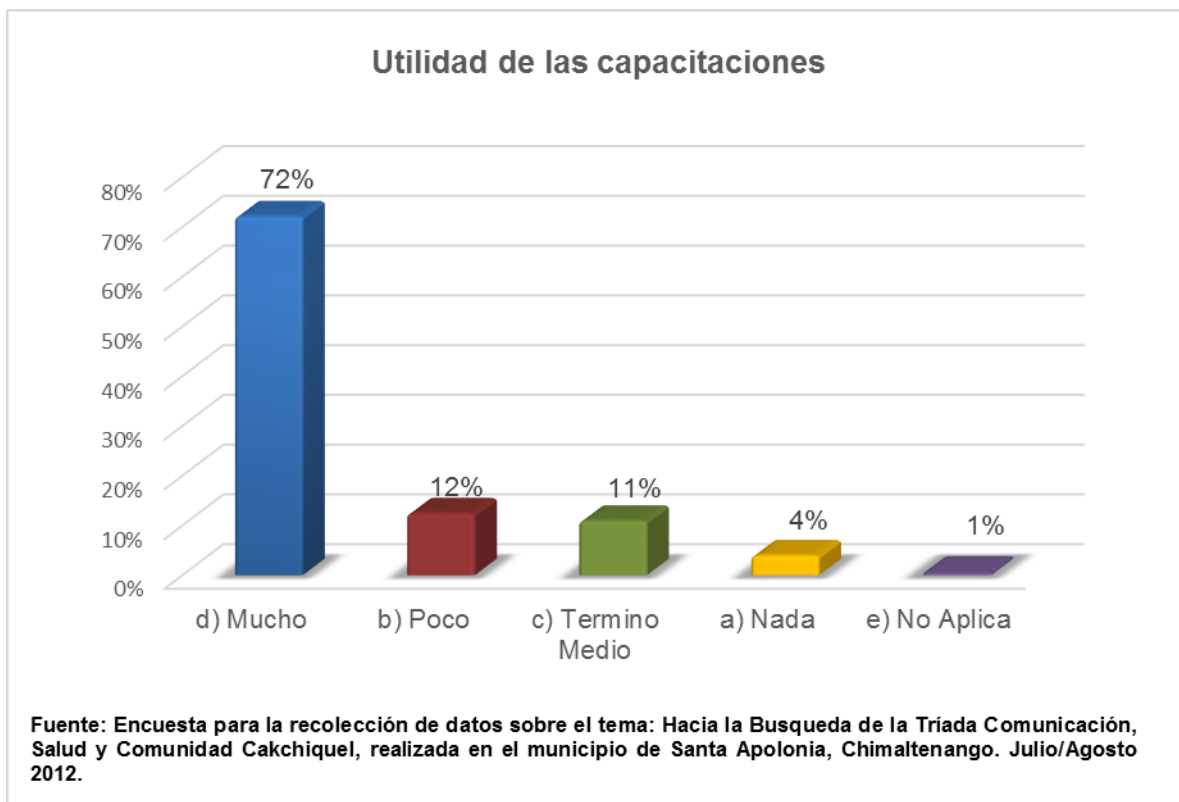
78 % de informantes respondió que en las capacitaciones existe mucha armonía entre educadores y madres encuestadas (audiencias). 6 % dijo que la armonía se da en término medio. 11 % respondió que es poca la armonía que se da. Y, 5 % expresó que las capacitaciones no se dan en buena armonía. Lo que responden la mayoría de madres encuestadas representa que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria se desarrolla en buena armonía entre los emisores y receptores (audiencias).

Gráfica 27



81 % de informantes respondió que las capacitaciones que dan los educadores son de mucho interés para ellas. 6 % respondió que son interesantes en un término medio. 11 % dijo que son de poco interés. Y, 2 % expresó que no tienen nada de interés. Lo que manifiesta la mayoría de madres encuestadas indica que los mensajes de la capacitación son de interés para ellas y por tanto, es buena la utilidad la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

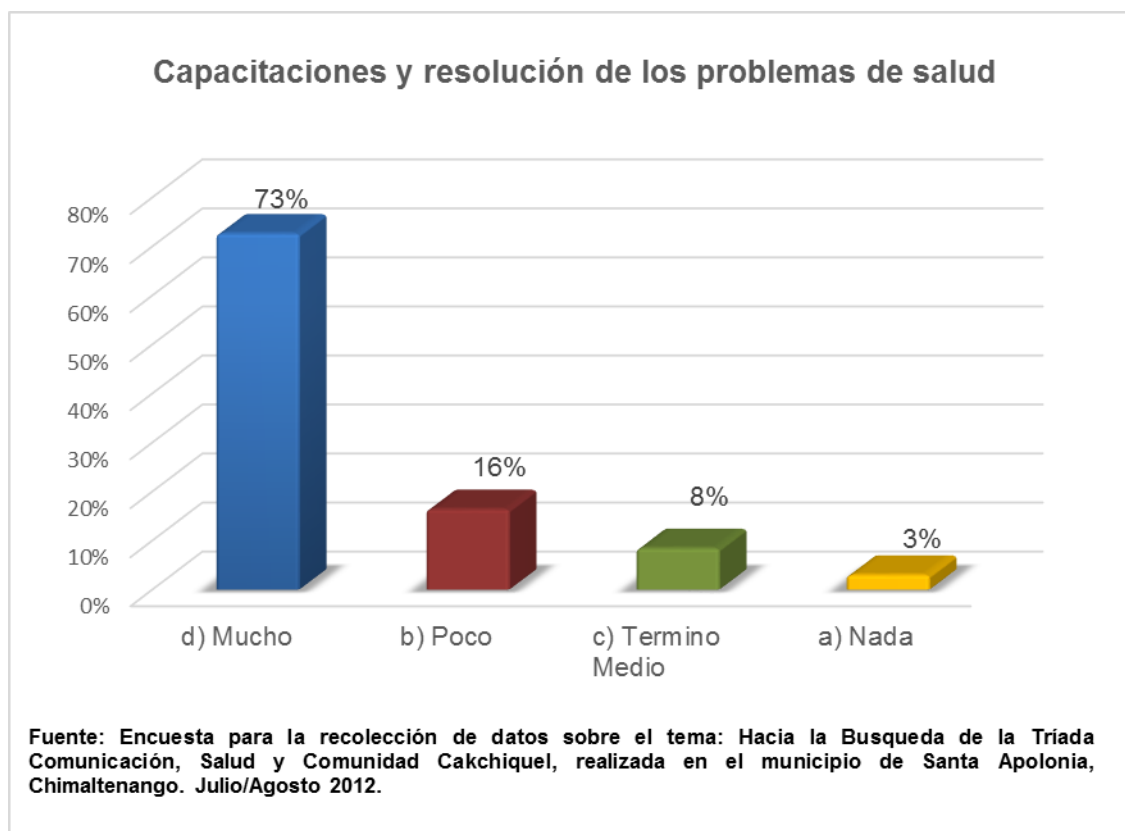
Gráfica 28



72 % de las informantes respondió que las capacitaciones que les han dado los educadores son de mucha utilidad para ellas y sus familias. 11 % dijo que les han sido útiles en un término medio. 12 % respondió que es poca la utilidad. 4 % expresó que las capacitaciones no han sido de ninguna utilidad. Y, para el 1 % no aplica la pregunta.

Lo anterior representa que según lo que dicen la mayoría de madres encuestadas, los mensajes de la capacitación son de utilidad para ellas y sus familias y por tanto, es buena la utilidad de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

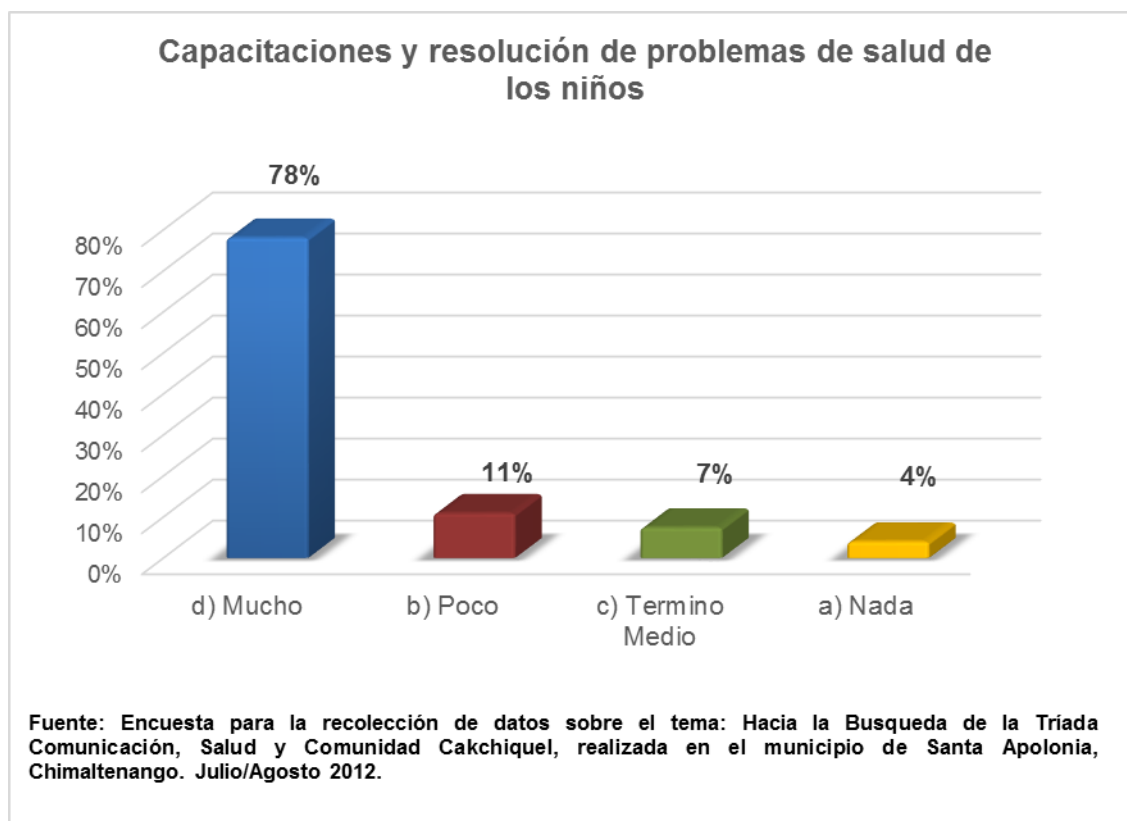
Gráfica 29



73 % de las informantes respondió que las capacitaciones que les dan los educadores les ayudan mucho a resolver sus problemas de salud. 8 % dijo que les ayudan en un término medio. 16 % respondió que es poco lo que les ayuda. Y, el 3 % expresó que las capacitaciones no les ayudan en nada a resolver sus problemas de salud.

Esto representa que la mayoría de madres encuestadas considera que los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria les ayudan a resolver sus problemas de salud. Por lo tanto, es buena la utilidad la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

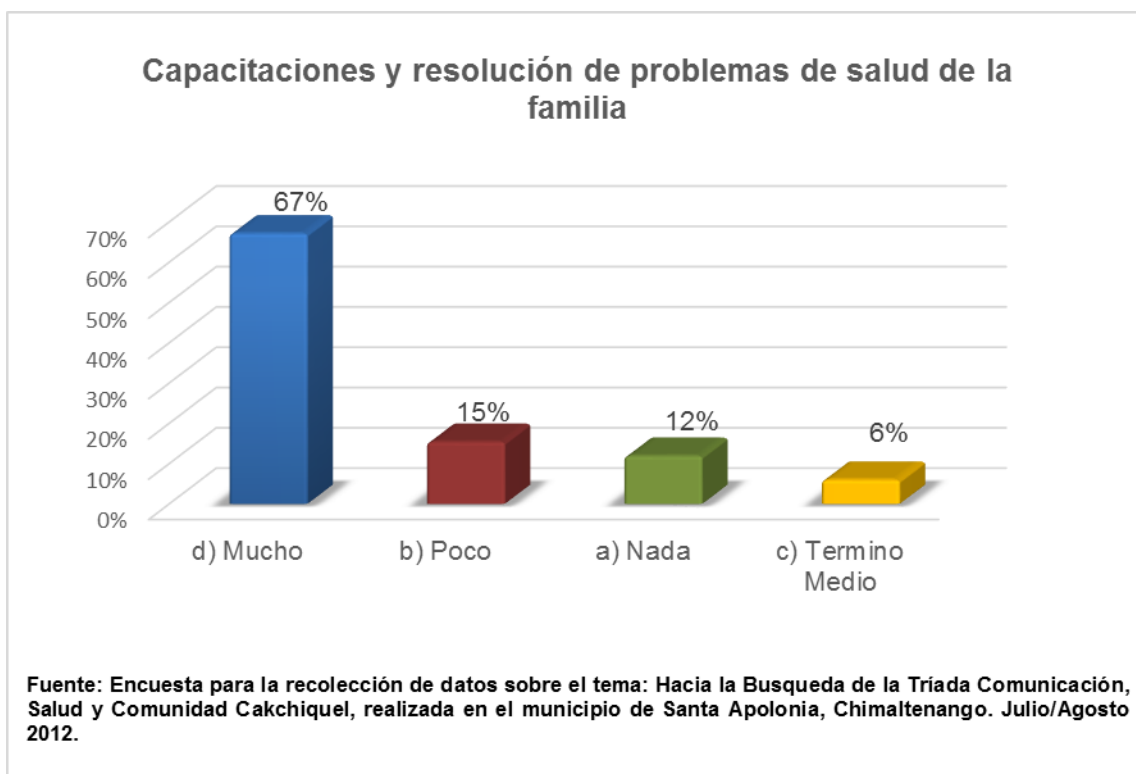
Gráfica 30



78 % de las informantes respondió que las capacitaciones que les dan los educadores les ayudan mucho a resolver los problemas de salud de sus niños. 7 % dijo que les ayuda en un término medio. 11 % respondió que es poco lo que les ayuda a resolver los problemas de salud de sus niños. Y, 4 % expresó que las capacitaciones no les ayudan en nada a resolver los problemas de salud de los niños.

Lo anterior indica que los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria, les ayuda a resolver los problemas de salud de los niños. Y por tanto, es buena la utilidad la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

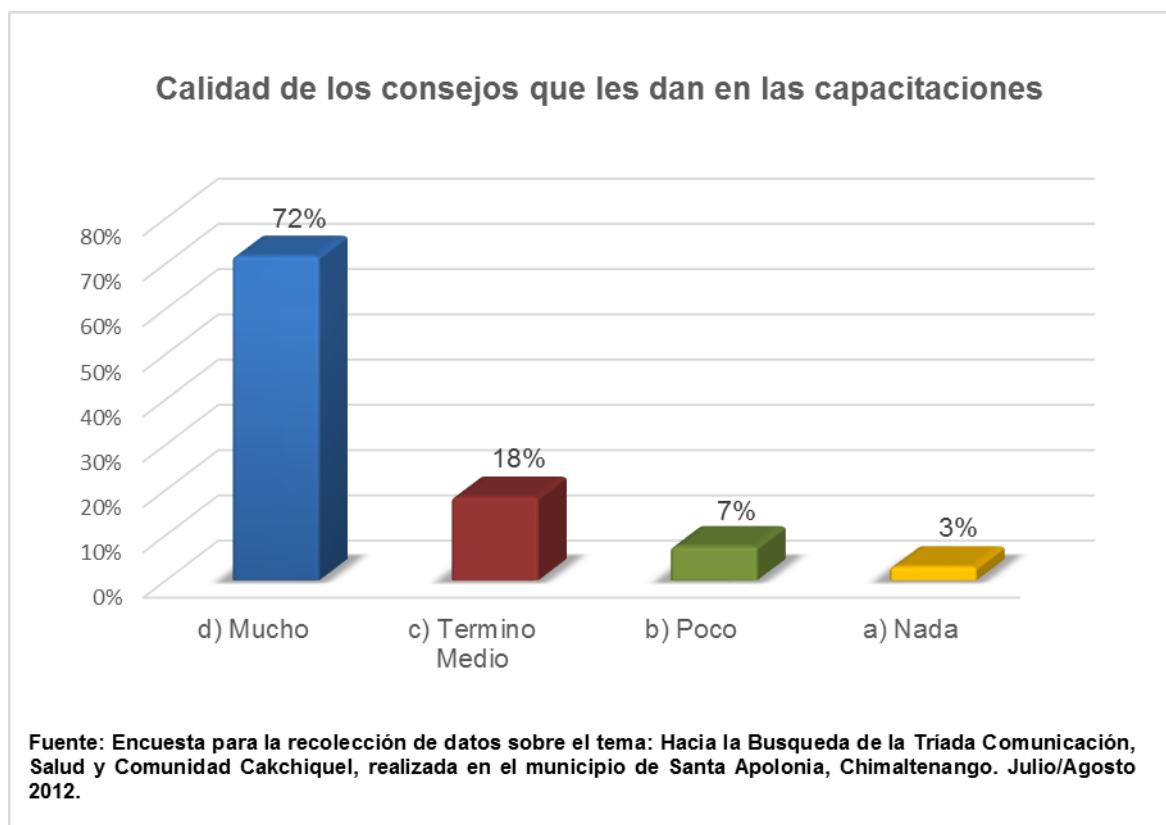
Gráfica 31



67 % de las informantes respondió que las capacitaciones que les dan los educadores le ayudan mucho a resolver los problemas de salud de su familia. 6 % dijo que les ayuda en un término medio. 15 % respondió que es poco lo que les ayuda. Y, 12 % expresó que las capacitaciones no les ayudan en nada a resolver los problemas de salud de sus familias.

Esto representa que la mayoría de madres encuestadas ratifican que los mensajes de la capacitación les ayudan a resolver los problemas de salud de su familia y por lo tanto, es buena la utilidad de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

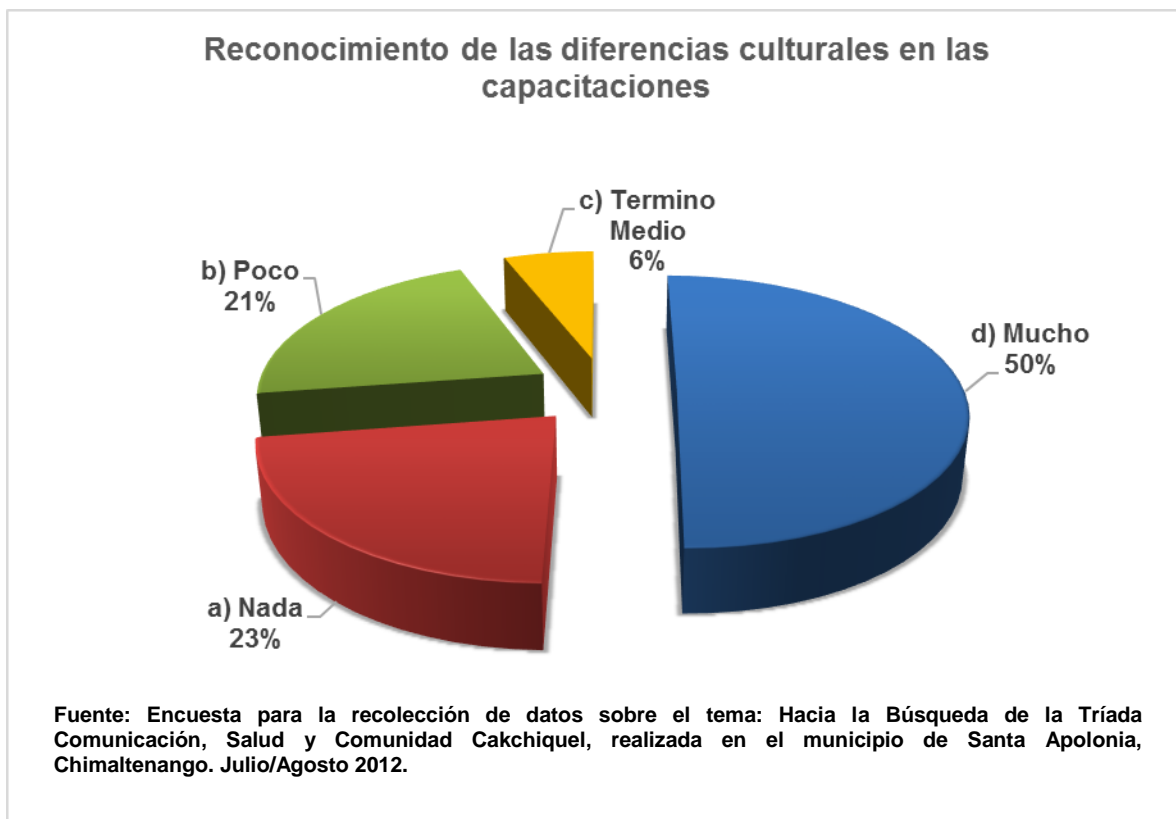
Gráfica 32



El 72 % de las informantes respondió que los consejos de salud que les dan los emisores en los mensajes de las capacitaciones son muy buenos, 18 % dijo que son buenos en un término medio, 7% manifestó que es poco lo que tienen de buenos y el 3 % respondió que los consejos no son buenos.

Lo que manifiesta la mayoría de madres encuestadas indica que los consejos que les dan los emisores en las capacitaciones son buenos y por ello es buena la utilidad la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

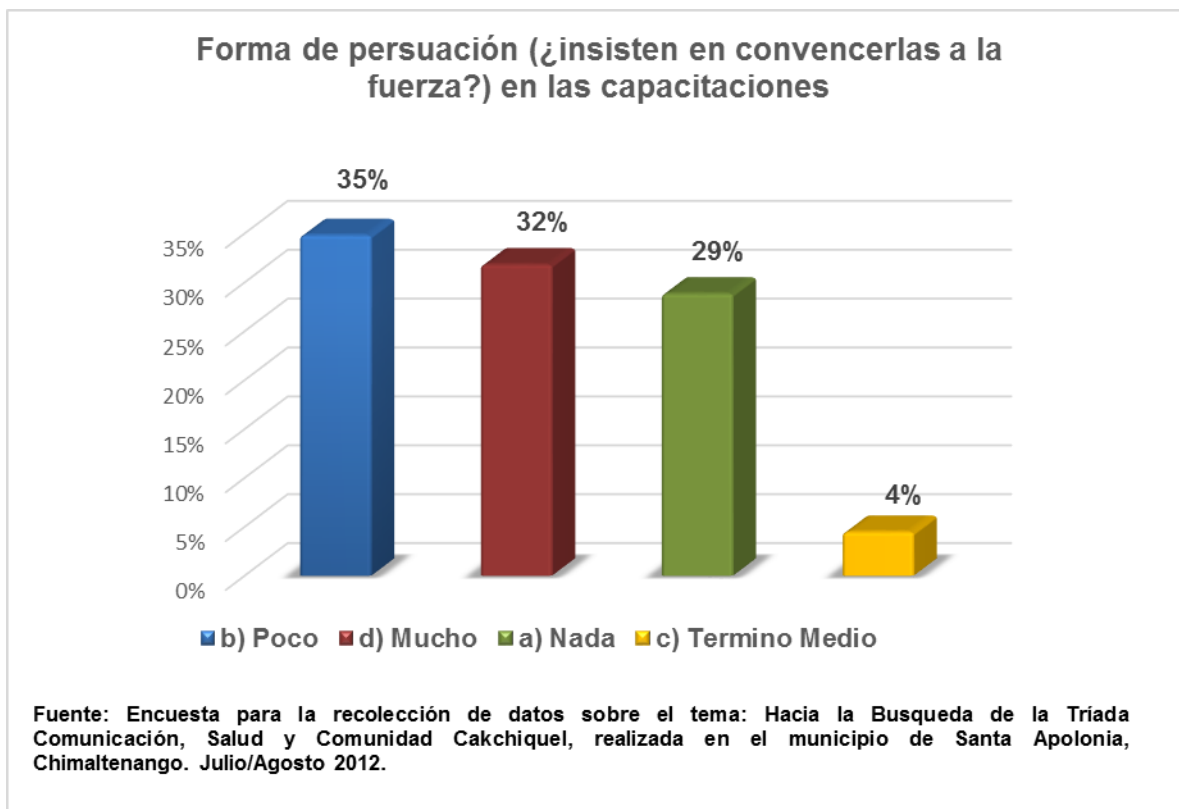
Gráfica 33



50 % de las receptoras manifiesta que los educadores en las capacitaciones, toman muy en cuenta que existen diferencias culturales ente ellos y las audiencias (las informantes). 6 % respondió que se toma en cuenta en término medio. 22 % dijo que es poco lo que se toma en cuenta. Y, 22 % manifestó que eso no se toma en cuenta.

O sea, que sólo el 50 % de las informantes manifiesta que en las capacitaciones si se toma en cuenta las diferencias culturales que hay entre las enseñanzas que llevan los educadores de salud y la cultura y creencias de las madres que reciben la capacitación. Esto indica que la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene debilidades.

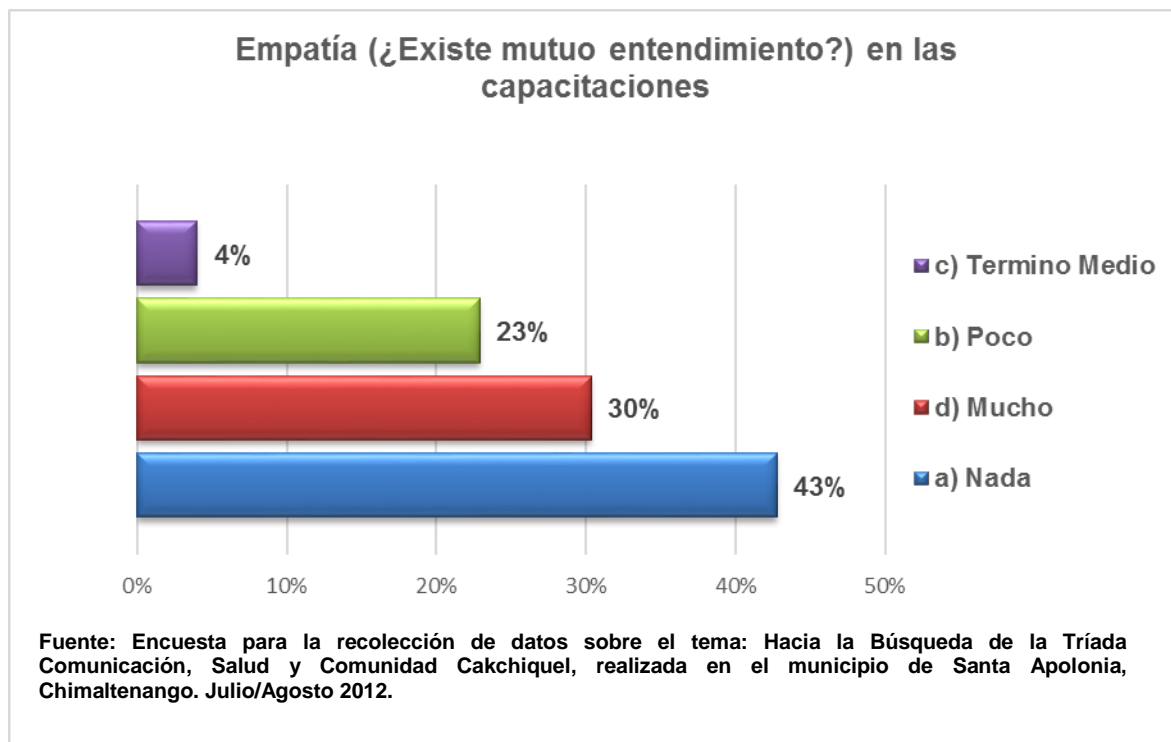
Gráfica 34



32 % respondió que los educadores insisten mucho en convencerlas aunque ellas no estén de acuerdo con las ideas que les están transmitiendo. 4 % dijo que tratan de convencerla en un término medio. 35 % respondió que es poco lo que tratan de convencerlas. Y, 29 % expresó que no tratan de convencerlas.

La mayoría de madres encuestadas manifiestan que en las capacitaciones no tratan de persuadirlas a la fuerza, porque saben que hay diferencias culturales entre los educadores y las madres encuestadas. Esto representa que es buena la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 35



30 % respondió que los educadores toman mucho en cuenta las preferencias y gustos de las audiencias (receptoras) para plantear los ejemplos y los mensajes que les van a proporcionar. 4 % lo hacen en un término medio: 23 % responden que un poco. Y, 43 % responden que para nada.

Únicamente un 34 % de las madres encuestadas piensan que los educadores toman en cuenta que hay diferencias de cultura entre los emisores y las madres encuestadas y sus familias para plantear sus mensajes. Por tanto, esto indica que los resultados de esta gráfica no se pueden tomar como satisfactorios para aspectos de empatía. Ello representa que no es satisfactoria la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

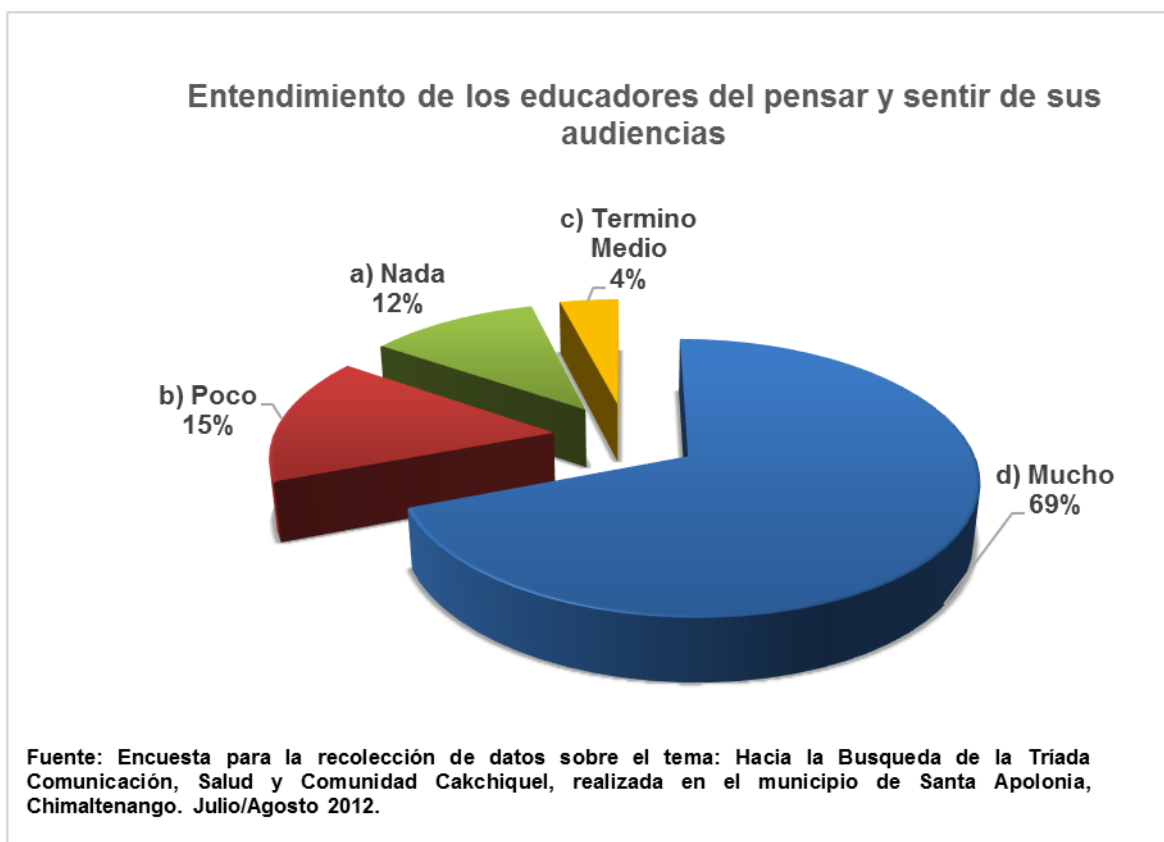
Gráfica 36



El 85 % de las informantes respondió que cuando los educadores les dan capacitaciones, las conversaciones se han dado con mucho afecto mutuo, o sea con empatía o buena relación. 7 % dijo que se han dado en término medio. 6 % manifestó que se ha dado poco. 1 % respondió que nada. Y, en 1 % no aplica.

La mayoría de madres encuestadas manifiestan que en las capacitaciones, las conversaciones entre los educadores y las audiencias se han dado en un clima de afecto mutuo. Esto representa que es buena la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

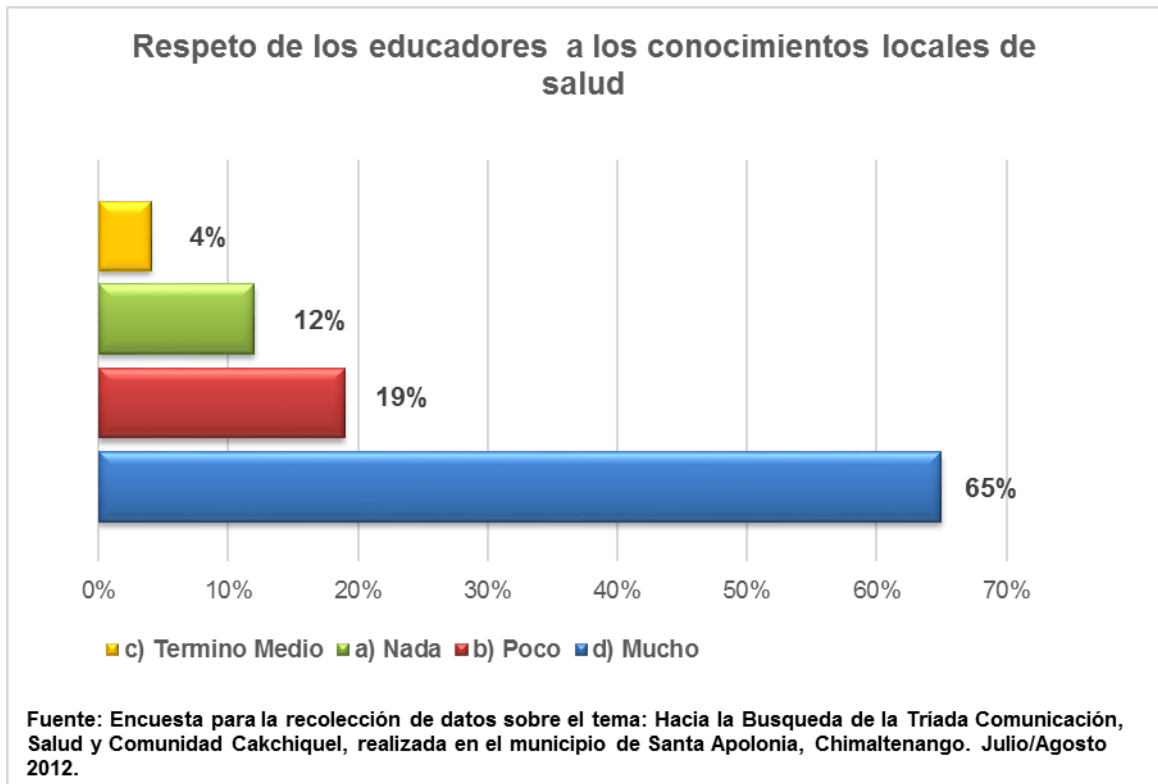
Gráfica 37



69 % de las informantes considera que los educadores entienden bastante la manera de pensar y sentir de las audiencias durante las capacitaciones. 4 % dijo que en un término medio. 15 % manifestó que es poco. Y, 12 % dijo que no entienden nada la manera de pensar y sentir de las audiencias.

La mayoría de madres encuestadas manifiesta que en las capacitaciones los educadores entienden la manera de pensar y sentir de las audiencias. Esto indica que es buena la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

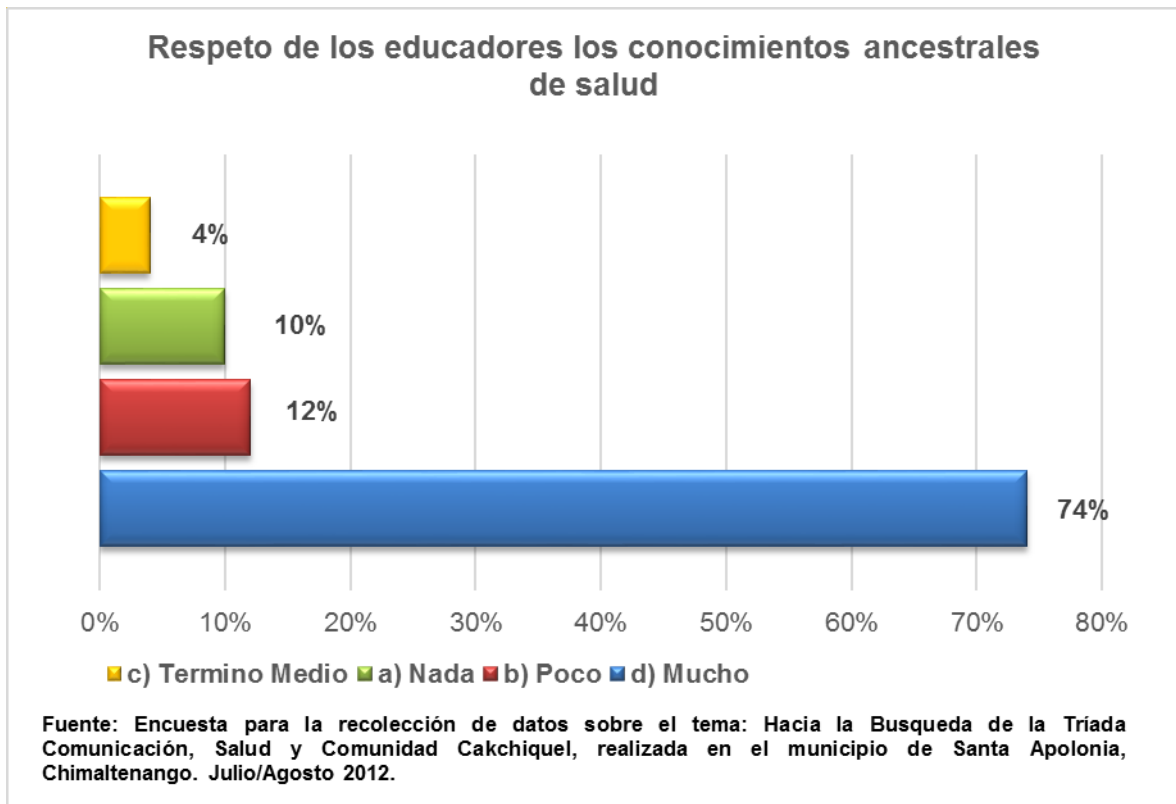
Gráfica 38



65 % de las informantes respondió que los educadores respetan y toman muy en cuenta los conocimientos de salud que existen en la comunidad. 4 % dijo que en un término medio. 19 % manifestó que muy poco. Y, el 12 % respondió que no los toman en cuenta para nada.

La mayoría de madres encuestadas manifiesta que en las capacitaciones, los educadores respetan y toman en cuenta los conocimientos de salud de la comunidad. Esto representa que es buena la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

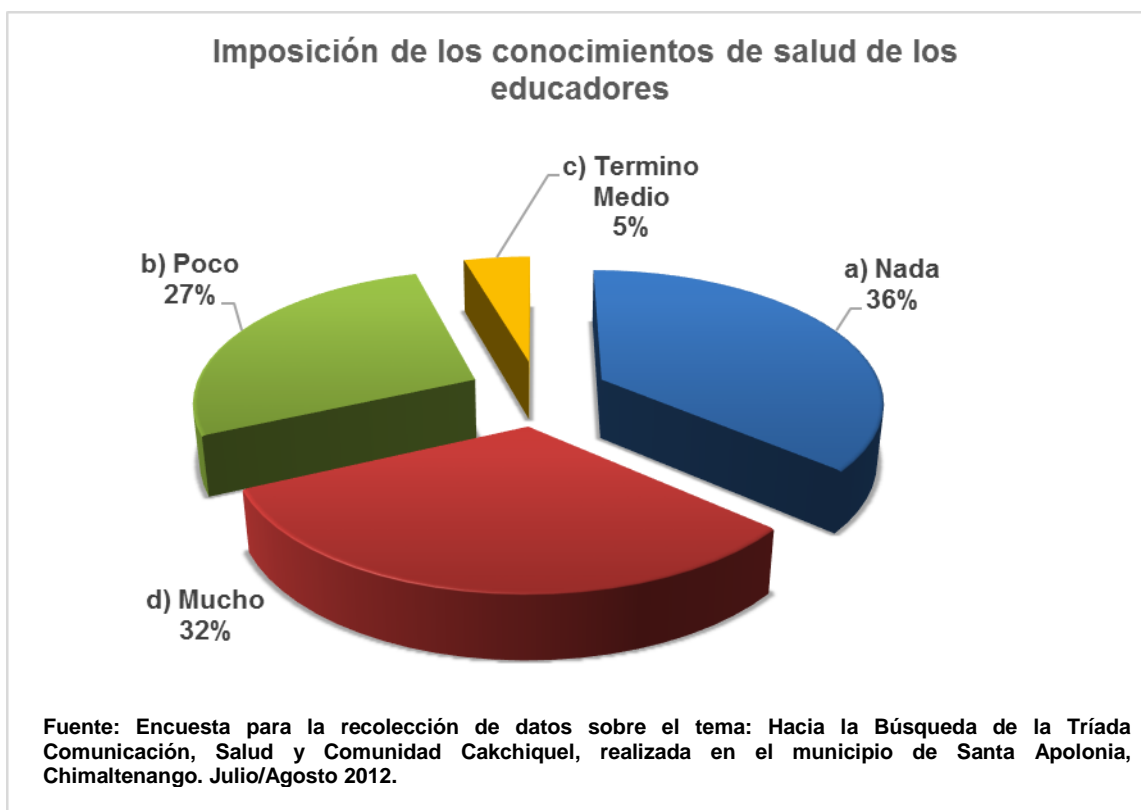
Gráfica 39



74 % de las informantes respondió que los educadores, en las capacitaciones respetan mucho y toman muy en cuenta los conocimientos de salud que les heredaron sus padres y sus abuelos. 4 % dijo que en un término medio. 12 % manifestó que muy poco. Y, 10 % respondió que en nada.

La mayoría de madres encuestadas manifiesta que en las capacitaciones, los educadores respetan y toman en cuenta los conocimientos de salud que les heredaron sus padres y sus abuelos. Esto indica que es buena la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

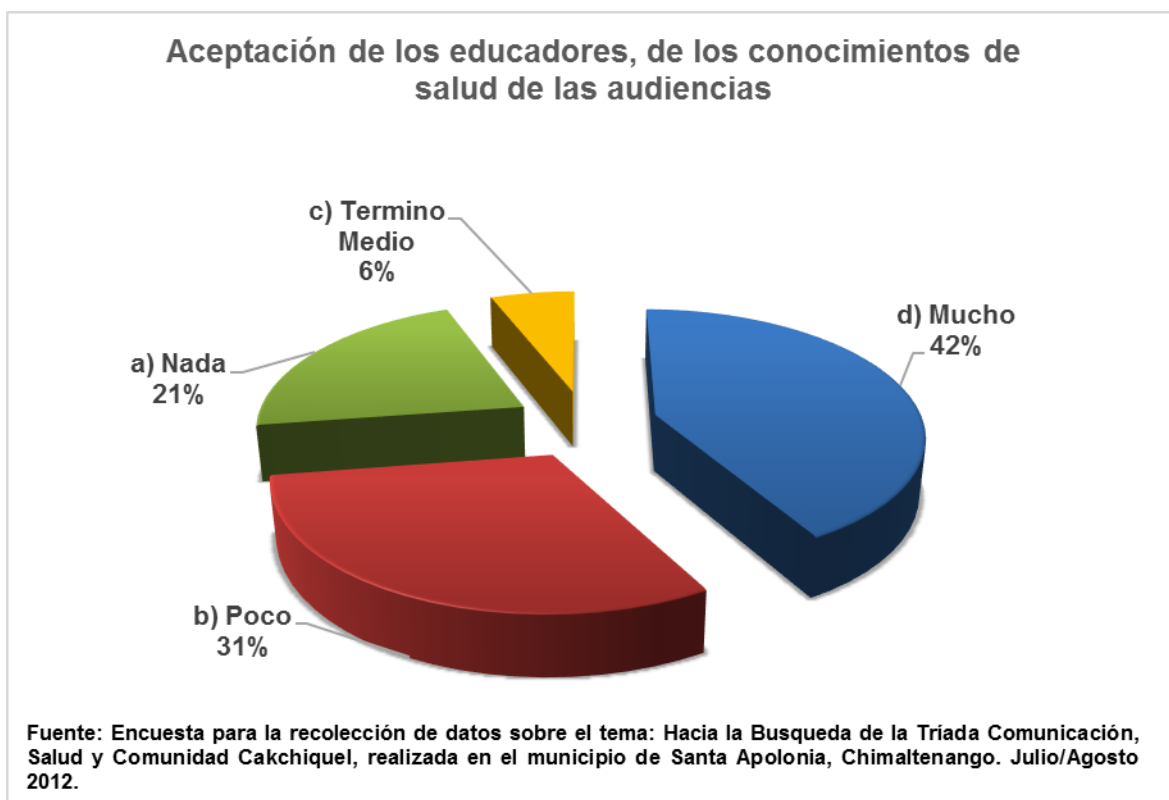
Gráfica 40



32 % de las informantes respondió que cuando les dan capacitaciones los educadores tratan bastante de imponer los conocimientos que ellos manejan. 5 % dijo que tratan de imponer esos conocimientos en un término medio. 27 % respondió que es poco lo que tratan de imponer sus conocimientos. Y, 36 % dijo que no tratan de imponer nada.

