

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Promoción de la Salud con mujeres indígenas migrantes en la Ciudad de México.
Una propuesta bajo la perspectiva de género.**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN

**LESLYE TATIANA HERNÁNDEZ LÓPEZ
YASMIN GUADALUPE VASQUEZ ZAGACETA**

Directora de trabajo recepcional

Lic. Martha Aline Gómez Pananá

México, D.F. agosto de 2014.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

UACM TST601

Dedicatoria

A mi abuelita "Chica", por todo su amor, porque a
pesar de la ausencia siempre me acompaña

A mis padres y hermanas, por ser cómplices de cada
una de mis locuras, los amo

A Martha Gómez, por todo lo que ha inspirado en mí a
través de su ejemplo

YASMIN

Agradecimientos

A mi familia por su apoyo y amor

A la UACM, por abrirme las puertas

A Leslye Hernández, por todo lo compartido en este proceso

A cada una de las personas que colaboraron conmigo para la creación de este proyecto y de quienes he aprendido tanto:

A Martha Gómez

A Andrea Angulo

A David García

A Andrés Keiman

A César Fuentes

A mis amigas, con quienes a lo largo de los años he compartido lo que soy

A Jessica García

A Magali Piña

Al equipo de Manantial de Nubes, por permitirme compartir con ustedes los sueños que alimentan mi utopía de vivir en un mundo cada vez más equitativo, igualitario y feliz.

YASMIN

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Le doy muchas gracias a Dios, por haberme dado una familia estupenda que me acompañó día a día en este camino.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

Martha Lucia López Vásquez, Víctor Hernández Balderas, mis padres los coautores de mi vida. Gracias por todo su amor, su apoyo y sacrificio en todo estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Gracias a mis hermanos Jonathan, Lorena y Alejandro, por haberme dado toda la ayuda posible se los agradezco mucho.

Quiero hacer una dedicatoria especial para tres personas importantes en mi vida que físicamente ya no pudieron estar conmigo, pero sé que desde el cielo siempre me cuidaran y me guiaran para que todo salga bien. Para mis abuelitas Antonia Vázquez Rojas, Ana Balderas Rodríguez y a mi tío Juan Antonio López Vázquez.

También quiero agradecerles a esas personas que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindado todo su apoyo incondicional a mis familiares y amigos porque siempre estuvieron pendientes de mi progreso universitario día con día y me dieron su apoyo cuando lo necesite sin pedirme nada a cambio.

Les agradezco a todos y todas por la confianza que depositaron en mí para poder estar siempre en las buenas y las malas. Gracias por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencia que nunca voy a olvidar.

Yasmin Vasquez Zagaceta, amiga fue un placer y una gran satisfacción trabajar contigo durante este proceso el cual está lleno de mucho esfuerzo, sacrificio, conocimiento, alegrías, aventuras y sueños utópicos. Gracias por permitirme conocer a esa gran mujer con la cual aprendí siempre algo nuevo día a día.

LESLYE

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL.....	8
La labor del Centro de Trabajo con Familias Migrantes	8
Amealco de Bonfil.....	11
Santiago Mexquititlán	12
Cultura otomí	13
Cosmogonía y religión.....	14
Organización social.....	14
La salud para los otomíes	15
La población indígena otomí en la colonia Roma	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO CONCEPTUAL.....	18
SALUD	18
Concepción de la salud desde el Modelo Médico -Hegemónico (MMH)	19
Concepción de salud desde el entendimiento crítico	21
PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26
La promoción de la salud desde el modelo médico -hegemónico.....	27
La promoción de la salud desde la corriente crítica	28
GÉNERO.....	29
PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	37
MIGRACIÓN.....	38
MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD.....	40
Cultura.....	40
Multiculturalidad	41
Interculturalidad	43

CAPÍTULO III. MÉTODOS.....	46
¿Por qué una investigación cualitativa?	48
Flexibilidad: Una característica cualitativa presente en esta investigación	50
Estudio de caso.....	50
Propósito general	51
Objetivos específicos.....	52
Pregunta o preguntas de investigación	52
Preguntas clave para desarrollar la propuesta	52
Caso a analizar	53
Las investigadoras	54
¿Por qué trabajamos juntas?	57
¿Cómo es que trabajamos juntas?	58
Accesibilidad al campo y problemas éticos	58
Técnicas para recabar los datos.....	59
Observación participante	59
Análisis de documentos y materiales.....	60
Bitácora.....	61
Casos emblemáticos de la institución.....	61
Blog de la institución	61
Tipo de análisis	61
Teoría fundamentada	62
Teorías implícitas y teorías de la acción.....	63
Registro de datos.....	65
El análisis paso a paso	67
Criterios de calidad	71
Credibilidad.....	71
Seguridad o auditabilidad	73
Confirmabilidad.....	74
Transferibilidad	74
Empoderamiento.....	75