La mayoría de las madres encuestadas informan que lo educadores no les imponen a ellas los conocimientos que brindan. Esto indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

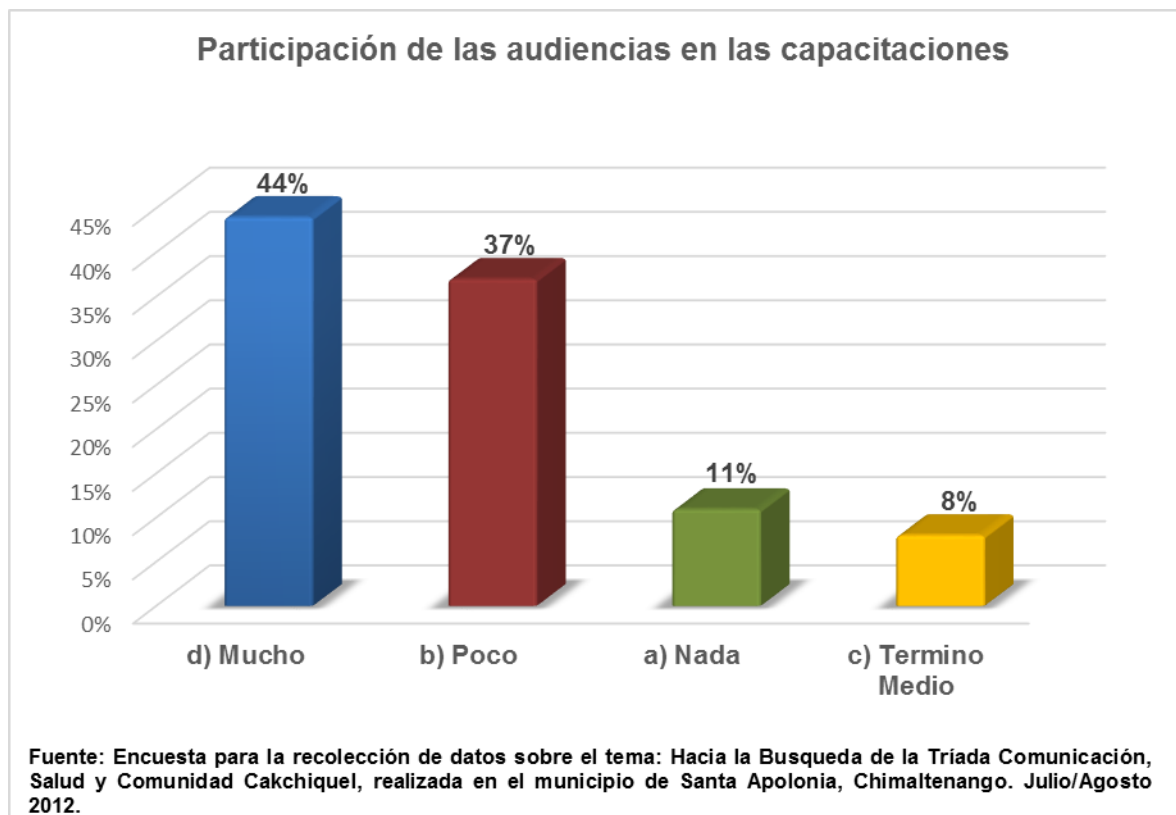
Gráfica 41



42 % de las informantes dicen que los educadores aceptan que ellas saben mucho de salud. 6 % dijo que los educadores piensan que ellas saben de salud en un término medio. 31 % dijo que los educadores creen que ellas saben poco de salud. Y, 21 % dijo que los educadores piensan que ellas no saben nada de salud.

La mayoría de las madres encuestadas dicen que lo educadores no aceptan que ellas tienen conocimientos de salud. Esto representa debilidades y por tanto se puede pensar que no es adecuada la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

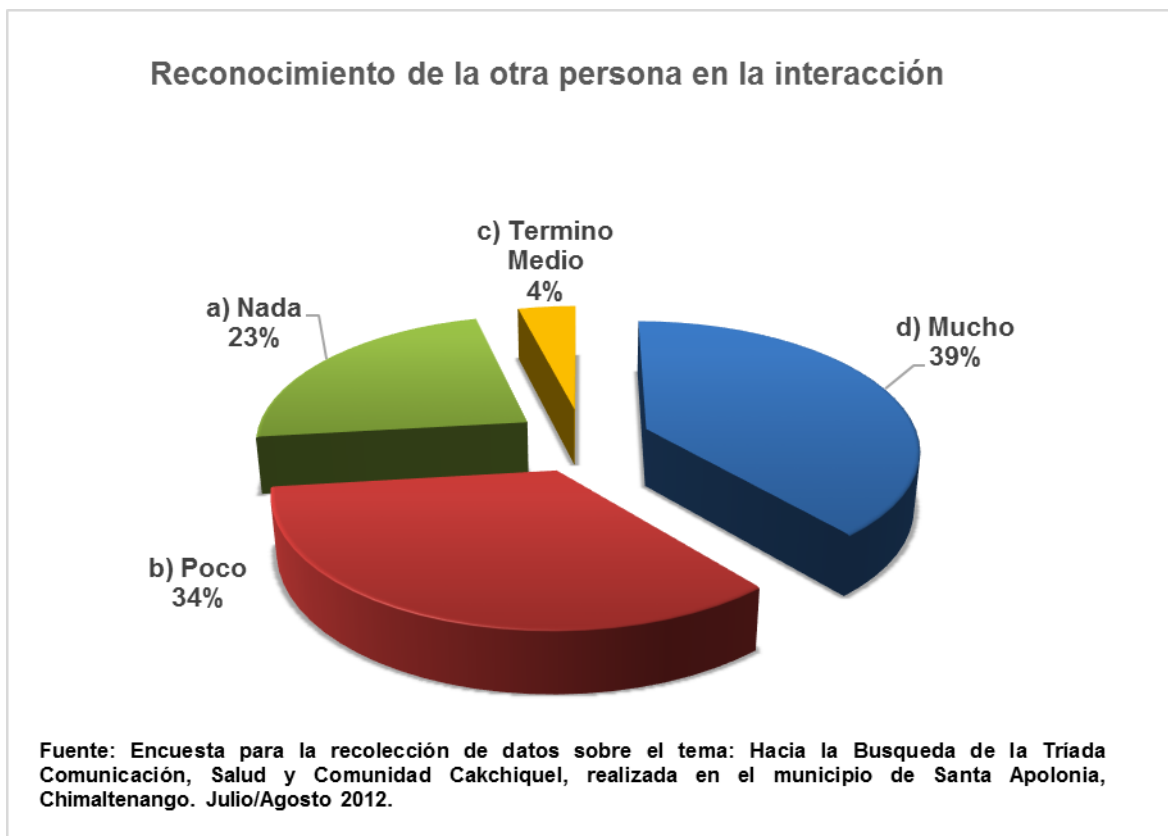
Gráfica 42



44 % de las informantes respondió que los educadores dan bastante oportunidad a las informantes para que hablen y expongan sus conocimientos en las capacitaciones. 8 % dijo que si les dan la oportunidad en un término medio. 37 % manifestó que es poca la oportunidad que les dan. Y, 11% respondió que no les dan ninguna oportunidad para que hablen sobre los conocimientos que ellas tienen sobre el tema.

Aproximadamente la mitad de madres encuestadas informan que los educadores no dan oportunidad para que las receptoras expongan sus conocimientos en las capacitaciones. Esto representa debilidades y por tanto se puede pensar que no es adecuada la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

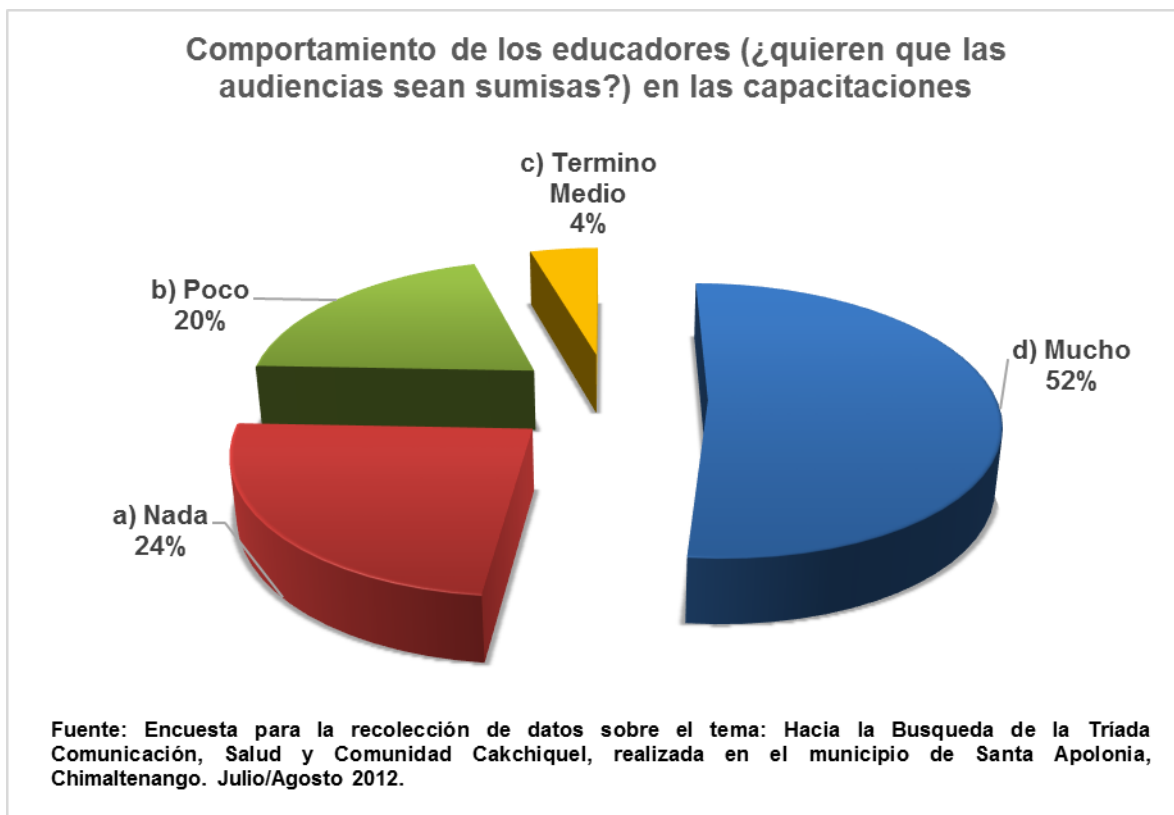
Gráfica 43



39 % de las informantes respondió que los educadores reconocen con amplitud que ellas también tienen conocimientos sobre temas de salud. 4 % dijo que lo reconocen en un término medio. 34% manifestó que lo reconocen muy poco. Y, 23 % respondió que los educadores no reconocen en nada los conocimientos que ellas tienen sobre ese tema.

Más de la mitad de madres encuestadas informan que los educadores en las capacitaciones no reconocen que las audiencias tienen conocimientos sobre los temas de salud, o sea, que no hay reconocimiento del otro en la conversación. Esto representa debilidades y por tanto, se puede pensar que no es adecuada la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

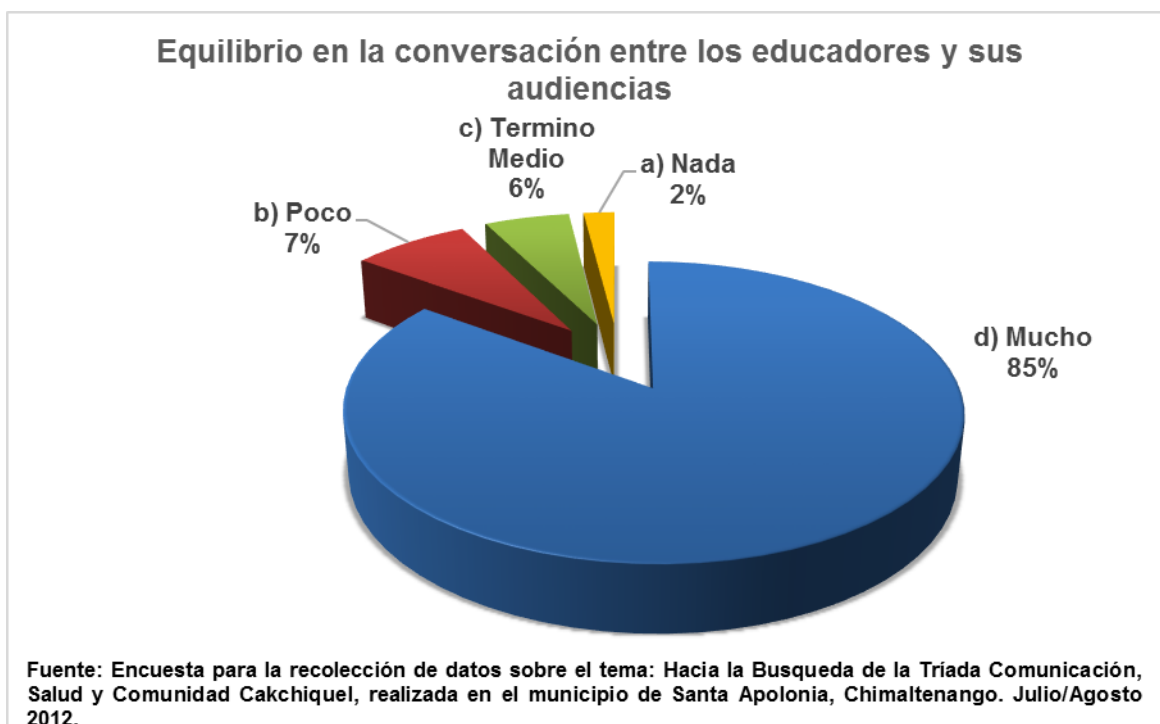
Gráfica 44



52 % de las informantes respondió que en las capacitaciones, los educadores tratan mucho que las audiencias sean sumisas para aceptar los mensajes que ellos les brindan, aunque ellas no estén de acuerdo. 4 % expresó que esto ocurre en un término medio. 20 % dijo que es un poco o que sucede. Y, 24 % expresó que los educadores no tratan en nada que ellas sean sumisas.

Más de la mitad de madres encuestadas informan que los educadores en las capacitaciones tratan mucho que las audiencias sean sumisas en aceptar los mensajes que les están entregando aunque ellas no estén de acuerdo. Esto representa que existen debilidades y por tanto, se puede pensar que no es adecuada la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

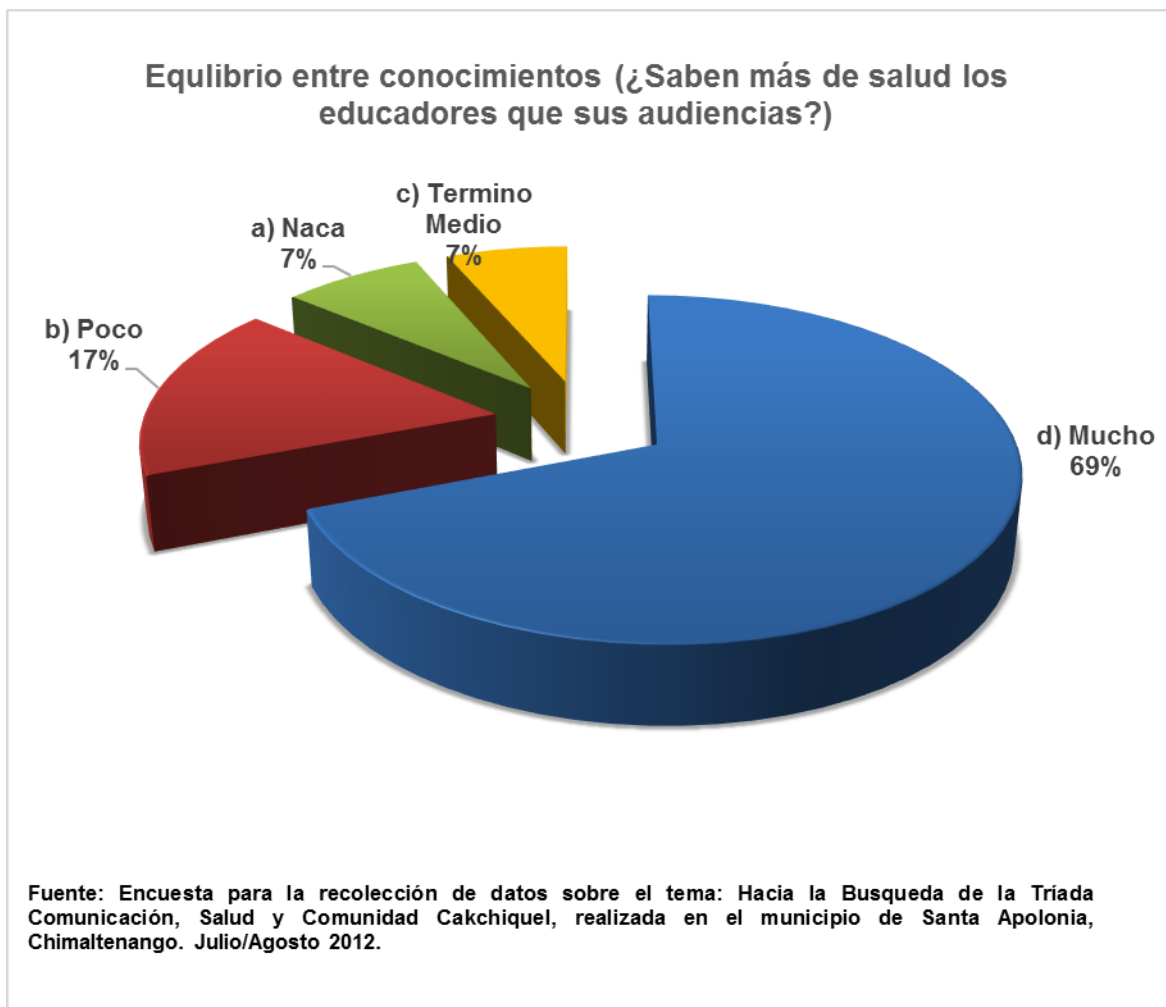
Gráfica 45



85 % de las informantes respondió que en las capacitaciones los educadores tienen mucha predisposición para que emisores y receptoras puedan hablar de igual a igual. 6 % dijo que esa predisposición es en un término medio. 7 % dijo que la predisposición es poca. Y, 2 % respondió que los educadores no tienen nada de predisposición para que se pueda hablar de igual a igual.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones hay mucha actitud y predisposición para que los educadores y las audiencias puedan platicar y debatir de manera adecuada (de igual a igual). Esto indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

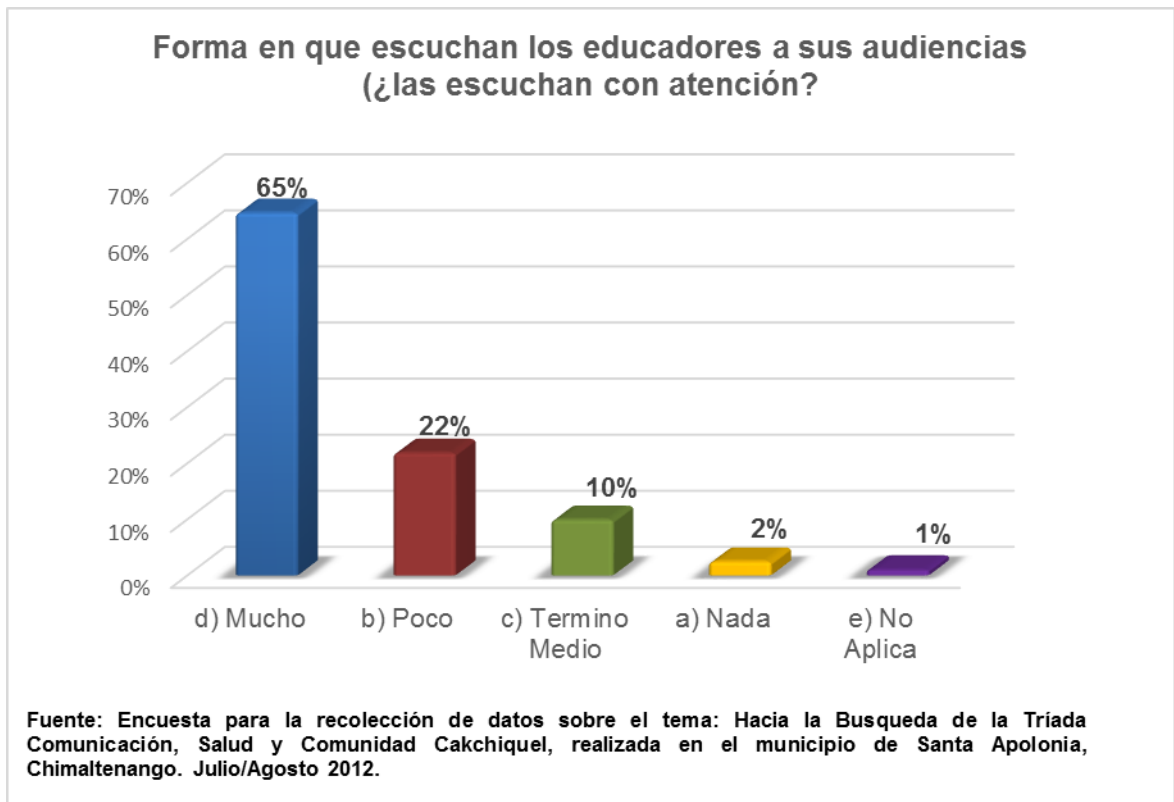
Gráfica 46



69 % de las informantes respondió que los educadores saben mucho más de salud que las audiencias. 7 % dijo que los educadores saben más, en un término medio. 17 % dijo que es poco lo que los educadores saben de más. Y, 7 % respondió que en nada los educadores saben más que las audiencias.

La mayoría de las madres encuestadas informan que los educadores saben mucho más que las audiencias, o sea que no hay simetría en la interacción. Esto indica debilidad en la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

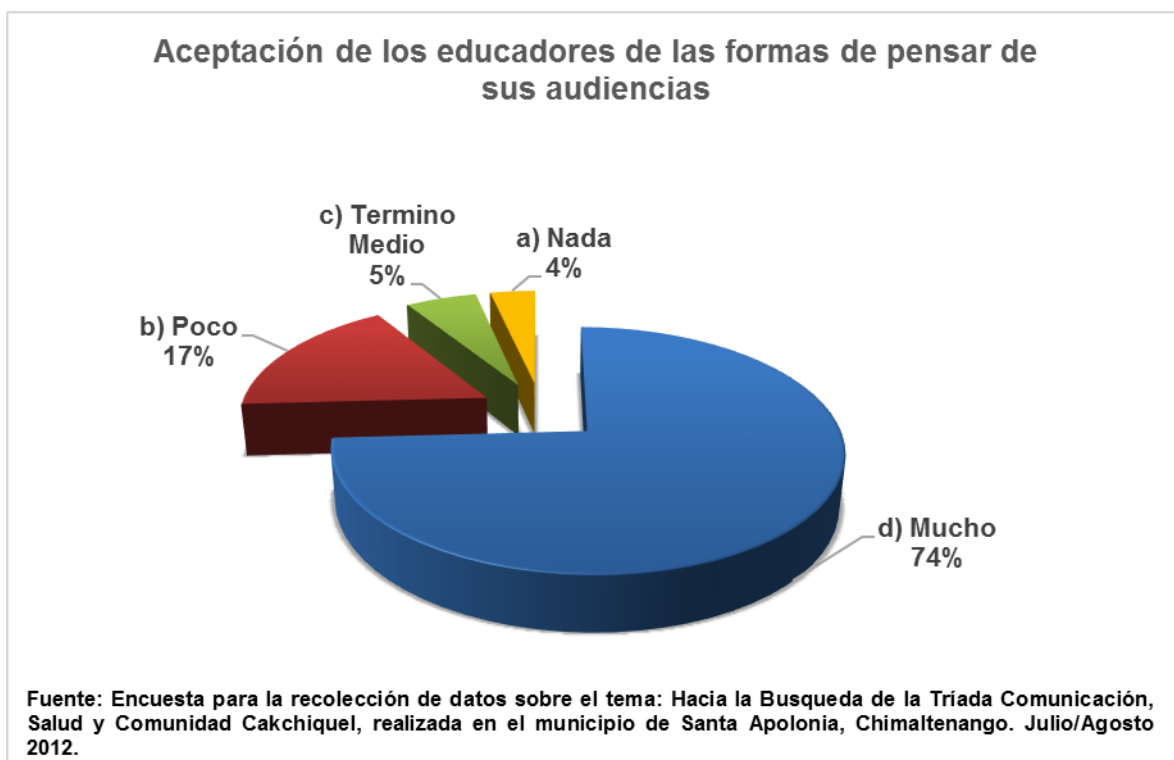
Gráfica 47



65 % de las informantes respondió que cuando los educadores les dan capacitaciones, las escuchan con mucha atención. 10 % dijo que las escuchan con atención en término medio. 22 % expresó que las escuchan con muy poca atención. 2% respondió que no les ponen atención. Y, en 1 % no aplica.

La mayoría de las madres encuestadas informan que cuando los educadores les dan capacitaciones, las escuchan con atención. Esto indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

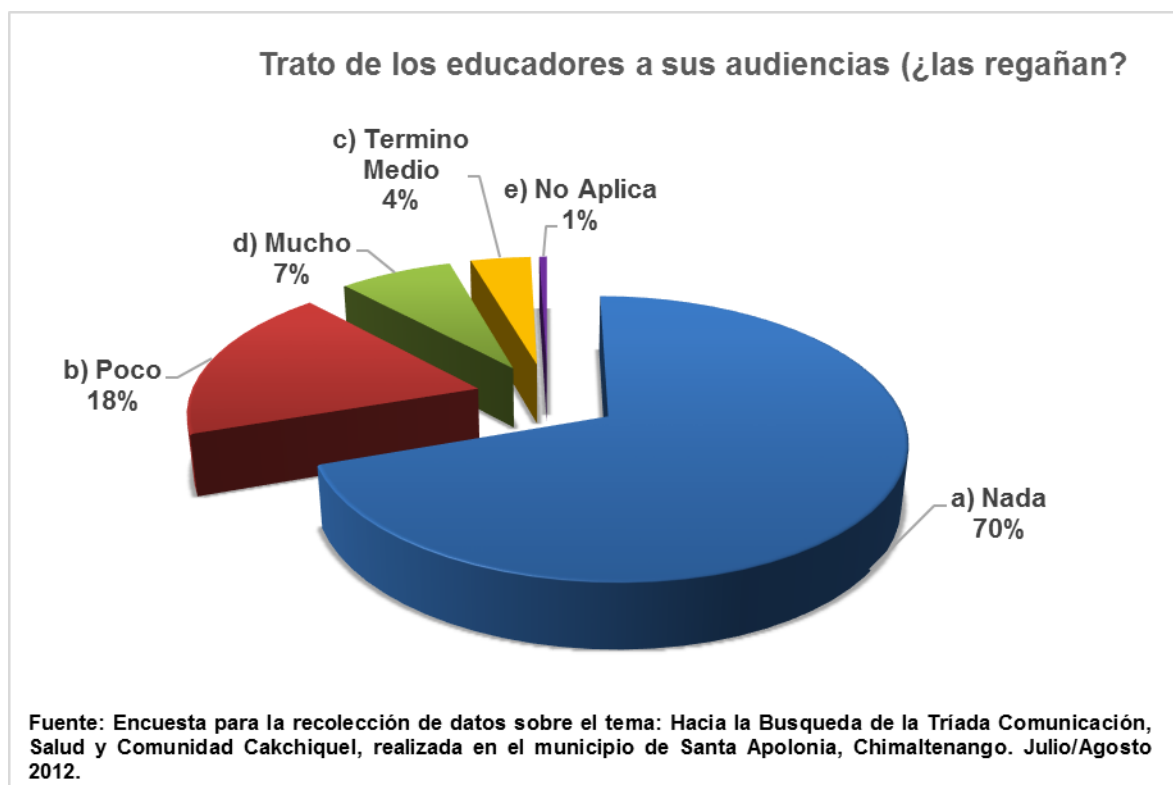
Gráfica 48



El 74 % de las informantes considera que en las capacitaciones, los educadores aceptan con amplitud que las audiencias tengan otra forma de pensar. 5 % dijo que los educadores aceptan en término medio que las audiencias tengan otra forma de pensar. 17 % expresó que es poca su aceptación. Y, 4 % respondió que no lo aceptan.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores aceptan que las audiencias tengan otra forma de pensar, o sea que hay respeto al interlocutor, lo cual indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

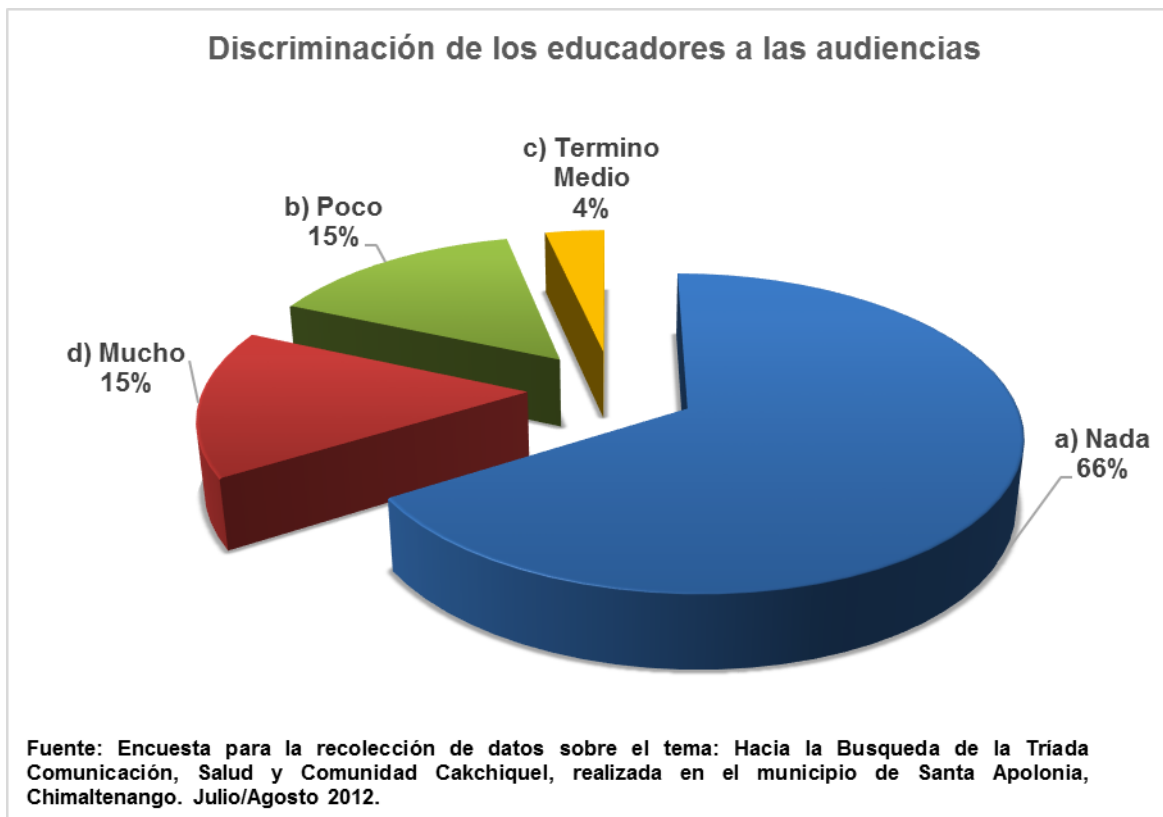
Gráfica 49



El 7 % de las informantes considera que en las capacitaciones los educadores las regañan bastante. 4 % dijo que las regañan en un término medio. 18 % respondió que las regañan poco. El 70 % dijo que en las capacitaciones los educadores no las regañan. Y, en el 1 % no aplica.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores no las regañan, o sea que muestran una buena actitud de respeto al interlocutor. Esto representa que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

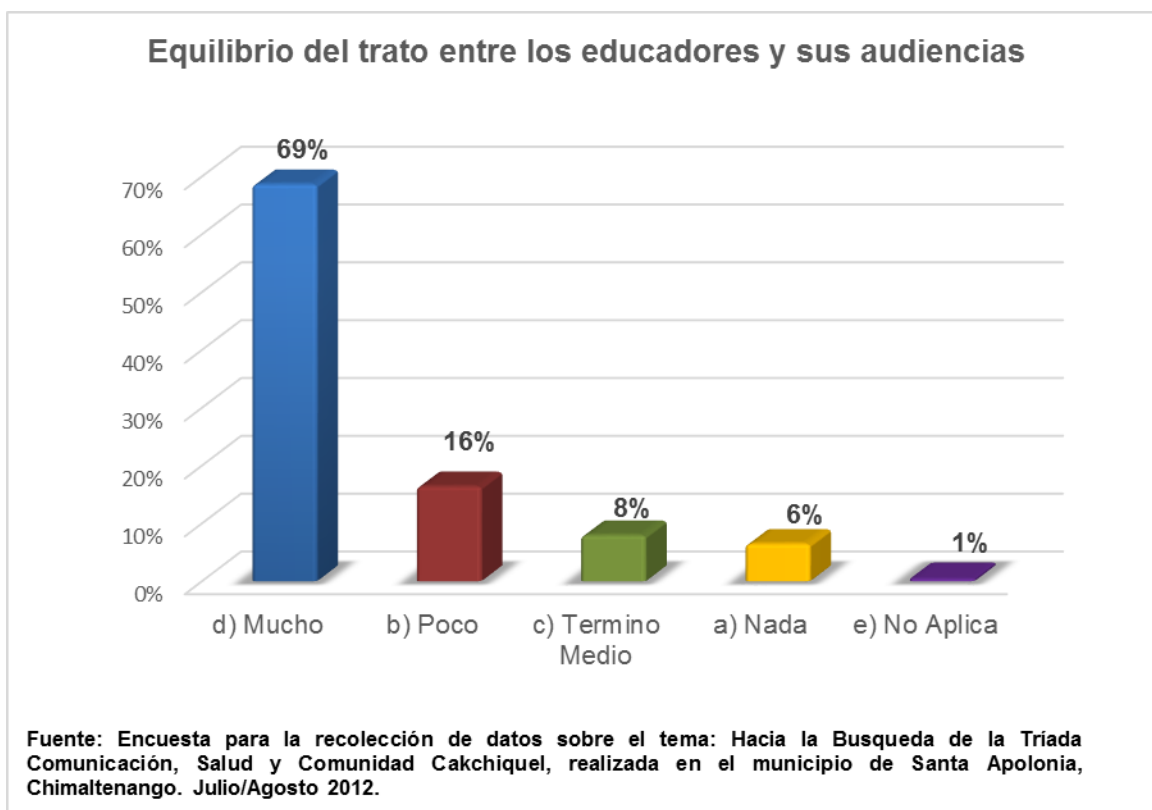
Gráfica 50



15 % de las informantes considera que en las capacitaciones los educadores las discriminan mucho por ser indígenas. 4 % dijo que las discrimina en un término medio por ser indígenas. 15 % manifestó que las discriminan un poco. Y, 66 % dijo que los educadores no las discriminan por ser indígenas.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores no las discriminan por ser indígenas, o sea que hay respeto al interlocutor. Esto indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

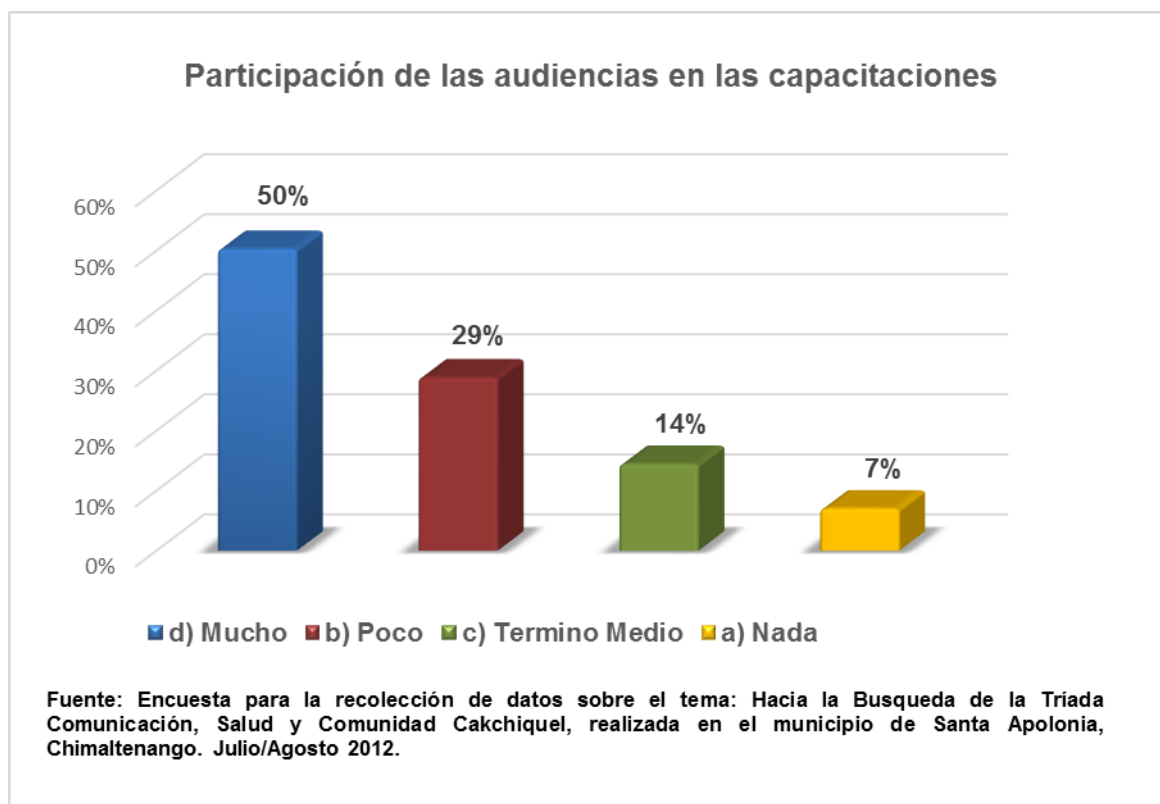
Gráfica 51



69 % de las informantes respondió que en las capacitaciones los educadores tratan ampliamente a las audiencias de igual a igual. 8 % dijo que tratan a las audiencias de igual a igual en un término medio. 16 % manifestó que muy poco tratan a las audiencias con igualdad. 6 % respondió que no las tratan de igual a igual. Y, en 1 % no aplica.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores tratan a las audiencias de igual a igual, o sea, que existe equilibrio con el interlocutor. Esto indica que es buena la simetría de la interacción en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

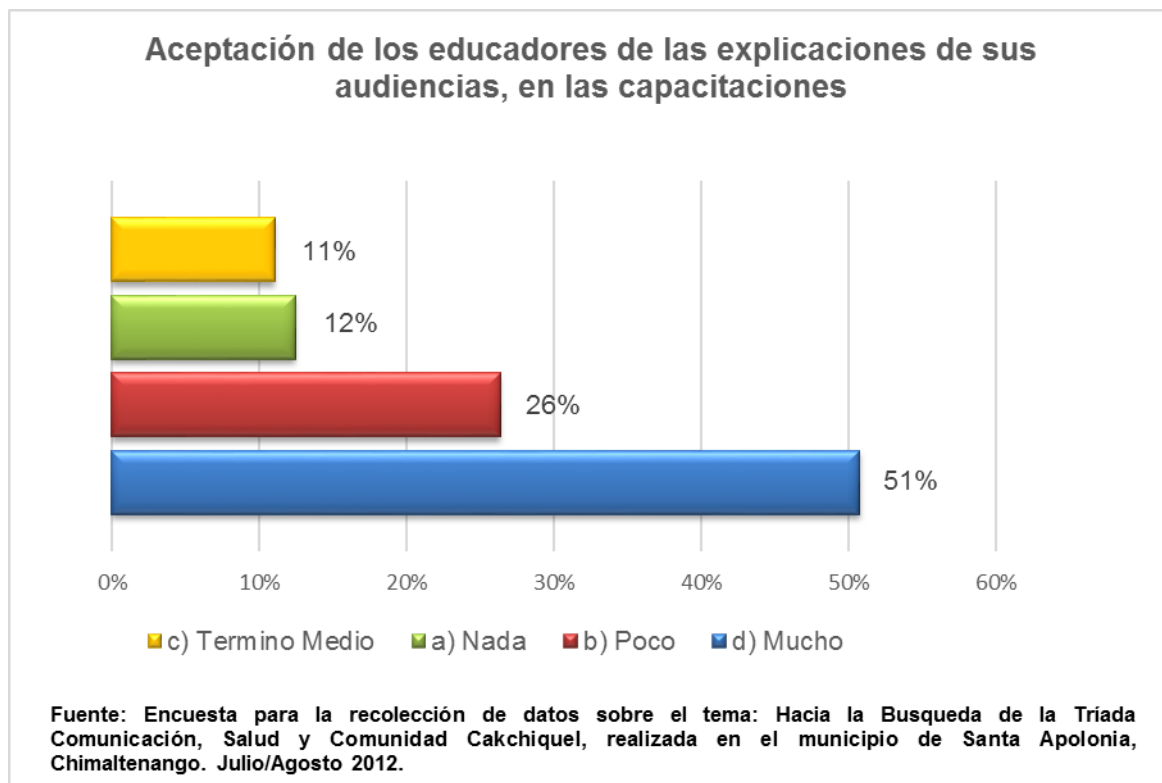
Gráfica 52



El 50 % respondió que en las capacitaciones, los educadores les permiten que participen o hablen bastante. 14 % dijo que las dejan participar en un término medio. 29 % respondió que las dejan participar poco. Y, el 7 % expresó que no las dejan participar.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores les permiten que participen o hablen, o sea que dan oportunidad para que se produzca el *feed back*. Esto representa que hay oportunidad de retorno en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

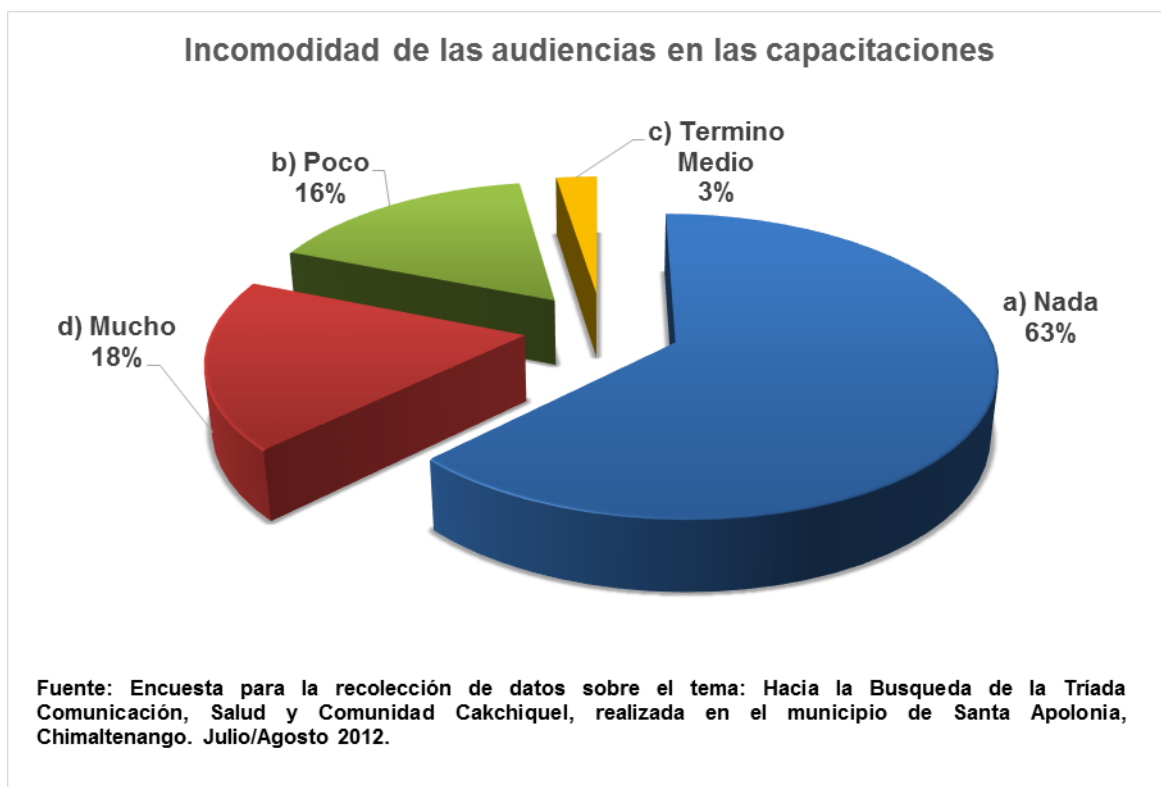
Gráfica 53



51 % respondió que en las capacitaciones los educadores les permiten que expliquen ampliamente sus puntos de vista. 11 % dijo que los educadores les permiten que expliquen en un término medio. 26 % respondió que es muy poco lo que las dejan explicar. Y, 12 % expresó que no las dejan que expliquen.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores les permiten que participen o hablen, o sea que dan oportunidad para que se produzca un proceso con mensajes de ida y vuelta. Esto indica que existen las condiciones para que haya retorno en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

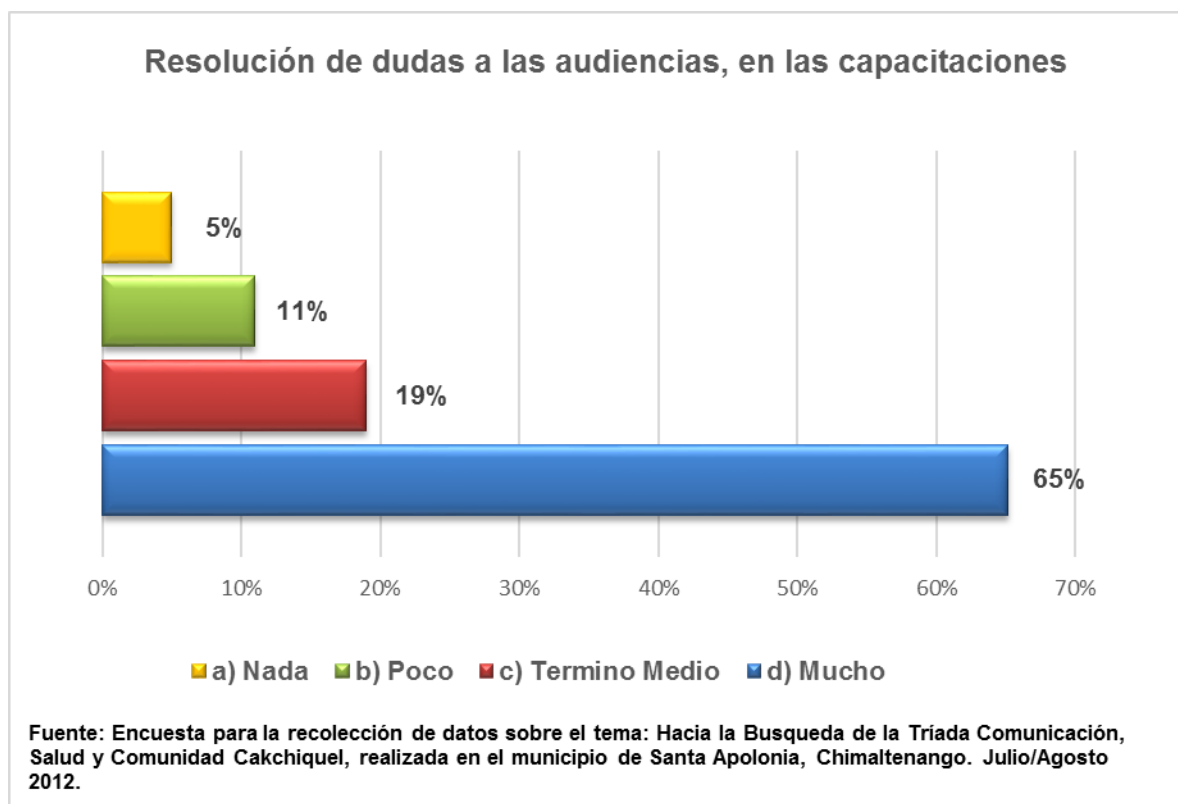
Gráfica 54



18 % respondió que en las capacitaciones, la actitud de los educadores las hace sentir muy incómodas y nerviosas. 3 % dijo que las hacen sentir nerviosas en un término medio. 16 % manifestó que las hacen sentir un poco nerviosas. Y, 63 % respondió que para nada se sienten incómodas o nerviosas y que se sienten en libertad de participar.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones la actitud positiva de los educadores les hace sentirse muy cómodas. Esto permite que se sientan libres de participar en un proceso comunicativo de ida y vuelta, lo que indica que existen condiciones para que haya un buen retorno en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

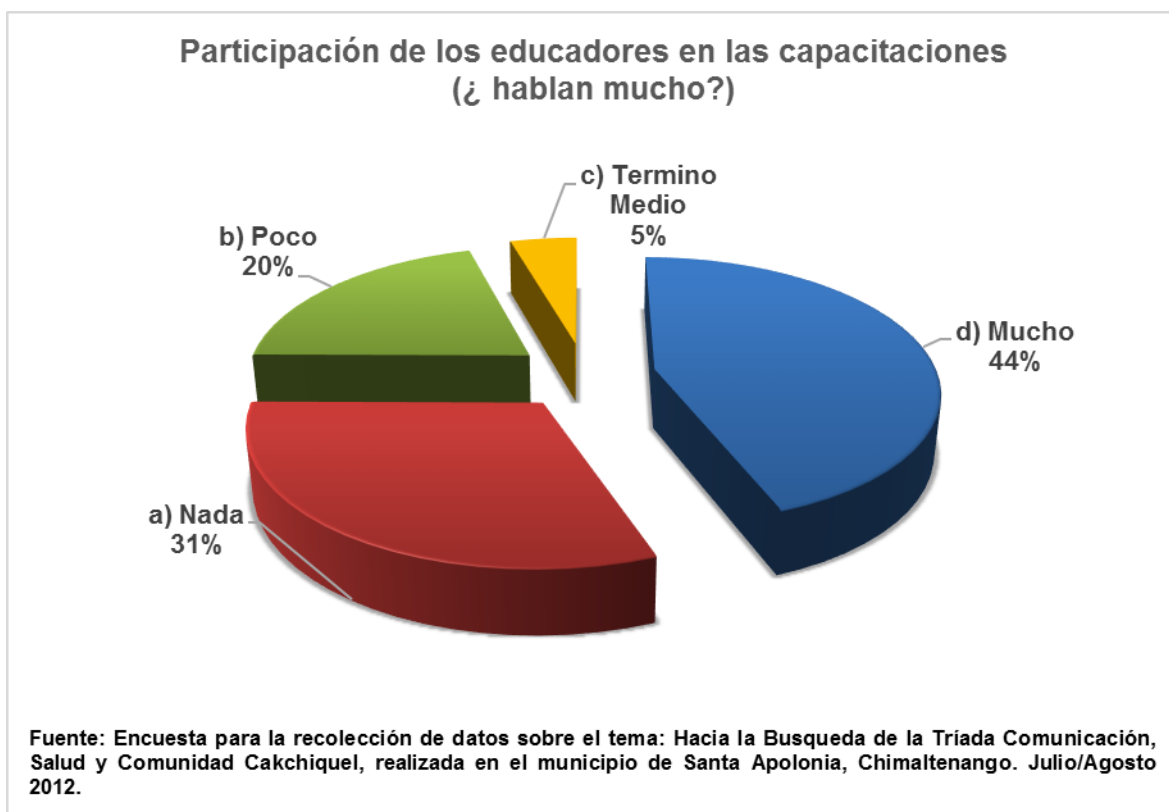
Gráfica 55



65 % de las informantes respondió que en las capacitaciones los educadores les resuelven sus dudas ampliamente. 19 % dijo que les resuelven sus dudas en término medio. 11 % dijo que es poco lo que les resuelven sus dudas. Y, 5 % respondió que no les resuelven dudas.

La mayoría de las madres encuestadas informan que en las capacitaciones los educadores les resuelven sus dudas. Esto indica que hay buena interacción y que existen condiciones para que haya un buen retorno en la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 56



44 % de las informantes considera que en las capacitaciones los educadores hablan mucho (excesivamente) y les cortan la participación a ellas. 5 % dijo que hablan en término medio. 20 % respondió que en las capacitaciones hablan poco. Y, 31 % dijo que casi no hablan para que ellas participen.

Casi la mitad de madres encuestadas informa que en las capacitaciones los educadores hablan demasiado y les quitan espacio de participación a las audiencias. Esto indica debilidades y representa que no hay buenas condiciones de retorno en la comunicación.

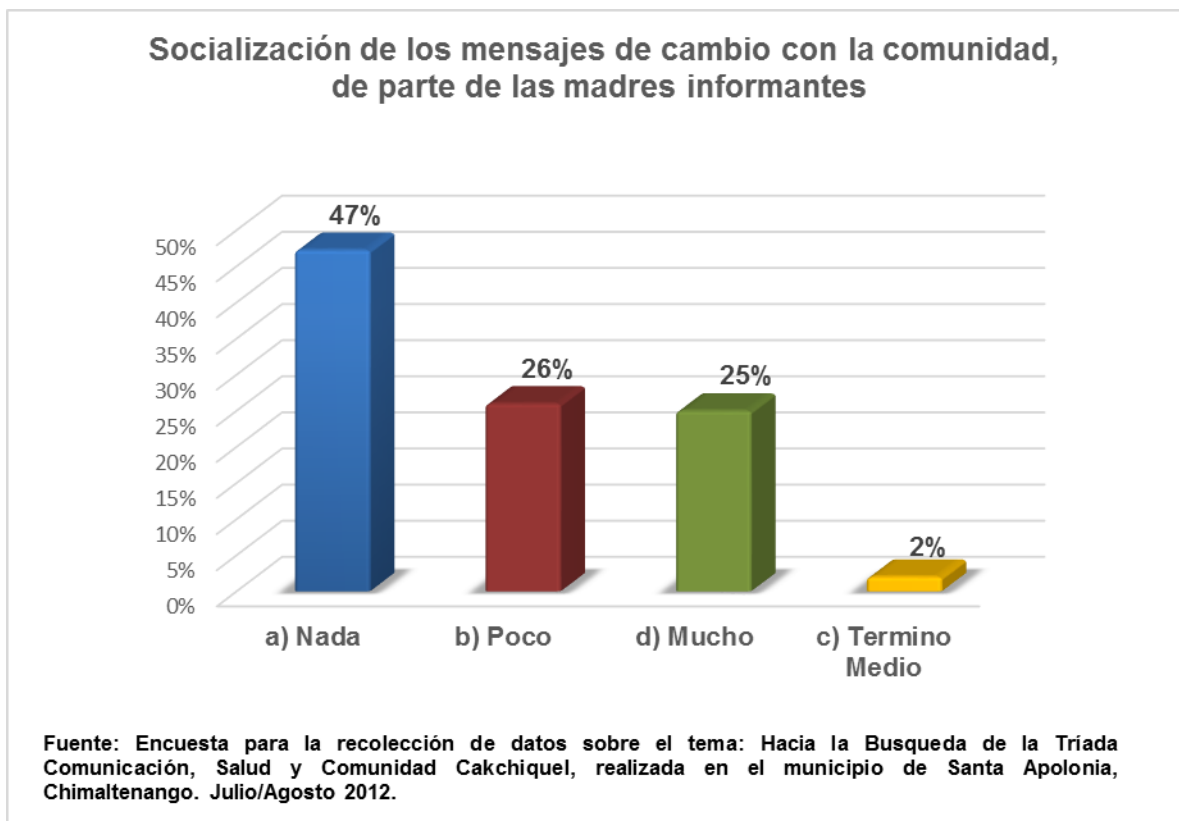
Gráfica 57



34 % de las informantes respondió que comparten ampliamente con su familia los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones. 4 % dijo que comparte los mensajes con su familia en un término medio. 29 % manifestó que comparte muy poco. Y, 33 % dijo que nunca comparten con su familia los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones.

La mayoría de madres encuestadas informa que no comparten con su familia los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones. Esto indica debilidades y representa que no existen buenas condiciones para que haya aprobación de los mensajes de cambio, por parte del grupo social al que pertenecen las audiencias, dentro de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

Gráfica 58



25 % de las informantes respondió que comparte ampliamente con sus vecinos, autoridades locales y otros miembros de la comunidad los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones. 2 % dijo que comparten los mensajes en un término medio. 26 % manifestó que muy poco comparten los mensajes. Y, 47 % respondió que nunca comparten con sus vecinos, autoridades locales y otros miembros de la comunidad los mensajes que les entregan los educadores en las capacitaciones.

La mayoría de madres encuestadas no comparten con sus vecinos, autoridades locales y otros miembros de la comunidad, los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones. Esto indica que no existen condiciones para la aprobación de mensajes, por parte del grupo social.

7.1.2 **Análisis descriptivo general de la encuesta**

En esta parte se presentan los resultados contenidos en los dos cuadros y las 58 gráficas del análisis descriptivo individual que ya fueron analizados y agrupados. De esa cuenta se puede observar que la edad de las madres encuestadas es la siguiente: 20% están entre 15 a 25 años, 76 % entre 25 a 45 años y el 4 % arriba de los 45 años. Ninguna de las informantes estuvo por debajo de los 15 años de edad (gráfica 1).

El nivel educativo de las madres encuestadas es el siguiente: 47 % es analfabeta (no asistió a recibir estudios), 50 % asistió a algún grado de primaria, 2 % asistió a nivel básico y 1% asistió al nivel diversificado (gráfica 2).

Las madres encuestadas han recibido capacitaciones (mensajes de la estrategia de salud) en la forma siguiente: 23 % con el médico, 66 % con enfermeras, 66 % con educadoras en salud y nutrición, el 1 % con otro tipo de personal de salud, y el 2 % refirió que ningún personal de salud les ha capacitado (cuadro 2).

Con los resultados obtenidos en las gráficas, de la 3 a la 58, se hace una caracterización de la calidad de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, en las comunidades estudiadas.

Los resultados agrupados se pueden ver en el cuadro 3, titulado: caracterización de la estrategia de comunicación, que contiene cinco columnas. En primera se indica el número de gráfica; en la segunda las categorías de calidad de la estrategia; en la tercera las respuestas consideradas como positivas; en la cuarta las respuestas consideradas negativas; y en la quinta, el resumen de la caracterización. En Las filas del cuadro se anotan los títulos de las gráficas (de la 3 a la 58).

Cuadro 3

Caracterización de la calidad de la estrategia de comunicación.

Categorías de la calidad de la estrategia de comunicación, según los resultados de la encuesta realizada		Respu estas Positiv as	Respu estas Negati vas	Caracte rización
Grá- fica	COBERTURA:			
3	Asistencia de informantes al centro comunitario de salud	xx		La cobertura de la estrategia de comunicación en las comunidades estudiadas es muy buena.
4	Atención d informantes en el centro de salud de Santa Apolonia	xx		
5	Atención de informantes por el equipo básico de salud	xx		
6	Capacitación de informantes por la educadora de Salud y nutrición	xx		
7	Capacitación de informantes en centro de salud de Santa Apolonia	xx		
8	Capacitación de informantes por parte del personal de salud	xx		
9	Capacitación a personas de la comunidad por técnicos de salud	xx		
10	Capacitación a comadronas y promotores de salud de la comunidad	xx		
	Las capacitaciones a informantes las brindan más frecuentemente las educadoras, enfermeras y médicos	xx		
	ACTITUD DEL EMISOR EN LA ENTREGA DEL MENSAJE:			
11	Forma de atención en los servicios de salud	xx		La actitud del emisor, para la entrega de mensajes es adecuada.
12	Respeto de los educadores durante las capacitaciones	xx		
13	Esmero de los educadores en las capacitaciones	xx		
14	Respeto a los conocimientos de las informantes (receptoras)	xx		
15	Explicaciones de los educadores	xx		
16	Afecto de los educadores en las capacitaciones	xx		
17	Confianza de las informantes durante las capacitaciones	xx		
	MANEJO DEL MENSAJE:			
18	Experiencia de los educadores	xx		El manejo del mensaje es adecuado.
19	Conocimientos de los educadores	xx		
20	Saturación de mensajes en las capacitaciones	xx		
	PERTINENCIA CULTURAL:			
21	Idioma de las capacitaciones	xx		La pertinencia cultural es adecuada.
22	Respeto a la cultura local	xx		
23	Conocimiento de las costumbres locales	xx		
24	Capacitaciones y realidad local	xx		
25	Capacitaciones y tradiciones locales	xx		
	ARMONÍA:			
26	Armonía en las capacitaciones	Xx		La armonía es adecuada.
	UTILIDAD DEL MENSAJE:			
27	Interés de la capacitación	xx		Los de la estrategia se consideran útiles.
28	Utilidad de la capacitación	xx		
29	Resolución de problemas de salud	xx		
30	Capacitaciones y salud de los niños	xx		
31	Capacitaciones y salud de la familia	xx		
32	Consejos y mensajes en las capacitaciones	xx		

Categorías de la calidad de la estrategia de comunicación, según los resultados de la encuesta realizada		Respu estas Positiv as	Respu estas Negati vas	Caracte rización
33	<u>EMPATÍA:</u> Diferencias culturales		xx	La empatía no es del todo adecuada. 5 resultados son positivos y 2 negativos.
34	Persuasión forzada	xx		
35	Empatía de mensajes en las capacitaciones		xx	
36	Empatía en las conversaciones	xx		
37	Forma de pensamiento de educadores y audiencias	xx		
38	Empatía con conocimientos locales de salud	xx		
39	Empatía con conocimientos ancestrales de salud	xx		
40	<u>SIMETRÍA DE LA INTERACCIÓN:</u> Imposición de conocimientos	xx		La simetría de la interacción no es adecuada. Se cuenta con 7 resultados positivos y 5 negativos.
41	Conocimientos de las audiencias		xx	
42	Participación en las capacitaciones		xx	
43	Reconocimiento del otro en la interacción		xx	
44	Sumisión de las audiencias		xx	
45	Equilibrio en la conversación	xx		
46	¿Sabían más los educadores?		xx	
47	¿Escuchan con atención los educadores?	xx		
48	¿Aceptan los educadores otras formas de pensar?	xx		
49	¿Regañan los educadores?	xx		
50	Discriminación en las capacitaciones	xx		
51	Relación equilibrada entre emisores e interlocutores	xx		
52	<u>RETORNO O FEED BACK:</u> Oportunidad de participación	xx		El retorno no es adecuado. Son 4 resultados positivos y 1 negativo.
53	¿Explican con amplitud los educadores?	xx		
54	Incomodidades en las participaciones	xx		
55	Resolución de dudas	xx		
56	¿Hablan mucho los educadores?		Xx	
57	<u>APROBACIÓN DEL GRUPO SOCIAL:</u> ¿Comparte con la familia los mensajes de cambio?		xx	La aprobación del grupo social no es adecuada.
58	¿Comparte con la comunidad los mensajes de cambio?		xx	

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro número 3 (anterior) se resumen las categorías utilizadas para caracterizar la estrategia de comunicación, de acuerdo a las respuestas aportadas por las madres encuestadas. Esas categorías se construyeron en base al marco conceptual de la comunicación, desarrollado en el presente estudio. Las categorías son: cobertura, actitud de los emisores en la entrega y manejo del mensaje, pertinencia cultural, armonía, utilidad de los mensajes, empatía, simetría de la interacción de la

comunicación, retorno y la aprobación de los mensajes del cambio por parte del grupo social.

La cobertura de la estrategia de comunicación en las comunidades estudiadas es muy buena (gráficas 3 a la 10). Casi el 100 % de las informantes ha recibido educación para la salud y el beneficio de la estrategia de comunicación.

Las madres encuestadas han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición, que les han brindado en el centro comunitario de salud, el centro de salud de Santa Apolonia y los miembros del equipo básico de salud.

Además, las comadronas y técnicos (promotores) de salud de la comunidad, han sido capacitados para que multipliquen los mensajes con personas de la población a fin de mejorar las condiciones de salud y vida.

La actitud de los emisores locales de la estrategia o educadores, en la entrega de los mensajes es buena (gráficas 11 a la 17). Casi todas las madres informantes indican que las atienden bien a ellas y sus familiares cuando asisten al centro comunitario de salud o al centro de salud de Santa Apolonia.

En las capacitaciones los educadores las tratan con mucho respeto y se esmeran en sus explicaciones para que los mensajes que les están transmitiendo les queden claros. Los educadores respetan los conocimientos que ellas poseen, las tratan con afecto y las hacen sentir en confianza durante las capacitaciones.

Los emisores locales de la estrategia de comunicación tienen un adecuado manejo de los mensajes (gráficas 18 a la 20). Los educadores cuentan con experiencia y conocimientos en salud, conocen bien los problemas sanitarios de la comunidad y no las saturan con mucha información en las capacitaciones.

La pertinencia cultural de la estrategia de comunicación es buena (gráficas 21 a la 25). La mayoría de madres encuestadas manifiesta que las capacitaciones se desarrollan en idioma Cakchiquel y que las mismas se adaptan mucho a la cultura, las costumbres, la realidad y las tradiciones de la comunidad.

La armonía de la estrategia de comunicación también es buena (gráfica 26). La mayoría de madres encuestadas manifiestan que existe mucha consonancia entre los educadores y ellas durante las capacitaciones.

Los mensajes de la estrategia de comunicación son útiles (gráficas 27 a la 32). La mayoría de madres indican que los mensajes de la estrategia son de interés y utilidad para ellas y sus familias. Les ayudan a resolver sus problemas de salud a ellas, a sus niños y a su familia.

En la empatía de la estrategia de comunicación hay opiniones divididas. Los resultados de 5 gráficas (34, 36, 37, 38 y 39), muestran que la empatía de la estrategia de comunicación es buena. Las madres informantes manifiestan que en las capacitaciones los educadores no tratan de persuadir las cuando ellas no están de acuerdo con la información; las conversaciones entre educadores y audiencias se dan en un clima de afecto mutuo; los emisores entienden la manera de pensar y sentir de ellas; y, toman en cuenta los conocimientos de salud de la comunidad.

En los resultados de las gráficas 33 y 35 se observan debilidades en la empatía. Únicamente el 50 % de las madres informantes manifiesta que en las capacitaciones los educadores toman en cuenta que existen diferencias entre las enseñanzas que se brindan en las capacitaciones y la cultura y conocimientos locales; y sólo el 34 % de las madres encuestadas manifiestan que los educadores toman en cuenta que hay diferencias de cultura entre ellos y las madres de familia, durante las capacitaciones.

Esta división de opiniones no permite que se pueda tomar como satisfactoria, en toda su extensión, la empatía de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.

En la simetría de la interacción de la estrategia de comunicación también hubo opiniones divididas (gráficas 40 a la 51). Los resultados de siete gráficas indican que si existe simetría en la interacción de la comunicación y los resultados de otras cinco gráficas dicen lo contrario.

Los resultados positivos indican que en las capacitaciones los educadores o emisores de la estrategia no les imponen a las madres encuestadas los conocimientos que manejan en sus mensajes, les gusta platicar en armonía, escuchan con mucha atención a las audiencias, aceptan que las madres receptoras audiencias tengan otra forma de pensar, no regañan ni discriminan a las madres por ser indígenas y las tratan de igual a igual.

Los resultados negativos señalan que en las capacitaciones, los educadores o emisores de la estrategia de comunicación creen que las madres receptoras no tienen conocimientos de salud, no les dan oportunidad a las audiencias para que manifiesten sus conocimientos, no reconocen que las audiencias tienen conocimientos sobre los temas de salud, tratan de persuadirlas (para que acepten los mensajes) aunque ellas no estén de acuerdo, y los educadores creen, que saben más de salud que las madres informantes.

Lo anterior indica que en los resultados de 7 gráficas hay equilibrio en la interacción de la comunicación, entre emisor y receptor y en otras 5 gráficas no lo hay.

En el retorno o *feed back* de la estrategia de comunicación también hay división de opiniones (gráficas 52 a la 56). En 4 gráficas se observa que si existen buenas condiciones de retorno y en una gráfica no lo hay.

Los resultados positivos indican que la mayoría de madres informantes manifiestan que en las capacitaciones, los educadores les permiten que hablen, les dan oportunidad para que los mensajes sean de ida y vuelta, las informantes se sienten cómodas en las capacitaciones y los educadores les resuelven sus dudas. Los resultados negativos indican que las madres encuestadas consideran que los educadores hablan mucho en las capacitaciones y no les permiten la participación a las madres receptoras.

La aprobación de los mensajes de cambio de la estrategia de comunicación por parte del grupo social al que pertenecen las madres encuestadas o audiencias (familia y comunidad) no es buena. Los resultados de las gráficas 57 y 58 indican que la mayoría de madres encuestadas no comparten con su familia, sus vecinos, las autoridades locales y otros miembros de la comunidad, los mensajes de cambio que les entregan los emisores de la estrategia en las capacitaciones.

En resumen, en la estrategia de comunicación son adecuadas las categorías de: cobertura, actitud y manejo del mensaje por parte de los emisores, pertinencia cultural, armonía y utilidad de los mensajes. No son adecuadas las categorías de empatía, simetría de la interacción de la comunicación, retorno o *feed back* y la aprobación de los mensajes de cambio por parte del grupo social.

7.2 Entrevistas estructuradas del nivel local

Las entrevistas se realizaron utilizando la guía respectiva (anexo 2), que contiene 20 preguntas abiertas, dirigidas al personal de salud del municipio de Santa Apolonia, que aplica la estrategia de comunicación, en su calidad de emisores de la misma.

Fueron cinco personas entrevistadas. En el centro de salud fueron tomados en cuenta la enfermera encargada del proceso de educación para la salud, y al encargado de promoción de acciones de salud para todo el municipio de Santa Apolonia. En el equipo básico de salud se entrevistó a la enfermera ambulatoria, el facilitador

institucional y la educadora de salud y nutrición que trabajan en las comunidades sujetas de estudio.

Las entrevistas estructuradas se efectuaron el día 19 de julio de 2012 en la sede del centro de salud de Santa Apolonia, con el apoyo de una grabadora, la cual permitió hacer las transcripciones respectivas, que están contenidas en el anexo 4.

7.2.1 Análisis descriptivo individual de las entrevistas del nivel local

El análisis descriptivo individual se desarrolló tomando como base la información obtenida en las transcripciones de las cinco entrevistas. Las respuestas de los entrevistados fueron vaciadas en el cuadro tabular 1 (anexo 6 de instrumentos) para ser analizadas. El cuadro contiene las respuestas individuales de las cinco personas entrevistadas y la comparación y análisis de las mismas.

7.2.2 Análisis descriptivo general de las entrevistas del nivel local

Fueron sintetizadas, comparadas y analizadas las respuestas de las cinco personas entrevistadas (cuadro tabular 1, anexo 6), habiendo obtenido un “común denominador” de las respuestas de los entrevistados, para cada una de las 20 preguntas. Ese concepto o común denominador de cada respuesta, se presenta a continuación.

Proceso de educación para la salud: la educación para la salud y la estrategia de comunicación se dirigen a grupos de población, que por lo general es analfabeta y necesita mucha dedicación para que puedan captar los mensajes. Pero las acciones educativas no se priorizan a fin de dedicar mayores esfuerzos a las poblaciones que más lo necesitan

Desarrollo del proceso de educación en los servicios de salud: las actividades del proceso de educación en salud se dirige a las madres y cuidadores de niños pequeños (menores de cinco años), a quienes se les da capacitación.

Desarrollo del proceso de educación para la salud en los servicios de salud: los trabajadores de salud aprovechan los momentos de pre y pos consulta para brindarles los mensajes de salud a las madres y cuidadores de niños. Las actividades se realizan en el centro o puesto de salud, en el centro comunitario de salud y en el domicilio de las personas.

Los trabajadores de salud o emisores de la estrategia se comunican con los receptores de la estrategia a través de comunicación interpersonal, de persona a persona o de persona a grupos de personas. Los mensajes que se entregan a los receptores han sido codificados en los programas técnico normativos del nivel central del ministerio de salud.

Estrategia de comunicación utilizada en el proceso de educación para la salud: los trabajadores entrevistados no tienen una idea clara de lo que es una estrategia de comunicación. Confunden la estrategia con los medios de comunicación como la radio, televisión y el cable local.

Tipos y formas de mensajes que se transmiten a los receptores: los mensajes corresponden a los contenidos de todos los programas técnico-normativos del ministerio de salud, privilegiando aquellos que son para el grupo materno-infantil, y tienen el objetivo de preservar la salud y nutrición de los niños menores de cinco años y de las madres embarazadas y mujeres en edad fértil. Algunos temas comunes son la prevención de la desnutrición, salud ambiental, vacunas, saneamiento básico, salud sexual y reproductiva, alimentación complementaria y crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.

Idioma utilizado en la comunicación: en las áreas rurales se usa más el idioma kaqchikel y algunas veces el español. Una tercera opción es la combinación de del kaqchikel y el español, porque los educadores son bilingües. En el área urbana la comunicación se hace en español y algunas veces en Cakchiquel.

Forma en que reciben los mensajes los receptores: la mayor parte de receptores reciben con atención y agrado los mensajes, pero algunas personas se muestran indiferentes (rechazan la consejería). A estas personas es necesario “irles buscando el lado para que acepten” los consejos. Muchas mujeres en edad fértil rechazan los mensajes de planificación familiar debido a la influencia del esposo y/o la suegra.

Adquisición de conocimientos: los receptores adquieren conocimientos positivos para llevar una vida saludable, pero lamentablemente no son todas las personas. El éxito de la actividad consiste mucho en los educadores o emisores, que deben saber motivar a las audiencias y ser persistentes para que las audiencias capten los mensajes.

Aplicación de conocimientos: algunas personas si aplican lo que aprenden en las capacitaciones, pero otras no porque no están de acuerdo (ellas, o sus familiares), con los mensajes que se les enseñan, especialmente los temas de nutrición y métodos de planificación familiar. En algunos casos las madres (receptoras) si aceptan los mensajes, pero por influencia de otros miembros de la familia no los aplican (o los aplican muy discretamente).

Cambio de actitudes y prácticas a través del aprendizaje: en términos generales, muchas personas si mejoran sus actitudes y prácticas en base a lo aprendido, pero no al cien por ciento de las madres o personas que reciben capacitaciones. No se pueden estimar cantidades porque no hay un sistema de monitoreo y evaluación.

Acciones realizadas para entrega de mensajes: se hacen capacitaciones a través de comunicación interpersonal. Las más comunes son: consejería individual, charlas, sesiones educativas, grupos de apoyo y talleres con grupos (madres, comadronas,

escolares y adolescentes). En el área urbana, cuando es posible, el centro de salud de Santa Apolonia usa la emisión de mensajes en redes sociales, la radio y el cable local.

Materiales utilizados en las capacitaciones: los más utilizados son: afiches, trifolios, rotafolios, carteles, spots radiales y audiovisuales. Estos materiales están disponibles únicamente cuando los proporcionan los programas técnico-normativos del ministerio de salud o bien en las áreas de salud.

Cuando no envían materiales de los niveles superiores, los emisores o educadores tienen que ser creativos para confeccionar sus propios materiales. Los materiales llevan mensajes de los diferentes programas del ministerio de salud, pero en especial, de los temas de salud materno-infantil. Los materiales educativos muchas veces no están adaptados para las poblaciones mayas u otras poblaciones altamente vulnerables. Son materiales entregables como los trifolios. Los receptores (madres de familia) los miran, se los llevan y los guardan; pero en otros casos los tiran.

Forma de entrega de mensajes a las receptoras: se hacen diagnósticos locales de salud y en base a eso se planifican las capacitaciones, según los protocolos existentes. En las capacitaciones que se desarrollan ya existe una programación de temas y mensajes que se van a entregar a las audiencias, pero existe flexibilidad para poder atender problemas y temas emergentes, o bien, conforme a los problemas e inquietudes que manifiestan las personas de la comunidad.

Relación de los mensajes con los valores culturales de la comunidad: para las capacitaciones y entrega de mensajes se toman en cuenta los valores culturales de las audiencias (idioma, religión, valores, creencias, etc.), porque el personal de salud o emisores de la estrategia de comunicación tienen una cultura muy parecida a la de las receptoras. Algunos de los entrevistados mencionan que los emisores deben conocer los patrones culturales de las personas de las comunidades, para no crear rechazos por parte de las audiencias.

Bloqueo del aprendizaje de las audiencias o receptoras debido a las creencias y aspectos culturales de la comunidad: algunas personas entrevistadas piensan que las creencias y patrones culturales que están muy arraigados, pueden ser un obstáculo muy grande en el aprendizaje de las personas que se capacitan. Algunas creencias influyen negativamente en los aspectos de salud de la comunidad. Se vuelven barreras difíciles de romper, especialmente en temas de planificación familiar, nutrición y las enfermedades de los niños.

Otros entrevistados piensan que los emisores tienen que acostumbrarse a trabajar con las creencias culturales de los receptores aunque sean negativas, para no crear ruidos y barreras entre los emisores y los receptores de la comunicación.

Conocimientos previos de salud que tienen las receptoras de la estrategia de comunicación: son pocas las personas que tienen conocimientos previos y positivos para fomento de la salud, por ejemplo, las comadronas que son consultadas por otras personas de las comunidades. Existen otras personas de las comunidades que también poseen conocimientos positivos, aunque algunas veces no los aplican.

Las personas entrevistadas consideran que aproximadamente un 50% de la población receptora (audiencias) no ha captado la información que les han brindado. Algunas otras personas de las audiencias han captado la información pero la ignoran deliberadamente. En resumen, hay personas que ya tienen una idea cuando llegan a las capacitaciones, pero otras personas están en cero o saben muy poco.

Reacción de las receptoras ante la entrega de mensajes: el educador tiene que “caerle bien a la gente” para que acepten los mensajes. Depende como el emisor se dirige a las personas. A la gente le gusta que se le hable de una manera sencilla y que el capacitador se identifique con la comunidad. Con las explicaciones y los consejos que les brindan los educadores, algunas madres quedan muy agradecidas y los ponen en práctica, pero otras no.

Las audiencias no se dejan persuadir con facilidad. Hay madres que asisten a las capacitaciones pero no captan, o no ponen en práctica el contenido de los mensajes porque tienen el obstáculo de la forma en que piensan sus familiares y la gente de su entorno, lo cual no les permite apropiarse de los conocimientos que se les transfieren.

Socialización de los mensajes con la familia y los vecinos: la mayoría de madres receptoras que asisten a las capacitaciones no comparten los contenidos de los mensajes con sus familias y las personas de su entorno social. Algunas otras los comparten pero con reservas; por ejemplo: en planificación familiar, las receptoras no quieren que se entere la suegra y/o el esposo porque las reprimen.

Instrucciones y directrices del nivel central: no se cuenta con una guía concreta proporcionada por el nivel central del ministerio de salud o del área de salud de Chimaltenango, para el desarrollo del proceso de educación en salud y la aplicación de la estrategia de comunicación a nivel local. Existe coordinación entre el equipo básico de salud y el centro de salud de Santa Apolonia, pero del nivel central del ministerio y el área de salud de Chimaltenango no se supervisa ni se apoya al nivel local.

Motivación de los educadores para hacer educación para la salud: los entrevistados han manifestado que les agrada mucho hacer educación para la salud en las comunidades mayas. Una de las razones principales que ellos mismos, o sus papás pertenecen a la etnia cakchiquel.

7.3 Entrevistas estructuradas del nivel central

Las entrevistas se realizaron utilizando la guía respectiva (anexo 3), que contiene 16 preguntas abiertas, dirigidas a cinco educadoras profesionales del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud, quienes son las encargadas de direccionar la forma en que se hace el proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación en el primer nivel de atención.

Fueron cinco personas entrevistadas el día 24 de julio de 2012 en la sede del Programa de Extensión de Cobertura en la ciudad de Guatemala, con el apoyo de una grabadora, la cual permitió hacer las transcripciones respectivas, la cuales están contenidas en el anexo 5.

7.3.1 Análisis descriptivo individual de las entrevistas del nivel central

El análisis descriptivo individual se desarrolló tomando como base la información obtenida en las transcripciones de las cinco entrevistas. Las respuestas de las entrevistadas fueron vaciadas en el cuadro tabular 2 (anexo 6 de instrumentos) para ser analizadas. El cuadro contiene las respuestas individuales de las cinco personas entrevistadas y la comparación y análisis de las mismas.

7.3.2 Análisis descriptivo general de las entrevistas del nivel central

Fueron sintetizadas, comparadas y analizadas las respuestas de las cinco personas entrevistadas (cuadro tabular 2, anexo 6) habiendo obtenido un “común denominador” de las respuestas de las entrevistadas, para cada una de las 16 preguntas. Ese concepto o común denominador de cada respuesta, se presenta a continuación.

Forma en que se desarrolla el proceso de educación en comunidades mayas: no está dirigido específicamente a la población maya sino a la población en general, que ha sido preparado para comunidades ladinas. Eso puede ser una barrera porque las poblaciones mayas son diferentes a las poblaciones ladinas.

La educación para la salud es para comunidades mayas y ladinas. Se hace a través de capacitaciones a personas que están en la comunidad (madres receptoras), o bien a las personas que acuden a los servicios de salud.

Acciones de educación en salud en el primer nivel de atención: se elabora un diagnóstico de necesidades educativas de la población (comunidad) basado en

conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. De acuerdo al diagnóstico se hace el programa educativo a realizar. Ese programa se ejecuta de acuerdo a como se planificó, tomando en cuenta que si surgen coyunturas además de lo planificado se pueden desarrollar otros temas.

Las capacitaciones a las personas de la comunidad se hacen por medio de comunicación interpersonal a través de consejerías personalizadas, sesiones educativas, grupos de apoyo, charlas y otras acciones educativas que son participativas y prácticas. Estas acciones se hacen con el apoyo de materiales educativos, como mantas, afiches, trifoliales, rotafolios y otros.

Operativización de la estrategia de comunicación y el proceso de educación para la salud: se utiliza la estrategia de información, educación y comunicación –IEC-. Además de las capacitaciones dirigidas directamente a las madres de la comunidad, se capacita a líderes comunitarios para que ellos sean los informantes clave de su comunidad.

También se reúne a grupos de la comunidad y mensualmente se les está capacitando sobre diferentes temas. Eventualmente, se hace perifoneo y se utilizan cuñas radiales de circuito cerrado en los mercados, para que lleguen los mensajes a las personas.

Opinión sobre la estrategia de Información, Educación y comunicación –IEC-: las personas encuestadas no pudieron definir técnicamente, lo que es la estrategia IEC. Explicaron que es “una estrategia bastante completa”. Que contiene información, educación y comunicación, que son tres elementos importantes en la educación. Si se logra integrar esos tres elementos habrá cambio de comportamiento en la población, si no hay integración de las tres, la gente va a estar informada pero no educada, no va a tener suficiente educación para cambiar hábitos de salud.

O sea, que las personas que fueron entrevistadas no poseen un enfoque técnico de lo que es la IEC. Solo conocen algunas rutinas de la forma en que se aplica en las capacitaciones. Dentro de ellas se resalta la importancia que le dan al hecho de que los mensajes lleguen a las audiencias finales (madres receptoras), en la forma que se definieron en cada uno de los programas técnico-normativos del nivel central.

Expresaron que si no es de esa manera, se pierde la fidelidad de los mensajes y la situación se convierte en un teléfono descompuesto. Por lo tanto, los emisores que entregan los mensajes en el nivel local deben hacerlo “como debe ser”, que es la manera en que lo codificaron en el nivel central del ministerio de salud.

Obtención de conocimientos a través de la estrategia de comunicación y el proceso de educación para la salud: la estrategia si ayuda para que la gente tenga conocimientos. A través de los mensajes de la misma, las audiencias obtienen conocimientos para mejorar la salud. En los servicios de salud se da educación en salud todos los días y los equipos básicos de salud brindan educación en salud directamente en las comunidades.

Cambio en las actitudes y prácticas: se ha visto que hay cambio en hábitos y conocimientos de algunas personas, pero no de todas las que reciben las capacitaciones. Las personas si mejoran las prácticas en cuanto a higiene personal, cuidado de los niños y manejo de alimentos.

Después de las capacitaciones las personas ya tienen más información en cuanto a la desnutrición, prevención de enfermedades, cuidados a mujeres embarazadas y a niños menores de cinco años. A veces cuesta un poco que apliquen los conocimientos porque las personas participan en las capacitaciones pero se quedan muy enraizadas en su cultura, en lo que se dice y se maneja dentro de la comunidad.

Función del programa de extensión de cobertura –PEC- en el proceso de educación en salud: dirigir técnicamente las acciones del proceso de educación en

salud y la aplicación de la estrategia de comunicación, a través de los miembros de los equipos básicos de salud –EBS-. Los miembros de los EBS educan a las madres de la comunidad en los temas de todos los programas del nivel central del ministerio de salud pero con énfasis en los contenidos de los programas maternos y de la niñez.

La función principal del PEC es velar porque el equipo básico de salud esté dando los servicios básicos en cada uno de los centros de convergencia que existen en las diferentes comunidades, incluyendo la aplicación de la estrategia de comunicación.

Materiales educativos que se usan para la educación en salud: afiches, ayudas audio-visuales, rotafolios, trifolios, pictogramas, algoritmos y demostraciones prácticas.

Forma de entrega de los mensajes de salud a las audiencias: los educadores de salud hacen su programación de capacitación de acuerdo a la situación epidemiológica de las comunidades, utilizando palabras claves y sencillas. Es necesario adecuar los mensajes a las demandas de las personas de la audiencia.

Los valores culturales de la comunidad y los mensajes de la estrategia de comunicación: hubo división de opiniones entre los entrevistados. Tres dijeron que si se toman en cuenta los valores culturales y dos dijeron que no. Los que dijeron que si, expresan que se debe respetar la cultura de las personas en la educación en salud para que la gente se sienta más familiarizada con los educadores.

Los que dijeron que no agregaron que no siempre se toman en cuenta esos valores. Por ejemplo, no se incluyen los alimentos que hay en la comunidad para incluirlos dentro de los mensajes de la olla nutricional, sino que se hace en base a las recomendaciones de los programas del nivel central. Es muy difícil tomar en cuenta los valores culturales mayas, porque existen muchos tabús en las comunidades y hay que aprender a manejar esas situaciones en base a la experiencia.

Los valores culturales y las barreras del aprendizaje: hubo división de opiniones. Tres entrevistadas dijeron que los valores culturales de las comunidades mayas son barreras para el aprendizaje y dos dijeron que no. Las que dijeron que si es una barrera, expresaron que eso no deja avanzar y se fundamentaron sobre el hecho que las abuelas, las suegras y el esposo (con toda su carga cultural que es negativa para la salud) tienen mucha ingerencia sobre las madres receptoras.

En las capacitaciones las receptoras aceptan el mensaje, pero la familia no la deja aplicarlo. Dicen que es difícil derribar esas barreras sociales y culturales. Las que dijeron que las creencias no son barreras, agregaron que por el contrario, es algo que enriquece la situación que se está tratando y lo único que hay que hacer es entenderlos.

Existencia previa de conocimientos de salud en las personas que se capacitan: las personas que se capacitan (madres receptoras de la estrategia) no están en cero. Saben bastantes cosas, por ejemplo, lo que son las vacunas, o sea, que si tienen sus conocimientos previos. Pero si se encuentran casos en que las personas pueden estar en cero conocimientos.

Pero lo que sucede es que no aplican los conocimientos. La razón puede ser debido a que esas personas se dedican al trabajo en el campo y no le dan prioridad a la salud. En el caso de los hombres, dejan que la esposa vaya al servicio de salud y es la única que va adquiriendo conocimientos.

Apoyo del Programa de Extensión de cobertura -PEC- al proceso de educación para la salud: el apoyo del PEC consiste en que realiza la direccionalidad técnica de la educación para la salud en el primer nivel de atención y aporta la parte financiera. El PEC apoya a las organizaciones no gubernamentales –ONGS- y a los equipos básicos de salud –EBS- con evaluaciones trimestrales, desarrollo de actividades preventivas, entrega de servicios de salud y medicamentos y la planificación y desarrollo de capacitaciones.

Capacitaciones a los educadores (emisores locales de la estrategia de comunicación): el programa de extensión de cobertura y las organizaciones no gubernamentales -ONGS- capacitan a los educadores (trabajadores locales de salud) con métodos de educación a distancia (por internet). Por otra parte, las ONGS reúnen a los miembros del equipo básico de salud, mensualmente, para capacitarlos.

Conocimientos de teorías de comunicación para apoyar el proceso de educación en salud: las profesionales del nivel central entrevistadas manifestaron no conocer esas teorías a excepción de la estrategia de información, educación y comunicación. La comunicación para ellas son algunos canales, como radio, televisión, el banco de materiales educativos.

Preparación técnica de los educadores o emisores locales de la estrategia de comunicación: las personas entrevistadas consideran que quizá los educadores locales no estén bien preparados para ser los emisores de la estrategia de comunicación y hacer la entrega de los mensajes de salud. Pero si cuentan con el conocimiento táctico elemental para hacer el trabajo.

Que tengan la preparación completa al cien por ciento, no. Pero se han hecho esfuerzos para prepararlos. Expresan que en el proceso de educación para la salud hay una buena conducción técnica que hacen los programas del nivel central del ministerio, incluyendo al programa de extensión de cobertura.

Piensen que quizá la limitante o debilidad que ha existido es que se carece de un sistema formal de monitoreo, supervisión y evaluación de la estrategia de comunicación en el en el nivel local y central.

La gente que realiza el trabajo, refiriéndose a los educadores del nivel local, por lo general, es joven y a veces no tiene compromiso moral y esa debilidad hay que fortalecerla. Aunque se hacen esfuerzos de actualizar mensualmente a los miembros del equipo básico de salud, los bajos salarios que se devengan provocan una rotación alta en los educadores, lo cual dificulta hacer un trabajo de calidad.

7.4 Análisis dinámico de resultados

El análisis dinámico conjunto se ha realizado con la información obtenida en la encuesta, las entrevistas estructuradas del nivel local y central y la revisión bibliográfica. Los resultados se correlacionan con los indicadores de la investigación contenidos en las cuatro variables de la hipótesis. Por tanto, el análisis se hace empalmando resultados con los indicadores de cada variable.

La variable independiente denominada estrategia de comunicación, tiene cinco indicadores: abordaje de la estrategia de comunicación, estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación, cobertura que tiene la estrategia de comunicación en la comunidad, percepción que se tiene de la estrategia de comunicación y calidad con la que se desarrolla la estrategia de comunicación.

Para analizar los cinco indicadores de estrategia de comunicación se elaboró el cuadro tabular 3: Indicadores de la variable: estrategia de comunicación, que se presenta en el anexo 6 de instrumentos, en donde se despliega la información obtenida en la encuesta, las entrevistas y revisión bibliográfica. En ese cuadro están contenidos los datos que se describen a continuación.

En el indicador llamado abordaje de la estrategia de comunicación se afirma que la estrategia oficial de comunicación para hacer educación para la salud dentro del sistema ministerio de salud, es la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-, que está fundamentada en la Teoría del Cambio.

El equipo emisor de la estrategia de comunicación en el ministerio de salud es complejo. Está conformado por los profesionales especialistas que trabajan en los programas técnicos normativos de nivel central del ministerio de salud, el personal técnico y profesional de las áreas de salud en el nivel departamental y los trabajadores de salud que trabajan directamente en los establecimientos de salud de los municipios.

Los especialistas de los programas técnico normativos del nivel central son los que codifican los mensajes de la estrategia. Estos profesionales, por su proceso de formación profesional, tienen una visión occidental de la salud y desconocen o conocen poco la cosmovisión maya-cakchiquel.

Como ente emisor, estos especialistas son los encargados de definir los propósitos y objetivos de los mensajes, así como de hacer la codificación y elaboración de los protocolos de entrega de los mismos. En la codificación, ellos elijen los códigos, significados, signos, signos y señales que se utilizan para el efecto.

Pero dentro de ese proceso no se contempla una metodología para mediar culturalmente los mensajes que son brindados a las comunidades maya-cakchiqueles. Los mensajes son codificados para poblaciones ladinas y son decodificados por personas que tienen una cosmovisión maya.

Los mensajes y protocolos elaborados por el nivel central a través de metodología en cascada, son captados por el personal de las áreas de salud y son trasladados a los trabajadores del distrito municipal de salud.

Los trabajadores de salud del municipio, que son los educadores o emisores finales de la estrategia, a través de las acciones de capacitación, entregan los mensajes de la estrategia de comunicación a los receptores o audiencias, que por lo general, son madres de familia.

Los educadores locales del municipio se constituyen en canal (a través de comunicación interpersonal) y emisores finales de los mensajes de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria.

De esa manera se puede considerar un problema de comunicación, en donde los codificadores de los mensajes los diseñan con una visión occidental, para ser dirigidos

a personas de comunidades ladinas. Y la decodificación de esos mismos mensajes, la hacen personas de las comunidades indígenas, bajo la influencia de la cosmovisión maya, sin que exista una metodología de mediación cultural (entre la cultura ladina y la cultura cakchiquel).

O sea, que se puede pensar en una incompatibilidad entre la codificación de mensajes bajo una visión occidental y una decodificación de los mismos, dentro de un enfoque de la cosmovisión maya-cakchiquel.

En el siguiente indicador, que es la estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación, se observa que los educadores o emisores del nivel local trasladan los mensajes de la estrategia a las receptoras o madres de la comunidad a través de capacitaciones que se hacen por medio de comunicación interpersonal, cara a cara. Las acciones de capacitación consisten en sesiones educativas, consejería personalizada, formación de grupos de apoyo, visitas domiciliarias y charlas en general.

La estrategia utilizada para el traslado de mensajes de emisores a receptoras es la estrategia de información, educación y comunicación –IEC-. Los mensajes que se entregan a las receptoras tienen el objetivo de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de las personas, a fin de elevar las condiciones de salud y vida de las personas, familias y la comunidad.

Los educadores o emisores entregan los mensajes a las receptoras en la forma que fueron codificados en los programas técnico-normativos del ministerio de salud, sin aplicar una mediación cultural, para adecuar los mensajes educativos para una mejor comprensión de las personas de la comunidad maya-cakchiquel.

Aquí se visualiza otra situación que puede causar problemas en la comunicación y es la saturación de mensajes en las capacitaciones, porque en las mismas se entregan mensajes de todos los programas técnico-normativos del nivel central del ministerio de salud.

Según el Ministerio de Salud Pública y A. S. (2011a), los programas técnico normativos son: programa del adulto mayor, salud integral de adolescentes, promoción y nutrición integral, salud integral de la niñez, género, discapacidad, atención a migrantes, medicina familiar, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria y nutricional, medicina tradicional y alternativa, programa de infecciones respiratorias superiores –IRAS- y ETAS, tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades crónicas, inmunizaciones, salud bucodental, salud mental, programa nacional de vectores, programa de rabia y zoonosis, y programa nacional de banco de sangre.

Los emisores locales de la estrategia de comunicación reciben capacitación periódicamente para efectuar su trabajo. Anteriormente la recibían de parte de las organizaciones no gubernamentales de extensión de cobertura y actualmente, por las estructuras centrales del primer nivel de atención del ministerio de salud.

Con respecto al tercer indicador de la variable, denominado cobertura que tiene la estrategia de comunicación en la comunidad, la encuesta muestra que las comunidades cakchiqueles sujetas de estudio, tienen acceso al proceso de educación y a la estrategia de comunicación de salud.

Casi el 100 % de las madres encuestadas, han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición por parte de los educadores o emisores de la estrategia, en el centro comunitario de salud, el centro de salud de Santa Apolonia, o en las comunidades y hogares a través de los miembros del equipo básico de salud.

En el indicador llamado percepción que se tiene de la estrategia de comunicación, las receptoras perciben que en las capacitaciones la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria se desarrolla en armonía entre emisores y receptoras y los mensajes son de utilidad para las receptoras, sus familias y sus comunidades.