CAPÍTULO IV. RESULTADOS	77
Resultados de la categoría de salud	77
Concepción de salud que impera en la institución	77
¿Cómo se mira al otro?	82
Resultados en cuanto a la categoría de PS	83
Resultados en cuanto a la categoría de género	90
¿Cómo se mira a la mujer?	94
Relación de poder que se identifica entre la institución y el otro	95
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y PROPUESTA	99
Nuestros objetivos a la luz de los resultados	99
Propósito general	99
Objetivos específicos	99
Salud	100
Promoción de la salud	102
Género	104
Aportes de este trabajo al debate que sostienen otros autores	105
Sobre conceptos generales de género	105
En cuanto a las características de opresión a las mujeres	106
Sobre mujer y migración	107
Relevancia académica y social del tema y de los hallazgos	108
Limitaciones de nuestra investigación	109
Futuras líneas de investigación y posibles preguntas de investigación	110
Implicaciones para la práctica de la promoción de la salud	110
Aprendizajes derivados de este proceso de investigación	111
Nuestro trabajo con las mujeres dentro de la institución	112
Una propuesta de trabajo derivada de lo que aprendimos	115
Actividad No. 1. “Compartiendo mis raíces”	120
Actividad No. 2. “Identidad de mujer otomí”	121
Actividad No. 3. de siluetas femeninas	122

Actividad fotos de recién nacidos	123
Actividad audio sobre derechos humanos de las mujeres	125
Comentario de retroalimentación sobre el diseño del taller	126
Características positivas del diseño	126
Lo que puede mejorar	126
REFERENCIAS	128

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de tiempo comprendido entre octubre de 2010 y abril de 2011, realizamos el servicio social en el Centro de Trabajo con Familias Migrantes¹, una institución de asistencia privada que trabaja con familias indígenas migrantes las cuales habitan en la Ciudad de México y provienen de la comunidad otomí de Santiago Mexquititlán en el Estado de Querétaro.

En este trabajo recepcional se expone un análisis del trabajo que realiza la institución en la cual prestamos el servicio social y se acompaña de una propuesta en la que intentamos recuperar los aprendizajes derivados de nuestra estancia en ese lugar.

Este trabajo cobra sentido desde nuestra llegada a la institución para prestar nuestro servicio social. En ese momento íbamos cargadas de una serie de conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación dentro de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Además nos encontrábamos perfilando nuestros intereses profesionales, cuestión que nos permitía identificarnos como promotoras de la salud inspiradas por los planteamientos expuestos por la promoción de la salud crítica.

Desde nuestros primeros días de estancia en la institución comenzamos a observar acciones relacionadas con lo aprendido durante nuestra formación y a identificar aquello, que en la licenciatura, habíamos vinculado con “prácticas médico-hegemónicas” alrededor de la salud.

¹ En el presente estudio utilizaremos este pseudónimo para referirnos a la institución.

Nos dábamos cuenta también de que lo observado en la institución nos generaba una serie de cuestionamientos los cuales entonces no alcanzábamos a responder.

Mirábamos por ejemplo que el trabajo que los miembros de la institución realizaban con las personas no tenía los resultados esperados y nos cuestionábamos por qué. Con miras a encontrar respuestas a este cuestionamiento, y sin estar aún conscientes de esto, comenzamos a registrar nuestras observaciones en una bitácora cuyos registros tiempo después se convirtieron en los datos para el análisis.

Otra parte fundamental que motivó este estudio surgió durante el último mes de nuestra estancia en la institución. En ese momento tuvimos la oportunidad de iniciar el trabajo con un grupo de mujeres a quienes la institución presta sus servicios. El diálogo con estas mujeres nos permitió entender con más claridad y detalle el trabajo de la institución, pudimos explicarnos en cierta medida aquello que ya percibíamos que no funcionaba entre la institución y las usuarias de sus servicios. Pudimos notar la distancia entre aquello que la institución les hacía llegar y en lo que ellas recibían o percibían del trabajo que la institución realiza.

Como parte de la experiencia compartida con estas mujeres tuvimos la oportunidad de diseñar e implementar una propuesta de trabajo desde la promoción de la salud crítica intentando dar cabida a los aprendizajes derivados de nuestra formación profesional y a los derivados de nuestras observaciones en la institución.

Al estar implementando esta propuesta con las mujeres, durante las sesiones de trabajo grupal, aparecieron nuevos temas que representaban un gran interés para ellas, por ello, una vez concluido el trabajo en la institución nos dimos a la tarea de evaluar dicha propuesta con la

intención de mejorarla. Así, la propuesta incluida en esta investigación responde a una propuesta ya revisada y mejorada a partir de la versión primera y en donde ahora incluimos los temas que ellas consideraban importantes de abordar.