Los educadores o emisores de la comunicación, indican que la estrategia de comunicación que se dirige a personas de las comunidades maya-cakchiqueles, no cuenta con una metodología de mediación de mensajes, por lo cual en la entrega de los mismos, se utilizan las directrices del nivel central del ministerio de salud, que están elaboradas para comunidades ladinas.

Las personas entrevistadas no reconocen con claridad que las madres de familia (receptoras de la estrategia), poseen sus propios conocimientos de salud, ya sea desde la perspectiva occidental de salud, o desde el enfoque de la cosmovisión cakchiquel. Con ello están negando inconscientemente, la participación del otro (el receptor) en el proceso de comunicación.

La mitad de los trabajadores de salud entrevistados consideran que las creencias y la cultura de las personas de la comunidad maya, pueden ser un obstáculo para la obtención de conocimientos, o bien para ponerlos en práctica. Piensan que son creencias y patrones culturales muy arraigados en la población, que influyen negativamente en la situación de salud.

Las personas entrevistadas del nivel local y central no tienen claro, desde el punto de vista técnico, lo que es una estrategia de comunicación. Tampoco tienen claridad de lo que representa la estrategia de información, educación y comunicación –IEC-. Confunden las estrategias de comunicación con los canales de comunicación tales como: radio, televisión, cable local, y otros canales.

Lo que sí tienen claro los entrevistados es que la estrategia de comunicación oficial no está mediada ni dirigida específicamente a la población maya-cakchiquel. La estrategia está diseñada para una población ladina y existen diferencias entre las culturas de las poblaciones mayas y ladinas.

Los profesionales del programa de extensión de cobertura, del nivel central del ministerio de salud, estiman que los educadores (emisores locales) no están bien preparados para hacer esa función en comunidades cakchiqueles. Tienen un conocimiento elemental pero no tienen la preparación al cien por ciento para desarrollar el trabajo.

En el indicador denominado calidad con la que se desarrolla la estrategia de comunicación, es notorio que existen fortalezas y debilidades. Una debilidad es la falta de congruencia entre la codificación y decodificación de los mensajes. Dichos mensajes se codifican desde una visión occidental y los mismos son decodificados dentro de una cosmovisión maya-cakchiquel.

Los especialistas de los programas técnico-normativos del nivel central del ministerio de salud, que son parte del aparato emisor de la estrategia de comunicación, son los encargados de desarrollar los propósitos, objetivos y la codificación de los mensajes. Su trabajo lo desarrollan dentro de un contexto occidentalizado de salud.

Los educadores o emisores del nivel local, ubicados en el municipio, trasladan los mensajes a las personas receptoras o audiencias, por medio de comunicación interpersonal, sin aplicar una metodología de mediación de mensajes.

Posteriormente, esos mensajes tienen que ser decodificados por las receptoras de la estrategia, dentro de su propio contexto cultural que está fundamentado en la cosmovisión y en el sistema alternativo de salud mayas.

Al no existir una metodología de mediación entre esos dos sistemas, la visión occidental y la cosmovisión maya-cakchiquel, es difícil encontrar una correspondencia entre lo que quiere expresar el equipo emisor y lo que pueden captar las receptoras o audiencias.

La estrategia de comunicación, en su aplicación, tiene buena cobertura en todas las comunidades sujetas de estudio. Los educadores o emisores finales de la estrategia tienen buena actitud en la entrega y manejo de mensajes y las capacitaciones se desarrollan en buena armonía entre los educadores y las audiencias.

La encuesta muestra que la pertinencia cultural de la estrategia es buena, mientras que en las entrevistas estructuradas se expresa que las creencias culturales mayacakchiqueles son barreras para obtener y aplicar conocimientos positivos para la salud. En términos generales, los mensajes de la estrategia son de utilidad para resolver problemas de salud de las receptoras, sus familias y su comunidad.

En los aspectos de la empatía y en la simetría de la interacción de la comunicación se encuentran aspectos positivos y negativos, mientras que en la aprobación de los mensajes de cambio por parte del grupo social, los resultados son negativos en la encuesta y en las entrevistas estructuradas.

La segunda variable independiente se denomina: contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación, que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria.

Esta variable tiene cuatro indicadores: visión de los emisores de la estrategia de comunicación, concepción del proceso salud-enfermedad, cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud con las personas de la comunidad y canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes de salud a las personas de la comunidad.

Para analizar los cuatro indicadores de esta variable se elaboró el cuadro tabular 4: Indicadores de la variable: contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación, que se presenta en el anexo 6 de instrumentos, en donde se despliega la información captada (encuesta, entrevistas y revisión bibliográfica). En dicho cuadro están contenidos los datos que se describen a continuación.

En el indicador denominado visión de los emisores de la estrategia de comunicación, es notorio que todos los trabajadores de salud que forman parte del aparato emisor de la estrategia de comunicación tienen una cultura occidentalizada.

Tanto los especialistas de los programas técnico normativos del nivel central, como los educadores locales, se rigen por normas técnicas de salud que corresponden a principios y conocimientos enmarcados dentro de un sistema occidental de salud, dentro del cual por lo general, se niegan los principios, valores y aspectos culturales de la cosmovisión y del sistema tradicional de salud mayas.

Estos trabajadores de salud han aprendido la cultura occidental en el seno de su propia familia o bien en sus escuelas de formación profesional. Son personas de la etnia ladina, o indígenas que se han ladinizado en el proceso de su formación técnica.

En el proceso salud-enfermedad dentro de la cultura occidental capitalista, la salud se mira como una mercancía, cuya oferta está en los hospitales, los médicos, los grandes laboratorios farmacéuticos y otros grupos de técnicos y profesionales que se organizan para la prestación de servicios médicos. Mientras que en la cosmovisión maya-cakchiquel se tiene otra forma de valorar y de ver la salud y la vida.

En el indicador llamado concepción del proceso salud-enfermedad, es notorio que en el sistema institucional, la salud se relaciona con atención médica. O sea, que dentro de ese enfoque, las personas forman y organizan instituciones para manejar sistemáticamente las enfermedades que aparecen en las personas y los grupos humanos.

Esas instituciones pueden ser complejas como un hospital, o muy simples como un centro comunitario de salud, y de alguna manera están regidas por las normas sociales y económicas de mercado.

En los aspectos técnicos de la visión occidental de salud, los trabajadores operan dentro de un esquema de pensamiento racional, en donde en la salud y la enfermedad existen causas determinantes y efectos.

En el enfoque occidental de salud, lo que queda fuera de esa visión no es lo correcto, y por tanto el sistema institucional (ministerio de salud), continúa sin comprender la lógica de la estructura y funcionamiento de la medicina maya, desvalorizándola y tratando de desplazar sus prácticas médicas. Generalmente, se estigmatiza a las personas indígenas y se rechazan y descalifican sus creencias culturales.

En el indicador denominado cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud con las personas de la comunidad se resalta, nuevamente, que la columna vertebral de este proceso es la estrategia de información, educación y comunicación - IEC-.

En el proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación, se pretende que haya aprendizaje (obtención de conocimientos) para que las personas beneficiadas puedan tener cambios positivos en las actitudes y prácticas de salud.

El aprendizaje es el cambio que se produce en las relaciones entre un estímulo percibido por el individuo y la respuesta dada por dicho individuo, en forma encubierta o manifiesta. La estrategia IEC persigue que se produzcan cambios de actitud positivos a través de acciones de estímulo-respuesta.

Los mensajes de la estrategia de comunicación llegan, desde el nivel central del ministerio de salud, a las receptoras finales de la estrategia, ubicadas en las comunidades del municipio, a través de la metodología en cascada.

En las entrevistas realizadas surgieron comentarios en el sentido que no se siga aplicando esta metodología, debido a la pérdida de la sustancia de los mensajes, en la cadena de comunicación.

Se considera que las actividades de capacitación deben apoyarse en la andragogía, porque la educación para la salud es dirigida a personas adultas. También es importante aplicar tres pasos importantes en el proceso educativo de salud, que son: información, motivación y educación propiamente dicha.

Las entrevistas estructuradas del nivel local y la encuesta indican que la mayoría de capacitaciones se dan en el idioma cakchiquel utilizando como apoyo: afiches, trifolios, rotafolios, carteles y otros materiales educativos.

También se resalta que los mensajes de la estrategia se codifican en el nivel central del ministerio de salud. Luego, son tomados por los emisores finales (locales) de la estrategia quienes los entregan a las madres receptoras.

Las capacitaciones se desarrollan por medio de comunicación interpersonal, entre educadores y receptoras, a través de acciones de consejería personalizada, sesiones educativas y formación de grupos de apoyo, principalmente.

Se ratifica que los mensajes de la estrategia de comunicación no están dirigidos específicamente a personas de comunidades mayas y que no se cuenta con una guía operativa para la mediación cultural de los mensajes (de cultura ladina a cultura maya). También se enfatiza en que se carece de un sistema de monitoreo y evaluación en el proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación.

En el indicador denominado canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes de salud a las personas de la comunidad, se evidencia que el canal utilizado es la comunicación interpersonal, o sea, la voz de las personas y otros signos del lenguaje corporal, como los gestos, por ejemplo. La comunicación se hace a través

de consejerías, charlas, sesiones educativas, grupos de apoyo y capacitaciones de comadronas, escolares y adolescentes.

La tercera variable independiente se denomina: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación, que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria. Esta variable tiene cuatro indicadores que son: cosmovisión y cultura de los receptores de la estrategia de comunicación, nivel educacional de los receptores de la estrategia de comunicación y sienten confianza en el proceso de educación para la salud las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación.

Para analizar los cuatro indicadores de esta variable, se elaboró el cuadro tabular 5: Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación, que se presenta en el anexo 6 de instrumentos, en donde se despliega la información captada (encuesta, entrevistas y revisión bibliográfica). En dicho cuadro está contenida la información que se describe a continuación.

En el indicador llamado cosmovisión y cultura de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación, se evidencia que en el sistema institucional de salud, la medicina representa un valor, que convierte a la salud en un objeto de consumo o mercancía, ofertada por médicos, paramédicos, laboratorios farmacéuticos, hospitales y otros técnicos y profesionales de la medicina.

Pero en el sistema alternativo de salud maya la salud y la medicina no son una mercancía. En la medicina maya se expresa la espiritualidad, cultura, civilización, las particularidades de un modo de vida y las ideas religiosas.

Los mayas dieron a la medicina un carácter sagrado, basado sobre la cosmología, cuyos puntos centrales son la creación del cosmos, el ordenamiento del mundo, de los seres humanos, de los dioses y los antepasados del otro mundo.

En la cosmovisión maya, cuando los padecimientos físicos y espirituales de un individuo o grupo social se agudizan, se debe encontrar a alguien que con sus conocimientos sea capaz de minimizar la presencia de esos factores. Puede ser el sacerdote, el curandero, o aquellas personas que poseen poderes sobrenaturales como hechiceros, sobadores y otros. La medicina tradicional sigue estando presente en las comunidades mayas del país.

En la cosmovisión maya se inserta la medicina tradicional o alternativa, como la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. La medicina tradicional maya es una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral.

En la actualidad, el sistema alternativo de salud maya sigue siendo un referente para las personas de las comunidades mayas. La visión de los pueblos mayas con respecto a la salud, es diferente a la forma como es planteada en el sistema institucional de salud.

La cultura ladino-occidental dominante en Guatemala ha desconocido a la cultura maya, negando sus rasgos sobresalientes. Además de las prácticas de salud, también se han desplazado otras prácticas mayas importantes, como la forma muy sencilla de comunicar (a través de estelas, esculturas, estatuas, pictografía, etc.). También el etnocentrismo ladino ha desplazado el uso de los idiomas y las formas de comunicación mayas.

En muchas estructuras y sectores sociales y económicos del Estado guatemalteco aún se discrimina y excluye a los indígenas, siendo obvias las actitudes racistas de los ladinos en contra de los mayas. Las etnias mayas siguen teniendo la sensación de sometimiento ante la etnia dominante ladina y mantienen un sentimiento de desconfianza y antipatía, hacia todo lo que proviene del mundo ladino.

En el indicador denominado nivel educacional de las audiencias, se observa que en las comunidades mayas sujeto de estudio (encuesta), el 47 % de las madres encuestadas es analfabeta, 50 % asistió a algún grado de primaria, 2 % asistió a nivel básico y 1% al nivel diversificado.

En el indicador llamado: han recibido capacitación o educación para la salud las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación, se puede ver que las receptoras de la estrategia de comunicación, han recibido capacitación o educación para la salud, en los últimos 10 años. Casi todas las madres encuestadas han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición.

En el indicador denominado: sienten confianza en el proceso de educación para la salud las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación, se puede ver que las madres encuestadas manifiestan sentirse cómodas y en confianza durante las capacitaciones que les brindan los educadores.

Sin embargo, la bibliografía muestra que las poblaciones mayas han pasado por varios siglos en los que recibieron injurias por parte de los conquistadores, criollos y ladinos, y hasta hoy día, las etnias mayas se sienten discriminadas y excluidas por la sociedad ladina y las instituciones del Estado guatemalteco.

Por lo anterior, se puede pensar que las comunidades maya-cakchiqueles puedan tener desconfianza de las cosas que provengan de la cultura ladina, incluyendo los servicios del sistema institucional de salud, que se desarrollan con un enfoque occidentalizado y son operados por personal ladino o ladinizado.

La cuarta y última variable, dependiente, se denomina: salud de las comunidades mayas. Tiene dos indicadores que son: situación de salud de la comunidad y, tienen acceso a la educación para la salud las personas (madres) de la comunidad.

Para analizar los dos indicadores de esta variable se elaboró el cuadro tabular 6: Indicadores de la variable: salud de las comunidades mayas, que se presenta en el anexo 6 de instrumentos, en donde se despliega la información captada. En dicho cuadro está contenida la información que se describe a continuación.

En el indicador llamado situación de salud de la comunidad maya-cakchiquel, la bibliografía muestra la enorme brecha que existe entre la salud de las comunidades indígenas y la salud de las comunidades ladinas, siendo las primeras las más afectadas. Por ejemplo, los departamentos del país que cuentan con el índice más alto de desnutrición crónica son los que contienen mayor población maya.

En Guatemala, en las dos últimas décadas, en las comunidades rurales se ha tenido un impacto positivo en la salud de las poblaciones no indígenas, pero no ha sido lo mismo en las poblaciones o comunidades maya-cakchiqueles, a pesar de que se han desarrollado iguales acciones preventivas y de educación en salud por parte del sistema institucional de salud.

Algunos ejemplos de esas desigualdades son: la desnutrición crónica (en niños menores de 5 años) es casi el doble en niños y niñas indígenas (67.3 %) que en niños ladinos (34. %). La mortalidad materna es del 70 por 100,000 en mujeres no indígena y de 211 por 100,000 en mujeres indígenas. La reducción de la tasa de mortalidad infantil en niños ladinos ha sido cuatro veces más rápida que en niños indígenas. Y, las tasas de morbilidad y mortalidad infantil muestran una asociación más alta y directa en niños con madres indígenas.

En el indicador denominado tienen acceso a la educación para la salud las personas de la comunidad, se puede responder que según la Universidad Rafael Landívar (1998a) Guatemala debe contar con un buen apoyo en materia de educación para la salud, porque en el país, la educación en salud es una de las necesidades insatisfechas.

Pero en la encuesta que se realizó en las comunidades rurales (sujetas de estudio) de Santa Apolonia, Chimaltenango, se evidencia que la educación para la salud y la estrategia de comunicación, tienen buena cobertura entre las madres encuestadas. Casi el 100 % de ellas han sido atendidas y han recibido educación para la salud en los centros comunitarios de salud, el centro de salud de Santa Apolonia y por los miembros del equipo básico de salud.

Capítulo 8. Discusión de resultados

Con la información contenida en el análisis dinámico conjunto de resultados (encuesta, entrevistas y revisión bibliográfica), se realizó un cruce con los indicadores de las tres variables independientes de la investigación, para ver si estos apoyan o no la hipótesis formulada. No se aplicó este ejercicio con los indicadores de la variable dependiente, debido a que estos no forman parte en la causalidad de la salud de las comunidades maya-cakchiqueles, sino que representan los efectos de la interacción de las tres variables independientes.

Cada indicador de las tres variables independientes se desglosa en componentes. Por tanto, se diseñó un cuadro para cada uno de esos indicadores, en donde es posible ubicar sus componentes y examinar si abonan o no a la hipótesis.

El criterio utilizado para analizar si los componentes de los indicadores apoyan o no a la hipótesis, es el grado de relación que cada componente tiene con las diferencias culturales que existen entre mayas y ladinos. Dicho de otra manera, son las diferencias culturales que existen entre los trabajadores del ministerio de salud que forman parte del equipo emisor de la estrategia, y los receptores o audiencias de la estrategia, que por lo general, son las madres de la comunidad maya.

Se han incluido tres formas de relación, dentro de los cuadros analíticos de los componentes de cada indicador, que se realizaron para el efecto. Las tres formas permiten ver si los componentes del indicador están ligados parcial o totalmente a diferencias culturales, entre emisores y receptores de la estrategia, o bien, que los componentes no estén ligados a diferencias culturales.

Si el número de componentes que están ligados a diferencias culturales total o parcialmente es mayor que los componentes que no están ligados, se considera que el indicador abona positivamente a la hipótesis de la investigación. Si dicha suma es menor, se considera que el indicador no abona a la comprobación de la hipótesis.

Para la variable independiente: estrategia de comunicación que forma parte de los programas en salud comunitaria, se elaboraron cinco cuadros comparativos, uno para cada indicador de la variable, donde es posible hacer la correlación de los componentes del indicador, o sea, analizar si están ligados o no a las diferencias culturales entre emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 4
Indicador: abordaje de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
<p>Los mensajes son codificados por especialistas del nivel central del ministerio de salud, dentro de un enfoque occidental de salud y de la vida.</p> <p>Los mensajes son decodificados por las receptoras o madres de la comunidad, en un contexto de la cosmovisión maya y el sistema alternativo de salud maya, lo cual puede ocasionar un problema de incongruencia comunicación en la codificación y decodificación de los mensajes.</p>	<p>Los trabajadores de salud (especialistas del nivel central y educadores locales), Pertenecen a la etnia ladina y algunos otros que son mayas se han ladinizado (durante su formación académica). Utilizan la comunicación interpersonal y el idioma español para hacer sus comunicaciones de mensajes.</p>	<p>El proceso de educación para la salud y la estrategia de comunicación tienen una cobertura cercana al 100 % de las madres encuestadas en las comunidades mayas que fueron estudiadas.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 4 se desglosan cuatro componentes del indicador (de la estrategia de comunicación). Uno que se refiere a la cobertura del proceso de educación para la salud y la estrategia de comunicación (en comunidades estudiadas) que no está ligado a diferencias culturales. Otro que está parcialmente ligado, y se refiere a que los operadores de la estrategia de comunicación pertenecen a la étnica ladina (algunos pueden ser de origen maya pero en su proceso de formación institucional se han ladinizado).

Los otros dos componentes del indicador que si están ligados a diferencias culturales son: los codificadores de los mensajes y los educadores de la estrategia de comunicación tienen una visión occidental de la salud, mientras que las receptoras de la estrategia de comunicación tienen un contexto de la cosmovisión y del sistema alternativo de salud maya, desde los cuales hacen la decodificación de mensajes.

Esto constituye un problema de comunicación porque no se encuentra correspondencia entre la codificación y decodificación de los mensajes contenidos en la estrategia de comunicación. Los contextos del proceso de comunicación son diferentes entre los emisores y los receptores de los mensajes de la estrategia. Por lo anterior se puede pensar que este indicador si abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 5

Indicador: estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
<p>Los codificadores (del equipo emisor de la estrategia) del ministerio de salud, elaboran una amplia cantidad de mensajes de la estrategia, que corresponden a los 21 programas técnico normativos del nivel central. Los mensajes son codificados con una variedad de temas para ser dirigidos a la población en general (pero especialmente a la etnia ladina) sin ser mediados para la cultura o cosmovisión maya.</p> <p>Hay sobresaturación de mensajes y los mismos se hacen en códigos que son propios para ser decodificados por población ladina y no indígena.</p>	<p>Los educadores o emisores de la estrategia, del nivel local, entregan los mensajes que fueron elaborados en el nivel central del ministerio de salud (con códigos elaborados para población ladina-occidental) a las receptoras de la comunidad maya, sin aplicar una metodología para mediar los mensajes, para que las personas receptoras de la estrategia los decodifiquen en base a su propio contexto cultural y cosmovisión (maya)</p> <p>No se cuenta con un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación (en los niveles: central, departamental y local) de la estrategia de comunicación, para poder empalmar los aspectos de codificación-descodificación de mensajes.</p>	<p>El proceso de educación para la salud y la estrategia de comunicación en el primer nivel de atención (la comunidad) se brinda en los centros comunitarios de salud y en los hogares de las personas. El centro de salud de Santa Apolonia (segundo nivel de atención) también replica los mensajes de la estrategia de comunicación, con las personas que llegan a consulta, por medio de comunicación interpersonal.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 5 se encuentran cinco componentes del indicador denominado estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación. No está ligado a diferencias culturales el componente que se refiere a los lugares donde se brindan los mensajes de la estrategia de comunicación a las receptoras (centro de salud de Santa Apolonia, centros comunitarios de salud y los hogares de las propias comunidades). Está ligado parcialmente a diferencias culturales el componente: no se cuenta con un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de la estrategia de comunicación para poder reajustar las diferencias entre la codificación-descodificación de mensajes.

Los otros tres componentes si están ligados a diferencias culturales. Ellos son: no se aplica una metodología de mediación cultural de mensajes; se elaboran mensajes en el nivel central del ministerio de salud, que son diseñados para personas ladinas y no para personas indígenas; y, los lenguajes, códigos, signos y símbolos de una cultura ladina no son fácilmente decodificados dentro de una cultura maya.

Por tanto, se considera que este indicador si abona a la existencia de diferencias culturales entre emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 6

Indicador: cobertura que tiene la estrategia de comunicación en la comunidad

COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES LIGADOS PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
-----	-----	Existe buena cobertura de la estrategia de comunicación en las comunidades estudiadas.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 6 del indicador: cobertura de la estrategia de comunicación en la comunidad, únicamente se muestra que ha existido una buena cobertura de la estrategia de comunicación en las comunidades estudiadas, durante los últimos diez años. Por lo

tanto, este indicador no abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 7

Indicador: percepción que se tiene de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
Algunos educadores o emisores de la estrategia de comunicación, del nivel local y central, piensan que las creencias y la cultura de la comunidad maya son un obstáculo para que las receptoras obtengan conocimientos positivos de salud y los pongan en práctica.	Algunos entrevistados, del nivel local y central, piensan que las receptoras o audiencias de la estrategia de comunicación no poseen conocimientos de salud. No consideran los conocimientos que ellas poseen desde su propia cosmovisión. Los entrevistados locales y centrales no conocen técnicamente lo que es la estrategia de comunicación de información, educación y comunicación y su aplicación en comunidades indígenas y ladinas.	La estrategia de comunicación (capacitaciones) genera conocimientos, actitudes y prácticas nuevas de salud, en algunas personas.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 7 se observan tres componentes del indicador percepción que se tiene de la estrategia de comunicación. Uno no está ligado a diferencias culturales. Es el que se refiere a que la estrategia de comunicación genera conocimientos, actitudes y prácticas nuevas de salud en personas de la comunidad.

Otro componente ligado parcialmente a diferencias culturales es que algunos entrevistados del nivel local y central piensan que las receptoras no poseen conocimientos de salud porque no consideran los conocimientos que ellas poseen desde su propia cosmovisión o cultura maya. O sea que técnicamente están negando al otro yo en la comunicación, porque anulan al receptor (los trabajadores de salud que fueron entrevistados no tienen claro lo que es una estrategia de comunicación).

El otro componente que está ligado a diferencias culturales es que algunos emisores de la estrategia de comunicación (locales y centrales), piensan que las creencias y la cultura de las comunidades mayas, son un obstáculo para que las receptoras obtengan conocimientos y los pongan en práctica (no hay equilibrio en la interacción).

Por lo anterior, se puede considerar que este indicador si abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 8

Indicador: calidad con que se desarrolla la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
<p>Especialistas del nivel central del ministerio de salud (como integrantes del aparato emisor de la estrategia de comunicación), son los que desarrollan los propósitos, objetivos de los mensajes. Lo hacen apegados a la lógica de conocimientos de la cultura occidental (sin intermediación cultural, de prácticas de la cultura ladina a la cultura maya).</p> <p>Los protocolos elaborados en el nivel central del ministerio de salud, indican la manera general en que los educadores (emisores) del nivel local deben trasladar los mensajes a las audiencias, sin contemplar una intermediación cultural (de la ladina a la maya)</p>	<p>En la medición técnica de la estrategia (cuadro 3), la misma salió bien calificada en los aspectos de cobertura, actitud en la entrega y manejo de mensajes, pertinencia cultural, armonía y utilidad del mensaje. Pero no estuvo bien calificada en los aspectos de empatía, simetría de la interacción, retorno o <i>feed back</i> y aprobación de los contenidos de los mensajes por parte del grupo familiar y social.</p> <p>Los profesionales del nivel central que fueron entrevistados manifestaron dudas, con respecto a que los emisores (educadores) del nivel local estén bien preparados, en el tema cultural, para transmitir y terciar (de la cultura ladina a la cultura maya) adecuadamente los mensajes de la estrategia de comunicación.</p>	<p>Derivado del marco conceptual se establecieron parámetros técnicos para medir la calidad de la estrategia de comunicación.</p> <p>La información para estimar estos parámetros fue obtenida en la encuesta y las entrevistas estructuradas locales y centrales.</p> <p>Los parámetros son: Los propósitos y objetivos de los mensajes, cobertura de la estrategia, actitud en la entrega y manejo de mensajes, pertinencia cultural, armonía, utilidad del mensaje, empatía, simetría de la interacción, retorno o <i>feed back</i> y aprobación de los contenidos de la comunicación por parte del grupo familiar y social.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 8 se observan cinco componentes del indicador denominado calidad con que se desarrolla la estrategia de comunicación. El componente de los parámetros técnicos que debe tener la estrategia de comunicación para estimar la calidad en su aplicación, no está ligado a diferencias culturales.

Dos componentes están ligados parcialmente a diferencias culturales. Uno es que la estrategia de comunicación no está bien calificada (en la encuesta) en los aspectos de empatía, simetría de la interacción, retorno o *feed back* y la aprobación de los mensajes del cambio por parte del grupo social: Y el otro, consiste en que los profesionales del nivel central que fueron entrevistados, manifestaron dudas acerca de que los educadores o emisores del nivel local estén bien preparados para transmitir y mediar adecuadamente los mensajes de la estrategia de comunicación, de la cultura ladina a la cultura maya.

Los componentes más ligados a diferencias culturales son: los especialistas del nivel central del ministerio de salud (como integrantes del aparato emisor de la estrategia de comunicación), son los que desarrollan los propósitos y objetivos de los mensajes, desde una perspectiva occidental, sin hacer una intermediación cultural de ajuste para coincidir con las prácticas y costumbres de la cultura maya.

Y los protocolos que son elaborados en el nivel central del ministerio de salud, indican la forma en que los educadores o emisores del nivel local deben trasladar los mensajes a las audiencias, pero sin contemplar una intermediación cultural entre la cultura maya y ladina.

Por lo anterior, se puede considerar que este indicador si abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 9

Resumen de la variable: estrategia de comunicación

INDICADOR	COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES LIGADOS PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	TOTAL
ABORDAJE O FORMA EN QUE ESTÁ INSTITUIDA LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	2	1	1	4
ESTRUCTURA DE FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRATEGIA	3	1	1	5
COBERTURA DE LA ESTRATEGIA	----	----	1	1
PERCEPCIÓN QUE SE TIENE DE LA ESTRATEGIA	2	1	1	4
CALIDAD CON QUE SE DESARROLLA LA ESTRATEGIA	2	2	1	5
TOTAL DE COMPONENTES	9	5	5	19

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 9 se observa que de los cinco indicadores que contiene la variable estrategia de comunicación, cuatro están ligados a la existencia de diferencias culturales entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación (con cultura ladina) y las audiencias o receptores de la misma (con cultura maya-cakchiquel). El indicador que no abona a la existencia de diferencias culturales es el de cobertura.

En los cinco indicadores de la variable, 14 de un total de 19 componentes, abonan a la existencia de diferencias culturales entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación y las audiencias o receptores de la misma.

En la variable independiente denominada contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas en salud comunitaria, se elaboraron cuatro cuadros comparativos, uno para cada indicador de la variable,

donde se puede correlacionar si los componentes del indicador están ligados o no, a diferencias culturales entre emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 10

Indicador: contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
<p>La gran mayoría de los operadores o emisores de la estrategia de comunicación del sistema institucional de salud, tienen una formación técnica y profesional estructurada dentro de un sistema occidental de salud. Además, la mayor parte de trabajadores del sistema institucional de salud pertenecen a la etnia ladina.</p> <p>Las personas de las comunidades mayas siguen siendo usuarias del sistema alternativo de salud maya, porque se sienten identificados y les ofrecen un trato (una comunicación) acorde con su cultura.</p>	<p>En Guatemala conviven dos sistemas de salud paralelos: el sistema institucional-oficial (operado por el ministerio de salud y otras instituciones del sector oficial) y el sistema alternativo de salud maya. El sistema institucional maneja un concepto occidental de la medicina y la salud y no toma en cuenta los enfoques de salud de otras culturas no occidentales. El sistema institucional de salud trata de invisibilizar al sistema alternativo maya.</p>	<p>-----.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 10 se identifican tres componentes del indicador llamado contexto cultural del equipo emisor de la estrategia de comunicación. Uno está ligado parcialmente a diferencias culturales y consiste en que Guatemala tiene dos sistemas de salud paralelos: uno es el sistema institucional operado por el ministerio de salud y otras instituciones del sector oficial, y el otro que es el sistema alternativo maya. El sistema institucional de salud maneja un concepto occidental de la medicina y la salud y no toma en cuenta los enfoques de salud no occidentales. O sea, que trata de volver invisible al sistema alternativo de salud maya.

Los otros dos componentes están más ligados a diferencias culturales. Ellos son: que la gran mayoría de operadores o emisores de la estrategia de comunicación (del sistema institucional de salud) tienen una formación técnica y profesional que está

estructurada dentro de un sistema occidental de salud y pertenecen a la etnia ladina; y el otro es que las personas de las comunidades mayas siguen siendo usuarias del sistema alternativo de salud maya, porque dentro de este sistema encuentran mayor identificación y un trato adecuado a su cultura y cosmovisión.

Por lo anterior, se puede considerar que este indicador también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 11
Indicador: concepción del proceso salud enfermedad

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
<p>En el sistema institucional, se relaciona mucho la salud con la atención médica. Dentro de este enfoque en el proceso salud/enfermedad existen causas determinantes y efectos. Se organizan instituciones para manejar sistemáticamente las enfermedades</p> <p>Las instituciones pueden ser simples, como un centro comunitario de salud, o complejas como un hospital. Pero se manejan dentro de normas sociales y económicas que corresponden a un sistema de mercado capitalista: oferta y demanda.</p>	<p>En el sistema alternativo de salud maya el tratamiento de la enfermedad es algo más que la simple aplicación del conocimiento médico por parte de instituciones. Intervienen muchos otros factores espirituales y de equilibrio con la naturaleza. El sistema institucional de salud no comprende la lógica de la estructura y funcionamiento de la medicina maya, desvalorizándola y tratando de desplazar sus prácticas médicas. Se estigmatiza a las personas indígenas y se rechazan y descalifican sus creencias culturales.</p>	<p>Según la sociología médica, las enfermedades afectan a los grupos humanos y estos reaccionan ante ellas de maneras diferentes.</p> <p>Todas las personas consideran la salud y la enfermedad, desde la perspectiva de su propia cosmovisión, respondiendo ante ellas con modos previsible, dentro de su propia formación cultural.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 11 se distinguen tres componentes del indicador denominado concepción del proceso salud enfermedad. Uno no está ligado a diferencias culturales y otros dos si lo están. El que no está ligado a diferencias culturales indica que desde el punto de vista sociológico, las enfermedades afectan a los grupos humanos y estos reaccionan a ellas de diferentes maneras, porque todas las personas consideran la salud

y la enfermedad, desde la perspectiva de su propia cosmovisión, respondiendo ante ellas dentro de su propia formación cultural.

El que está ligado a diferencias culturales parcialmente, considera que en el sistema de salud maya la enfermedad es algo más que el simple tratamiento de la misma, por parte de las instituciones, porque en la salud y enfermedad participan otros factores espirituales y de equilibrio con la naturaleza.

El otro que se relaciona con diferencias culturales consiste en que el sistema institucional de salud se organiza en instituciones para luchar contra la enfermedad, dentro de una estructura de mercado consistente en oferta y demanda.

Como el sistema institucional de salud no comprende la lógica de la estructura y funcionamiento de la medicina maya, desvaloriza sus prácticas y estigmatiza a las personas indígenas, rechazando y descalificando sus creencias culturales. Por lo anterior, se puede considerar que este indicador también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 12

Indicador: cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud en la comunidad

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
Los educadores o emisores de la estrategia de comunicación en el nivel local, tienen que trasladar los mensajes a las personas receptoras, en la forma en que fueron codificados por profesionales del nivel central del ministerio de salud, aunque a veces ellos no estén muy convencidos de los propósitos y objetivos de esos mensajes.	Las personas receptoras de los mensajes, tratan de decodificar los mismos desde la perspectiva de su propia cosmovisión, respondiendo a ellos con maneras previsibles dentro de su propia formación cultural (maya).	El desarrollo del proceso de educación para la salud y la aplicación de la estrategia de comunicación, en las comunidades estudiadas se hacen a través de comunicación interpersonal, donde se aplica la estrategia de información, educación y comunicación (IEC), la cual tiene el objetivo que las personas receptoras aprendan buenos hábitos de salud.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 12 se observan tres componentes del indicador llamado: cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud en la comunidad. Uno no está ligado a diferencias culturales; es el que indica que la estrategia de comunicación se desarrolla por medio de información, educación y comunicación de salud.

El componente que indica que las receptoras de los mensajes tratan de decodificarlos, desde la perspectiva de su propia cosmovisión y cultura mayas está ligado parcialmente. Y está más ligado a diferencias culturales el compnente que dice que los emisores de la estrategia en el nivel local trasladan los mensajes a las receptoras, en la forma en que fueron codificados en el nivel central del ministerio de salud, aunque no estén muy convencidos de la forma en que fueron elaborados.

Por tanto, se puede considerar que este indicador también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 13

Indicador: canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes de salud a las personas de la comunidad

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
-----	<p>Las capacitaciones en el proceso general de educación para la salud, se hace en metodología de cascada, desde la codificación (nivel central) hasta la decodificación de mensajes (en el nivel local). En esa cadena se deforman y diluyen los mensajes..</p> <p>Los materiales educativos que se utilizan en las capacitaciones (afiches, carteles, boletines, trifoliales, rotafolios, etc.), generalmente, no están mediados para su utilización con personas de comunidades mayas.</p>	<p>El canal más utilizado es la propia voz de emisores y receptores, en vista que las actividades de capacitación son a través de comunicación interpersonal, de persona a persona, o de persona a grupos.</p>

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 13 se observan tres componentes del indicador llamado: canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes de salud a las personas de la comunidad. Uno no está ligado a diferencias culturales y se refiere a que el canal más utilizado en la comunicación es la propia voz de los emisores y receptores.

Hay dos componentes ligados parcialmente a diferencias culturales, y son: el proceso de educación en salud se hace aplicando la metodología de cascada, desde el nivel central hasta el nivel local, pasando por niveles intermedios. En la cadena de comunicación, se deforman y diluyen los mensajes. El otro componente consiste en que los materiales educativos (afiches, carteles, boletines, trifolios, rotafolios, etc.) no están mediados para su utilización con personas de las comunidades mayas.

Por tanto, se puede considerar que este indicador también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 14

Resumen de la variable: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

INDICADORES	COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES LIGADOS PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	TOTAL
VISIÓN DE LOS OPERADORES O EMISORES DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	2	1	---	3
CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD	1	1	1	3
CÓMO SE DESARROLLA EL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD	1	1	1	3
CANALES DE COMUNICACIÓN QUE SE UTILIZAN	---	2	1	3
TOTAL DE COMPONENTES	4	5	3	12

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 14 se observa que los cuatro indicadores de la variable: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación, están ligados a la existencia de diferencias culturales, entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación.

Nueve de los 12 componentes, de los cuatro indicadores de la variable, abonan a la existencia de diferencias culturales entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación y las audiencias o receptores de dicha estrategia.

En la variable independiente denominada contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas en salud comunitaria, se elaboraron cuatro cuadros comparativos, uno para cada indicador de la variable, donde se analiza si los componentes del indicador están ligados o no, a las diferencias culturales entre emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 15

Indicador: cosmovisión y cultura de los receptores de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
El sistema de salud maya es la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, que han sido transmitidos verbalmente, o algunas veces por escrito, de una generación a otra. La medicina maya funciona dentro de un marco organizacional social, dentro del cual confluye el cosmos, el ordenamiento del mundo, los seres humanos, los dioses y los antepasados. La medicina tradicional maya ha persistido históricamente en el país, transformándose y adaptándose a los tiempos actuales, pero manteniendo sus creencias ancestrales expresadas por la tradición oral, ideogramas y otros símbolos mayas.	La etnia ladina niega los rasgos sobresalientes de la cultura maya, como la forma muy sencilla de comunicar, a través de estelas, esculturas, estatuas, pictografía, etc. Las agrupaciones sociales e indígenas consideran que en muchas estructuras y sectores sociales y económicos del Estado guatemalteco aún se discrimina y excluye a los indígenas, siendo obvias las actitudes racistas de los ladinos en contra de los mayas. La población indígena (maya), mantiene un sentimiento de desconfianza y antipatía hacia la cultura ladina..	-----.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 15 se encuentran los componentes del indicado llamado cosmovisión y cultura de los receptores de la estrategia de comunicación. Dos están ligados parcialmente y otros dos están más ligados a diferencias culturales.

Entre los que están ligados parcialmente está el hecho que la etnia ladina ha negado los rasgos sobresalientes de la cultura maya, como por ejemplo, la forma muy sencilla de comunicar, a través de estelas, esculturas, estatuas y pictografía.

Otro componente ligado parcialmente se refiere a que las agrupaciones sociales e indígenas consideran que en muchas estructuras y sectores sociales y económicos del Estado guatemalteco, aún se discrimina y excluye a los indígenas, siendo obvias las actitudes racistas de los ladinos en contra de los mayas.

Entre los componentes que están más ligados a las diferencias, se señala que hasta hoy día, la población maya-cakchiquel abriga el sentimiento que continúa bajo sometimiento ante la etnia ladina dominante. Por tanto, se puede pensar que los mayas mantienen una sensación de desconfianza hacia la cultura ladina, dentro de lo cual se puede incluir a los servicios de salud del sistema institucional de salud. Eso puede influir para que no se pueda generar una comunicación equilibrada entre personas de la cultura maya-cakchiquel y de la cultura ladina, en las capacitaciones.

El otro componente ligado a diferencias culturales consiste en que la medicina maya es una amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral, que ha persistido en el país, transformándose y adaptándose a los tiempos actuales, pero manteniendo sus creencias ancestrales expresadas por la tradición oral, ideogramas y otros símbolos mayas, que no son tomados en cuenta por el sistema institucional de salud al aplicar la estrategia de comunicación con personas de las comunidades mayas.

Por tanto, se puede considerar que este indicador también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 16

Indicador: nivel educacional de los receptores de la estrategia

COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES LIGADOS	
	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
La población de mayor riesgo biológico y social de país son las comunidades del área rural, las más pobres, no cuentan con presencia de instituciones del Estado y pertenecen a etnias indígenas. En las comunidades sujeto de estudio, la encuesta que se realizó indica que el 47 % de las madres entrevistadas son analfabetas.	-----.	-----.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 16 se tiene únicamente un componente que está ligado a diferencias culturales. La encuesta que se realizó en las comunidades sujetas de estudio revela que el 47 % de las madres afectadas son analfabetas.

Ese detalle, aunado con el hecho de que el 100 % de ellas son kaqchikeles que viven en el área rural, las perfila como una población de alto riesgo biológico y social, motivo por el cual, la estrategia de comunicación debiera diseñarse de una forma especial y específica para personas de este tipo de poblaciones.

Por tanto, se puede considerar que este indicador también apoya a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación, y abona a la comprobación de la hipótesis.

Cuadro 17

Indicador: han recibido capacitación los receptores de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
-----	-----	La encuesta que se realizó en las comunidades sujetas de estudio, indica que casi el 100 % de las informantes han recibido capacitación o educación para la salud por parte de los trabajadores de salud o educadores, en los últimos 10 años.

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 17 se observa un componente que no está ligado a diferencias culturales. Casi el 100 % de las madres encuestadas en las comunidades estudiadas, han sido beneficiadas con la estrategia de comunicación. Este indicador no abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 18

Indicador: sienten confianza en el proceso de educación para la salud los receptores de la estrategia de comunicación

COMPONENTES LIGADOS		
COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES
Debido a injurias sufridas por los indígenas épocas de la conquista, la colonia, gobiernos conservadores, gobiernos liberales y hoy día, las etnias mayas se sienten discriminadas y excluidas por la sociedad ladina y las instituciones del Estado Guatemalteco.	-----	-----

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 18 únicamente se observa un componente ligado a diferencias culturales, donde se resalta que debido a los atropellos sufridos durante la conquista, la colonia, los gobiernos conservadores y liberales, y hoy día, las etnias mayas se sienten discriminadas y excluidas por la sociedad ladina y las instituciones del Estado guatemalteco. Este sería un motivo más, para la existencia de una estrategia de comunicación especial y muy mediada, para ser dirigida a las comunidades maya-cakchiqueles.

Este indicador, también abona a la existencia de diferencias culturales entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación.

Cuadro 19
Resumen de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación

INDICADORES	COMPONENTES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES LIGADOS PARCIALMENTE A DIFERENCIAS CULTURALES	COMPONENTES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	TOTAL
COSMOVISIÓN DE LOS RECEPTORES O AUDIENCIAS, COMO DEMANDANTES DE SALUD	2	2	----	4
NIVEL EDUCATIVO DE LOS RECEPTORES	1	----	----	1
HAN RECIBIDO CAPACITACIÓN LOS RECEPTORES DE LA ESTRATEGIA	----	----	1	1
SIENTEN CONFIANZA EN EL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD LOS RECEPTORES DE LA ESTRATEGIA	1	----	----	1
TOTAL DE COMPONENTES	4	2	1	7

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 19 se observa que de los cuatro indicadores de la variable denominada contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación, tres están ligados a la existencia de diferencias culturales, entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación y las audiencias o receptores de la misma. El indicador que no abona a la existencia de diferencias culturales es el que dice: han recibido capacitación o educación para la salud las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación.

Viéndolo por componentes de los cuatro indicadores de la variable, de un total de siete componentes, seis de ellos abonan a la existencia de diferencias culturales entre los operadores o emisores de la estrategia de comunicación y las audiencias o receptores de dicha estrategia.

Seguidamente se presenta el cuadro 20, donde se resume la situación de los 13 indicadores de la investigación que están contenidos en las tres variables independientes del estudio.

Cuadro 20
Resumen de Indicadores de las tres variables independientes del estudio

VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTUDIO	INDICADORES LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	INDICADORES NO LIGADOS A DIFERENCIAS CULTURALES	TOTAL DE INDICADORES
ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN QUE FORMA PARTE DE LOS PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA	4	1	5
CONTEXTO CULTURAL DE LOS EMISORES DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	4	0	4
CONTEXTO CULTURAL DE LOS RECEPTORES DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	3	1	4
TOTAL DE INDICADORES	11	2	13

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro número 20 se observa que de los 13 indicadores contenidos en las tres variables independientes de la investigación, once están ligados a diferencias culturales entre los emisores y los receptores de la estrategia de comunicación, y dos no lo están.

Por tanto, se puede pensar que los resultados observados en el cuadro 20, apoyan la confirmación de la hipótesis del estudio, que expresa que las diferencias culturales entre los operadores o emisores y las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación, que forma parte de los programas en salud comunitaria, han incidido para que esta no contribuya eficazmente a mejorar la salud de las comunidades cakchiqueles.

9. Conclusiones

Como resultado del análisis del trabajo de investigación efectuado, se plantean las siguientes conclusiones:

Existen bastantes elementos para confirmar la hipótesis de la investigación que dice: las diferencias culturales entre los emisores y los receptores de la estrategia de comunicación, que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, han incidido para que esta no contribuya eficazmente a mejorar la salud de las comunidades cakchiqueles.

De 13 indicadores de la investigación contenidos en las tres variables independientes del estudio, once tienen relación con las diferencias culturales que existen entre los emisores y los receptores de los mensajes de la estrategia de comunicación.

Debido a las diferencias culturales que existen entre emisores y receptores de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, esta no ha contribuido a mejorar la salud de las comunidades cakchiqueles, porque se genera un problema entre la codificación y decodificación de los mensajes.

La estrategia de comunicación utilizada en los programas de educación en salud comunitaria, es la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC-. Es la estrategia oficial de comunicación utilizada en el sistema institucional de salud, o sea, en el ministerio de salud.

La aplicación de la estrategia IEC tiene el objetivo de cambiar el comportamiento de las familias rurales de Guatemala a través del proceso de educación para la salud. La estrategia se inserta dentro de la comunicación para el cambio social y de

comportamiento y sus pilares fundamentales son la teoría de aprendizaje social, la difusión de la innovación y la desviación positiva.

En la dinámica de funcionamiento del equipo emisor de la estrategia de comunicación, los propósitos, objetivos y la encodificación de los mensajes son elaborados por profesionales de los programas técnico normativos del nivel central del ministerio de salud. Ellos codifican los mensajes con signos, significados y símbolos específicos para ser dirigidos a comunidades ladinas.

Los mensajes los trasladan los educadores o emisores locales de la estrategia, hacia los receptores de las comunidad kakchiqueles, quienes decodifican esos mensajes dentro de su propio contexto o lógica de la cosmovisión y el sistema alternativo de salud mayas.

Se observa un problema de comunicación entre lo que es la codificación y decodificación de los mensajes, porque dichos mensajes son codificados dentro de un enfoque occidental de salud y son decodificados dentro del contexto de la cosmovisión y el sistema alternativo de salud mayas, sin tener un acompañamiento de una metodología de mediación de mensajes, entre la cultura ladina y la cultura maya-kakchiquel.

Al no existir una metodología de mediación cultural entre el pueblo ladino y el pueblo maya-kakchiquek, resulta difícil encontrar una correspondencia entre lo que quiere expresar el equipo emisor en los mensajes y, lo que pueden decodificar y captar las audiencias o receptores de los mensajes de la estrategia de comunicación.

La existencia de contextos o marcos de referencia diferentes entre los emisores y receptores de la estrategia de comunicación, es debida a que en Guatemala coexisten dos sistemas de salud paralelos. Uno es el sistema institucional liderado por el ministerio de salud, que por lo general, es operado con personal de la etnia ladina, que tiene una visión occidental del proceso de salud-enfermedad.

El otro sistema es el alternativo de salud maya, que expresa en las prácticas médicas un particular modo de vida y las ideas religiosas de los pueblos. Este sistema alternativo de salud maya ha persistido históricamente en el país, transformándose y adaptándose a los tiempos actuales, pero manteniendo sus creencias ancestrales expresadas por la tradición oral, ideografías y otros símbolos mayas.

La cobertura de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria fue de 97 % entre las madres encuestadas en las comunidades cakchiqueles que fueron sujetas de estudio. Pero a pesar de la buena cobertura, se puede suponer que la decodificación de los mensajes de la estrategia de comunicación, por parte de las personas receptoras, se hace dentro del contexto o marco de referencia de la cosmovisión y el sistema alternativo de salud mayas, y no dentro de la visión occidental del proceso de salud-enfermedad.

10. Recomendaciones

En base a las conclusiones del estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

El ministerio de salud debiera revisar, analizar y readecuar la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria. La estrategia se podría enriquecer con otras teorías, además de la teoría del cambio social, para que pudiera ser más efectiva con las personas receptoras de los mensajes en las comunidades cakchiqueles y contribuir a la mejora de la situación de salud de esas poblaciones.

La estrategia de comunicación dirigida a las comunidades cakchiqueles, debe acompañarse de una metodología de mediación intercultural, para adecuar los mensajes que tienen una visión ladina occidental a la cosmovisión y cultura maya-cakchiquel. Dicho de otra manera, sería una mediación entre los enfoques occidentales del sistema institucional de salud y la cosmovisión y el sistema alternativo de salud, mayas.

La metodología de mediación cultural debe ser un instrumento para encontrar una correspondencia entre lo que quiere expresar el equipo emisor en los mensajes y lo que pueden captar o decodificar los receptores de la estrategia de comunicación, permitiendo a los emisores realizar eficazmente su trabajo y tener una incidencia positiva en la salud de las comunidades cakchiqueles. En el anexo 7 se propone una guía para efectuar el desarrollo de la metodología.

Los miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación deben adecuar sus esfuerzos al marco de referencia y contexto cultural de las comunidades cakchiqueles. En ese sentido, los propósitos, objetivos y la encodificación de los mensajes de la estrategia de comunicación se deben acoplar a la cosmovisión y aspectos culturales de las audiencias maya-cakchiqueles, para que puedan ser fácilmente decodificados y aceptados por los receptores de la estrategia de comunicación.

Es necesario capacitar a todas las personas que integran el órgano emisor de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas en salud comunitaria, en los temas de comunicación interpersonal, cosmovisión maya, multiculturalidad e interculturalidad, para que puedan distinguir las diferencias y puntos de encuentro entre la cultura maya-cakchiquel y la cultura ladina, para conseguir mayor efectividad en su labor como emisores de la estrategia de comunicación.

A los especialistas de los programas técnico-normativos del nivel central del ministerio de salud se les debe reforzar en lo referente a la elaboración y codificación de mensajes, a fin de que puedan manejar los lenguajes, significados, signos y símbolos de la codificación, pensando en la forma en que pueden ser decodificados los mensajes dentro del contexto cultural maya-cakchiquel.

A los educadores o emisores de la estrategia que laboran en el ámbito local, se les debe capacitar en aspectos de comunicación interpersonal, andragogía y mediación cultural, para que ellos puedan hacer una conexión empática con sus audiencias cakchiqueles en el proceso de entrega de los mensajes.

Es importante realizar los esfuerzos necesarios para implementar un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de la estrategia de comunicación, a efecto de lograr elevar la calidad de la misma de manera constante.

A las autoridades y cuerpo docente de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se les recomienda incentivar a los estudiantes que se van a licenciar, para que realicen trabajos de investigación sobre temas de comunicación interpersonal, dado que es un campo natural de la comunicación que ha venido aumentando su mercado de trabajo, en programas y proyectos en materia educativa que se desarrollan en instituciones gubernamentales y no gubernamentales y en organismos de cooperación internacional.

11. Referencias

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- (2013). *Guía de Implementación de la Estrategia Global de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC) En el Altiplano de Guatemala*. Guatemala.
- Alcalá, A. (1999). *Andragogía, Libro guía de Estudio*. Caracas: Universidad nacional Experimental Simón Rodríguez (UNA).
- Alvarado, A. y Bracamonte A. (2007). *Selección de Textos para el Curso de Metodología de la Investigación I*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).
- Álvarez, R. (2002). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México D. F.: Manual Moderno.
- Álvarez, F. (2001). *Idiomas Mayas y Desarrollo Social*. Guatemala: Editorial Saquil Tz'ij.
- Álvarez S. (2012). *Mercadeo Social que Realiza PASMO en Planificación Familiar en la Población de Chimaltenango*. Guatemala: Escuela de Ciencias de la Comunicación, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Alzamora, M. (1980). *La Comunicación Hoy*. Guatemala: Editorial Piedra Santa.
- Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala –APRESAL- (2002). *Descentralización y Municipalización de los servicios de Salud. La Clave de la Reforma y de su Sostenibilidad*. Guatemala.
- Arriola, A. (2008). *Pensar la Patria del Criollo de Severo Peláez Martínez en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Asociación de Investigaciones Económicas y sociales –ASIES- (1996). *Visión Integral de los Acuerdos de Paz. XII Seminario Sobre Realidad Nacional*. Guatemala.
- Asturias, J. (2008). *Historia de un Historiador en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Badura, B. (1979). *Introducción a la Sociología de la Comunicación*. España: Editorial Ariel.

- Banco Mundial (2005). *Documento para Evaluación Inicial de un Proyecto de Préstamo a la República de Guatemala para Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil*. Guatemala.
- Barrera, M. (20 de octubre de 2010). *Revolución de Octubre de 1944. A 66 Años de la Gesta Revolucionaria. Documento Testimonial*. Un relato histórico del Ciudadano Jorge Toriello Garrido. Guatemala: USAC.
- Basset, L. y Ruel-Bergeron, J. (2012). *Promoción del Crecimiento y Desarrollo Saludable. Avances y oportunidades en los programas de nutrición con base comunitaria en Centro América*. Washington: Banco Mundial.
- Berlo, D. (2000). *El Proceso de la Comunicación. Introducción a la Teoría y la Práctica*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Borroto, R., Lemus E. y Aneiros R. (1998). *Medicina Familiar y Educación Médica*. Bolivia: Editor Guido Zambrana.
- Bourdieu, P. Chamboredon J. y Passeron J. (2008). *El Oficio de Sociólogo. Presupuestos Epistemológicos*. México: Siglo XXI Editores.
- Bouton, J. (1986). *El Síntoma y el Signo I*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- Cabrera, R. (2003). *El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-. Una Evaluación de su Contribución al Desarrollo Social en el Departamento de Sacatepéquez*. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
- Car G., Eder K. y García M. (2005). *La Herencia de las Abuelas y los Abuelos en la Medicina Indígena Maya*. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA).
- Casaús, M. (2011). *Racismo y Genocidio. El Genocidio de Guatemala a la luz del Plan "Sofía": una interpretación y reflexión en: Plan de Operaciones "Sofía"*. Guatemala.
- Castellanos, J. (2008). *Severo Martínez Peláez. Un historiador marxista guatemalteco relieve de un maestro artesano de la historia en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Cea D´Ancona, M. (1996). *Metodología Cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Proyecto Editorial Síntesis Sociológica.
- Cécil et al. (1996). *Tratado de Medicina Interna Volumen I*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Ceto, P. (2011). *Un nuevo amanecer. La Guatemala prural de los Acuerdos de Paz frente al racismo y la debilidad actual del Estado. Algunas reflexiones sobre el pasado reciente y el futuro inmediato de Guatemala en: Plan de Operaciones "Sofía"*. Guatemala.
- Chaclán, J. (2008). *Los Caciques de Chiwi Miq'na'. (Totonicapán), Origen, Presente y Futuro*. Guatemala: Fundación Soros.
- Chonay, D. (2006). *Título de los Señores de Totonicapán*. Guatemala: Editorial Piedra Santa.
- Coe, R. (1979). *Sociología de La Medicina*. Madrid: Alianza Universidad.
- Congreso de la República de Guatemala (1997). *Decreto 90-97. Código de Salud*. Guatemala.
- Conos, L. y Upún, S. (2001). *Racismo y Discriminación en Guatemala*. Conferencia Mundial Contra el Racismo. La Discriminación, la Xenofobia, y las Formas Conexas de Intolerancia. Durbán, Sudáfrica: Consejo Sami de Suecia.
- Consejo Municipal de Desarrollo del municipio de Santa Apolonia y Secretaría General del Consejo de Planificación Económica (2010). *Plan de Desarrollo de Santa Apolonia, Chimaltenango*. Guatemala.
- Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CONASAN- (2011). *Priorización de Municipios para la Focalización de las Intervenciones en Seguridad alimentaria y Nutricional*. Guatemala.
- Coordinación General de Áreas de Salud, Ministerio de Salud (2007). *Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención*. Guatemala.
- Corte de Constitucionalidad de Guatemala (2002). *Constitución Política de la República de Guatemala. Y su interpretación por la Corte de Constitucionalidad*. Guatemala.
- Davis, F. (2000). *La Comunicación no Verbal*. Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- De Miguel, A. (1997). *Manual del Perfecto Sociólogo*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Eco, H. (2002). *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Enciclopedia Autodidáctica Océano Volumen VII (1992). *Ciencias Sociales y Deporte*. España: Grupo Editorial Océano.

- Enlaces (2009). *Ciencias Sociales 4*. Guatemala: Editorial Santillana.
- Estrada, G. (2008). *El sistema de Salud en Guatemala. ¿Hacia dónde vamos?* Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Estrella, E. (1978). *Medicina Aborígen. La Práctica Médica Aborígen de la Sierra Ecuatoriana*. Ecuador.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO- (20 de octubre de 2010). *20 de octubre “Cuando vuelvo la vista atrás es pensamiento hacia adelante”*. *Diálogo*. No. 20 Extraordinario. Guatemala.
- Fernández, C. (julio-septiembre de 2012). *Imaginando la Primavera Democrática*. Periódico Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Figueredo O. (2001). *Problemas estructurales para el Desarrollo de Guatemala*. Guatemala: Fundación Friedrich Eberth.
- Figueroa, C. (2008). *Severo Martínez Peláez, el político y el científico en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (1988). *Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y Experiencias Europeas*. Berlín: Centro de Promoción de Salud Pública.
- García, A. (2011). *Breves notas sobre un largo conflicto armado en: Plan de Operaciones “Sofía”*. Guatemala.
- González, J. (2000). *Formas de organización y Participación Política en Comunidades Mayas*. Guatemala: Proyecto NEXUS Municipal.
- González, E. (1984). *Ensayo: Cultura y Comunicación*. La Habana: Editorial Letras Cubanas.
- Grajeda, D., Maturana H., Dávila X., García P. y Muñoz, I. (2009). *Métodos de Interlocución Para el Diseño Social de Políticas Municipales. Una mirada reflexiva desde los fundamentos humanos de la convivencia democrática*. San José de Costa Rica.
- Guerra, F. (1990). *La Medicina Precolombina*. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, Instituto de Cooperación Iberoamericana.
- Guyton A., Hall, J. (2005). *Tratado de Fisiología Médica*. México: Editorial Mc Graw- Hill Interamericana.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- [Http://es.wikipedia.org/wiki/Real_Audiencia_de_Guatemala](http://es.wikipedia.org/wiki/Real_Audiencia_de_Guatemala), consultada el 03-01-2013.
- Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala – IDEI/USAC- (2010). *Universidad y Pueblos Indígenas. Revista Estudios Interétnicos*. Guatemala.
- Instituto Indigenista Nacional (1978). *Aspectos de la Medicina Popular en el Área Rural de Guatemala*. Vol. III. Guatemala.
- Interiano, C. (2001a). *Cultura y Comunicación de Masas en Guatemala*. Guatemala: Editorial Estudiantil Fenix.
- Interiano, C. (2001b). *Semiología y comunicación*. Guatemala: Editorial Estudiantil Fenix.
- Khoshbine, P. (1988). *Antropología Aplicada a la Comunicación. Guía Práctica de aprendizaje*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Koberstein, H. (2000). *Políticas de Comunicación Formales e Informales y Democratización de América Latina. El Caso Guatemala*. Guatemala: Fundación Fiedrich Ebert/Asociación de Periodistas de Guatemala.
- Lapuepte O. et al. (2008). *Experiencias en Políticas Públicas*. Guatemala: Sistemas de Apoyo Estratégico a la Presidencia/Vicepresidencia de la República de Guatemala. Guatemala.
- Lara, P. (2014). *Evaluación de las Estrategias Utilizadas por las Instituciones para Combatir la Desnutrición Crónica en Santa Cruz Balanyá, Chimaltenango*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Lerín, A. (2010). *Interculturalidad y Ética de los Pueblos Indígenas. Universidad y Pueblos Indígenas*. Guatemala: Revista de Estudios Interétnicos, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Little-Siebold, Tod. (1998). *Monografías, Memorias y la Producción Local de la Historia en: Mesoamérica*. Guatemala: Publicaciones Semestrales Cirma y Plumsock Mesoamerican Studies.
- Lupyan, G. (4 de julio de 2012). *Beneficios de Hablar Solo*. Guatemala: Artículo, El Periódico.
- Maletzke, G. (1976). *Sicología de la comunicación social*. Quito: Editorial Época.

- Marini, A. et al. (2009). *Promoción del Crecimiento para Prevenir la Desnutrición Crónica. Estrategias con Base Comunitaria en Centro América*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Martínez, C. (1945). *Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y Evolución*. Guatemala: Tipografía Nacional.
- Martínez, S. (1985). *La Patria del Criollo*. San José de Costa Rica: Editorial Universitaria Centroamericana (EDUCA).
- Martínez, J. (2006). *Teorías de Comunicación*. Guayana, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- McLuhan, M. (1996). *Comprender los Medios de Comunicación. Las Extensiones del Ser Humano*. Barcelona: Editorial PAIDÓS.
- Menchú, R. (2013.). *Los pueblos indios en América Latina en: Democracia y Estado Multiétnico en América Latina*. México: Colección la Democracia.
- Mendoza E. (2009). *Estrategia de Comunicación y Promoción para una Maternidad Responsable y Saludable*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Ministerio de Educación–MINEDUC- (2003d). *Pueblo Garífuna en: Elementos para la Contextualización Regional y Local del Curriculum*. Guatemala: Iximulew.
- Ministerio de Educación –MINEDUC- (2003a). *Pueblo Ladino en: Elementos para la Contextualización Regional y Local del Curriculum*. Guatemala: Iximulew.
- Ministerio de Educación–MINEDUC- (2003b). *Pueblo Maya en: Elementos para la Contextualización Regional y Local del Curriculum*. Guatemala: Iximulew.
- Ministerio de Educación–MINEDUC- (2003c). *Pueblo Xinka en: Elementos para la Contextualización Regional y Local del Curriculum*. Guatemala: Iximulew.
- Ministerio de Educación y Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2008). *Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector Oficial de la República de Guatemala*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. (1999). *Acuerdo Gubernativo 115-99: Reglamento Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala.

- Ministerio de Salud Pública y A. S., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- y Organización Panamericana de la salud (2012). *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el Cumplimiento de Pacto Hambre Cero*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. (2002). *Propuesta de Modernización de los Servicios de Salud*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. (2011a). *Normas de Atención Integral para el Primero y Segundo Nivel*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A.S. (2007). *Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A.S. (2004b). *Estrategia AIEPI AINM-C. Componente Clínico: Manejo Integrado de la Mujer y el Recién Nacido/a*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A.S. (2004a). *Estrategia AIEPI AINM-C. Componente Clínico: Manejo Integrado de la Niñez de 1 Semana a Menor de 5 Años*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. et al. (2010). *Informe Final Mujeres. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI- 2008-2009*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. et al. (2017). *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. (2012). *Plan de Implementación Ventana de Oportunidades de los 1000 Días*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- (2006). *Planes Estratégicos de Promoción, Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamiento. A la Carta*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y A. S. y Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa (2007b). *Conociendo la Medicina Tradicional en Guatemala*. Guatemala.
- Ministerio de salud Pública y A. S. y Programa Nacional de Salud Reproductiva (2011a). *Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal*. Guatemala.

- Ministerio de Salud y A. S. (2011b). *Estrategia de Atención Integral de la Niñez y la Mujer –AINM-C-*. Guatemala.
- Ministerio de Salud y A. S y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- (2002b). *Metodología para la Participación Comunitaria en el Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud*. Guatemala.
- Mintzberg, H., Quinn, J. y Voyer J. (1997). *El Proceso Estratégico. Conceptos, contextos y casos*. México: Prentice Hall Hispanoamérica S. A.
- Molina C. et al. (2002). *Ética y Educación*. Guatemala: Ministerio de Educación.
- Montenegro, A. (1993). *Historia de América*. Colombia: Editorial NORMA.
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud, Teorías y Experiencias*. Guatemala: Oficina Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- (1978). *Alma Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS- (1992). *Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud*. Washington, D. C.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS- (2009). *Saneamiento rural y salud. Guía para acciones a nivel local*. Guatemala.
- Ortiz, A. y Rivero, G. (2007). *Desmitificando la Teoría del Cambio*. Building Capacity Worldwide Pact.
- Pastor, M. et al. (1998). *Ciencia Política*. España: McGraw-Hill.
- Peláez O. (2008). *Martínez Peláez nos permite conocer nuestro presente económico y social con todo realismo en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Piedra Santa, R. (2008). *La obra de Severo Martínez Peláez nos permite conocer nuestro presente económico y social con todo realismo en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Pinto J. (2008). *Severo Martínez Peláez y la visión histórica sobre el indígena guatemalteco en: La patria del Criollo tres décadas después*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Polo, F. (1986). *Los Cakchiqueles en la Conquista de Guatemala*. Guatemala: Centro Nacional de Libros de Texto y Material Didáctico –CENALTEX-.
- Polo, F. (1993). *Historia de Guatemala*. Guatemala: Centro Nacional de Libros de Texto y Material Didáctico –CENALTEX-.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- (2008). Guatemala. Volumen I (2008a). *Guatemala: ¿Una Economía al Servicio del Desarrollo Humano? Volumen I. Guatemala*.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- (2008b). *¿Una Economía al Servicio del Desarrollo Humano? Volumen II*. Guatemala.
- Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil (2009). *Plan de Información, Educación y comunicación (IEC) para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y la Desnutrición Crónica en Guatemala*. Guatemala.
- Proyecto Diálogo para la inversión Social en Guatemala et al. (2008). *La Salud de Guatemala. ¿Quién Paga la Factura? Revista: Invertir Bien en Salud*. Guatemala.
- Ramírez, C. (2013). *Propuesta de Comunicación Radial para Fortalecer el programa MOSCAMED en Comunidades Rurales de Chimaltenango*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Rangel, M. (1977). *Comunicación Oral 4*. Curso Básico Para Formación de Profesores. México: Editorial Trillas.
- Recinos, A. (2006). *Memorial de Sololá. Anales de los Kaqchikekes. Título de los Señores de Totonicapán*. Guatemala: Editorial Piedra Santa.
- Recinos, A. (1993). *Popol-Vuh. Las Antiguas Historias del Quiché*. Guatemala: Editorial Piedra Santa.
- Reding, S. et al. (2002). *De Colón a Martí*. Guatemala: Ministerio de Educación.
- Reyes, M. (2004). *La Guatemala Imposible. Bases para una estrategia nacional de seguridad*. Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales –FLACSO-.
- Rey, R. et al. (2001). *“En Río Revuelto... Nadie Gana” en Colección Diálogo*. Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO-.
- Rivera, J. (1985). *Evolución de la Salud Pública en Guatemala*. Guatemala: Departamento de Artes Gráficas, Ministerio de Salud Pública y A. S.

- Rodríguez, F. (22 de diciembre de 2012). *Kaqchikeles vuelven a tallar su historia*. El Periódico. Guatemala.
- Rodríguez, R., Lijphart, A., García, F., Pulido, R. y Montes A., (de 2002). *Educación y Poder Compartido*. Guatemala: Ministerio de Educación.
- Roitman, M. (2013). *Formas de Estado y democracia multiétnica en América Latina en: Democracia y Estado Multiétnico en América Latina*. México: Colección la democracia en México.
- Sánchez de Horcajo, J. (1991). *Escuela, Sistema y Sociedad. Invitación a la Sociología de la Educación*. Madrid: Universidad Libertarias.
- Schele, L. y Freidel, D. (1999). *Una Selva de Reyes. La Asombrosa historia de los Antiguos Mayas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Schramm, W. (1969a). *Mecanismo de la comunicación en: procesos y efectos de la comunicación colectiva*. Quito: Centro Internacional de Estudios Superiores de Periodismo para América Latina –CIESPAL-.
- Schramm, W. (1969b). *Proceso y Efectos de la Comunicación Colectiva en: procesos y efectos de la comunicación colectiva*. Quito: Centro Internacional de Estudios Superiores de Periodismo para América Latina –CIESPAL-.
- Secretaría General del Consejo de Planificación Económica –SEGEPLAN- (1992). *Plan de Acción de Desarrollo Social 1992-1996*. Guatemala.
- Secretaría de Seguridad alimentaria y Nutricional –SESAN- (2012). *Plan “Hambre Cero”*. Guatemala.
- Sierra, R. (1996). *Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica. Metodología General de su Elaboración*. Madrid: Editorial Paraninfo S. A.
- Solares, J. (2013). *Etnicidad y democracia en tierra arrasada en: Democracia y Estado Multiétnico en América Latina*. México: Colección la democracia en México.
- Solares, J. (2004). *Mesoamérica en: Estado, Etnia y Nación*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Torres, E. y Aguilera C. (1998). *Del Autoritarismo a la Paz*. Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales–FLACSO-.
- Toussant, F. (1991). *Crítica de la Información de Masas*. México: Editorial Trillas.

- Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC- (2000). *Problemas Socioeconómicos de Guatemala. El Contexto Socioeconómico General en el Período Post-bélico y de Construcción de la Paz*. Guatemala.
- Universidad Rafael Landívar (1998a). *Política Económica y Pobreza*. Guatemala: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales -IDIES-.
- Universidad Rafael Landívar (1998b). *ACUERDOS DE PAZ*. Guatemala: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales -IDIES-.
- Velásquez, R. (2002). *Comunicación. Semiología del mensaje oculto*. Guatemala: eidos ediciones.
- Villacorta, J. (1976). *Historia de la Medicina, Cirugía y Obstetricia*. Guatemala.
- Villalobos, R. (3 de marzo de 2013). *Mi Apellido es Jerónimo. Imposición Española*. Prensa Libre. Guatemala.
- Villarreal, B. (2009). *Las Ciencias Sociales. Historia y Significado a Fines del Siglo Veinte*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-.
- Villatoro, E. (2005). *Etnomedicina en Guatemala*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Zamora, F. (1995). *Hacia la Producción Social de la Salud. Apuntes de Medicina Social*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

Cuestionario: Para la encuesta de

_____, del municipio de Santa Apolonia,
del departamento de Chimaltenango. Fecha: _____.

Los informantes son madres de niños menores de cinco años, usuarias de los servicios institucionales de salud, que podrían ser a la vez líderes comunitarias o autoridades locales. El cuestionario también se podría aplicar a padres de familia que sean líderes comunitarios o autoridades locales, y que se encuentren disponibles.

INSTRUCCIONES.

La presente encuesta tiene como propósito recabar información sobre el tema: La Salud en Guatemala: Hacia la Búsqueda de la Tríada Comunicación, Salud y Comunidad Cakchiquel, la cual será de carácter confidencial. El encuestador marcará con una X, la alternativa de respuesta correcta, en base a la respuesta del informante.

Nombre: _____

Tipo de informante: _____

01. Cuantos años tiene.
a. () menos de 15. b. () entre 15 y 25. c. () entre 25 y 45. d. () más de 45.
02. A que sexo pertenece.
a. () hombre. b. () mujer.
03. El último grado de estudios que cursó, en qué nivel está ubicado.
a. () primaria. b. () básico. c. () diversificado o más. d. () ninguno.
04. Ha asistido al centro comunitario de salud.
a. () si. b. () no b. () no lo conoce.
05. Ha asistido al Centro de Salud de Santa Apolonia.
a. () si. b. () no b. () no lo conoce.
06. Cuando Usted o un familiar se enferma y van a un servicio de salud, les Atienden bien.
a. () si. b. () no.
07. Lo ha atendido el Equipo Básico de Salud.
a. () si. b. () no b. () no lo conoce.
08. Le ha dado capacitación la Educadora de Salud.
a. () si. b. () no b. () no la conoce.
09. Le han capacitado en el centro de salud de Santa Apolonia.
a. () si. b. () no b. () no aplica.

10. Ha recibido alguna capacitación o información por parte del personal de salud.
 - a. en los últimos 5 años. b. hace más de 5 años. c. nunca.
11. Qué personal de salud le brinda capacitación.
 - a. médico b. enfermera c. educadora d. otro e. ninguno
12. Han venido técnicos o personal de salud a capacitar a su comunidad.
 - a. en los últimos 5 años. b. hace más de 5 años. c. nunca.
13. Los promotores y comadronas de su comunidad han recibido alguna capacitación.
 - a. frecuentemente. b. esporádicamente. c. nunca. d. no sabe.
14. En qué idioma le dan la capacitación.
 - a. español b. kakchiquel c. español y kakchiquel d. no aplica.
15. La capacitación que le dan se adapta a la cultura kakchiquel.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
16. Cuando le da capacitación el personal de salud le trata con respeto.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
17. Cuando le dan capacitación, el personal de salud el personal de salud se esmera para que le queden claras las ideas que les están transmitiendo.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
18. Los ejemplos que le explican en la capacitación están de acuerdo con las realidades de su comunidad.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
19. Usted piensa que los trabajadores de salud que le han capacitado tienen experiencia y conocimientos para dar consejos.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
20. Cuando le han dado capacitación los trabajadores de salud tratan de imponer los conocimientos de ellos.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
21. Cuando les dan capacitación los trabajadores de salud, ellos toman en Cuenta que hay diferencias de cultura entre ellos y la cultura de usted y su familia.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
22. Los trabajadores de salud que le han capacitado conocen las costumbres De su comunidad.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
23. Cuando les dan capacitación los trabajadores de salud, ellos respetan los conocimientos que les enseñaron a usted su padres y sus abuelos.
 - a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.

24. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud le explican las cosas detenidamente y con respeto.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
25. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, ellos tratan de convencerla, aunque usted no esté de acuerdo con las ideas que ellos le están dando.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
26. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud ellos dejan que usted hable.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
27. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, y usted les quiere decir algo, le permiten que usted les explique.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
28. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted siente que los gestos que ellos hacen cuando les dan consejos son afectuosos.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
29. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que ellos han llevado la plática en buena armonía (buena relación de convivencia) con usted.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
30. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que ellos han tratado de que la plática sea de interés para usted.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
31. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted ha sentido que ellos se preocupan para que usted se sienta cómoda o en confianza.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
32. Las capacitaciones que le han dado los trabajadores de salud han sido de utilidad para usted y su familia.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
33. Usted piensa que las capacitaciones que les dan los trabajadores en salud, le ayudan a resolver sus problemas de salud.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
34. Usted piensa que las capacitaciones que le dan los trabajadores en salud, le ayudan a resolver los problemas de salud de sus niños.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.

35. Usted piensa que las capacitaciones que le dan los trabajadores en salud, le ayudan a resolver los problemas de salud de su familia.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
36. Los consejos que le brindan los trabajadores de salud cuando la capacitan, Usted cree que son buenos.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
37. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted cree que ellos piensan que usted no sabe nada de esas cosas (esos temas).
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
38. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, le han dado la oportunidad de que usted hable de los conocimientos que usted tiene sobre ese tema.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
39. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, ellos se han dado cuenta que usted también tiene conocimientos sobre ese tema.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
40. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted se siente (incómoda) nerviosa.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
41. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted ha pensado que ellos conocen los problemas de salud de su comunidad.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
42. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que ellos toman en cuenta los gustos de usted para darle los consejos.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
43. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted ha sentido que ellos piensan que usted debe ser obediente con ellos (que les haga caso).
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
44. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que ellos y usted colaboran mutuamente para platicar bien.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
45. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que la plática se ha dado con afecto entre ellos y usted.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
46. Cuando le han dado capacitaciones los trabajadores de salud, usted piensa que ellos creen que saben más que usted.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.

aplica.

47. Cuando usted les habla a los trabajadores de salud que le dan capacitación, ellos la escuchan con atención.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
48. Cuando usted les hace preguntas a los trabajadores de salud cuando le dan capacitaciones, ellos le resuelven sus dudas.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
49. Cuando la han capacitado los trabajadores de salud, usted considera que ellos entienden la manera de pensar y sentir de usted.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
50. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud y usted piensa diferente a ellos, ellos aceptan que usted tiene derecho a mantener su forma de pensar.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
51. Usted piensa que los trabajadores de salud, cuando capacitan hablan mucho.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
52. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud, usted piensa que ellos la aturden con tanta información que le dan.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
53. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud, usted piensa que a veces La regañan.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
54. Cuando les dan capacitación los trabajadores de salud que son ladinos ha sentido que ellos la discriminan por ser indígena.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
55. Usted comparte con su familia los consejos que le dan los trabajadores de salud en las capacitaciones.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
56. Usted comparte con sus vecinos, líderes, autoridades locales u otros miembros de la comunidad los consejos que le dan los trabajadores de salud en las capacitaciones.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.
57. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud, usted ha visto que Ellos respetan y toman en cuenta los conocimientos que existen en su comunidad.
a. () nada b. () poco c. () término medio d. () mucho e. () no aplica.

58. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud, usted ha visto que ellos respetan y toman en cuenta los conocimientos que le heredaron a usted sus padres y sus abuelos.
a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
59. Cuando la han capacitado los trabajadores en salud, usted piensa que ellos la tratan a usted de igual a igual.
a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.
60. Las ideas que le transmiten en la capacitación están de acuerdo con las tradiciones y costumbres de su comunidad.
a. nada b. poco c. término medio d. mucho e. no aplica.

Anexo 2: Guía de entrevistas estructuradas en el nivel local

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA NIVEL LOCAL.

Guía de entrevista estructurada para dirigir las preguntas a informantes clave (personal operativo de salud) sobre el tema: La Salud en Guatemala: Hacia la Búsqueda de la Tríada de Comunicación, Salud y Comunidad Cakchiquel. Julio de 2012.

Instrucciones:

El propósito de la entrevista es recabar la esencia de la información, la cual será de carácter confidencial. Para realizarla, el investigador se presenta con el entrevistado, le informa sobre el objetivo de la entrevista y el estimado de tiempo para realizarla. Seguidamente, haciendo una introducción agradable, inicia con la primera pregunta.

Entrevistado:

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala
2. Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud
3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja
4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud
5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)
6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud
7. Las personas reciben los mensajes con agrado

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud
9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan
10. Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios
11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)
12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud
13. Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada
14. Los mensajes se los dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos
15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de las comunidades, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica
16. A las personas que les da mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud
17. Son obedientes o reacios a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona
18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos
19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud
20. Le gusta a usted hacer educación en salud

Anexo 3: Guía de entrevistas estructuradas en el nivel central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA EN EL NIVEL CENTRAL

Guía de entrevista estructurada para dirigir las preguntas a informantes clave, consistentes en las educadoras profesionales que dirigen el Programa de Extensión de Cobertura, sobre el tema: La Salud en Guatemala: Hacia la Búsqueda de la Tríada de Comunicación, Salud y Comunidad Cakchiquel. Julio de 2012.

Instrucciones:

El propósito de la entrevista es recabar la esencia de la información, la cual será de carácter confidencial. Para realizarla, el investigador se presenta con el entrevistado(a), le informa sobre el objetivo de la entrevista y el estimado de tiempo para realizarla. Seguidamente, haciendo una introducción agradable, inicia con la primera pregunta.

Entrevistado:

1. ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas-cakchiqueles?
2. ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?
3. ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?
4. ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

5. ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?
6. ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?
7. ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?
8. ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?
9. ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?
10. ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?
11. ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?
12. ¿Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?
13. ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?
14. ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?
15. ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?
16. ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

Anexo 4: Transcripción de las 5 entrevistas estructuradas en el nivel local

Entrevista con la enfermera Profesional Lorena Estrada, quien ocupa el cargo de jefe de enfermería del Distrito Municipal de Salud (centro de salud) de Santa Apolonia, Chimaltenango. La entrevista se efectuó en las instalaciones del centro de salud, el 19 de julio de 2012.

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala

Lo que opino es que en nuestros servicios necesitamos más apoyo para dar educación, porque lastimosamente en nuestra comunidad la mayoría son analfabetas, no leen un cartel, un trifoliar que uno les da, y que allí uno les tiene que ir aportando con “con nuestras propias palabras todos los conocimientos que uno tenga”. Y también a veces no tomamos el tiempo necesario para sentarnos y hablarle a las personas; porque aparte de la consulta, allí se aprovecha para dar educación a los usuarios.

2. Cómo se desarrolla El proceso de educación en salud en los servicios de salud

Como le decía prácticamente nosotros damos educación durante la consulta. Yo específicamente como enfermera le digo, aquí en la consulta le hablo a las señoras sobre el papanicolau, planificación familiar. Porque las usuarias aquí “es diferente”, nuestra comunidad es diferente; Santa Apolonia es diferente a Chimaltenango, Chimaltenango es diferente a la capital, entonces en esos servicios pues yo le puedo hablar a todos, pero aquí no, aquí es diferente, entonces, la educación tiene que ser individualizada.

3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja

Como le decía: La educación es individualizada, pero también las acciones que tenemos es dar capacitación a las comadronas, a líderes comunitarios, pero esas son las específicas, ahora, de allí, solo planificadas.

4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud

Mire, una de las estrategias que se utiliza aquí es la radio, el cable que viene a veces a tomarnos espacios para pasarlos por el cable; pero lo malo es que en nuestras aldeas no llega el cable, y quienes miran esos espacios son los de Tecpán y parte del casco urbano. Pero es muy poco el casco urbano, a comparación de todas las comunidades (rurales), que tenemos.

5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)

Prácticamente todos los programas del ministerio de salud, verdad, yo específicamente a lo que le hago promoción es a todo lo que es materno-infantil, mis

programas que tengo a mi cargo es materno- infantil, tengo tuberculosis, todo lo que es sintomático respiratorio, el tratamiento de TB, inmunizaciones que también es un programa fuerte, también está papanicolau, la rabia, ¡híjole!, son todos los programas, para nosotros todo es prioritario, porque viene un niño mordido se da educación, se va a investigar cómo está el perro, si es conocido, desconocido, etcétera, o sea que todo.

6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud

Se les da la educación en idioma kaqchikel

7. Las personas reciben los mensajes con agrado

Mire: hay personas que las reciben con indiferencia. Un ejemplo que tenemos es el de niños que hay que referir, uno les da educación, y les dice uno, él está sufriendo, hay que referirlo, entonces: “si se muere es la voluntad de Dios seño” (contestan). Entonces, que le da a entender eso, que la gente no quiere saber nada. Pero también hay personas que le dicen a uno gracias seño, muchas gracias. También tengo notas de planificación familiar, y trato de tomar mi tiempo para hablarles a las señoras; yo le hablé a una señora como una hora para “que tomara nota de una la T de cobre”, ¡pero se fue !. Y eso me ha pasado, yo les hablo, les explico las ventajas, las desventajas “que va a pasar y todo”; y después verdad: “que no sé nada”. A mí se me olvidó, y otro día se atrevió a decirme: fíjese seño que yo el otro día yo me iba a poner una T de cobre, “pero que alegre”, yo la vi decidida, y la atendí y todo, verdad”. Pero hay otras personas que si dicen: muchas gracias.

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud

¡Sí!, hay personas que si le dicen a uno muchas gracias seño, y si hacen lo que uno les dice, porque regresan, regresan y dicen fíjese seño que yo me hice esto, me hice lo otro y todo, y mejoré, “y mire, fíjese que lo otro, y todo”; ¡sí! Hay personas que sí, pero no todas.

9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan

¡Sí!, algunas sí, no todas, no todas.

10. Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios

¡Ha sí!, en la realidad, tal vez no al cien por ciento, pero si una parte

11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)

Hay un espacio amigable que está a cargo del encargado de promoción, él brinda charlas a todos, él le da charlas a comadronas; y también el personal de enfermería da charlas individualizadas aquí en Santa Apolonia, a las personas.

12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud

Los trifoliales, los carteles que mandan del ministerio, y también de otros, que a veces se reciben capacitaciones en el área y tenemos que dar la réplica; entonces se usan las presentaciones que nos dan.

13. Los mensajes de salud que se les dan es para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada

¡Ha! van surgiendo, la mayoría, porque como el plan tiene que ser accesible, verdad. Yo tengo mi plan de capacitación de personal, pero si estoy viendo que hay problema en esto y todo, entonces tenemos que priorizar.

14. Los mensajes se los dan a las personas son tomando son en cuenta los valores culturales de ellos

Si, se toma muy en cuenta, porque vienen las señoras: que el temascal, que el ojo y todo; entonces, el personal de aquí, yo pienso y siento que tienen la misma cultura; entonces viene el personal y dice fíjese seño que ella dice esto, y hagámosle caso, entonces hasta el mismo personal lo aconseja a uno, hagámoslo pues y si no le funciona hagamos otra cosa.

15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de la comunidad, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica

No tengo respuesta.

16. A las personas que les dan mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud

Son muy pocas las personas que tienen conocimientos de salud, prácticamente las comunidades a quien le hacen caso es a la comadrona, ella es la que supuestamente tiene el conocimiento de salud.

17. Son obedientes o reacios a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona

Depende de "quien se los haga" y quién les dé el mensaje también; porque en lo poco que yo he salido a las comunidades; hay un compañero que es de aquí de Santa Apolonia, yo misma me he dado cuenta que llegando, porque él es técnico de aquí, pero tiene a cargo comunidades para vacunar, entonces la gente a él lo recibe bien, se dejan vacunar las personas por él y todo; entonces yo pienso que tiene que ver quién es el que va a llegar. Porque yo he mandado a otras personas a vacunar y la gente no los recibe, entonces tienen que conocer a las personas.

18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos

Muy poco, o tal vez no, porque si yo le doy educación a una señora aquí, y me hacen unas preguntas aquí, aprovechando la consulta con tal de que no oigan allá afuera, porque como es una educación especial de planificación familiar, ellas no quieren que se entere la suegra, no quieren que se entere el esposo. Incluso, ella vienen y aquí dejan toda su papelería con tal de que no se enteren. Tal vez sería muy poquito si ellas les comparten alguna observación.

19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud

No, no se tiene relación con ellos yo por ejemplo, no. Llevo dos años de estar aquí y no ha habido relación; solo con los compañeros de extensión de cobertura; con ellos coordinamos todas las acciones, con puérperas, y si no pueden ellos, pues vamos nosotros con el doctor, y todas las acciones se coordinan con ellos.

20. Le gusta a usted hacer educación en salud

Si, si me gusta, me gusta hablarles a las personas, darles educación, pero a veces siente uno que se cansa, porque a la gente le da igual, pero lo que me encanta hablarles es de planificación familiar.

MUCHAS GRACIAS, FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista con el licenciado Carlos Alvarado, encargado de promoción en salud del Distrito Municipal de Salud (centro de salud) de Santa Apolonia, Chimaltenango. La entrevista se efectuó en las instalaciones del centro de salud, el 19 de julio de 2012.

(Es licenciado en administración de empresas, pero tiene varios años de estar desempeñando la función de promoción y educación en Santa Apolonia).

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala

De acuerdo a la experiencia que hemos tenido trabajando ya varios años para los programas de educación y promoción dentro del ministerio de salud básicamente, me he podido dar cuenta que los procesos de salud son buenos, el problema es que cuando se implementan muchas veces no se considera los grupos para los que se va a desarrollar el trabajo verdad, entonces cuando eso sucede puede causar que la información no llegue oportunamente, otra cuestión es que el proceso de educación ha ido avanzando, el ministerio de salud trata de mantenerse siempre dentro de toda la tecnología, que es muy importante, sin embargo hay que considerar que en el área rural la tecnología no está tan avanzada, entonces eso crea muchas limitantes también cuando no se puede lanzar a través de un medio de información, la comunicación que debemos tener con la población, si no hemos identificado realmente o segmentado a nuestra población para poder llegar con todos.

2. Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud

Respuesta: igual a la de la pregunta 1.

3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja

Hay una serie de acciones de educación que se realizan, aquí en el centro de salud particularmente hemos dado mayor énfasis y hemos priorizado a la población infantil y al adolescente, y básicamente a niños y niñas en edad escolar, porque hemos detectado que con respecto los cambios de actitud, es mucho más fácil poder incidir, y si no mucho más fácil, tiene su grado de dificultad y complejidad el poder trabajar con niños y adolescentes, sin embargo es mucho más fácil poder lograr cambios de actitud en niños y adolescentes que ellos van a poner en práctica lo aprendido, que con la población adulta, la población adulta tiene ciertas actitudes que hay que hacer que la gente desaprenda lo que ya ha aprendido durante muchos años es muy complicado, pero con los niños y los adolescentes cuando ellos llegan a su casa, con nuevas actitudes de cambios en salud entonces ellos si va a ser agentes de cambio directamente dentro de sus familias y eso aplica dentro de las comunidades, se trabaja mucho con niños, hay diferentes actividades que se realizan. Dentro de las acciones hay diversidad, iniciamos con el perifoneo en las ocasiones y en los lugares que corresponde. Porque nosotros nos hemos dado cuenta que el perifoneo, básicamente sirve para pasar la información en el momento a las personas de las comunidades cuando vamos a tener una jornada, cuando vamos a tener alguna campaña, cuando hay alguna emergencia, pues usamos el sistema de perifoneo, de allí, de lo contrario, tratamos de tener charlas educativas con diferentes grupos de población, desde madres de familia, se utiliza también a las otras organizaciones, hemos hecho alianzas estratégicas con “algotras” organizaciones que funcionan acá en el municipio, para que podamos tener mayor cobertura y poder llegar a la mayor cantidad de la población.

4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud

Institucionalmente nosotros, como usted puede observar, manejamos como estrategias de comunicación, básicamente son cinco que son estrategias institucionales: de municipios saludables, escuelas saludables, espacios amigables para adolescentes, promoción de los servicios de salud y la promoción de prácticas saludables que se habían estado manejando. Actualmente se están haciendo algunos planes con respecto a las estrategias. Qué objetivo tiene cada uno de estos, como bien le hablaba, en los municipios saludables tratamos de incidir en la mayor parte de la población, y en los municipios saludables tratamos de trabajar básicamente temas de educación en salud, salud ambiental, saneamiento básico; ya cuando trabajamos escuelas saludables, pues una serie de charlas educativas en la población escolar, hacemos talleres vivenciales con niños, para que ellos se conviertan en agentes propios de cambio y que en las actividades de pares puedan llegar a sus escuelas y que hagan actividades específicas en donde ellos transmitan información que se les ha enseñado a través de las capacitaciones; con los adolescentes se trabaja una serie de temas, igual, temas de desarrollo en salud y tratamos de que ellos también trabajen actividades de pares. Ellos llegan al espacio, toman la información, les damos la capacitación necesaria, ya con la instrucción necesaria ellos se convierten

ya en socializadores de la información que se les ha transmitido, y eso ha permitido que hayan ya cambios de actitudes.

5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)

Igual a la de la pregunta 4.

6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud

Regularmente toda la información acá en el área urbana tratamos de trabajar en idioma castellano, sin embargo con el apoyo de las educadoras de salud del programa de extensión de cobertura. También se les da alguna información a las comunidades, cuando se reúnen en las comunidades, en el idioma materno, en este caso el kaqchikel. Acá en santa Apolonia, cuando hay capacitaciones y vemos que hay mucha dificultad en la absorción de la información por problemas de comunicación en castellano, pues buscamos la alternativa que también entre los mismos jóvenes y niños, ellos repliquen la información ya en kaqchikel y que eso sea de doble vía.

7. Las personas reciben los mensajes con agrado

Es increíble, pero la población la vamos a diferenciar en dos estratos. Hemos tenido muchos problemas posiblemente con las personas que ya tienen mayor instrucción académica, ellas por su misma situación de ya instrucción académica se ven reacios o renuentes a recibir la información porque para ellos es una información básica, es una información general, es una información muy sencilla, entonces ellos les ponen algunos obstáculos a recibir este tipo de información, por el simple hecho de creer que ya conocen la información, sin embargo nos hemos dado cuenta que este mismo segmento de la población también tiene sus dificultades, cuando ya los vemos en las acciones, en la toma de las decisiones, en el análisis de la situación. Con la población que visita el centro de salud, es increíble, pero fíjese que con ellos a pesar de que al principio hay un poco de resistencia, ya el cambio de actitudes son mucho más notable, ellos reciben la información, reciben más fácil la información, y también de alguna manera, si la ven importante, por lo menos tratan de tomarla en cuenta y tratan de aplicar lo aprendido.

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud

Cuando la información es persistente sí, cuando iniciamos con actividades concatenadas, tratamos de darles información, del mismo tema se les da información varias veces, ellos empiezan a asumir la responsabilidad de cambiar.

9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan

Respuesta: igual a la de la pregunta 8.

10. Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios

Respuesta: igual a la de la pregunta 8.

11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)

Aquí regularmente damos charlas en los servicios, charlas educativas, un tanto informales, en el momento en que los pacientes vienen acá en el servicio en la mañana, se les da una charla informativa más que todo a manera general; les explicaba yo que eventualmente hacemos actividades de perifoneo también para trasladar información a la población en general en forma masiva y luego pues tratamos de trabajar con áreas específicas con diferentes estrategias, una de ellas, pues es charlas dirigidas a grupos específicos, grupos organizados, grupos de escolares, grupos de nivel primario, de nivel básico, mujeres organizadas, tratamos de trabajar le mencionaba con otras instituciones que tienen grupos ya organizados, nos trasladamos con ellos y damos charlas educativas, hacemos talleres, se hacen talleres, no solo con maestros, se hacen con niños, con adolescentes, con adolescentes se hacen talleres bimensualmente para darles información, ya son talleres más formales en donde se les compromete a socializar toda la información que se ha preparado, se les dan las herramientas y las estrategias necesarias para poder trasladar esa información con los grupos que queremos que ellos lleguen; se les da alguna información escrita, también usamos mucha información escrita; y ahora a través de los medios de comunicación, a través de internet, que tratamos de enviarles información, a través de las redes sociales, a grupos de jóvenes que están organizados, a través del centro de salud; nosotros hemos trabajado durante varios años en un programa que se llama espacios amigables en donde se traslada información a jóvenes y adolescentes, hombres y mujeres, entonces con ellas se tienen reuniones periódicas una o dos veces a la semana con diferentes grupos, diferente participación de jóvenes y señoritas, y a ellos se les traslada información, también como le explicaba, también utilizamos los medios de comunicación.

12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud

Para poder trasladar información usamos medios audiovisuales, los spots de radio, tanto spots que hacemos acá en el propio servicio, tratamos de hacer algunos spots sencillitos, spots de televisión que también buscamos a través del ministerio de salud, trifoliales, “cuadrifoliales” y otro material escrito con el cual se cuenta, hay otro material que acá hemos redactado y que en su momento le hemos pedido al ministerio de salud, a través de la dirección de área, que nos trasladen material que se ha hecho, lo utilizamos y también otros medios que utilizamos pues la información a grupos específicos.

13. Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada

Ya con la experiencia que nos han dado los años que tenemos de estar trabajando acá en el municipio, hemos podido detectar cuáles son las principales vulnerabilidades que tiene la población en temas de salud, eso nos ha permitido ya

estructurar nuestros talleres, nuestras capacitaciones con los grupos y de esta manera poder llegar y cumplir con nuestros objetivos, en caso de las capacitaciones que se realizan, para ponerle un ejemplo, con padres de familia, pues agotamos temas de salud y ambiente, temas de saneamiento básico y compromisos de paternidad y maternidad responsable, para que podamos ir cubriendo temas relacionados, aquí hemos tenido unos casos de muerte materna, damos énfasis ya con la experiencia de muchos años, pues hablamos mucho de las señales de peligro, de la mujer embarazada y del recién nacido. Con los adolescentes trabajamos temas específicos de educación en salud, salud sexual y reproductiva, lo enfocamos desde otra perspectiva, más que todo tratamos de crear en los jóvenes nuevamente la conciencia de la responsabilidad que tienen con su propio cuerpo, y de que ellos comprendan, la importancia que tiene, que ellos protejan su cuerpo, sobre todo que lo protejan con respeto, con educación, que ellos sepan que su cuerpo es único y que debe ser respetado por ellos mismos. Hemos tenido algunos problemas con embarazos en adolescentes, ya en nuestra memoria de labores de algunos años anteriores, nos han demostrado que continúan los embarazos en adolescentes, entonces hemos puesto mucho énfasis en la prevención de los embarazos en adolescentes; no trabajamos tanto la metodología anticonceptiva ni la planificación familiar, sino que hemos insistido mucho en la abstinencia, en evitar la primera relación sexual como tal. Hemos trabajado e insistido mucho en programas de plan de vida, en las capacitaciones que se realizan con adolescentes, se incide mucho en que ellos preparen su propio plan de vida, que no sea solo un plan de vida escrito, sino que sea nacido de ellos mismo, de sus propias inquietudes, de sus propios anhelos, de cómo se visualizan ellos dentro de tres a cinco años, dentro de diez años, y que esto les obligue a ellos a ir cumpliendo con esos objetivos que se propongan y que cualquier otra situación que no esté dentro del plan de vida, pues que ellos tengan la capacidad de ir la retardando para poder cumplir con ese plan de vida.

14. Los mensajes se los dan a las personas tomando cuenta los valores culturales de ellos

Sí, insistimos mucho también, primero en conocer cuál es la cultura de la comunidad, cuál es la idiosincracia de la población adulta y usamos mucho, mucho los patrones culturales que acá se mantienen, porque lo que queremos es incidir en la población con el objetivo de no crear rechazo, entonces si nosotros nos apegamos a los patrones culturales totalmente, pues vamos a poder lograr cambiar esas situaciones que se han venido cultivando durante muchos años, hay muchos patrones culturales que han sido equivocados durante mucho tiempo, entonces ahora la intención es que ellos ahora vallan transformando esos patrones que han sufrido; usamos también la lengua kaqchikel para que la población sea fácil de recibir eso.

15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de las comunidades, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica

Indudablemente, recordemos que son situaciones que vienen heredadas desde muchos años atrás. Entonces hay ciertas creencias que ya son patrones en las propias comunidades, en especial del área rural, a ciertas situaciones que es muy complejo, muy complicado, ir rompiendo estas barreras de los patrones que se han formado durante muchos años, y se vuelven una barrera grande; incluso es increíble, pero con a veces con personas que a veces tienen cierto nexos con salud, también hemos podido observar que tienen cierto nivel de rechazo por patrones culturales. Y

eso nos preocupa mucho, porque es con la población que tratamos de trabajar insistentemente, hemos hecho líneas comparativas de parejas o de personas que están viviendo una vida diferente a nivel de núcleo, con respecto a esas aldeas con esos paradigmas, con esos patrones culturales; y esos son los que están viviendo con las mismas condiciones. Y hemos podido observar: que las personas que han logrado romper esos paradigmas que se han creado con los patrones culturales, han permitido que tengan una mejor calidad de vida no solo los adultos sino que sus propios hijos, con una mejor calidad de vida, y los que continúan con los mismos patrones están cultivando un problema dentro de su propia familia y sus propios hijos.

16. A las personas que les dan mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud

Esas personas conocen los temas de salud acá en la población, primero, porque hemos insistido, hemos tratado de llegar a la mayor cantidad posible de población, acá en Santa Apolonia, en diferentes estratos, pero hay otro problema, que la población de alguna manera no quiere romper con esas barreras que se mantienen, escuchan la información, saben que es importante, y hay un ejemplo muy básico que en salud pública tenemos: todo mundo sabe lo que es el lavado correcto de manos con agua y jabón, sin embargo si usted les pregunta: si saben por qué es importante lavarse las manos y en qué momento se las deben de lavar, la mayoría de la población le va a dar la misma explicación, le pueden decir y le van a dar paso a paso, cual es el método a seguir para lavarse las manos, sin embargo ya en la práctica les cuesta asumir esa responsabilidad. Yo tuve hace muchos años una experiencia en una escuela, en donde empezamos a insistir con el lavado de manos, y los maestros se involucraron mucho en el proceso, y fue una sorpresa que visitando una casa después del momento de clases, una madre de familia de condición muy humilde, estaba a las doce del día muy preocupada, no por estar preparando las tortillas, las tortillas ya estaban en el comal puestas, pero como sus hijos ya llegaban, la mamá estaba muy preocupada porque tenía que ponerles un tronco de madera, en donde les ponía un recipiente con agua y un pedazo de jabón, porque los niños ya habían adquirido el hábito de que no empezaban a comer, si no tenían su agua y jabón para entrar a la cocina, eran de una condición muy humilde, y esto lo habían logrado los niños cambiar, por esa misma persistencia que se había tenido, con el apoyo de los maestros de la escuela, y con la insistencia de nosotros de llegar y dar las charlas educativas y explicarles las razones por las cuales, los niños, que eran tres de esa escuela que eran de la misma familia, pues la sorpresa fue que era una casa muy humilde, pero la madre ya había asumido la responsabilidad porque sus hijo se lo insistían, y eso como se lo decía anteriormente, nos daba la prueba de que ya los adultos estaban cambiando sus hábitos, a consecuencia de lo aprendido por sus hijos. Entonces sus hijos estaban llegando a ser agentes de cambio en su propio hogar.

17. Son obedientes (receptivos) o reacios (no receptivos) a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona

Era lo que le mencionaba, yo creo que a la población le gusta que se le hable de forma sencilla, con palabras muy, muy sencillas; se ha hablado mucho de las palabras rebuscadas, y eso a la gente no le gusta, más en las comunidades sencillas, en las comunidades humildes, a la gente le gusta que uno llegue, que se siente con ellos y que platique con ellos no de forma muy personalizada, a veces incluso,

cuando se han hecho reuniones en las comunidades también ha sucedido que, hasta preparan un lugar especial cuando uno les llega a platicar, y ellos lo ve a uno como en una posición muy distante; lo que se ha logrado es que cuando hay esas reuniones, rompemos esas barreras, el protocolo propio de llegar, y cuando ellos se dan cuenta uno está sentado en medio de todos ellos platicando, ya de forma más informal, y ellos reciben de manera más espontánea la información, se sienten a gusto cuando uno llega a platicarles de lo importante de ciertas acciones y no cuando llega de forma impositiva a explicarles.

18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos

Cuando la información llega periódicamente, sí. Yo he dicho que una charla, una capacitación, un taller no va a marcar la diferencia, sino que es la constancia, la persistencia con que se esté llegando al mismo segmento de la población. Si vamos a hablar de lo que estábamos hablando anteriormente, del lavado de manos, pero si lo vamos a hablar constantemente, si lo hemos estado hablando periódicamente con el mismo grupo, y luego de eso, después de estarlo hablando, lo vamos a estar practicando con ellos, entonces ellos van a asumir esa parte de responsabilidad, pero solo con hablar una vez con algún grupo específico no va a marcar la diferencia, yo creo que es más la constancia y persistencia que se tenga en el tema específico.

19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud

Lo hacen de forma escalonada, el ministerio de salud lo hace a través de la dirección de área, y a la dirección de área de salud le corresponde socializar cualquier información y explicar o apoyar con las gestiones que se hagan en los diferentes distritos de salud, sin embargo siempre se ha insistido mucho en el problema de crear muchos vínculos, entonces la información o el apoyo se va diluyendo en el camino, yo he insistido varias veces en que a veces es un poco peligroso insistir en esto, porque a la gente no le gusta, pero yo les digo que cuando es apoyo a las comunidades, el apoyo debe llegar directo, debe evitar pasar por una serie de puertas, para que la información y el apoyo llegue directamente, entonces el apoyo se va a utilizar bajo el objetivo y bajo las condiciones propias del lugar y de la comunidad. PROEDUSA ha apoyado, sin embargo creemos que se puede mejorar todavía el trabajo, si tan solo logramos identificar, por ponerle un ejemplo, aquí en Santa Apolonia tenemos una serie de comunidades, sin embargo el apoyo que necesita una de las comunidades no es el mismo que necesita la otra comunidad. Para ponerle un ejemplo, de una forma micro, tal vez una comunidad tiene más necesidades de apoyo en saneamiento ambiental, por decirle algo, tal vez en otra comunidad lo que más necesitan es apoyo en educación en salud, porque la parte de saneamiento ya la están trabajando, ya la comunidad está organizada, ya tienen sus servicios básicos instalados, o la población en sí ya está empoderada, entonces lo que necesitan es que se les esté dando constancia en educación, en promoción de los servicios y eso va a lograr que la comunidad salga adelante. Hay algunas poblaciones que les cuesta aceptar la cloración de sus sistemas de agua, entonces tenemos que trabajar en las alternativas que tenemos de la purificación del agua; no aceptan el cloro por patrones culturales que ellos tienen. A nosotros como ministerio de salud nos corresponde, nos compete llevarle a la comunidad otras alternativas de purificación de agua, porque está el método solex a través de los rayos ultravioleta

del sol, hemos tratado de hablar con la población sobre la forma de hervir el agua, llegamos con la población y les explicamos cuales son las dificultades que hay en las formas más sencillas de purificar el agua, les explicamos que hervir el agua les trae un costo adicional que es el consumo de leña y esto implica la deforestación a largo plazo, para que vayan comprendiendo que el cloro es el método más sencillo y rápido de tener purificada el agua.

20. Le gusta a usted hacer educación en salud

Bastante, creo que estoy haciendo lo que me ha gustado hacer por mucho tiempo, compartir con la población, saber también las limitaciones que tiene la población, se que la pobreza no es sinónimo de malas condiciones de salud. Hemos tenido bonitas experiencias, como la que comentábamos con usted de los niños incidiendo en su hogar. (Y puso un ejemplo de dos familias pobres que son vecinas en una comunidad rural. Una familia tenía educación en salud y buenos hábitos y la otra no. En la familia con buenos hábitos se miraba la diferencia en la limpieza y el aspecto más saludable. Se notaba la diferencia entre las dos familias, en iguales condiciones de pobreza, pero una familia con buenos hábitos de limpieza y orden, y la otra no. Da mucho gusto poder decir uno que está haciendo educación en salud, y que en un poco más de quince mil habitantes que hay aquí en Santa Apolonia, uno ve que está incidiendo en algunos, es un gran logro, porque entonces estamos descubriendo que a largo plazo si va a haber cambio de actitudes en la población en general.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista con la Enfermera Profesional Soraida Catalán, enfermera ambulatoria de la jurisdicción de salud de Santa Apolonia, Chimaltenango. La entrevista se efectuó en las instalaciones del centro de salud (sede de extensión de cobertura), el 19 de julio de 2012.

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala

Para mí, lo primero, pienso que falta un poquito más de educación en salud en las áreas rurales, en la comunidad; las personas tienen muy poca educación en salud.

2. Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud

Más que todo, nosotros vamos a las comunidades una vez al mes, y tratamos de incentivarlos y educarlos para que puedan tener una buena salud.

3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja

Nosotros, cuando vamos a comenzar a trabajar con las personas, lo primero que hacemos es brindarles educación sobre planificación familiar y salud reproductiva, e impartimos charlas a las personas.

4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud

Las charlas educativas.

5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)

Pues le decía: planificación familiar, salud reproductiva, alimentaciones, iniciación.

6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud

Por lo general, en kaqchikel, tenemos nuestra educadora que es bilingüe, habla español y kaqchikel.

7. Las personas reciben los mensajes con agrado.

Sí, algunas son indiferentes, pero la mayor parte de personas reciben el mensaje con agrado.

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud

Sí, se va viendo la mejora en la comunidad.

9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan

Sí, si los aplican.

10. Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios

Sí se mejoran.

11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)

Pláticas y charlas educativas.

12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud

Utilizamos los trifoliales, los afiches.

13. Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada

En parte lo tenemos planificado, y en parte con los “valores” que tienen las personas.

14. Los mensajes se los dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos

Sí, siempre se toman en cuenta los valores.

15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de las comunidades, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica

Nosotros siempre tenemos que trabajar con las creencias de ellos también, y no les podemos decir que no, porque si no estaríamos nosotros interponiéndonos a la cultura de ellos.

16. A las personas que les da mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud

Pocos, pocos tienen.

17. Son obedientes (receptivos) o reacios (no receptivos) a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona

Cuesta un poquito, cuesta un poquito porque a veces uno les plantea cosas de salud que tienen que hacerlo, pero no los aceptan muy bien.

18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos

Sí, si los comparten.

19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud

Muy poco, muy poco, en lo yo voy trabajando aquí, que son seis meses no he visto a ningún personaje de esas entidades aquí.

20. Le gusta a usted hacer educación en salud

Si me gusta, si, es para mejorar a nuestra gente, verdad.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista con el Técnico en Salud Rural Jonathan Perén, facilitador institucional de la jurisdicción de salud de Santa Apolonia, Chimaltenango. La entrevista se efectuó en las instalaciones del centro de salud (sede de extensión de cobertura), el 19 de julio de 2012.

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala

Que el proceso de desarrollo en el área comunitaria ha sido deficiente, muy poco.

2. Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud

Siempre y cuando nos coordinamos con el equipo y con los facilitadores comunitarios, para hacer la promoción en las comunidades que visitamos.

3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios de salud que usted trabaja

Se da en la consulta general, control prenatal, inmunizaciones, suplementaciones a niños menores de cinco años, a mujeres en edad fértil, se pesa, se talla y también, allí sí, para hacer la evaluación, para contactar si hay algunos niños desnutridos.

4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud

Dándole la consejería ya general, y luego se hace la consejería muy personal en el momento que pasa cada persona con nosotros (el día de la consulta en la comunidad).

5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)

Los temas son, como lo que es la tuberculosis, la desnutrición, la diarrea y otros temas más.

6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud

En la mayoría de las comunidades se habla lo que es el kaqchikel.

7. Las personas reciben los mensajes con agrado

Cuesta hablar con la gente, porque hay gente que rechaza esta consejería, hay que buscarles el lado para, allí sí, hacerle conciencia a la gente.

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud

Sí, hay algunas personas que si adquieren, pero otras no, por el mismo miedo, la timidez, o porque les cuesta hablar el idioma, pero siempre y cuando se les dice que no tengan pena, que nosotros hablamos el kaqchikel; no tenga pena díganos su problema, y si hay gente que si lo ha hecho, hay gente que lo llama a uno a un lugar muy privado, que cuenta su problema.

9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan

Si lo aplican, por ejemplo con lo que es el método de planificación, que allí si hay personas que lo toman muy discretamente y lo hacen en privado, más que todo no lo hacen ante toda la comunidad o haciendo la fila, no, siempre lo hace la mayoría en privado.

10. Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios

Sí, las mejoran.

11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)

Se les da la consejería muy personal, más se hace esto en la comunidad

12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud

Rotafolios, trifoliales, afiches.

13. Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada

La charla general ya está planificada, y de acuerdo al problema de la gente se le da la consejería.

14. Los mensajes se los dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos

Si se toman mucho, más con las creencias.

15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de las comunidades, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica

Sí, puede ser un obstáculo, porque la creencia lo traen desde los antepasados, es por eso que la gente no se llega a socializar con lo que es salud.

16. A las personas que les da mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud

En la mayoría de comunidades, más del cincuenta por ciento, casi no capta lo que es el tema de salud, o prácticamente lo ignoran a veces.

17. Son obedientes (receptivos) o reacios (no receptivos) a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona

Tal vez, como la mayoría de personas que asisten a los servicios de salud son las madres, ya dándoles consejería, otro obstáculo que ellas tienen es en la casa es con el esposo, por ejemplo: quisiera planificar la señora, pero el esposo no quiere.

18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos

Ya estando en el servicio las mamás se convencen a usar un método de planificación, pero ya llegando a la casa la comparten, pero el esposo es el que a veces no quiere

19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud

En el tiempo que he estado acá en esta jurisdicción (un año de trabajo) ha sido muy deficiente el apoyo, tanto en supervisión, en insumo, en equipo, es lo que a veces nos dificulta hacer el trabajo, pero de una u otra manera miramos otras estrategias para lograr alcanzar el trabajo.

20. Le gusta a Usted hacer educación en salud

Si me gusta, porque mis papás han sido del idioma kakchiquel y yo practico con las personas acá, y si la gente se siente más en confianza hablándoles el mismo idioma, y de la misma manera inmunizando a los niños de las diferentes comunidades que tenemos a nuestro cargo, y darles consejería en el idioma que entienden más.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista con la enfermera auxiliar Ana Claudia Pichillá, Educadora en salud y nutrición, y con funciones de enfermera materno-neonatal de la jurisdicción de salud de Santa Apolonia, Chimaltenango. La entrevista se efectuó en las instalaciones del centro de salud (sede de extensión de cobertura), el 19 de julio de 2012.

1. Qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala

En los años que estoy trabajando en salud (cuatro años) hemos visto que la salud aquí en Guatemala es muy pobre, muy pobre en el sentido de que a salud a veces no se le da tanta prioridad, yo desde que inicié a trabajar, estoy trabajando en área comunitaria, entonces prácticamente es mucha la deficiencia diría yo; porque hablando de salud es mucho, en primer lugar, nosotros trabajamos en las aldeas más lejanas, entonces vamos a dar consultas, charlas, consultas generales, pero lo que pasa es de que, por ejemplo, no tenemos medicina, supuestamente nuestro trabajo es prevención, pero la gente en la comunidad nos esperan enfermos, no llegamos con la gente sana verdad, entonces ese es el problema de salud en Guatemala, verdad.

2. Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud

Nosotros desarrollamos nuestras actividades, por ejemplo llegamos con la gente, nosotros vamos a impartir charlas antes de empezar, hay una compañera, especialmente para dar charlas, también nosotros contribuimos a dar las charlas sobre: educación, higiene, salud alimentación y también se les da sobre varios temas, por ejemplo: alimentación a los niños menores de cinco años, porque con ellos hay que tener una alimentación especial, entonces, incluso la gente en la comunidad quizás, unos lo toman a bien y otros no. Por ejemplo hay muchas cosas que ellos tienen y no lo aprovechan, entonces nosotros en base a eso les damos charlas.

3. Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja

Las charlas con las madres

4. Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud

Reunir a la gente. Entonces para reunir a la gente, nosotros coordinamos con los F C, facilitadores comunitarios, los líderes que están allí, y también se coordinan con las autoridades, los COCODES. Se les manda nota, por ejemplo, una semana antes se les manda nota que vamos a llegar a tal comunidad, entonces ya con la coordinación con los COCODES y el, entonces ya nos reúnen a la gente y llegamos el día que está programado.

5. Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios (y las comunidades)

El mensaje que siempre llevamos es de prevención, verdad, lo que quisiéramos nosotros es que no haya gente enferma verdad, entonces, les damos igual, lo que le mencionaba, es de charlas. Les decimos, por ejemplo, hay niños que se enferman mucho de diarrea, por lo mismo que no hay higiene, se les dice que más a los niños menores de dos años, empiezan a gatear, o empiezan a agarrar cosas, y todo a la boca, entonces se les dice a las madres: siempre lavarse las manos, ver con que no les den cosas de bolsitas, porque siempre, siempre les decimos que no es bueno las bolsitas para los niños, y entonces les causa infección en el estómago, entonces eso es lo que más les decimos a la madre, más de higiene verdad, para prevenir las enfermedades.

6. En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud

Normalmente aquí hablamos el kaqchikel, todo lo que es Chimaltenango hablamos kaqchikel, entonces nosotros en las comunidades, y la gente siente más confianza con uno verdad, que habla kaqchikel, entonces nosotros hablamos con ellos en kaqchikell, hay gentes que les da pena, entonces nosotros les decimos que no tengan penal, entonces allí sí tal vez que hay gente nueva que llega, hay embarazadas que llegan por primera vez y les da pena hablara en kaqchikel, medio pueden hablar, entonces uno ya se da cuenta y les dice que no tengan pena, que nosotros en confianza les hablamos en kaqchikel verdad.

7. Las personas reciben los mensajes con agrado

En algunos casos sí, la mayoría sí, pero hay personas que lo toman como que no mucho verdad, entonces hay muchas gentes en las comunidades, que por ejemplo, nosotros les hablamos mucho sobre planificación familiar; por qué, en la comunidad se vive una extrema pobreza, que realmente a uno le da pena, entonces les hablamos bastante de planificación familiar, hay gente que lo toma bien, dice le voy a hablar a mi esposo y eso es bueno verdad, entonces nosotros les decimos que la planificación familiar es buena, no les decimos que no vallan a tener hijos ya para siempre, sino lo que les decimos es: dejar un espacio ente un hijo y después otro, porque yo les digo a las señoras, yo trabajo más con embarazadas, yo les digo: miren den tiempo a que crezca el bebé, y después no van a sufrir tanto con su otro bebé, porque si va a tener tres o cuatro años su niño y va a tener otro, no le va a costar

tanto; porque por ejemplo hay señoras que resultan embarazadas y tiene ocho meses el bebé, y la señora ya llega con otros dos meses de embarazo, entonces les digo, prácticamente que no hay una recuperación total de su salud y de su matriz les digo yo, uno les explica en kaqchikel. Entonces empiezan a pensar y dicen: tiene razón, ahora cuando nazca el otro bebé; entonces les digo yo cuando nazca el bebé, al mes, a los dos meses ya puede empezar a planificar, pregunten no tengan pena, aquí los vamos a atender con mucho gusto. Entonces hay gente que si lo recibe con agrado y hay otras que dicen: eso es pecado, mi suegra no quiere, mi esposo no quiere; entonces prácticamente allí entra un poquito lo que es el mito, entonces es cuando dicen que uno cuando las inyecta (planifican más con la inyección), entonces cuando no menstrúan, la suegra u otras personas les dice que todo eso que no quiere salir, la menstruación que no sale, les provoca cáncer, se junta todo adentro y provoca cáncer. Entonces uno les explica ya en kaqchikel, que eso no es así; algunos entienden un poquito más y otros todavía no.

8. Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud

Algunas si adquieren conocimientos de las charlas que damos.

9. Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan

Algunos sí, algunos sí.

10. Mejoran las prácticas y actitudes las personas a las que les dan mensajes en los servicios

Respuesta: igual a la respuesta de la pregunta 9.

11. A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas (pláticas o charlas educativas, consejería persona a persona, grupos de apoyo, sesiones educativas, otro)

Charla, así en general y personalizada.

12. Qué materiales se usan para darles mensajes de salud

Tenemos lo que es afiches, trifoliales, trifoliales es lo que les dejamos a la gente, hay trifoliales, que como mi trabajo es con embarazadas, son trifoliales de embarazadas con señales de peligro, y se les habla, lamentablemente algunos lo llevan, lo guardan y lo miran, pero otros a la vuelta lo dejan tirado, verdad. Allí si es donde entramos nosotros con la consejería, que eso sirve verdad (para decirles).

13. Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada

Algunas si van planificadas conforme a los protocolos y otras más, más, conforme a los problemas en la comunidad.

14. Los mensajes se los dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos

Si se toma en cuenta todo, lo que es el idioma, y también lo que es la religión que es muy importante, porque si se va a “decir algo que es pecado”, hay que tratar de decirlo de otra forma que no sea pecado para la persona verdad.

15. Las creencias y aspectos culturales de las personas de la comunidad, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica

Sí, son barreras, más se da con lo que es planificación familiar, con eso hemos visto barreras.

16. A las personas que les dan mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud

Algunas personas ya saben un poquito de lo que es salud porque hay varias instituciones en donde apoyan lo que es salud, entonces hay varias instituciones, grupos que las reúnen, les enseñan cómo preparar la comida, higiene, entonces hay personas que ya llegan con una idea, otras personas llegan en cero, entonces cuando llegan así (y les explican), si van bien agradecidos y unos lo ponen en práctica y otros no; entonces allí está la barrera que decíamos

17. Son obedientes (receptivos) o reacios (no receptivos) a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona

Respuesta: igual a la de la pregunta 16.

18. Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos

Si, prácticamente si porque hemos escuchado, por ejemplo, que damos una plática verdad, y le dice a otra señora: fíjese que me dijeron esto allá arriba, o en la escuela, entonces si prácticamente dan a conocer lo que nosotros decimos verdad; pero fíjese que no lo ponen en práctica, si saben las señoras, pero muchas no lo ponen en práctica, y si lo dicen.

19. Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud

Allí sí que nos quedamos un poquito en cero verdad, a veces sentimos nosotros que estamos un poquito olvidados; porqué, porque no tenemos apoyo. Una de las cosas, bueno, usted sabe cómo está la situación. Prácticamente ya llevamos tres meses sin salario, entonces apoyo, apoyo que se diga, no creo que eso sea apoyo. Tres meses sin salario, yo tengo a mi familia, los compañeros igual, tenemos familia, un hijo a quien darle de comer, entonces eso es lo que necesitamos y pedir que nos apoyen un poquito más, y los insumos verdad, porque así como aquí, necesitamos varios insumos: material para hacer carteles, material para hacer otras cosas, material así como esfigmos, estetos, no tenemos. Yo lo que utilizo aquí en mi trabajo es mío pues, yo lo he comparado con mi dinero, o sea no nos han dado equipo que sirve para trabajar, entonces prácticamente nos sentimos un poquito olvidados. No hemos

recibido apoyo verdad, y hablando ya sobre eso, entonces, muchas veces no tenemos transporte, nosotros miramos cómo vamos. Nosotros salimos porque lo hacemos por la gente, la gente nos espera y si nosotros no llegamos, la gente nos espera allí, con tal de decir hoy bien la seño, vienen a darnos tan siquiera un acetoaminofen o algo verdad, y a veces llegamos con el dolor del corazón a decirle no hay. Le digo a una señora una vez, “que dijo estaba enfermo mi bebé”. Por qué no lo llevó al centro le digo yo; estoy esperando a que ustedes vengan (me dijo), y que le iba a decir yo si no teníamos nada. Entonces prácticamente allí es donde siento yo que no tenemos tanto apoyo; no tenemos transporte, vamos en buses, con nuestras maletas, porque si tenemos que llevar nuestras cosas, lo que es necesario, entonces no hay transporte, no hay gasolina nos dicen y los carros se quedan allí parqueados verdad, entonces eso digo yo, que no tenemos tanto apoyo. No se lo qué pasa allá arriba a nivel central; tal vez aquí nosotros sólo decimos eso y eso pasa, pero realmente no se sabe que es lo que pasa allá arriba verdad. O tan siquiera que vinieran ellos a animarnos tal vez, a decirnos miren compañeros, no viene esto, por esto, verdad, o que vinieran un poco a animarnos. Mire ahorita, gracias a Dios tal vez ahorita nos van a dar algo, pero ya son tres meses, ya estamos que ya no, entonces como le digo: yo tengo a mi familia, mi hijo, todo eso verdad.

20. Le gusta a Usted hacer educación en salud

Sí, realmente me encanta, mi trabajo me encanta, por eso es que no he renunciado aquí porque me gusta trabajar con la gente, apoyar más que todo, porque nuestra gente lo necesita verdad, necesita de nosotros, allí sí que tal vez por medio de esto pedir, o por medio de su persona tal vez pedir más allá arriba verdad, porque nosotros no llegamos hasta allá arriba, que nos apoyen un poco, para poder nosotros apoyar a la gente en la comunidad. Realmente mi experiencia ha sido en la comunidad, y tengo, no sé, más amor a la gente en la comunidad. No sé cómo sería en área hospitalaria, pero yo desde que inicié a trabajar, mi trabajo es comunitario, verdad; entonces me siento bien donde trabajo.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA

Anexo 5: Transcripción de las 5 entrevistas estructuradas en el nivel central

Entrevista a la Licenciada en enfermería Sonia Miriam Cerezo, del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Ministerio de Salud. La entrevista se efectuó en las instalaciones del PEC, el 24 de julio de 2012.

Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas-cakchiqueles?

Creo que se desarrolla de una forma planificada en algunos lados, y en otros lados improvisada verdad, con apoyo logístico de materiales de afiches, boletines, mantas; pero lo que yo veo es que no están especialmente dirigidos a la población maya, esto es una barrera y una limitación en relación al proceso de educación en salud, que no podemos hacer llegar el mensaje a la población maya.

Pregunta 2; ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?

Por ejemplo las acciones de educación que se realizan en los servicios. Por ejemplo si vamos a hablar del técnico, es que muchas veces el personal de salud operativiza en la comunidad llegando y educando a la persona y diciéndole que tienen que lavar bien su pila con cepillo, que vean que no hallan larvas, verdad, le echan un poquito de polvito, de abate en su pila, le explican que no remueva el agua por ocho días, le dicen que no tiene que tener llantas ni depósitos de agua rezagada porque allí es donde se forma el dengue

Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?

¡Ha! las estrategias del ministerio pueden ser perifoneo, algunas veces cuñas radiales de circuito cerrado en los mercados verdad, y otras veces presencial, cara a cara.

Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

Yo creo que está bastante completa, porque informar es una cosa, educar es otra y comunicar es otra, y si nosotros lográramos integrar los tres elementos, sabríamos que va a haber un cambio de comportamiento en la población, mientras no integremos los tres elementos, la gente va a estar informada pero no educada, o va a estar comunicada pero no va a tener la educación para cambiar hábitos de salud.

Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?

Sí, pero volvemos a caer en lo mismo; sí apoyan para que la gente tenga el conocimiento de cómo poder aplicar el proceso educativo, que se da en los servicios una vez al día durante quince minutos verdad, pero con la limitación nuevamente de que va dirigido de una forma general, entonces sabemos que algunos, por el idioma,

no van a poder comprender lo que nosotros queremos que sepan, y allí no va ningún impacto en lo que es IEC, ni nada, nada, de cambios para favorecer la salud.

Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?

Cuando uno va a hacer una supervisión o monitoreo operativo directamente a las viviendas, salimos en este caso, extensión de cobertura que nos vamos de una vez al centro de convergencia, estamos con la población directamente; entonces yo pude ver cabal hace dos semanas, que sí hay cambio en relación a los hábitos y conocimientos de algunas personas, no de todas verdad, porque sin ir tan lejos yo les pregunté que si no había suero oral, cómo podían conseguir suero oral cuando están en el hogar, porque en la noche estamos aislados por falta de comunicación y todo, en Chinautla dos, entonces algunas expresaron no la fórmula correcta, pero algo sabían verdad, o sea que el conocimiento no llegó completo y el mensaje no fue absorbido correctamente.

Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?

Fíjese que es prevenir, a través de los educadores en salud que tiene el PEC en el interior, prevenir la morbi-mortalidad de la población materno- infantil, ese es el énfasis del PEC; miramos todos los programas, pero nuestra base está sustentada en la población materno infantil, a través de los educadores, y también como se habla actualmente del hambre cero, también está armando Tula Salud (educación a distancia) una propuesta donde a los educadores del PEC se les va a dar un reforzamiento, un conocimiento, en relación a poder detener de una forma “paleativa-compulsiva” en el hogar, la desnutrición crónica, y un poco la aguda verdad.

Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?

Rotafolios, únicamente.

Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?

En base al PEC se utilizan los dos sistemas verdad, el sistema planificado porque nosotros les exigimos a las ONGS un plan de capacitación, de hecho, yo cada vez que evalúo exijo que lleven un plan de capacitación formal, aunque sea por quince minutos, pero yo quiero ver qué es lo que tienen en su plan, para que ellos tengan una base sustentada científicamente en lo que le van a hablar a las personas, con palabras “claves, sencillas, elevadas”, únicamente al nivel de las personas verdad, a las que nos dirigimos, pero si exijo que haya un plan de capacitación, planificado de acuerdo a las morbilidades que se dan en las diferentes jurisdicciones.

Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?

Fíjese que cuando nosotros realizamos el monitoreo, bueno yo le hablo personalmente, trato la manera de verificar o si no de pulir en la educadora, que

debemos respetar y mezclar la cultura de las personas en relación a la educación, no podemos decirle, no me diga mollera es la fontanela, respetemos verdad, si ella dice mollera; pues fíjese que la mollera es una parte del cerebro, se lo explico en una forma científica sin decirle que está incorrectamente verdad. Igual que mire, que haga tal cosa, si es el baño, yo le digo tiene razón, la puérpera, usted tiene razón que le haga mal bañarse, pero fíjese que también se va a infectar, tratando la manera de cambiar el pensamiento de estas personas pero sin herir susceptibilidades.

Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?

¡HA, bastante! una gran barrera, porque recordemos que en estas comunidades tiene mucha ingerencia la suegra y el esposo verdad, más las trascendencias que se traen de la mamá y la comadrona verdad, entonces allí se maneja todavía ese tipo de cultura y es un poco difícil botar esas barreras que tenemos, como sociedad.

Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?

Fíjese que personalmente he podido verificar con el monitoreo, que la gente no está en cero, ya saben que es una vacuna, tal vez no me pueden explicar de una forma científica y correcta que es, pero si me dicen que es para que el niño no tenga enfermedades, ya no le va a dar enfermedad, ya está curado verdad, el acetoaminofen le sirve para eso, o sea que si tienen un poco de conocimiento, tal vez no muy claro pero si han escuchado todo lo que es salud.

Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?

Se apoya con el equipo básico de salud verdad, dentro de ello algunas jurisdicciones y ONGS cuentan con su propio educador, que es un maestro de educación primaria, que se prepara con todos los elementos porque ese es su campo, pero donde no, es responsabilidad del equipo básico de salud, el médico ambulatorio, o la enfermera ambulatoria, más el facilitador institucional que es un auxiliar de enfermería, son los tres personajes que llevan la voz cantante en relación a la educación verdad. El facilitador comunitario, que son amas de casa muy “busas”, que intervienen y uno les da participación, pero son muy buenas.

Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?

Fíjese que ahorita que se les está preparando, porque yo acabo de ingresar al PEC, tengo dos meses de estar aquí, entonces estaba viendo que con Tula Salud, primero se hace una propuesta, la propuesta se le presenta al departamento de docencia del ministerio, al departamento de enfermería verdad, al PEC y áreas de salud, o sea un grupo “interinstitucional”, y entre todos fuimos, cabal el viernes fui a hacer una verificación de un pensum de estudios, entonces nosotros hacemos nuestra sugerencias verdad, y es enfocado a la desnutrición crónica, o sea que aquí puede verse lo que hay que componerse, hay que agregarle esto. O sea que primero lleva

las sugerencias de todo el grupo técnico que participamos, y luego hay una nueva convocatoria para que a nosotros nos presenten ya la propuesta modificada y pasa una segunda revisión, ya la tercera si está bien, bien pulidita, entonces ya es el ministerio el que se encarga de ver si da o no la autorización de capacitación.

Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?

No.

Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

Pues, tal vez no bien preparados, pero si con el conocimiento táctico, elemental; pero que tengan la preparación completa y como uno requiriera que fuera para la población, ¡no! Nosotros vamos, hacemos el monitoreo, evaluamos, yo la siento y pulo la educación, de hecho cuando voy yo intervengo verdad, y les digo de qué les está hablando, y escucho que les está hablando de la tuberculosis, espero que terminen, porque hay que respetar, y luego les digo, añadiendo un poco más a lo que la compañera nos enseñó el día de hoy, yo quiero agregarles: “ta, ta, ta, ta” y puntualizo en cuestiones muy concretas y que la gente lo comprenda, y la educadora se me queda viendo, entonces le digo mire: necesitamos, y le dejo unas claves, decirlo de una forma más clara y de una forma más comprensible para la población.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista a la Licenciada en Pedagogía Mauren Reyes, del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Ministerio de Salud. La entrevista se efectuó en las instalaciones del PEC, el 24 de julio de 2012.

Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas?

El proceso educativo se desarrolla desde el diagnóstico, estableciendo el diagnóstico de necesidades educativas, basados en conocimientos, actitudes y prácticas de las personas, luego diseñamos y elaboramos el programa educativo, luego lo ejecutamos y lo evaluamos; y luego se continúa con el monitoreo, supervisión de las acciones. En fin, teóricamente creemos que hacemos el proceso.

Pregunta 2: ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?

Pues igual, ellos presentan acá un plan técnico anual. Dentro del plan técnico anual, ya está contenido el plan educativo que está dirigido a cada uno de los personajes que está en el equipo básico de salud, de acuerdo a la funciones que desempeñan, para ponerle un ejemplo, pues el médico ambulatorio tiene su programa educativo que va a desarrollar con las comadronas, el FI con los vigilantes y el FC; ese es el punto de partida; todo lo que está en el programa, creemos nosotros, está completo

porque se le dieron los lineamientos verdad; básicamente nuestro accionar está basado en la estrategia IEC y AINM-C.

Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?

IEC y AINM-C.

Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

Información, educación y comunicación son tres elementos importantes en la educación verdad, sin embargo yo pensaría que el componente de educación que es el que nos sirve para ver si la gente aprende, estamos un poquito deficientes, porque en mi experiencia, la gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa, claro, hay muchos factores que influyen en esto. Por ejemplo en la nutrición, quizá los recursos económicos, la familia, también el acceso, la disponibilidad, son cosas como diríamos, las variables que no podemos controlar; sin embargo para mí, es el énfasis que tenemos que hacer ahorita, en la práctica.

Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?

La gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa.

Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?

La gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa. Por ejemplo en la nutrición, quizá los recursos económicos, la familia, también el acceso, la disponibilidad, son cosas como diríamos, las variables que no podemos controlar.

Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?

Pues la función principal es seguir trabajando con ellos, seguir educando en salud, para que tengan un mejor nivel de vida y una mejor calidad de salud, para que los niños puedan ser mejores.

Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?

Pues mire, desde el inicio del programa cuando hemos tenido apoyo, pues se ha hecho mucho material educativo, tenemos rotafolios, tenemos trifolios, algoritmos, protocolos de atención; todos los mensajes directamente que se dan a la población están basados en los rotafolios, afiches; ahora, actualmente, se tiene la iniciativa de que la gente dibuje en cuadros generadores de ideas, en su propia captación la situación que ellos viven, y ellos lo dibujan de acuerdo a su cultura y costumbres; y esa es la metodología que por el momento nos ha dado buen resultado, pues el

apoyo financiero viene de Colombia; entonces con los mismos recursos de la comunidad, de la gente, ellos hacen sus propios mensajes.

Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, es una capacitación que ya está planificada?

Yo diría que es mixta, porque está planificado desde el punto de vista de lo que se les pide a ellos en su plan técnico, pero en el intercambio de experiencias que se tienen con las personas surgen otras necesidades, que se abordan, ya sea en el momento o se planifican para después.

Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?

En relación a los mensajes de salud que se les dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos, pues no siempre. No siempre se toman en cuenta. Por ejemplo: charlas de los alimentos no se toma en cuenta lo que hay en la comunidad para adecuar los alimentos de la olla nutricional, sino en base a la teoría se les dice, pero lo bonito es que cuando las personas hablan, en el intercambio de experiencias, de conocimientos, porque la gente no está en cero, entonces se van identificando algunos obstáculos.

Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?

Las creencias pues no son barreras para mí, personalmente, no créo que sean barreras sino al contrario, es algo que enriquece la situación que se está tratando.

Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?

Las personas no parten de cero, ya tienen sus conocimientos.

Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?

Cada uno de los personajes del equipo básico de salud tiene una función. Básicamente en el primer nivel la función educativa es importante, pero además hay una persona que es la educadora comunitaria en salud y nutrición, la persona que directamente tiene encargado este componente, entonces yo creo que es una de las formas que mejor se conducen para llegar a la población.

Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?

Esta situación actualmente se realiza: hay un tiempo cada mes, donde la ONG reúne a su personal para entregar informes y para capacitar a todos, generalmente yo lo tomaría como un laboratorio vivencial, en donde cuentan su experiencia, cómo les ha

ido, qué temas abordaron, qué problemas han tenido; aunque es poco el tiempo, porque es un día, para cada una de las personas, pero es lo que por el momento se puede hacer. Es a nivel de ONGS que ya está planificado, programado, ahora cuando el área o el distrito tienen una situación de emergencia, también son convocados.

Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?

Fíjese que a mí desde hace tiempo me surge la inquietud de que se podría apoyar en los grupos, algo así como elaboración de proyectos, o sea como producto de la formación, de lo que discutimos, la gente que se reuniera en su comunidad e hiciera proyectos que mejoren cualquiera de las situaciones que les están dando problemas.

Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

Fíjese que todos los esfuerzos que se han hecho, creo que van encaminados a eso, están bien preparados, creo yo, en la conducción de los programas, el material que se les ha apoyado, pedido, cuando uno va a la práctica y vemos que lo que nos falta es el monitoreo y la supervisión. La gente lastimosamente a veces son jóvenes, y no tienen como el compromiso, si no los están viendo, pues no importa, verdad. En mi experiencia solo hace falta aprender otras cosas, como vacunar, y que el área de salud en las jornadas de vacunación los enseñen y apoyen eso porque no hay recurso; es un poco su función principal y vemos la evaluación de desempeño, y lo volvemos a implementar.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista a la Licenciada en Enfermería Karin Guzmán, del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Ministerio de Salud. La entrevista se efectuó en las instalaciones del PEC, el 24 de julio de 2012.

Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas?

Bueno, yo creo que se desarrolla a través de las ONGS, que son los que llevan los servicios a las comunidades más lejanas verdad, con consejería, tanto en planificación familiar, como en otros temas, tanto como higiene personal, lavado de alimentos, cómo cocinar los alimentos y todo eso verdad.

Pregunta 2; ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?

Bueno, como yo directamente estoy en lo de auditoría social verdad, entonces capacitamos a líderes comunitarios y les enseñamos tanto, cual es el paquete de servicios que prestan las ONGS verdad, y dentro del paquete de servicios también se ve todo esto de la consejería, verdad, entonces les decimos también a ellos, les

enseñamos quienes son las personas idóneas para darles estas charlas y consejerías, que ellos lo pongan en práctica verdad.

Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?

Bueno, nosotros las estrategias que utilizamos, en base a lo que nosotros desarrollamos que es auditoría social, es poner en práctica en cuanto a las capacitaciones y todo eso, pero pedirles mucho a los líderes comunitarios que sean ellos el informante clave de su comunidad.

Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

Bueno, yo creo que es indispensable insistir en cuanto a la información, educación y comunicación, pero que realmente el mensaje llegue como se estipula, como se manifiesta desde aquí del programa, porque de repente se vuelve la información como teléfono descompuesto, entonces que cada quien de los comunicadores tenga conciencia de llevar el mensaje como debe ser.

Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?

Las personas ya tienen un poco más de conocimiento.

Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?

Yo creo que las personas si mejoran mucho las prácticas, por lo menos las personas ya tienen un poco más de conocimiento en cuanto a la higiene personal, con el cuidado de los niños, cocimiento de alimentos, pero no solo esto sino que también ya tienen un poco más de información en cuanto a la desnutrición y la importancia que es prevenir verdad, prevenir muchas enfermedades especialmente a mujeres embarazadas y a niños menores de cinco años, porque si hay grupos de mujeres, que las educadoras han tenido el trabajo de poderles llevar esta información, entonces yo creo que si se puede poner en práctica, sin embargo, siguen quedando algunas familias que son difíciles también, y es allí donde la gran tarea de la gente y los trabajadores de campo, de insistir en estas familias y como involucrarlas en todo el proceso.

Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?

Respuesta: igual a la respuesta de la pregunta 6.

Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?

Bueno, la verdad es de que en cuanto a los materiales, pues todo esto de afiches, y aparte de que se dan como demostraciones también verdad, en las comunidades para que la gente tenga un poco más de conocimiento y acercamiento, y ellos

también lo pongan en práctica, involucrarlas a ellas, a estos grupos de capacitación, que no se sientan ellos como que están siendo los capacitadores, sino que ellos participen también de todo este proceso de lo que se está enseñando.

Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?

Bueno, pues yo creo que es en base a la demanda y a lo que realmente, a las necesidades que se den en las comunidades verdad. No es nada más de que bueno yo hoy traigo un tema, pero quizá ese no es el tema que más sobresale y de urgencia sino que yo pienso que se capacita en cuanto a las necesidades y a la demanda de las personas en las comunidades

Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?

Si yo creo que ahora realmente se toma muy en cuenta eso verdad, quizá al principio no, pero no es cuestión que sea una moda, sino que yo creo que se está viendo con eso de interculturalidad, y creo que si está dando un lugar muy importante para que la gente se sienta más familiarizada con uno, y no se siente extraño cuando uno llegue, entonces que se sientan ellos cómodos.

Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?

Creo que sí, creo que si porque aunque las mujeres muchas veces son un poquito más fáciles en el sentido de que, pues pueden aceptar por lo menos la realización de un papanicolau o algo así, muchas veces los señores, los esposos no dejan, pero muchas de las veces también es por las creencias que ellos tienen verdad, entonces luego dicen que si se les va a aplicar algún medicamento, alguna cosa, eso no está bien, incluso hasta que los puede llevar a la muerte, entonces yo pienso que si son a veces algunas barreras por las cuales ellos no pueden obtener más conocimientos verdad, en cuanto a salud.

Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?

Bueno mire, como a mí en particular me ha tocado capacitar a personas líderes comunitarios por lo de la auditoría social, bueno, que le podría decir, quizá un sesenta a setenta por ciento tiene más de algún conocimiento en cuestiones de salud. Y pues el resto si llega completamente en cero, verdad, y esto se debe también a que como ellos igual, se dedican al trabajo, al campo y todo no le dan prioridad a la salud verdad, dejan que la esposa valla y ella es la única que va adquiriendo algunos conocimientos.

Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?

Bueno, la verdad es de que aquí pues se tiene la parte financiera y la parte técnica verdad, entonces, la parte técnica ellos son los que le dan apoyo a las ONGS verdad, en evaluaciones que se hacen trimestrales, y así también el acompañamiento necesario a las comunidades verdad, para ver cómo va todo el proceso, como está la entrega del servicio, de los medicamentos y el servicio que se da en las comunidades verdad.

Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?

Bueno, nosotros tenemos dentro de la auditoría social cuatro fases verdad, la primera fase que es la identificación de los grupos organizados en las comunidades, la segunda fase que es la capacitación de la auditoría social a los líderes comunitarios seleccionados previamente, y la tercera fase que es la ejecución del instrumento en las comunidades que esto lo hace ya cada líder comunitario después de ser capacitado, y la cuarta fase que es la reunión anual, en la reunión anual, valga la redundancia, pero allí están presentes y nos reunimos todo los involucrados, que es el área de salud, donde se está realizando el evento, nosotros como programa de extensión de cobertura, los líderes comunitarios por jurisdicción y la ONG que está cubriendo esta jurisdicción verdad. Entonces realizamos un plan de acción anual donde queda plasmado cuáles fueron los hallazgos que cada uno de los auditores encontraron, en el instrumento que aplicó en su comunidad, para posteriormente darle alguna una solución y seguimiento al mismo.

Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?

Pues, no la tengo en mente ahorita.

Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

Yo creo que sí porque realmente, bueno en primer lugar, yo creo que uno tiene que tener la vocación para llevar a cabo cualquier trabajo y que a uno le debe gustar realmente su trabajo, no simplemente y sencillamente hacerlo por un salario, y tener uno como le decía hace un rato, tener uno la conciencia que se va a llevar a cabo y que el servicio se va a entregar con calidad principalmente verdad, entonces todo este personal es capacitado constantemente verdad, y entonces ya está en uno realmente poder obtener los buenos resultados, y eso yo creo que es satisfacción principalmente para cada uno, si realmente entregó o no un buen trabajo verdad.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista a la Licenciada en Enfermería Telma Saravia, del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Ministerio de Salud. La entrevista se efectuó en las instalaciones del PEC, el 24 de julio de 2012.

Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas?

El proceso de educación se desarrolla en base a charlas educativas, al azar, en entrevistas, que se les hacen a las personas que acuden a nuestro servicio de salud.

Pregunta 2: ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?

Respuesta: igual a la respuesta de la pregunta 1.

Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?

Las estrategias son por medio de charlas, a veces se utilizan también mensajes por medio de televisores o videos que hay en los servicios.

Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

Que la gente si está informada va a tener mejor educación y mejor comunicación, entonces yo pienso que la información debe llegar clara a las personas

Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?

Si han captado los mensajes, sí.

Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?

Las personas los aplican si les quedó claro el mensaje, porque a veces uno cree que la gente ha captado los mensajes, pero no es así, entonces no los pueden aplicar si no tienen conocimientos respecto a los temas.

Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?

La función es impartir mucho conocimiento a la gente para que lo ponga en práctica y así pueda estimar su salud.

Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?

Bueno tenemos ayudas audiovisuales, rotafolios, trifolios, y los materiales pues serían también carteles.

Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?

Se hace en base a una capacitación planificada dependiendo del perfil epidemiológico de las comunidades.

Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?

Claro que si se toman, porque para poder dar mensajes tiene que saber uno el idioma de las comunidades, y si uno lo da en otro idioma se quedan en cero porque no están entendiendo nada de lo que uno les lleva.

Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?

No, como le repito debe de ser el mensaje en el idioma de ellos, porque si no, ellos con sus creencias y si uno les llega a hablar en otro idioma se quedan igual, las creencias no es barrera, entonces lo que hay que hacer es entenderlos.

Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?

Sí tienen conocimientos, porque ahora con tanto medio informativo la gente algo va captando de mensajes, no están en cero.

Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?

Dando charlas educativas en las consultas por medio de los equipos básicos, no solo eso sino que también los facilitadores comunitarios, la gente de la comunidad se les capacita para que ellos sean multiplicadores.

Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?

Las capacitaciones por lo general son mensuales y se les da una retroalimentación de los temas, se les capacita primero y de ahí es una retroalimentación mensual para que así sigan multiplicando los conocimientos.

Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?

Bueno sería la radio, la televisión, los medios de comunicación.

Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

¡Hay! Sí, están preparados, tal vez no el cien por ciento, pero si al 98 %, sería de irlos actualizando mensualmente.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Entrevista a la Licenciada Infiere en Enfermería María Eugenia Hidalgo, del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Ministerio de Salud. La entrevista se efectuó en las instalaciones del PEC, el 24 de julio de 2012.

Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas?

En el ministerio de salud se ha tenido el apoyo por parte del programa de salud y nutrición, del proyecto de salud y nutrición materno infantil que se ha visto, se ha capacitado a educadoras, y se ha visto como las educadoras están capacitando en las comunidades, mi experiencia es que las capacitaciones en el idioma de cada una de las comunidades es lo más importante, porque es donde hay mayor captación por parte de la gente que vive en las comunidades, no así tanto en el idioma español, sino que en el idioma que corresponde a cada una de las comunidades

Pregunta 2; ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?

Las acciones que se realizan son, por ejemplo: educativas y participativas y también prácticas.

Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?

La estrategia es, se reúne a grupos de la comunidad de madres con niños menores de un año, se hacen en grupos, y también con madres de niños menores de cinco años y mensualmente se les está capacitando sobre diferentes temas

Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?

En mi opinión es la mejor, es la que se usa en el ministerio (de salud), es la que se usa incluso en el ministerio de educación también, es la que se aprende en la comunidad, incluso la comunicación de persona a persona que es también muy buena para cada una de las personas que se está capacitando, y se comunica uno con ellas verdad.

Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?

Sí, incluso ayuda también a que la gente le tenga más confianza a uno.

Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?

Cuesta un poquito, porque a veces ellas participan dentro de las reuniones, en las capacitaciones en la comunicación y todo, pero a veces están más enraizados en su cultura, en lo que dicen, lo que manejan dentro de la comunidad.

Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?

Velar porque el equipo básico de salud esté dando los servicios básicos en cada uno de los centros de convergencia que existen en las diferentes comunidades.

Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?

Rotafolios de educación, tanto de la niñez como de la mujer embarazada.

Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?

Es en base a las experiencias de cada una de las comunidades, porque es diferente, incluso en Quetzaltenango se maneja una, que se maneja a nivel nacional, pero en base a las experiencias de cada una de las comunidades.

Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?

¡No! Los valores culturales no, no se ha tomado en cuenta los valores culturales, porque se habla por ejemplo, a veces es muy difícil, por ejemplo hablar de planificación familiar por decirlo así, porque que hay tabús. Tal vez si se toman en cuenta, si porque hay que saber cómo manejar la situación en cada una de las comunidades

Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?

No, ya a estas alturas ya no porque ya hay mucha gente estudiada, ya hay mucha gente que se ha preparado más, entonces están ellos ya anuentes a participar.

Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?

No, ya tienen conocimientos, ya se les ha venido dando con anterioridad, mayormente que se ha participado ya varios años en estar dando educación.

Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?

Dando charlas educativas, visitas domiciliarias, también sesiones educativas a los grupos que existen dentro de la comunidad.

Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?

Se les informa en primer lugar a las áreas de salud para que reúnan a los coordinadores, o se les manda una circulara a los coordinadores, que habrá una capacitación para educadoras, tal día, tal fecha, en tal lugar, para capacitarlas en cualquier tema de salud, que esté programada o que ellos consideran que necesitan reforzarlos más.

Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?

Sí, todo lo del banco de recursos de comunicación, que son los rotafolios, los "CD", los mensajes claves que tienen también una radionovela y se cuenta con 15 CD para dar capacitaciones a las educadoras

Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?

Si las capacitan, pero bien preparados..., salen de la capacitación y hay que estarlos monitoreando y evaluando para velar cómo continúan, pero no..., capacitados, salen bien capacitados, el que tarda mucho más tiempo dentro de una ONG y las comunidades que tiene y continúa con esto sí, pero hay mucho cambio, entonces hay que estar capacitando, y una persona le dice a la otra y ya no es igual, como estar capacitando otra que acaba de entrar, entonces, preparados, preparados, si están.

MUCHAS GRACIAS. FIN DE LA ENTREVISTA.

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 1: ¿qué opina del proceso de educación en salud que se desarrolla en los servicios de salud de Guatemala?				
Se necesita más apoyo, por dirigirse a audiencia analfabeta. Se debe tomar más tiempo para hablarle a la gente.	No se segmentan adecuadamente las poblaciones (audiencias) para las que se va a trabajar, y no les llega a ellos la información adecuada. El Ministerio trata de usar tecnología avanzada pero a las áreas rurales no llega esa tecnología.	Hace falta llevar más educación en salud en áreas rurales, porque hay mucha carencia de educación en esas áreas.	El proceso de educación en salud en el área comunitaria ha sido deficiente.	No se le da prioridad a la salud. Hay mucha deficiencia en el trabajo comunitario, porque no dan apoyo ni insumos para trabajar Y la gente nos espera con enfermos, no es gente sana con la que trabajamos.
Pregunta 2. ¿Cómo se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios de salud y en la comunidad?				
Durante la consulta, se les habla a las señoras, sobre temas variados. No se les puede hablar a todas, tiene que ser individualizado	Se usan canales (colectivos) que llegan más a las áreas urbanas, pero no a la población rural que tiene mayores riesgos biológicos y sociales.	Se visitan las comunidades una vez al mes, en donde conjuntamente con los servicios de atención se les da educación en salud.	Vamos periódicamente a la comunidad y se imparten charlas antes de empezar la consulta. Las imparte la educadora en salud y nutrición.	Vamos periódicamente a la comunidad y se imparten charlas antes de empezar la consulta. Las imparte la educadora en salud y nutrición.
Pregunta 3: ¿Qué acciones de educación en salud se realizan en los servicios que usted trabaja?				
Pláticas individuales. Capacitación planificada a comadronas y líderes comunitarios.	El C/S prioriza población escolar y adolescentes (más fácil cambios de actitudes que en adultos), son buenos agentes de cambio. Se usa perifoneo y charlas educativas con grupos.	Darles charlas educativas a las madres que asisten a recibir servicios de atención para ellas y sus niños.	Servicios de atención: consulta general, control prenatal, inmunizaciones, suplementación a niños y mujeres de edad fértil, se talla y se pesa niños, y evaluaciones para ver si hay niños desnutridos.	Las charlas educativas con las madres antes de la consulta.

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 4: ¿Qué estrategia de comunicación se utiliza en el proceso de educación en salud?				
<p>Canales: en áreas urbanas radio y cable.</p> <p>En aldeas no llega cable.</p>	<p>Programas: Municipios y escuelas saludables, espacios amigables. Promoción de prácticas saludables con: charlas educativas y talleres vivenciales (escolares).</p>	<p>Charlas educativas</p>	<p>Se visita la comunidad. Dando charlas (consejería general) y consejería personal en el momento que pasan a recibir la consulta.</p>	<p>El día de la consulta se reúne a la gente para darle las charlas, y previamente se coordina para las reuniones con facilitadores comunitarios, los líderes que están allí, y con los COCODES.</p>
Pregunta 5: ¿Qué mensajes de salud les dan a los usuarios de los servicios?				
<p>Todos los programas del MSPAS (TBC, vacunas, papanicolau, rabia, etc.), Se privilegia lo materno infantil.</p>	<p>Salud ambiental, saneamiento básico. En adolescentes actividades de pares para PF.</p>	<p>Planificación familiar, salud reproductiva, alimentación complementaria.</p>	<p>Sobre tuberculosis, desnutrición, diarrea y otros temas más.</p>	<p>Temas de salud preventivos. A través de charlas sobre los niños que se enferman por diarrea, sobre higiene, alimentación, que los niños menores de dos años, empiezan a gatear, o empiezan a agarrar cosas, y todo lo llevan a la boca, o sea que se les habla sobre el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años, y prevención de enfermedades.</p>
Pregunta 6: ¿En qué idioma se les da la educación en salud a las personas que se atienden en los servicios de salud?				
<p>Idioma Kaqchikel</p>	<p>Español (urbano) y algunas veces Kaqchikel (rural)</p>	<p>Por lo general, en Kaqchikel (educadora en salud y nutrición es bilingüe).</p>	<p>En la mayoría de comunidades se da en Kaqchikel.</p>	<p>En Kaqchikel, que es el idioma que se habla en todo Chimaltenango</p>

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 7: ¿Las personas reciben los mensajes con agrado?				
Algunas personas si pero otras los reciben con indiferencia (hasta en referencias de niños graves o P F)	C/S: Un grupo de personas si (especialmente de área rural), otras personas no (área urbana, que tienen mayor grado instrucción).	Algunas personas son indiferentes, pero la mayor parte de ellas reciben los mensajes con agrado.	Hay gente que rechaza la consejería y es necesario "irles buscando el lado".	En algunos casos sí, la mayoría sí, pero hay personas que lo toman como que no mucho verdad. Especialmente cuando es tema de panificación familiar (debido a la influencia del esposo y la suegra que les dicen que es pecado).
Pregunta 8: ¿Adquieren conocimientos las personas a las que les dan los mensajes de salud?				
Hay personas que si pero no son todas.	Si el proceso es concatenado y persistente, Sí; se les repite varias veces el mismo tema.	Sí, se va viendo la mejora en la comunidad.	Sí, hay algunas personas que si adquieren, pero otras no, por el mismo miedo, la timidez, o porque les cuesta hablar el idioma.	Algunas si adquieren conocimientos de las charlas que damos.
Pregunta 9: ¿Aplican los conocimientos que aprenden a través de los mensajes de salud que les dan?				
Algunas personas si y otras no.	Algunas personas si y otras no.	Sí, si los aplican.	Si lo aplican, por ejemplo con lo que es el método de P F. Hay personas que lo toman muy discretamente y lo hacen en privado.	Algunos si los aplican pero otros no.
Pregunta 10: ¿Mejoran las prácticas y actitudes en salud las personas a las que les dan mensajes en los servicios?				
No al cien por ciento pero sí una parte.	Algunas personas si y otras no.	Sí, mejoran.	No hay respuesta.	Algunas personas si pero otras no.
Pregunta 11: ¿A través de qué acciones se les dan los mensajes de salud a las personas?				
Charlas individuales a personas y comadronas.	Charlas en consulta externa (informales), perifoneo, charlas a grupos específicos (mujeres, escolares, adolescentes).	Pláticas y charlas educativas.	Consejería personalizada en la comunidad	Charlas generales a grupos de madres y charlas personalizadas (consejería).

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 12: ¿Qué materiales se usan para darles mensajes de salud?				
Trifoliales, carteles que mandan del MSPAS; y réplicas de capacitaciones y presentaciones que da la DAS.	Medios audiovisuales, spots de radio (que da el MSPAS, la DAS, o que ellos hacen), trifoliales y cuadrifoliales, otro material escrito.	Trifoliales, afiches.	Trifoliales y afiches.	Afiches, trifoliales (se le dan a la gente) Sobre temas de embarazo, señales de peligro. Algunos lo llevan, lo guardan y lo miran, pero otros a la vuelta lo dejan tirado, verdad. Allí es donde hacemos consejería.
Pregunta 13: ¿Los mensajes de salud que se les dan son para resolverles problemas que las personas tienen, o es una capacitación planificada?				
Es planificada de manera flexible, para atender problemas que surgen y que se priorizan.	Se hace diagnóstico de vulnerabilidad de la población en temas de salud. En base a eso se planifican las capacitaciones	En parte lo tenemos planificado, y en parte con los "valores" y problemas que tienen las personas.	En base a los problemas de las personas se da consejería personalizada.	Algunas si van planificadas conforme a los protocolos y otras más, más, conforme a los problemas en la comunidad.
Pregunta 14: ¿Los mensajes se los dan a las personas tomando en cuenta los valores culturales de ellos?				
Sí se toman muy en cuenta, porque "el personal tiene la misma cultura".	Sí, se hacen en base a la cultura. Se insiste mucho en conocer los patrones culturales (idiosincrasia) que se mantienen en las localidades para no crear rechazo.	Siempre se toman en cuenta los valores y la cultura de las personas.	Si se toma en cuenta, sobre todo las creencias.	Si se toma en cuenta todo (idioma, religión). Es muy importante, porque si se va a "decir algo que es pecado", hay que tratar de decirlo de otra forma que no sea pecado para la persona verdad.
Pregunta 15: ¿Las creencias y aspectos culturales de las personas de las comunidades, no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica?				
No hubo respuesta.	Sí, son creencias y patrones culturales muy arraigados en la población, que influyen negativamente en la situación de salud. Es complicado romper esas barreras.	Siempre se tiene que trabajar con las creencias que tienen las personas; no se puede interponer el personal a la cultura de ellos. (No hubo respuesta concreta).	Si pueden ser un obstáculo muy grande.	Sí, son barreras, más se da con lo que es planificación familiar, con eso hemos visto barreras.

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 16: ¿A las personas que les dan mensajes, tienen conocimientos previos de los aspectos de salud?				
Son muy pocas las personas que tienen conocimientos de salud. Las comadronas son consultadas por las comunidades.	Una buena parte de la población posee conocimientos de salud (el C/S ha tratado de llegar a "la mayor cantidad posible de población") aunque muchas veces no los aplican.	Son pocas las personas que van adquiriendo conocimientos.	Aproximadamente un 50% de la población con la que se trabaja No capta la información que se le transmite y algunos que lo captan lo ignoran.	Algunas personas ya saben un poquito de lo que es salud porque hay varias instituciones en donde apoyan lo que es salud, entonces hay varias instituciones, grupos que las reúnen, les enseñan cómo preparar la comida, higiene, entonces hay personas que ya llegan con una idea, otras personas llegan en cero.
Pregunta 17: ¿Son obedientes o reacios a aceptar los mensajes de salud que usted les proporciona?				
Depende de quien dé las capacitaciones (tienen que caerle bien a la gente); (debe haber empatía).	Depende como se le hable a la población. A la gente le gusta que se le hable de una manera sencilla (palabras sencillas). Y que el capacitador se identifique con la comunidad (empatía).	Cuesta un poco. Se les dan los consejos pero no los aceptan muy bien.	Las madres asisten a la consejería, pero tienen el obstáculo de la forma en que piensan sus familiares y la gente de su entorno, lo cual no le permite apropiarse de los mensajes.	Con las explicaciones algunos quedan muy agradecidos y las ponen en práctica y otros no.
Pregunta 18: ¿Las personas a las que les da mensajes, comparten los conocimientos que usted les imparte con sus familias y sus vecinos?				
Muy poco, o tal vez no. En PF especialmente (no quieren que se entere la suegra y/o el esposo).	Si la información les llega periódicamente y les impacta, si lo comparten con su familia. Una charla o un taller aisladamente no es bueno. Debe haber constancia y persistencia, con el mismo segmento de población.	Si los comparten.	Muchas veces tienen miedo de compartirlo, especialmente si se trata de P F (miedo al esposo y a la suegra por el machismo).	Si lo comparten, especialmente con otras señoras. Pero el problema es que no lo ponen práctica.

Cuadro tabular 1

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas locales.

Enfermera Profesional DMS (centro de salud)	Encargado Promoción DMS (centro de salud)	Enfermera Ambulatoria Jurisdicción (EBS)	Facilitador Comunitario Jurisdicción (EBS)	Educadora Salud y Nutrición Jurisdicción (EBS)
Pregunta 19: ¿Les enseñan a ustedes, por parte del nivel central de salud (PEC, o DGSIAS) cómo deben hacer la educación en salud?				
No, no se tiene ninguna guía por parte de ellos. Sólo hay coordinación local con compañeros de extensión de cobertura.	Se hace de forma escalonada (cascada), MSPAS - DAS- DMS- comunidad; de esta forma el apoyo de va diluyendo; debiera ser más directa para llegar con más fuerza a las comunidades (evitar pasar por muchas puertas).	Muy poco. Yo no he visto a ningún personaje de esas entidades aquí.	Es muy deficiente el apoyo del nivel central, en supervisión, equipo e insumos y eso dificulta hacer el trabajo.	Allí sí nos quedamos en cero. Estamos olvidados, no tenemos apoyo. No nos dan asistencia ni insumos para hacer educación en salud. Tampoco nos dan insumos para prestar atención: medicinas, esfigmos, estetoscopios.
Pregunta 20: ¿Le gusta a usted hacer educación en salud?				
Sí me gusta, me gusta hablarles y darles educación a las personas.	Bastante. Creo que estoy haciendo lo que me ha gustado hacer por mucho tiempo.	Si me gusta, Es para mejorar a nuestra gente.	Si me gusta, porque mis papás son Kaqchikeles.	Me encanta mi trabajo. Por eso es que no he renunciado. Nuestra gente necesita de nosotros. Pero la gente de allá arriba no nos pone atención.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infiere en enfermería
Pregunta 1: ¿Cómo cree Usted que se desarrolla el proceso de educación en salud en los servicios del ministerio de salud, y especialmente aquellos que están dirigidos a comunidades mayas?				
<p>En forma planificada en algunos lados, e improvisada en otros. Con apoyo logístico de materiales: afiches, boletines, mantas. No están dirigidos específicamente a la población maya; esto es una barrera y una limitación del proceso de educación en salud.</p>	<p>El proceso educativo se desarrolla elaborando un diagnóstico de necesidades educativas, basado en conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. De esa forma se diseña y elabora el programa educativo. Luego se ejecuta, monitorea, supervisa y evalúa. En fin, teóricamente creemos que hacemos el proceso.</p>	<p>Se desarrolla a través de las ONGS, que son las que llevan los servicios a las comunidades más lejanas. Con consejería, tanto en planificación familiar, como en otros temas, como higiene personal, lavado de alimentos, cómo cocinar los alimentos.</p>	<p>El proceso de educación en salud se desarrolla en base a charlas educativas, dirigidas a personas que acuden a los servicios de salud.</p>	<p>Se ha tenido el apoyo del proyecto de salud y nutrición materno infantil. Se ha capacitado a educadoras, y ellas están capacitando en las comunidades. Las capacitaciones en el idioma de cada una de las comunidades es lo más importante, porque es donde hay mayor captación por parte de la gente que vive en las comunidades.</p>

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infieri en enfermería
Pregunta 2; ¿Qué acciones de educación en salud se realizan, por lo general, en el primer nivel de atención, o nivel comunitario?				
<p>El personal de salud operativo llega a la comunidad y educa a la persona con mensajes de salud: lavar bien su pila, le echan polvo de abate (para evitar crecimiento de larvas), y le dicen otros mensajes de saneamiento ambiental.</p>	<p>Se desarrolla un plan técnico anual, que contiene el plan educativo que está dirigido a cada uno de los miembros del equipo básico de salud, de acuerdo a las funciones que desempeñan. El médico ambulatorio tiene su programa educativo que desarrolla con comadronas, el FI con vigilantes y el FC, etc. Ese es el punto de partida (lo que está en el programa, creemos nosotros, que está completo). Todo el accionar está basado en la estrategia IEC y AINM-C.</p>	<p>En auditoría social del PEC se capacitan a líderes comunitarios y se les enseña cual es el paquete de servicios que prestan las ONGS. Dentro de ese paquete está la consejería y las charlas.</p>	<p>Charlas educativas.</p>	<p>Charlas y acciones educativas, participativas y prácticas.</p>
Pregunta 3: ¿Qué estrategias de comunicación utilizan, y cómo se operativizan esas estrategias de comunicación en educación en salud?				
<p>Perifoneo, cuñas radiales de circuito cerrado en los mercados, y otras veces presencial, cara a cara.</p>	<p>IEC y AINM-C.</p>	<p>Desde la auditoría social, es poner en práctica la capacitación y pedirles a los líderes comunitarios que sean ellos los informantes clave de su comunidad.</p>	<p>Por medio de charlas, mensajes por medio de televisores o videos que hay en los servicios.</p>	<p>Se reúne a grupos de la comunidad: madres con niños menores de un año, y menores de cinco años. Mensualmente se les está capacitando sobre diferentes temas.</p>

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infieri en enfermería
Pregunta 4: ¿Qué opina usted de la estrategia de comunicación IEC (información educación y comunicación)?				
<p>Es bastante completa: Informar es una cosa, educar otra y comunicar otra. Si se logra integrar los tres elementos, habrá cambio de comportamiento en la población. Si no hay integración, la gente va a estar informada pero no educada; va a estar comunicada pero no va a tener la educación para cambiar hábitos de salud.</p>	<p>Información, educación y comunicación son tres elementos importantes en la educación. El componente de educación es el que nos sirve para ver si la gente aprende. En eso estamos deficientes. La gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa. Existen muchos factores que influyen en esto. Por ejemplo en nutrición, influyen: recursos económicos, familia, acceso y disponibilidad a alimentos. Son variables que no podemos controlar. Sin embargo hay que hacer énfasis en lo que se puede hacer en la práctica.</p>	<p>Es muy importante insistir en el desarrollo de la IEC, pero que el mensaje llegue como se estipula, como se manifiesta desde aquí del programa. Si no, se corre el riesgo de que la información se vuelva un teléfono descompuesto. El personal operativo debe tener la conciencia de llevar el mensaje como debe ser.</p>	<p>La gente que está informada va a tener mejor educación y mejor comunicación. La información debe llegar clara a las personas.</p>	<p>Es la mejor, es la que se usa en el ministerio (de salud). Es la que se usa incluso en el ministerio de educación. También es la que se usa en la comunidad (comunicación de persona a persona). Es muy buena para capacitar.</p>

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infieri en enfermería
Pregunta 5: ¿Las estrategias de comunicación y educación en salud que se aplican en el primer nivel de atención ayudan para que las personas tengan conocimientos en salud?				
<p>Sí se cerciora que la gente obtenga el conocimiento, sí. En los servicios por lo general, se da educación una vez al día durante unos quince minutos, con la limitación de que se entrega de una forma general. Además en algunos casos, por el idioma, no se da una comprensión amplia, lo cual hace que disminuya el impacto de la estrategia IEC.</p>	<p>La gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa.</p>	<p>Las personas ya tienen un poco de conocimiento.</p>	<p>Si han captado los mensajes, sí.</p>	<p>Sí. Incluso ayuda a que la gente le tenga más confianza a uno.</p>

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infieri en enfermería
Pregunta 6: ¿Las personas aplican los conocimientos que les enseñan y mejoran sus prácticas de salud en la comunidad?				
<p>El monitoreo y supervisión en centros de convergencia y viviendas indica que si hay cambio en hábitos y conocimientos de algunas personas, pero no de todas.</p>	<p>Las personas aplican los conocimientos en la comunidad. La gente tiene conocimientos, sabe, pero a la hora de ver la práctica, no la implementa.</p>	<p>Las personas si mejoran mucho las prácticas. Las personas ya tienen un poco más de conocimientos en cuanto a higiene personal, el cuidado de los niños, alimentos. Ya tienen más información en cuanto a la desnutrición y la prevención de las enfermedades, los cuidados a mujeres embarazadas y a niños menores de cinco años. Las educadoras han llevado esta información. Y mucha gente la pone en práctica. Sin embargo, quedan algunas familias que son difíciles.</p>	<p>Las personas los aplican si les quedó claro el mensaje, porque a veces uno cree que la gente ha captado los mensajes, pero no es así, entonces no los pueden aplicar si no tienen conocimientos respecto a los temas.</p>	<p>Cuesta un poco. Porque participan en las capacitaciones pero se quedan muy enraizados en su cultura, en lo que dicen, lo que manejan dentro de la comunidad.</p>

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infiere en enfermería
Pregunta 7: ¿Cuál es la función del programa de extensión de cobertura, en relación a la educación en salud del primer nivel de atención (en las comunidades)?				
Prevenir la morbi-mortalidad de la población, a través de las educadoras que el PEC tiene en las comunidades. Se educa en los temas de todos los programas pero con énfasis en la población materno infantil. Actualmente se trabaja en el marco del programa hambre cero y la educación a distancia (Tula salud) para dar reforzamiento a educadores (para evitar desnutrición crónica).	Seguir trabajando con la población. Continuar educando en salud, para que la gente tenga un mejor nivel de vida y de salud, para que los niños puedan ser mejores.	Involucrar más a las familias que son difíciles de poner en práctica los conocimientos de salud, en el proceso de educación, a través de los trabajadores de campo.	La función es impartir mucho conocimiento a la gente para que lo ponga en práctica y así pueda estimar su salud.	Velar porque el equipo básico de salud esté dando los servicios básicos en cada uno de los centros de convergencia que existen en las diferentes comunidades.
Pregunta 8: ¿Qué materiales usan para dar educación en salud?				
Rotafolios, únicamente.	El PEC ha hecho rotafolios, trifolios, algoritmos y protocolos de atención. Los mensajes que se dan a la población están contenidos en esos materiales. En la actualidad la gente dibuja en un cuadro las ideas, en su propia captación. Dibujan de acuerdo a su cultura y costumbres. Esa metodología ha dado buen resultado.	Afiches y demostraciones en las comunidades para que afirmen sus conocimientos, y los pongan en práctica.	Ayudas audiovisuales, rotafolios, trifolios y carteles.	Rotafolios de educación, tanto de la niñez como de la mujer embarazada.

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infieri en enfermería
Pregunta 9: ¿Los mensajes de educación en salud que se les dan a las personas son en base a los problemas que ellos van exponiendo o demandando, o es una capacitación que ya está planificada?				
Se utilizan los dos sistemas. Se le exige a las ONGs un plan de capacitación formal de acuerdo a la morbilidad de la población). El plan debe contemplar dirigirse a las personas con palabras claves y sencillas, y que en caso necesario se adecuó a las demandas de las personas a las que se dirigen.	Es de una forma mixta, porque está planificado de acuerdo al plan técnico de las ONGs, pero en el intercambio de experiencias que se tienen con las personas surgen otras necesidades, que se abordan, ya sea en el momento o se planifican para después.	Es en base a las necesidades que se den en las comunidades.	Se hace en base a una capacitación planificada dependiendo del perfil epidemiológico de las comunidades.	Es en base a las experiencias de cada una de las comunidades, porque son diferentes. En Quetzaltenango se maneja una a nivel nacional, pero adaptada a las experiencias de cada una de las comunidades.
Pregunta 10: ¿Los mensajes en salud se los dan a las personas de las comunidades, tomando en cuenta los valores culturales de ellos?				
Sí. Se insiste en la supervisión, que se debe respetar la cultura de las personas en la educación en salud.	No siempre se toman en cuenta esos valores. Por ejemplo con los alimentos no se toman en cuenta los que hay en la comunidad para adecuarlos a la olla nutricional, sino que se hace en base a la teoría. Pero cuando las personas hablan en el intercambio de experiencias, de conocimientos, exponen esto, porque la gente no está en cero. Entonces se van identificando algunos obstáculos.	Ahora se toman muy en cuenta los valores culturales de la comunidad. Al principio no, pero en la actualidad sí, para que la gente se sienta más familiarizada con los educadores.	Claro que si se toman en cuenta, porque para poder dar mensajes tiene que saber uno el idioma de las comunidades, y si uno lo da en otro idioma se quedan en cero porque no están entendiendo nada de lo que se les lleva.	¡No! Los valores culturales no, no se han tomado en cuenta porque es muy difícil. Si se habla de P F, hay tabús. Se debieran tomar en cuenta para saber cómo manejar la situación en cada una de las comunidades.

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infiere en enfermería
Pregunta 11: ¿Las creencias y los valores o aspectos culturales de las personas de las comunidades, pueden ser una barrera para adquirir conocimientos positivos en salud y ponerlos en práctica?				
Si, Bastante. Es una gran barrera. Sobre la madre tiene mucha ingerencia la suegra y el esposo. Más los aspectos culturales de la mamá (abuela), de la comadrona y otros personajes de la comunidad. Es difícil derribar esas barreras sociales y culturales.	Para mí las creencias no son barreras, sino al contrario, es algo que enriquece la situación que se está tratando.	Creo que sí. Esas barreras no dejan avanzar. Con las mujeres es mucho más fácil (pues pueden aceptar las cosas, como por ejemplo, la realización de un papanicolau). Pero con los esposos es difícil (no dejan), debido a las creencias que ellos tienen. Sí, es una barrera.	No. El mensaje debe ser en el idioma de ellos, porque si no, ellos con sus creencias, y si uno les llega a hablar en otro idioma se quedan igual. Las creencias no son barrera, entonces lo que hay que hacer es entenderlos.	A estas alturas ya no porque ya hay mucha gente estudiada. La gente que se ha preparado ya está más anuente a participar.
Pregunta 12: ¿ Las personas a las que se les da educación en salud y los mensajes, será que ellos están en cero en cuanto a conocimientos de salud, o ellos ya tienen conocimientos de salud?				
La gente no está en cero. Saben cosas, que es una vacuna, tal vez no lo pueden explicar de una forma científica, pero dicen que sirve para que el niño no tenga enfermedades. Si tienen un poco de conocimiento.	Las personas no parten de cero, ya tienen sus conocimientos.	Quizá un sesenta a setenta por ciento tiene más de algún conocimiento en cuestiones de salud. El resto si está completamente en cero. Esas personas se dedican al trabajo, al campo y no le dan prioridad a la salud. Los hombres dejan que la esposa valla al servicio de salud y es la única que va adquiriendo algunos conocimientos.	Sí tienen conocimientos, porque ahora con tanto medio informativo la gente algo va captando los mensajes, no están en cero.	Ya tienen conocimientos, ya se les ha venido dando educación con anterioridad.

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infiere en enfermería
Pregunta 13: ¿Cómo es que apoya el PEC la educación en salud de las comunidades?				
Con el equipo básico de salud. Las ONGS (dentro de las jurisdicciones) cuentan con su propia educadora (maestro de educación primaria o auxiliar de enfermería), que se prepara para ese campo. La responsabilidad también es de todo el equipo básico de salud (EBS), o sea: médico o enfermera ambulatoria, facilitador institucional y la propia educadora. También participa el facilitador comunitario.	En el primer nivel de atención es muy importante la función educativa, que se hace a través del equipo básico de salud. Cada uno de ellos tiene una función. Pero la educadora comunitaria en salud y nutrición es la que tiene a su cargo la función educativa.	El PEC aporta la parte técnica y la parte financiera. Se le da apoyo a las ONGS, en evaluaciones trimestrales, acompañamiento o a las comunidades, entrega del servicios y de medicamentos.	Dando charlas educativas en las consultas por medio de los equipos básicos. También a los facilitadores comunitarios y a la gente de la comunidad se les capacita para que ellos sean multiplicadores.	Dando charlas educativas, visitas domiciliarias, sesiones educativas a los grupos que existen dentro de la El PEC aporta la parte técnica y la parte financiera. Se le da apoyo a las ONGS, en evaluaciones trimestrales, acompañamiento a las comunidades, entrega de servicios y de medicamentos.
Pregunta 14: ¿Cómo hacen las capacitaciones para el personal operativo (los educadores) que son los que multiplican la educación?				
En la actualidad a las educadoras se les capacita a distancia por medio de la metodología de Tula Salud. Está bastante enfocada a la prevención de la desnutrición crónica.	Cada mes la ONG reúne a su personal para entregar informes y capacitar a todos. Es como un laboratorio vivencial donde cuentan su experiencia: cómo les ha ido, qué temas abordaron, qué problemas han tenido; aunque es poco el tiempo que tienen. Así redondean su capacitación las educadoras y el resto del equipo básico de salud.	Dentro de la auditoría social en cuatro fases: identificación de grupos organizados en comunidades, capacitación en auditoría social a los líderes comunitarios, ejecución del instrumento de evaluación en las comunidades, y la reunión anual, en la reunión anual, donde se reúnen todos los involucrados.	Las capacitaciones por lo general son mensuales y se les da una retroalimentación de los temas. Se les capacita primero y de ahí es una retroalimentación mensual para que así sigan multiplicando los conocimientos.	Se coordina con áreas de salud para que reúnan a los coordinadores (o se les manda una circular a ellos) informando que habrá una capacitación para educadoras (hora, fecha y lugar para capacitarlas), en algún tema de salud, que esté programada o que ellos consideran que necesitan reforzarlo más.

Cuadro tabular 2

Análisis descriptivo individual de preguntas y respuestas de entrevistas centrales.

Sonia Miriam cerezo, Licda. en enfermería	Mauren Reyes, Licda. en pedagogía	Karin Guzmán, maestra, encargada de auditoría social	Telma Saravia, Licda. En enfermería	María Eugenia Hidalgo, Licda. Infiere en enfermería
Pregunta 15: ¿Conoce usted alguna, o algunas teorías de comunicación que apoyen el proceso de educación en salud?				
No.	No.	No las tengo en mente ahorita.	¿Sería la radio, la televisión y los medios de comunicación?	Sí, el banco de recursos de comunicación, que son: rotafolios, "CD", mensajes claves, una radionovela, y 15 CD para dar capacitaciones a las educadoras.
Pregunta 16: ¿Cree usted que el personal operativo (educadores y educadoras de salud) están bien preparados para hacer esa función en las comunidades del primer nivel de atención?				
Pues, tal vez no bien preparados, pero si con el conocimiento táctico, elemental; pero que tengan la preparación completa y como uno requiriera que fuera para el mejor beneficio para la población, ¡no!	Todos los esfuerzos que se han hecho van encaminados a eso; yo creo que sí están bien preparados. También creo que es buena la conducción de los programas y el material que se utiliza. Quizá lo que ha faltado es hacer monitoreo y supervisión. La gente es joven y a veces no tiene el compromiso moral y eso es lo que hay que fortalecer.	Yo creo que sí. Todo este personal está capacitado constantemente.	Sí, están preparados, tal vez no el cien por ciento, pero si al 98 %, sería de irlos actualizando mensualmente.	Si las capacitan, pero bien preparados quizá no. Salen de la capacitación y hay que estarlas monitoreando y evaluando. Quienes tardan más tiempo en una ONG, están más capacitados. Pero hay mucho cambio, entonces hay que estar capacitando, a las que acaban de entrar.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Abordaje de la estrategia de comunicación				
No aplica.	<p>Las entrevistas estructurales locales indican que (Preguntas 1 a la 4), que se aprovechan los momentos de la pre y pos-consulta, para entregar los mensajes a las receptoras de la estrategia, a través de los educadores y de conformidad como fueron diseñados en el nivel central del ministerio de salud.</p> <p>Los mensajes se diseñan por personal especializado del nivel central del ministerio de salud (los diferentes programas oficiales).</p> <p>La educación en salud se realiza en centros comunitarios de salud, domicilio de las personas o en el centro de salud (donde están los educadores).</p> <p>(Pregunta 13). Primero se hacen diagnósticos. Es capacitación planificada pero flexible para poder</p>	<p>Las entrevistas estructuradas centrales indican (Pregunta 13) que la forma en que apoya el programa de extensión de cobertura –PECA- desarrollo de la estrategia de comunicación, es aportando la parte técnica y financiera, para las organizaciones no gubernamentales –ONG- y a los equipos básicos de salud –EBS-, para que los educadores del municipio realicen las acciones de educación para la salud.</p>	<p>En la revisión bibliográfica se puede ver que en el ministerio de salud (que es el referente del sistema institucional de salud), se desarrolla el proceso de educación para la salud, apoyado por estrategias de comunicación, siendo la principal u oficial, la estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC- que se fundamenta en la Teoría del Cambio.</p> <p>En ese sentido, el proceso de comunicación se inicia desde el nivel central del ministerio de salud, a través de un equipo emisor-encodificador.</p> <p>Ese equipo emisor-encodificador está conformado por los especialistas de los diferentes programas técnico-normativos del nivel central del ministerio de salud, quienes definen los propósitos</p>	<p>La revisión bibliográfica muestra que la estrategia de comunicación denominada de Información, Educación y Comunicación –IEC-, es la estrategia oficial del ministerio de salud (sistema institucional de salud).</p> <p>La IEC es una estrategia planteada desde la Teoría del Cambio.</p> <p>La bibliografía y los resultados de las entrevistas del nivel local y central, indican que en el ministerio de salud existe un equipo comunicador (una institución comunicadora). Los mensajes son elaborados por especialistas de los programas técnico normativos del nivel central del ministerio de salud.</p> <p>Esos especialistas tienen una visión occidental de la salud (no están</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
	<p>atender otros problemas que surgen.</p> <p>Las capacitaciones se hacen según los protocolos existentes, elaborados en el nivel central del ministerio de salud.</p> <p>(Pregunta 19) capacitación a emisores por parte del nivel central. No se cuenta con una guía concreta que proporciones el nivel o el área de salud para la aplicación de la estrategia de comunicación a nivel local.</p> <p>El nivel central y área de salud no supervisan ni apoyan con materiales e insumos.</p> <p>Se usa metodología de cascada. Del nivel central al área de salud, y luego, a educadores y después a receptoras. De esa manera los mensajes llegan muy diluidos a la población receptora.</p> <p>(Pregunta 20). Por unanimidad todos los entrevistados responden que si les gusta hacer educación para la salud. Una de las razones es que</p>		<p>y objetivos de la comunicación (es un quipo emisor y codificador).</p> <p>Ellos diseñan los mensajes y el protocolo de la forma en que deben ser entregados a los receptores(as) finales.</p> <p>Por metodología de cascada el nivel central (los programas técnico normativos del ministerio de salud) traslada los mensajes y el protocolo de manejo a las áreas de salud (que están en los departamentos geográfico del país:</p> <p>Las áreas de salud trasladan los mensajes y protocolos de entrega a los municipios de salud (centro de salud, equipo básico de salud y educadores en general), en donde los educadores, constituidos en emisores finales del ministerio de salud entregan los mensajes a los receptores finales (que por lo general, son las madres de familia de la comunidad.</p>	<p>familiarizados con la cosmovisión maya). Como parte del comunicador equipo emisor del ministerio de salud, ellos definen los propósitos y objetivos de los mensajes; también encodifican los mensajes y elaboran los protocolos de entrega. Tanto la encodificación, como la elaboración de los mensajes no están mediados, para ser entregados específicamente a comunidades mayas.</p> <p>Por metodología de cascada, los mensajes y protocolos de entrega son llevados a las áreas de salud de los diferentes departamentos geográficos del país. De allí son trasladados a los educadores del nivel local (trabajadores del centro de salud, centros comunitarios de salud y miembros del equipo básico de salud).</p> <p>Los educadores del nivel local, constituidos en canales de comunicación y emisores finales de los mensajes</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
	<p>ellos mismos o sus papás pertenecen a la etnia kaqchikel.</p>		<p>La formulación de mensajes y los protocolos de entrega de los mismos, no están mediados para dirigirlos específicamente a las diferentes comunidades mayas, sino que están hechos para entregarlos, a la población, en general.</p>	<p>de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, entregan dichos mensajes, directamente a las audiencias o receptoras(es) finales de la estrategia.</p> <p>La entrega de mensajes es a través de comunicación interpersonal, cara a cara. Las receptoras, según su propia cosmovisión, tienen que decodificar los mensajes.</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Estructura de funcionamiento de la estrategia de comunicación				
<p>En la encuesta, en las gráficas de la 11 a la 17 del análisis descriptivo individual, se observa que es buena la actitud de los emisores en la entrega del mensaje. En las gráficas 18, 19, 20 de dicho análisis descriptivo individual, se observa que es bueno el manejo del mensaje por parte de los emisores (educadores).</p> <p>Por tanto, se puede pensar que el funcionamiento de la estrategia de comunicación, es bueno.</p> <p>En las capacitaciones los emisores atienden bien a las receptoras. Las tratan con respeto y afecto, se esmeran en las explicaciones, respetan sus conocimientos, las hacen sentir en confianza y no las saturan con mucha información.</p> <p>Los emisores tienen conocimientos y experiencia y conocen bien los problemas sanitarios de la comunidad.</p>	<p>En las entrevistas estructuradas locales (preguntas 1 a la 4) se muestra que la educación en salud se dirige a madres y cuidadores de niños pequeños, con mensajes que se entregan a través de consejerías individuales, sesiones educativas, charlas, formación de grupos de apoyo y otras actividades grupales.</p> <p>(Pregunta 5). Los mensajes entregados corresponden a todos los programas técnico normativos del ministerio de salud, priorizando los temas del grupo materno-infantil (salud y nutrición de menores de cinco años y los cuidados de mujeres en edad fértil y embarazadas, salud ambiental, vacunas, salud sexual y reproductiva, etc.).</p>	<p>En las entrevistas estructuradas centrales (pregunta 7), se describe que la función del programa de extensión de cobertura (PEC) es prevenir la enfermedad y mortalidad de las personas de las comunidades a través de los educadores en salud que se tienen en las comunidades.</p> <p>En los mensajes de desarrollan temas de todos los programas del nivel central del ministerio de salud (con énfasis en contenidos de programas materno infantiles).</p> <p>La función principal del PEC es velar porque el equipo básico de salud esté entregando servicios básicos de salud y educación en salud en los centros de convergencia y las comunidades.</p>	<p>En el capítulo 4, de este trabajo, que se refiere a la estrategia de comunicación, se describe que la educación para la salud se realiza a través de un proceso enseñanza/aprendizaje dirigido a personas adultas.</p> <p>Dentro del proceso enseñanza/aprendizaje del sistema institucional de salud, el ministerio del ramo ha utilizado varias estrategias educativas que han sido apoyadas por estrategias de comunicación, siendo la principal de ellas (la oficial) la estrategia de Información, Educación y Comunicación – IEC-.</p> <p>La IEC ha sido un pilar fundamental en los programas de promoción de la salud y nutrición con base comunitaria, planteada desde el enfoque de la Teoría de Cambio.</p>	<p>La revisión bibliográfica, la encuesta y los resultados de las entrevistas del nivel local y central, indican que los mensajes son encodificados en los programas del nivel central del ministerio de salud (donde fijan sus propósitos y objetivos).</p> <p>En el nivel local, los educadores toman esos mensajes y con una buena actitud en la entrega y manejo de los mismos, los trasladan a las receptoras (madres de la comunidad).</p> <p>Los educadores toman los mensajes y los trasladan a las receptoras con las formas en que fueron encodificados en el nivel central del ministerio, lo cual a veces no es compatible con la decodificación que pueden hacer las receptoras.</p>

Cuadro tabular 3

Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Cobertura de la estrategia de comunicación en la comunidad				
<p>En la encuesta, en las gráficas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, y el cuadro 2 de la encuesta que forma parte del análisis descriptivo individual, se observa que la cobertura de la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria, en las comunidades (del municipio de Santa Apolonia) es muy buena.</p> <p>Además de las capacitaciones que brindan los educadores, las comadronas y técnicos de salud han sido capacitados para multiplicar mensajes con personas de la comunidad, a fin de mejorar las condiciones de salud y vida.</p>	No aplica.	No aplica.	<p>La bibliografía refiere, que en términos generales, el acceso de las comunidades mayas a los servicios de salud es limitado, desde el punto de vista geográfico, cultural y económico.</p> <p>Sin embargo, en el presente estudio, en lo que respecta a la encuesta de campo, se puede ver que las comunidades mayas estudiadas si han tenido acceso a los servicios de salud y al proceso de educación para la salud, apoyado por la estrategia de Información, Educación y Comunicación – IEC-.</p>	<p>La bibliografía indica que es difícil el acceso de las comunidades mayas a los servicios de salud (desde el punto de vista geográfico, cultural y económico).</p> <p>Pero en la encuesta del presente estudio, se observa que las comunidades mayas sujeto de estudio, si tienen acceso a servicios de salud y casi el 100 % de las madres encuestadas, han tenido acceso al proceso de educación para la salud y a la estrategia de comunicación que forma parte de los programas de educación en salud comunitaria.</p> <p>Las receptoras han sido capacitadas frecuentemente durante la última década (según los resultados de la encuesta de campo).</p> <p>Han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición por parte de los</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
				(emisores de la estrategia), en el centro comunitario de salud, el centro de salud de Santa Apolonia, o en las comunidades y hogares a través de los miembros del equipo básico de salud.
Indicador: Percepción de la estrategia de comunicación				
<p>En la encuesta, en los resultados de las gráficas 21, 22, 23, 24, 25 y 26 del análisis descriptivo individual se observa que la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene una adecuada pertinencia cultural y se desarrolla en armonía entre emisores y receptoras.</p> <p>En los resultados de las gráficas 27, 28, 29, 30, 31 y 32 se puede observar que son de utilidad los mensajes de la estrategia.</p> <p>Por tanto, se puede considerar que las receptoras perciben que existe pertinencia cultural, hay armonía entre emisores y receptoras y que los mensajes que es proporcionan son de utilidad, para las receptoras, sus familias y sus comunidades.</p>	<p>En las entrevistas estructuradas locales (en las preguntas de la 1 a la 4), los entrevistados perciben que la educación en salud (estrategia de comunicación) que se dirige a comunidades mayas necesita mucha dedicación y mediación para que los receptores capten mensajes.</p> <p>Pero las directrices que emanan del nivel central y áreas de salud (ministerio de salud) no contemplan un protocolo específico para llegar con eficacia a las poblaciones mayas.</p> <p>El material educativo utilizado no está adaptado a la cosmovisión maya.</p> <p>Los entrevistados no tienen un concepto claro de lo que es una estrategia de comunicación. La</p>	<p>En las entrevistas estructuradas centrales, las entrevistadas perciben que el desarrollo del proceso de educación (estrategia de comunicación) se inicia con un diagnóstico de necesidades educativas de la población.</p> <p>Luego, se formula el programa educativo, que se ejecuta según lo planificado.</p> <p>Las entrevistadas no tienen el concepto técnico de la estrategia de información, educación y comunicación – IEC- (Pregunta 4). Únicamente describen que IEC es información, educación y comunicación.</p> <p>Si no hay integración de las tres cosas, la</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Según los resultados de la encuesta, las receptoras perciben que en las capacitaciones la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria tiene adecuada pertinencia cultural, se desarrolla en armonía entre emisores y receptoras y los mensajes son de utilidad para las familias y sus comunidades.</p> <p>Los entrevistados del nivel local perciben que dicha estrategia de comunicación que se dirige a comunidades mayas no tiene una metodología de mediación de mensajes, por lo cual en la entrega de los mismos, se utilizan las directrices del nivel central del ministerio de salud.</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
	<p>confunden con medios de comunicación: radio, televisión, cable local, etc.</p> <p>(Pregunta 16). Piensan que las receptoras no tienen conocimientos de salud a excepción de las que son comadronas.</p> <p>Hay receptoras que han obtenido conocimientos en las capacitaciones pero no los aplican.</p> <p>Hay receptoras que tienen algún conocimiento cuando llegan a capacitarse pero la mayoría está en cero o saben muy poco.</p>	<p>educación para cambiar hábitos de salud.</p> <p>Perciben que en la IEC es importante que el mensaje llegue como se definió originalmente, en el nivel central, porque si no es así se corre el riesgo que la información se vuelva como un teléfono descompuesto.</p> <p>La educación para la salud no está mediada ni dirigida específicamente a la población maya. La estrategia de comunicación está dirigida a la población ladina y hay diferencias entre mayas y ladinos.</p> <p>(Pregunta 12): las receptoras no parten de cero en conocimientos de salud. Saben bastantes cosas (por ejemplo, lo que son las vacunas). Pero en muchos caso las receptoras si están en cero.</p> <p>(Pregunta 16). Los educadores no están bien preparados para hacer esa función en comunidades mayas. Tienen un conocimiento elemental para hacer el trabajo</p>		<p>En el nivel local y central los entrevistados niegan al otro en la comunicación, porque piensan que las receptoras, en general, no tienen conocimientos de salud, y cuando los tienen no los aplican.</p> <p>También en ambos niveles, los entrevistados no tienen un concepto claro de lo que es una estrategia de comunicación. La confunden con medios de comunicación (radio, televisión, cable local, etc).</p> <p>Técnicamente no saben que es la información, educación y comunicación – IEC-; únicamente tienen la idea que es un método que se utiliza para hacer capacitaciones, a fin de cambiar hábitos de salud.</p> <p>Coinciden (nivel local y central) que en la IEC es importante que el mensaje llegue a las receptoras con fidelidad a lo que se definió en el nivel central.</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
		<p>al cien por ciento. Ha faltado hacer monitoreo y supervisión en el nivel local.</p> <p>A veces los educadores no tienen el debido compromiso moral (hay que fortalecerlo).</p>		<p>En el nivel central, los entrevistados también perciben que la estrategia de comunicación institucional no está mediada ni dirigida específicamente a la población maya. La estrategia está dirigida a la población ladina y hay diferencias entre mayas y ladinos.</p> <p>En el nivel central las entrevistadas creen que los educadores no están bien preparados para hacer esa función en comunidades mayas. Tienen un conocimiento elemental pero no tienen la preparación al cien por ciento.</p>
Indicador: Calidad con la que se desarrolla la estrategia				
<p>En el análisis descriptivo individual (gráficas de la 3 a la 32) y general de la encuesta, se observa que la estrategia tiene buena cobertura, los emisores tienen buena actitud en la entrega y manejo de mensajes. Existe pertinencia cultural, armonía y utilidad de los mensajes que se entregan (para las receptoras, sus niños y sus familias).</p> <p>En el análisis descriptivo individual (gráficas 33-39) y en el análisis descriptivo</p>	<p>En las entrevistas estructuradas, en la pertinencia cultural (Preguntas 14 y 15). Se observa que se toman en cuenta los valores culturales de las audiencias (los emisores tienen una cultura muy parecida a la de las audiencias).</p> <p>Los entrevistados piensan que los educadores deben conocer la cultura e idiosincrasia de la</p> <p>comunidad para no</p>	<p>Las entrevistas estucturadas del nivel central</p> <p>En términos generales (pregunta 15), las entrevistadas no conocen de teorías de comunicación. Confunden el tema con canales de comunicación como la radio, televisión, rotafolios y otros como el banco de recursos de</p>	<p>Según los modelos de comunicación interpersonal, los modelos de Wilbur Schramm y de David Berlo, se puede pensar que la calidad de una estrategia de comunicación se puede medir en los parámetros siguientes:</p> <p>En primer lugar, la forma en que el emisor (una persona) o el aparato o equipo emisor de una institución (en</p>	<p>En los aspectos técnicos que muestran la calidad de la estrategia se puede observar que existe una barrera o problema en la encodificación y la decodificación de los mensajes de la estrategia.</p> <p>Los especialistas que integran el equipo o aparato emisor de la estrategia de comunicación (ubicados en el nivel central del</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
<p>De la estrategia de comunicación hay división de opiniones.</p> <p>En los resultados de las gráficas 34, 36, 37, 38 y 39 es positiva porque no hay persuasión forzada, la comunicación se da en un clima de afecto mutuo entre emisores y receptoras, los educadores entienden la manera de pensar y sentir de las audiencias y se respetan y toman en cuenta los conocimientos de salud de la comunidad, incluyendo los ancestrales.</p> <p>Pero según los resultados de las gráficas 33 y 35, la estrategia es negativa porque los emisores no toman en cuenta que existen diferencias entre las enseñanzas institucionales y los conocimientos y cultura locales; eso repercute en la forma en que son encodificados los mensajes (por la institución emisora) y la manera en que son decodificados por las receptoras.</p> <p>En el análisis descriptivo individual (gráficas 40-51) y en el análisis descriptivo general, se observa que en la simetría de la interacción también hay división de opiniones.</p> <p>Las gráficas 40, 45, 47, 48, 49, 50 y 51 indican que si hay buena interacción en la estrategia de</p>	<p>crear rechazo de las audiencias.</p> <p>Algunos informantes piensan que las creencias culturales de las receptoras no les permiten adquirir conocimientos y ponerlos en práctica, porque están muy arraigadas en la población e influyen negativamente en los aspectos de salud. Son barreras difíciles de romper.</p> <p>En relación a la utilidad del mensaje: (Pregunta 8).</p> <p>Creer que muchas receptoras quieren adquirir conocimientos porque son útiles para llevar una vida saludable, pero no son todas las receptoras desean recibir esos conocimientos.</p> <p>En cuanto a empatía: (Pregunta 7). Piensan que muchas receptoras reciben con agrado los mensajes. Pero muchas los rechazan. Hay receptoras que no adquieren conocimientos debido al temor que les causan las capacitaciones.</p> <p>En relación a simetría de la interacción: (Pregunta 17). Creer que la</p>	<p>materiales educativos.</p> <p>En lo que es pertinencia cultural: (Preguntas 10 y 11). En lo que son los valores culturales, existe división de opiniones. 3 dijeron que si se toman en cuenta y dicen que se debe respetar la cultura de las receptoras para que se sientan más familiarizadas con los educadores.</p> <p>2 dijeron que no se toman en cuenta. Dicen que no siempre se toman en cuenta esos valores (por los tabús de las comunidades). Por tanto, los mensajes se entregan de acuerdo a las normativas que se dictan en los programas del nivel central del ministerio de salud.</p> <p>(Pregunta 6: Aplicación de conocimientos). Las informantes dicen que si hay cambio en hábitos y conocimientos de algunas personas, pero</p>	<p>caso, el ministerio de salud de Guatemala), definen los propósitos y los objetivos de la comunicación.</p> <p>En segundo lugar, la forma en que se encodifican los mensajes que están contenidos dentro de la estrategia.</p> <p>Y en tercer lugar, los aspectos de la estrategia en cuanto a cobertura de la estrategia de comunicación, la actitud de los emisores (educadores) en la entrega y manejo del mensaje, pertinencia cultural, utilidad del mensaje, armonía, empatía, simetría de la interacción, retorno o feed back y la aprobación de los mensajes (del cambio) por parte del grupo social. Los aspectos de este tercer grupo están descritos en la encuesta y las entrevistas locales y centrales de esta investigación.</p> <p>Los propósitos, objetivos y encodificación de los mensajes de la estrategia de comunicación,</p>	<p>salud), son los encargados de desarrollar los propósitos, objetivos y la encodificación de los mensajes.</p> <p>Ellos hacen su trabajo apegados al contexto de una lógica de conocimientos de la cultura occidental, porque así es como les han enseñado a percibir el proceso de salud y enfermedad.</p> <p>Basados en esos protocolos, los educadores o emisores del nivel local (ubicados en el municipio), trasladan los mensajes a través de múltiples capacitaciones, a las audiencias o receptoras de la comunidad maya.</p> <p>Esos mensajes son decodificados por las audiencias o receptoras de la estrategia, dentro de un contexto fundamentado en la cosmovisión maya.</p> <p>Eso constituye una barrera en la comunicación porque el equipo encodificador utiliza la lógica del sistema institucional de salud (con enfoque occidental) para</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
<p>comunicación de los programas de educación en salud comunitaria. En esos resultados se puede ver que los emisores muestran respeto por las receptoras, la mayoría de madres encuestadas informan que no les imponen los conocimientos, los educadores tratan que la relación sea de igual a igual, escuchan con atención a las receptoras, aceptan que tengan otras formas de pensar, no las regañan ni las discriminan por ser indígenas.</p> <p>Pero en los resultados de las gráficas 41, 42, 43, 44 y 46 se muestra que no existe buena interacción en la estrategia de comunicación, porque se observa que el emisor (educador) no reconoce al otro en la conversación, los educadores creen que las receptoras no tienen conocimientos de salud, no les dan oportunidad a las receptoras para que ellas expongan sus conocimientos, no las reconocen como el otro en la comunicación; los educadores quieren que las receptoras sean sumisas y creen que como educadores saben más de salud que las audiencias.</p> <p>En los resultados de las gráficas 52 a la 56 del análisis descriptivo individual y en el análisis descriptivo</p>	<p>mensajes (persuasión) depende del emisor, que tiene que hacer bien su trabajo (identificándose con la comunidad). A las audiencias se les debe hablar de manera sencilla.</p> <p>En la aprobación por el grupo social: (Preguntas 9 y 10). Piensan que algunas personas aplican lo que aprenden en las capacitaciones, pero otras no porque no están de acuerdo (ellas o sus familiares) con los mensajes que se les dan (por ejemplo, planificación familiar –PF- y nutrición). Muchas mujeres en edad fértil rechazan los mensajes debido a la influencia negativa del esposo y/o la suegra (por ejemplo, piensan que usar métodos anticonceptivos es pecado).</p> <p>(Pregunta 18). La mayoría de receptoras no comparten los contenidos de los mensajes de las capacitaciones con sus familias y las personas de su entorno social.</p> <p>Otras receptoras si los comparten, pero con reservas.</p>	<p>personas participan en las capacitaciones pero se quedan muy enraizadas en su cultura y no cambian sus prácticas.</p> <p>En relación a la utilidad del mensaje: (Pregunta 5). Creen que la estrategia de comunicación si ayuda para que la gente tenga conocimientos. Si han captado los mensajes es factible que los pongan en práctica.</p>	<p>elaborados por un aparato o equipo emisor del ministerio de salud, conformado por los especialistas de todos los programas técnico-normativos del nivel central de la institución.</p> <p>Es de hacer notar que el equipo de especialistas del nivel central del ministerio de salud, fija los propósitos, y encodifican de los mensajes de la estrategia de comunicación, basados en una lógica del “conocimiento occidental” del proceso de salud y enfermedad.</p> <p>En el ciclo de la comunicación, estos mensajes son decodificados por las audiencias o receptores de la comunidad maya, que fundamentan sus conocimientos del proceso de salud y enfermedad, desde la lógica de su propia cosmovisión (maya).</p> <p>En el capítulo 2 de este trabajo dedicado a la salud, se hace referencia que en Guatemala existe un sistema institucional</p>	<p>desarrollar sus mensajes.</p> <p>Luego, los educadores o emisores locales de la estrategia trasladan los mensajes directamente (por medio de comunicación interpersonal) a las receptoras de la comunicación, sin aplicar una metodología de mediación.</p> <p>Después, las receptoras de la estrategia intentan decodificar los mensajes, dentro de un contexto cultural de la cosmovisión maya, o sea dentro del sistema alternativo de salud maya.</p> <p>Entonces surge un problema de comunicación porque el proceso de salud y enfermedad es concebido de manera diferente en el sistema institucional de salud y el sistema alternativo maya.</p> <p>Y, no existiendo una metodología de mediación entre esos dos sistemas (aplicada por los emisores o educadores) locales, es difícil encontrar una correspondencia, entre lo que quiere expresar el</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
<p>las condiciones del retorno de la comunicación.</p> <p>Las gráficas 52, 53, 54 y 55 muestran que existen buenas condiciones para el retorno de la comunicación, porque en las capacitaciones los educadores permiten a las receptoras que participen, les dan oportunidad para que hayan mensajes de ida y vuelta, las receptoras se sienten cómodas en las capacitaciones y los educadores les resuelven sus dudas.</p> <p>Pero la gráfica 56 muestra que no hay buenas condiciones de retorno de la comunicación porque casi la mitad de madres encuestadas informa que en las capacitaciones los educadores hablan demasiado y les quitan espacio de participación a las audiencias.</p> <p>En los resultados de las gráficas 57 y 58 y en el análisis descriptivo general, se observa que no existen las condiciones de aprobación por parte del grupo social al que pertenecen las receptoras, dentro de la estrategia de comunicación de los programas de educación en salud comunitaria.</p> <p>En la aprobación de los mensajes de cambio por parte del grupo</p>	<p>la suegra las reprimen.</p>		<p>(oficial) de salud, cuyos rasgos son de la cultura occidental y en el cual basan los especialistas de los programas técnico-normativos del ministerio de salud.</p> <p>Pero paralelamente al sistema oficial, funciona el sistema alternativo de salud maya (medicina tradicional), que es un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos de la salud, que han sido transmitidos verbalmente o por escrito (de una generación a otra) dentro de las comunidades mayas.</p> <p>Lo anterior permite pensar, que las audiencias o receptoras de la estrategia de comunicación, decodifican los mensajes (que fueron elaborados dentro de una lógica occidental) de la estrategia de comunicación, en el contexto de la lógica del sistema alternativo de salud maya.</p> <p>Después que los mensajes de la estrategia de comunicación son</p>	<p>pueden captar las receptoras (audiencias).</p> <p>En segundo lugar, se encuentran aspectos positivos y negativos en los resultados de los otros factores de calidad, tanto en la encuesta como en las entrevistas estructuradas (locales y centrales).</p> <p>La encuesta muestra que la estrategia de comunicación tiene cobertura adecuada, los emisores tienen buena actitud en la entrega y manejo de mensajes y se tiene adecuada pertinencia cultural.</p> <p>Por su parte las entrevistas estructuradas locales y centrales expresan debilidades en la pertinencia cultural (se piensa que las creencias culturales locales son barreras para obtener y aplicar conocimientos).</p> <p>En la encuesta se observa buena armonía y utilidad de la estrategia.</p> <p>Las entrevistas estructuradas del</p>

Cuadro tabular 3
Indicadores de la variable: estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
<p>social al que pertenecen las receptoras, se observa en los resultados, que la mayoría de madres encuestadas no comparten con su familia (G 57) ni con sus vecinos, autoridades locales y otros miembros de la comunidad, los mensajes de cambio que les entregan los educadores en las capacitaciones (G 58).</p>			<p>especialistas del nivel central del ministerio de salud, a través de las áreas de salud, los mensajes son transferidos a los trabajadores locales de salud ubicados en el municipio (emisores o educadores), para que ellos los difundan a través de comunicación interpersonal, con las audiencias o receptoras de la comunidad. O sea que, los educadores del municipio actúan como emisores finales y canal de comunicación (verbal) de la estrategia de comunicación, que está dirigida a las audiencias o receptoras de la comunidad maya.</p>	<p>utilidad pero en las</p> <p>entrevistas estructuradas locales existen debilidades porque no todas las receptoras desean recibir los conocimientos de los mensajes.</p> <p>En la encuesta, la empatía de la comunicación tiene aspectos positivos y negativos, al igual que en las encuestas estructuradas locales, debido a que algunas receptoras reciben con agrado los mensajes y otras los rechazan).</p> <p>La encuesta muestra aspectos positivos y negativos en la simetría de la interacción y el retorno de la comunicación. Las entrevistas estructuradas locales también muestran aspectos positivos y negativos.</p> <p>En cuanto a la aprobación de los mensajes (de cambio) por parte del grupo social,</p>

				los resultados son negativos en la encuesta y en las entrevistas estructuradas del nivel local se observan aspectos positivos y negativos.
--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 4
Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Visión de los emisores de la estrategia de comunicación				
No aplica.	No aplica.	No aplica.	<p>En el capítulo 2 de este trabajo que se refiere a la salud, en la parte que describe el sistema de salud de Guatemala, se puede ver que los operadores del sistema institucional de salud de Guatemala, en lo que respecta a los mensajes de la estrategia de comunicación, por una parte son los especialistas que trabajan en los programas técnico normativos del ministerio de salud en su calidad de miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación; y por otra parte, los educadores de salud del municipio en su calidad de emisores finales de la estrategia; son regidos por normas técnicas de salud, fundamentadas en el marco legal de la república de Guatemala. Esas normas técnicas de salud corresponden a los principios y</p>	<p>Los operadores de la estrategia de comunicación del proceso de educación para la salud dentro del sistema institucional de salud de Guatemala son:</p> <p>En el nivel central del ministerio de salud, los especialistas que trabajan en los programas técnico-normativos. Ellos integran el equipo o aparato emisor de la estrategia de comunicación.</p> <p>Y en el nivel local (en el municipio de Santa Apolonia, los educadores de salud o emisores, que trasladan los mensajes a las audiencias (receptoras).</p> <p>Todos los operadores de la estrategia (los especialistas del nivel central como los educadores del nivel del municipio), son regidos por normas técnicas de salud, que corresponden a</p>

Cuadro tabular 4
Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
			<p>conocimientos, enmarcados dentro de un sistema moderno y occidental de salud, que niega los principios, valores y aspectos culturales de la cosmovisión maya y del sistema tradicional de salud maya.</p> <p>El rector del sistema institucional de salud es el Ministerio de Salud y A. S de Guatemala. Y, los operadores de este sistema institucional, en su gran mayoría, son personas con cultura ladina, y las acciones de dicho sistema institucional están configuradas para ser dirigidas a poblaciones ladinas.</p>	<p>conocimientos, enmarcados dentro de un sistema occidental de salud, que niega los principios, valores y aspectos culturales de la cosmovisión maya.</p> <p>Casi todos los trabajadores u operadores del sistema institucional de salud (especialistas del nivel central como educadores del nivel local) son personas con cultura ladina (o se han ladinizado) que tienen una concepción occidental de la vida y la salud.</p> <p>En esta concepción capitalista, la salud se mira como una mercancía, cuya oferta está en los hospitales, los médicos, los grandes laboratorios farmacéuticos y otros grupos de técnicos y profesionales que se organizan para la prestación de servicios médicos.</p> <p>La cosmovisión maya tiene otra forma de valorar y de ver la salud y la vida.</p>

Cuadro tabular 4

Indicadores de la variable: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Concepción del proceso salud-enfermedad				
No aplica.	No aplica.	No aplica.	<p>En el capítulo 2 de este trabajo (dedicado a la salud), en la parte correspondiente al proceso de salud y enfermedad y a la historia natural de la enfermedad, se describe que por lo general, la salud se relaciona con atención médica, sin tomar en cuenta otros aspectos condicionantes.</p> <p>En la historia natural de la enfermedad se distinguen tres períodos que son el pre-patogénico (antes de que se inicie la enfermedad), el patogénico (cuando ya se manifiesta la enfermedad) y el pos-patogénico (que corresponde a la restitución orgánica y funcional de la persona).</p> <p>Lo anterior constituye una visión occidental del proceso salud enfermedad, que no es coincidente con el sistema alternativo de salud, mayas.</p>	<p>Dentro de la visión occidental de la salud, que es la base del sistema institucional de salud de Guatemala, por lo general, la salud se relaciona con atención médica, sin tomar en cuenta otros aspectos condicionantes.</p> <p>En la historia natural de la enfermedad se distinguen tres períodos: el pre-patogénico (antes de que se inicie la enfermedad), el patogénico (cuando ya se manifiesta la enfermedad) y el pos-patogénico (que corresponde a la restitución orgánica y funcional de la persona).</p> <p>La visión occidental de salud (o sea el sistema institucional de salud de Guatemala), tiene un enfoque diferente de la cosmovisión maya y del sistema alternativo de salud maya.</p>

Cuadro tabular 4

Indicadores de la variable: contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Cómo se desarrolla el proceso de educación para la salud				
No aplica.	<p>En las entrevistas estructuradas del nivel local, en los resultados de las respuesta a las preguntas 1 a la 4, se observa que la educación en salud se hace utilizando comunicación interpersonal (oral), y dando la mayoría de capacitaciones en idioma kaqchikel (pregunta 6).</p> <p>Los materiales que se utilizan (pregunta 12) para dar mensajes son afiches, trifoliales, rotafolios, carteles, spots radiales, y audiovisuales cuando hacen envíos los programas técnico-normativos del ministerio de salud o el área de salud de Chimaltenango.</p> <p>Cuando no envían nada los emisores tienen que ser creativos para confeccionar sus propios materiales.</p>	<p>En las entrevistas estructuradas del nivel central, en los resultados de la pregunta 2, que se relaciona con las acciones educativas, se observa que esas acciones consisten en consejerías personalizadas, pero también hay charlas y otras acciones educativas que son participativas y prácticas.</p> <p>De los resultados de la pregunta 3 se observa que son utilizadas las estrategias de Información Educación y Comunicación – IEC- y la Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la comunidad – AINM-C-.</p> <p>Con la ayuda de estas estrategias se capacita a líderes a los receptores, siendo muchos de ellos líderes comunitarios, a fin de que ellos sean los multiplicadores de su comunidad.</p> <p>Mensualmente se les está</p>	<p>En el capítulo 4 de este trabajo que versa sobre la estrategia de comunicación, se describe el proceso de educación para la salud, el cual tiene que realizarse desde el marco general de la educación.</p> <p>En ese sentido existe la educación como una concepción esencialista que considera la educación como un proceso de individualización, y otra concepción sociologista que considera la educación como un metódico proceso de socialización.</p> <p>En el campo de la salud se aplican las dos consideraciones y las metodologías utilizadas se basan sobre la capacidad de aprendizaje de personas y grupos sociales.</p> <p>Aprendizaje es el cambio que se produce en las relaciones entre</p>	<p>La bibliografía indica que la educación para la salud debe realizarse en el marco general de la educación.</p> <p>Educación y estrategia de salud deben ir dirigidas tanto a personas como a grupos sociales, tratando que en ambos casos haya aprendizaje.</p> <p>Aprendizaje es el cambio que se produce en las relaciones entre un estímulo percibido por el individuo y la respuesta dada por dicho individuo (en forma encubierta o manifiesta).</p> <p>Algunos teóricos de la psicología sostenían que la conducta humana podía ser explicada por el modelo simple de estímulo respuesta pero investigaciones posteriores han mostrado que este modelo simple resulta inadecuado para explicar gran</p>

Cuadro tabular 4
Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
	<p>En algunos casos las receptoras reciben materiales como trifoliales, bifoliales, etc., los miran, se los llevan y los guardan; pero otros casos a la vuelta los dejan tirados.</p>	<p>capacitando sobre diferentes temas. Las acciones de capacitación se hacen de manera presencial, cara a cara.</p> <p>Los materiales que utilizan en las capacitaciones (pregunta 8) son afiches, ayudas audio-visuales, rotafolios, trifoliales, pictogramas, algoritmos y demostraciones prácticas.</p> <p>La entrega de mensajes (pregunta 9) se hace en base a un plan de capacitación formal de acuerdo a la morbilidad o situación epidemiológica de la población. El plan debe contemplar comunicarse con las audiencias a través de palabras claves y sencillas.</p> <p>Las capacitaciones de los educadores o emisores del nivel local (pregunta 14) se hacen a distancia, por medio de tecnologías en información y comunicación.</p> <p>Cada ONG reúne a sus equipos básicos de salud mensualmente para capacitarlos. A los miembros</p>	<p>un estímulo percibido por el individuo y la respuesta dada por dicho individuo (en forma encubierta o manifiesta).</p> <p>Algunos teóricos de la psicología sostenían que la conducta humana podía ser explicada por el modelo simple de estímulo respuesta pero investigaciones posteriores han mostrado que este modelo simple resulta inadecuado para explicar gran parte del comportamiento humano.</p> <p>El estímulo no solo tiene que ser percibido sino que también interpretado.</p> <p>La educación para la salud, en general, es recibida por adultos, por lo cual es importante tomar en cuenta la andragogía.</p> <p>El proceso educativo para la salud tiene tres pasos</p>	<p>parte del comportamiento humano.</p> <p>Para que haya aprendizaje y la conducta cambie, se debe romper la relación original estímulo respuesta porque el estímulo no solo tiene que ser percibido sino que también interpretado.</p> <p>Debe tomarse en cuenta la andragogía (por ser educación de adultos) y desarrollar los tres pasos importantes del proceso educativo de la salud: información, motivación y educación propiamente dicha.</p> <p>La difusión de la estrategia y la educación en salud se hace en cascada. Los mensajes se encodifican en el nivel central del ministerio de salud, pasas por el área de salud, y luego van a los municipios, en donde los educadores los trasladan a las receptoras.</p> <p>Las capacitaciones se desarrollan con comunicación interpersonal (de educador a receptoras), con</p>

Cuadro tabular 4
Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
		<p>del equipo básico de salud se les da una retroalimentación de los temas que tienen que desarrollar en las comunidades.</p>	<p>importantes: información, motivación y educación propiamente dicha.</p> <p>La aplicación de la educación para la salud y la estrategia de comunicación en el sistema institucional de salud es con apego a la metodología de cascada.</p> <p>Los mensajes se elaboran en el nivel central del ministerio de salud, se trasladan a las áreas de salud, y luego a los municipios, en donde los toman directamente los educadores o emisores de la estrategia, y los entregan directamente a las audiencias, a través de comunicación interpersonal, con consejerías personalizadas, sesiones educativas, formación de grupos de apoyo y charlas en general.</p>	<p>consejerías personalizadas, sesiones educativas y formación de grupos de apoyo.</p> <p>Lo anterior se ratifica en las entrevistas estructuradas del nivel local, en las cuales se agrega que la mayoría de capacitaciones se dan en kaqchikel, utilizando como apoyo afiches, trifolios, rotafolios, carteles y otros.</p> <p>En las entrevistas estructuradas del nivel central se agrega que las estrategias utilizadas en el proceso de educación para la salud son las de Información Educación y Comunicación – IEC- y la Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la comunidad – AINM-C-.</p> <p>Con la utilización de estas estrategias se capacita a las receptoras y a otros líderes comunitarios, para que ellos multipliquen la información.</p>

Cuadro tabular 4

Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
				Las capacitaciones de los educadores se hacen a distancia (internet) y de manera presencial una vez por mes (cada ONG reúne a sus equipos básicos de salud para capacitarlos).
Indicador: Canales de comunicación que se utilizan para trasladar mensajes				
<p>En las respuestas de la encuesta se hace obvio que el canal utilizado en la comunicación interpersonal es la voz y demás lenguaje corporal.</p>	<p>En las encuestas estructuradas de nivel local se observa (pregunta 11) que en las capacitaciones se utiliza la comunicación verbal (interpersonal), entre dos personas, o de una persona a un grupo de personas.</p> <p>Se usa en consejerías individuales, charlas, sesiones educativas, grupos de apoyo y capacitaciones de comadronas, escolares y adolescentes.</p> <p>En el área urbana, a veces, el centro de salud de Santa Apolonia usa la emisión de mensajes en redes sociales y medios de comunicación colectiva como la radio y el cable.</p>	<p>En las encuestas estructuradas del nivel central, hacen alusión a la radio, televisión, rotafolios y otros (pregunta 15).</p>	<p>En el capítulo 1 (comunicación), en los elementos de la comunicación, se describe que el canal es el medio a través del cual se transmiten los mensajes. Los canales son diversos y dependen de las circunstancias y necesidades históricas de la humanidad.</p>	<p>El canal es un medio (o elemento de la comunicación) a través del cual se transmiten los mensajes. Los canales son muy diversos y pueden ser sencillos o complejos.</p> <p>A través de las respuestas de las preguntas de la encuesta, resulta obvio que el canal utilizado en la comunicación interpersonal (entre emisores y receptoras) es la voz y demás lenguaje corporal (como los gestos, por ejemplo).</p> <p>Las encuestas estructuradas de nivel local señalan que el canal utilizado es la comunicación verbal (interpersonal), a través de consejerías, charlas, sesiones educativas, grupos de apoyo y capacitaciones de comadronas,</p>

Cuadro tabular 4
Indicadores de la variable: Contexto cultural de los emisores de la estrategia de comunicación

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
				<p>escolares y adolescentes.</p> <p>En el área urbana, a veces se usa emisión de mensajes en redes sociales y medios de comunicación colectiva como la radio y el cable.</p> <p>Las encuestas estructuradas del nivel central, hacen alusión a la radio, televisión, y rotafolios como canales de comunicación.</p>

Fuente: elaboración propia.

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 5

Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Cosmovisión y cultura de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación				
No aplica.	No aplica.	No aplica.	<p>En el capítulo 2 (salud) de este trabajo, en el sistema de salud se describen el sistema institucional (oficial) y el sistema alternativo de salud maya.</p> <p>En el sistema de salud maya se pueden ver aspectos de la cosmovisión y cultura de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación.</p> <p>En el sistema institucional de salud, económica e ideológicamente la medicina representa un valor, convirtiendo a la salud en un objeto de consumo, ofertado por médicos, laboratorios farmacéuticos y otros técnicos y profesionales.</p> <p>En la cosmovisión y el sistema de salud maya la salud no es una mercancía. En la medicina maya se expresa la expresan la espiritualidad, la</p>	<p>En el sistema institucional de salud, económica e ideológicamente la medicina representa un valor, convirtiendo a la salud en un objeto de consumo o mercancía dentro de un mundo capitalista. La mercancía es ofertada por médicos, paramédicos, laboratorios farmacéuticos, hospitales y otros técnicos y profesionales de la medicina.</p> <p>La cosmovisión maya es muy diferente. En el sistema de salud maya se expresan aspectos de la cosmovisión y la cultura (de las audiencias o receptores de la estrategia de comunicación).</p> <p>En la cosmovisión y sistema de salud mayas, la salud no es una mercancía. En la medicina maya se expresa la espiritualidad, la cultura,</p>

Cuadro tabular 5

Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
			<p>cultura, civilización, sus particularidades de su modo de vida y sus ideas religiosas. Los mayas dieron a la medicina un carácter sagrado.</p> <p>El sistema alternativo de salud maya se basa sobre la cosmología cuyos puntos centrales son la creación del cosmos, el ordenamiento del mundo, de los seres humanos, de los dioses y los antepasados del otro mundo.</p> <p>Cuando los padecimientos físicos y espirituales de un individuo o grupo social se agudizan, en ese momento se tiene que encontrar a alguien que con sus conocimientos sea capaz de minimizar la presencia de esos factores. Ese alguien puede ser el sacerdote, el curandero, o aquellas personas que poseen poderes sobrenaturales (hechiceros, sobadores, etc.). la medicina tradicional maya, sigue estando presente en las comunidades mayas del país.</p>	<p>civilización, sus particularidades de su modo de vida y sus ideas religiosas.</p> <p>Los mayas dieron a la medicina un carácter sagrado, basado sobre la cosmología, cuyos puntos centrales son la creación del cosmos, el ordenamiento del mundo, de los seres humanos, de los dioses y los antepasados del otro mundo.</p> <p>Cuando los padecimientos físicos y espirituales de un individuo o grupo social se agudizan, se debe encontrar a alguien que con sus conocimientos sea capaz de minimizar la presencia de esos factores.</p> <p>Puede ser el sacerdote, el curandero, o aquellas personas que poseen poderes sobrenaturales (como hechiceros, sobadores, etc.). La medicina tradicional maya, sigue estando presente en las comunidades mayas del país.</p>

Cuadro tabular 5

Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Nivel educacional de los receptores de la estrategia de comunicación				
En los resultados de la encuesta, en la gráfica 2 del nivel educativo de las audiencias, del análisis descriptivo individual, se puede ver que el 47 % de las receptoras es analfabeta (no asistió a recibir estudios). 50 % asistió a algún grado de primaria, 2 % asistió a nivel básico y 1% al nivel diversificado.	No aplica.	No aplica.	<p>En el capítulo 2 de este trabajo (salud) en los rasgos de la salud en Guatemala, se hace alusión que en Guatemala históricamente ha existido un segmento de población muy vulnerable, sobre el cual han repercutido con mayor fuerza los problemas sociales y de salud.</p> <p>Ese segmento de población es el que cuenta con personas del área rural, que son las más pobres del país, que no cuentan con presencia de instituciones del Estado y pertenecen a etnias indígenas. Esa es la población en mayor riesgo biológico y social.</p>	<p>Históricamente, en Guatemala ha existido un segmento de población muy vulnerable, sobre el cual han repercutido con mayor fuerza los problemas sociales y de salud.</p> <p>Ese segmento constituye la población en mayor riesgo biológico y social del país.</p> <p>Son personas que viven en el área rural, son las más pobres del país, no cuentan con presencia de instituciones del Estado y pertenecen a etnias indígenas. Esa es la población en mayor riesgo biológico y social.</p> <p>En los resultados de la encuesta, en el análisis descriptivo individual, se puede ver que el 47 % de las receptoras es analfabeta, 50 % asistió a algún grado de primaria, 2 % asistió a nivel básico y 1% al nivel diversificado.</p>

Cuadro tabular 5

Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Han recibido capacitación los receptores de la estrategia de comunicación				
<p>En las gráficas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, y el cuadro 2 del análisis descriptivo individual, y en el análisis descriptivo general se puede ver que las audiencias o receptoras de la estrategia de comunicación han recibido capacitación o educación para la salud, en los últimos 10 años.</p> <p>También las comadronas y técnicos de salud han sido capacitados para que multipliquen los mensajes con personas de la comunidad a fin de mejorar las condiciones de salud, nutrición y vida.</p>	personal de	Desde la	<p>En el capítulo 2 de este trabajo que se relaciona con salud, se describe que el apoyo de la educación es indiscutible en los campos de salud pública y medicina preventiva.</p> <p>La medicina preventiva tiene como objetivos promover la salud, evitar la aparición de enfermedades y tratar de que estas no progresen (cuando ya aparecieron), limitar la invalidez y rehabilitar al enfermo. Y para el logro de estos objetivos se debe contar con un buen apoyo en materia de educación para la salud.</p>	<p>La revisión bibliográfica muestra que la educación para la salud es útil para promover la salud, evitar la aparición de enfermedades, limitar la invalidez y rehabilitar al enfermo. En los resultados de la encuesta (análisis descriptivo individual y general) se puede ver que las audiencias o receptoras de la estrategia de comunicación han recibido capacitación o educación para la salud, en los últimos 10 años. Casi todas las madres encuestadas han recibido mensajes para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición.</p>

Cuadro tabular 5

Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Sienten confianza en el proceso de educación los receptores de la estrategia de comunicación				
<p>En los resultados de encuesta, en la gráfica 17 del análisis descriptivo individual y en el análisis descriptivo general, se puede ver que las receptoras o madres encuestadas se sienten cómodas y en confianza durante las capacitaciones.</p>	<p>En las encuestas estructuradas locales se dice que la mayor parte de las receptoras reciben con agrado los mensajes, aunque algunas de ellas se portan indiferentes.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>En el capítulo 3 de este trabajo dedicado a la comunidad maya, se describe la forma en que las poblaciones mayas fueron maltratadas, explotadas, esclavizadas, avasalladas, etc. (por conquistadores, criollo y ladinos), durante los períodos históricos de la conquista, la colonia, gobiernos conservadores y liberales; y hasta hoy día (las etnias mayas) se sienten discriminadas y excluidas por la población ladina y las instituciones del Estado.</p> <p>Por lo anterior, se puede pensar que las comunidades mayas, puedan sentir desconfianza de todas las cosas que provengan de la cultura ladina, incluyendo los servicios del sistema institucional de salud.</p>	<p>Las poblaciones mayas fueron maltratadas, explotadas, esclavizadas, avasalladas, etc. (por conquistadores, criollo y ladinos), durante los períodos históricos de la conquista, la colonia, gobiernos conservadores y liberales; y hasta hoy día (las etnias mayas) se sienten discriminadas y excluidas por la sociedad ladina y las instituciones del Estado guatemalteco.</p> <p>Por lo anterior, se puede pensar que las comunidades mayas, tengan desconfianza de todas las cosas que provengan de la cultura ladina, incluyendo los servicios del sistema institucional de salud; que desarrollan sus actividades de trabajo desde el enfoque occidental de salud y son operados por personal ladino o ladinizado.</p>

Cuadro tabular 5
Indicadores de la variable: contexto cultural de los receptores de la estrategia de comunicación.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
				<p>Sin embargo, en el caso particular de las comunidades estudiadas en el municipio de Santa Apolonia, los resultados de la encuesta (gráfica 17 del análisis descriptivo individual) se puede ver que las receptoras o madres encuestadas se sienten cómodas y en confianza, durante las capacitaciones que les brindan los educadores.</p>

Fuente: elaboración propia.

Anexo 6: Instrumentos desarrollados en la investigación

Cuadro tabular 6
Indicadores de la variable: salud de las comunidades cakchiqueles.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Situación de salud de la comunidad				
No aplica.	No aplica.	No aplica.	<p>En los antecedentes y el planteamiento del problema, se documenta ampliamente la gran brecha que existe, entre la salud de las comunidades mayas y ladinas (en donde las comunidades mayas son las más afectadas).</p> <p>Algunos ejemplos de ello es que la desnutrición crónica (en niños menores de 5 años) es casi el doble en niños y niñas indígenas (67.3 %) que en niños ladinos (34. %). Además, los departamentos geográficos que cuentan con el índice más alto de desnutrición crónica son los que contienen mayor población maya.</p> <p>Los partos atendidos por personal institucional de salud son de un 57 % en la población ladina y un 19 % en la población indígena. la</p>	<p>Existe una gran brecha entre la salud de las comunidades mayas y ladinas, siendo las comunidades mayas las más afectadas.</p> <p>La desnutrición crónica (en niños menores de 5 años) es casi el doble en niños y niñas indígenas (67.3 %) que en niños ladinos (34. %).</p> <p>Los departamentos del país que cuentan con el índice más alto de desnutrición crónica son los que contienen mayor población maya.</p> <p>Los partos atendidos por personal institucional de salud son de un 57 % en la población ladina y un 19 % en la población indígena.</p> <p>La mortalidad materna es del 70 por 100,000 en mujeres no indígena y de 211 por 100,000 en mujeres indígenas</p>

Cuadro tabular 6
Indicadores de la variable: salud de las comunidades cakchiqueles.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
			<p>mortalidad materna es del 70 por 100,000 en mujeres no indígena y de 211 por 100,000 en mujeres indígenas</p> <p>Para el caso particular del municipio de Santa Apolonia, se puede destacar que está entre los municipios de Chimaltenango que tienen peores condiciones de salud; y en el Tercer Censo nacional de Talla en Escolares y la Quinta Encuesta Nacional de Salud materno Infantil, se observa que los niños de Santa Apolonia se encuentran dentro de los más afectados en el país, por la desnutrición.</p> <p>En los últimos años en Guatemala, se ha tenido un impacto positivo en la salud de las poblaciones no indígenas, mientras que en las poblaciones indígenas se ha dado un avance muy lento o no significativo.</p>	<p>En el municipio de Santa Apolonia, se puede destacar que está entre los municipios que tienen las peores condiciones de salud y nutrición, en el país.</p> <p>En la última década en Guatemala, se ha tenido un impacto positivo en la salud de las poblaciones no indígenas, pero no ha sido lo mismo en las poblaciones o comunidades mayas; a pesar de que se han dado acciones de salud preventiva iguales (por parte del sistema institucional de salud) en las comunidades indígenas y no indígenas.</p>

Cuadro tabular 6
Indicadores de la variable: salud de las comunidades cakchiqueles.

Encuesta	Entrevistas estructuradas locales	Entrevistas Estructuradas Centrales	Investigación bibliográfica	COMENTARIO
Indicador: Tienen acceso a la educación para la salud las personas (madres) de la comunidad				
En los resultados de la encuesta, en las gráficas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, y el cuadro 2 del análisis descriptivo individual, se puede ver que las receptoras o madres de las comunidades estudiadas tienen bastante acceso a las acciones de educación para la salud.	No aplica.	No aplica.	<p>En el capítulo 2 de este trabajo que se relaciona con salud, se describe la educación para la salud es indispensable para el desarrollo de acciones preventivas.</p> <p>En las acciones preventivas de salud, especialmente en el primero y segundo nivel de atención, es necesario contar con un buen apoyo en materia de educación para la salud.</p>	<p>En las acciones preventivas de salud, especialmente en el primero y segundo nivel de atención, es necesario contar con un buen apoyo en materia de educación para la salud.</p> <p>En los resultados de la encuesta (gráficas 3 a la 10 y cuadro 2 del análisis descriptivo individual) se puede ver que las receptoras o madres de las comunidades estudiadas tienen bastante acceso a las acciones de educación para la salud.</p> <p>Estas acciones las han recibido, principalmente, en los centros comunitarios de salud, el centro de salud de Santa Apolonia y los miembros (educadores) de los equipos básicos de salud.</p>

Fuente: elaboración propia.

Anexo 7: Propuesta: Guía para desarrollar una metodología de mediación cultural en los mensajes de la estrategia de comunicación de los programas comunitarios de salud

En las conclusiones de la investigación se expresa que no se cuenta con una metodología para mediar culturalmente los mensajes de la estrategia de comunicación, que son dirigidos a las personas de las comunidades cakchiqueles. La mediación consiste en hacer una conversión de los mensajes de salud, desde el enfoque de la visión ladino- occidental hacia el contexto cultural de la cosmovisión y del sistema alternativo de salud, mayas.

Tener una metodología de mediación cultural de mensajes en la estrategia de comunicación de los programas comunitarios de salud, puede asegurar la eficacia de dichos mensajes para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de las personas de las comunidades cakchiqueles, a fin de elevar sus niveles de salud y vida.

Objetivos:

General:

Contar con una guía para desarrollar la metodología de mediación cultural en los mensajes de la estrategia de comunicación utilizada en el proceso de educación de los programas comunitarios de salud.

Específicos:

- Revisar la estrategia de comunicación vigente, que se utiliza en el proceso educativo de los programas comunitarios de salud.
- Caracterizar el contexto cultural de las audiencias, o sea, de las personas de las comunidades cakchiqueles que son receptoras de los mensajes de la estrategia de comunicación.
- Establecer los problemas y necesidades de salud de las personas de las comunidades cakchiqueles que son receptoras de los mensajes de la estrategia de comunicación.
- Definir los mensajes de salud que se deben trasladar a las audiencias, en apego a las normas de atención en salud y en función de sus problemas y necesidades de salud.

- Definir los lenguajes, códigos, signos, símbolos y significantes que son aplicables en la elaboración (codificación) de mensajes dirigidos a las comunidades cakchiqueles, tratando de garantizar el éxito en la decodificación de los mismos.
- Capacitar a los miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación del sistema institucional de salud, en los temas de etnocentrismo, interculturalidad, andragogía, mediación cultural, cosmovisión y sistema alternativo de salud, mayas.
- Determinar las actividades que se deben realizar para integrar la medicación cultural en la formulación de mensajes de la estrategia de comunicación de los programas comunitarios de salud.

Actividades a desarrollar:

- Conformación de un equipo de revisión de la estrategia de comunicación utilizada en el proceso educativo de los programas comunitarios de salud. El equipo sería el encargado de guiar las demás actividades del proceso de desarrollo de la metodología de mediación cultural. El núcleo del equipo puede ser integrado con un representante de las siguientes dependencias: Programa de Educación en Salud (PROEDUSA), departamento de programas del ministerio de salud, primer nivel de atención de la dirección del SIAS, departamento de comunicación de ministerio de salud y direcciones de áreas de salud. El equipo podrá ampliarse de acuerdo a las necesidades que detecte el grupo núcleo.
- Capacitación a los miembros del equipo emisor de la estrategia de comunicación: son los que codifican los mensajes en el nivel central, los del nivel de áreas de salud que trasladan los mensajes de la estrategia a los educadores locales y los que entregan dichos mensajes a las personas receptoras en el nivel local (educadores). Los principales temas de capacitación son: etnocentrismo, interculturalidad, andragogía, mediación cultural, cosmovisión y sistema alternativo de salud mayas.
- Definición de los principales problemas y necesidades de salud de las personas de las comunidades cakchiqueles, caracterizados dentro de su particular contexto cultural, para aplicar la mediación en los mensajes de la estrategia de comunicación que se desarrollan en las actividades educativas.
- Determinación de los mensajes de la estrategia de salud que deben dirigirse a las comunidades cakchiqueles, conteniendo los lenguajes, códigos, signos, símbolos y significantes que son aplicables para obtener el éxito esperado en la decodificación de los mismos. Elaboración de un banco de mensajes.
- Elaboración de materiales gráficos educativos mediados culturalmente, para utilizarlos en apoyo de los mensajes de la estrategia de comunicación dirigida a personas de comunidades cakchiqueles.

- Coordinación y relacionamiento con las instancias intra-institucionales (ministerio de salud) e interinstitucionales que aplican la estrategia de comunicación en los programas comunitarios de salud dirigidos a comunidades cakchiqueles.
- Aplicación de la estrategia de comunicación con mensajes mediados culturalmente, en los programas comunitarios de salud.

Anexo 8: Fotos en Santa Apolonia, Chimaltenango



Equipo Básico de Salud, Santa Apolonia, Chimaltenango
2012



Centro de Salud de Santa Apolonia, Chimaltenango
2012



Área Rural de Santa Apolonia, Chimaltenango 2012