Todo el planteamiento y desarrollo de este proceso se orienta por las siguientes preguntas de investigación.

¿Qué noción de salud permea en las prácticas del Centro de Trabajo con Familias Migrantes?
¿Qué características tiene la de Promoción de la Salud (PS)² que está presente en el trabajo que realiza la institución? ¿Qué noción de PS está presente en las prácticas de la institución?
¿Qué concepción del otro (a) hay detrás de las acciones que emprende la institución? ¿Qué finalidad implícita o explícita tiene la institución con sus acciones? ¿Cómo es la relación de poder que se establece entre la institución y los usuarios(as)?

Es importante aclarar que la institución analizada no se considera a sí misma como una institución promotora de la salud, y por ende no asume como parte de su quehacer la práctica de la promoción de la salud. A pesar de lo anterior, nosotras, desde nuestra mirada de promotoras de la salud con perspectiva crítica, consideramos que las acciones emprendidas por la institución en beneficio de los usuarios estarían vinculadas con una forma de entender la salud y la práctica de la promoción de la salud. De ahí que nuestras preguntas de investigación contemplen el análisis de acciones que pueden ser explicadas o abordadas desde la promoción de la salud.

El presente trabajo lo integramos en los siguientes capítulos: marco contextual, contexto conceptual, métodos, resultados, discusión y por último una propuesta.

² En lo que resta del siguiente trabajo utilizaremos las siglas PS para referirnos a Promoción de la Salud

Esta investigación se sustenta en un **contexto conceptual**, se denomina *contexto conceptual* “al sistema de conceptos, supuestos, expectativas, creencias y teorías que respaldan e informan la investigación” (Mendizábal, 2009, p. 76).

A diferencia del marco conceptual o marco teórico sustentados en una estructura rígida, el contexto conceptual aporta mayor flexibilidad a la investigación, pues en su construcción admite el surgimiento inductivo e incluso inesperado de nuevos datos que puedan conceptualizarse para enriquecer o superar el contexto inicial, con base en las necesidades del proceso de investigación (Mendizábal, 2009).

Es en esta sección donde se expusieron los conceptos teóricos que sustentan el presente trabajo. Es decir, abordamos tanto la salud como la promoción de la salud desde dos entendimientos distintos, primero lo hacemos desde la comprensión médico-hegemónica y después abordamos los planteamientos de la corriente crítica propuesta por autoras como Chapela.

Otro concepto importante que debemos mencionar es el de género, el concepto de género es de vital importancia en nuestra investigación, pues nos permite colocarnos como investigadoras desde un lugar donde estemos en la posibilidad de reconocer la influencia que ejercen los aprendizajes basados en la diferencia genérica entre hombres y mujeres.

Así mismo, la perspectiva de género cobró una importancia fundamental a lo largo de nuestro proceso de investigación y en la propuesta final contenida en este estudio. Este concepto nos permitió plantear un trabajo que, desde la promoción de la salud, apueste por favorecer el abordaje de los problemas sociales y de salud con una mirada que cuestione los aprendizajes de género incorporados como parte de cierta sociedad.

Por último, revisamos algunas aproximaciones a los conceptos de migración, multiculturalidad e interculturalidad, con el fin de incorporarlos a la propuesta presentada.

En el capítulo de **métodos** nos dimos a la tarea de explicar detalladamente cada uno de los enfoques y técnicas utilizadas durante el proceso de investigación. El presente trabajo de investigación se sustentó a partir de métodos cualitativos, pues consideramos que estos métodos ofrecen los enfoques y técnicas necesarias para responder a las preguntas de investigación planteadas.

Con la intención de permitir al lector entender desde qué lugar escogimos lo seleccionado y analizado, en el mismo capítulo explicamos nuestra posición como investigadoras dentro de este proceso.

El diseño de nuestra investigación se realizó tomando en cuenta las características del diseño flexible, y está basado en dos tradiciones de la metodología cualitativa: el estudio de caso y la teoría fundamentada (Mendizábal, 2009).

Para la presentación de los resultados decidimos agruparlos en las siguientes categorías, salud, promoción de la salud y género.

Nuestros resultados conjuntaron los hallazgos que trascendieron de analizar tanto las teorías implícitas que guían el trabajo de la institución como las teorías explícitas presentes en su práctica.

En el apartado de la **discusión** fue donde nos permitimos reflexionar respecto de nuestra investigación. En primera instancia valoramos en qué medida nos fue posible cumplir con los objetivos planteados al inicio.

También abrimos un espacio para discutir sobre nuestros hallazgos y para valorar en qué medida éstos concuerdan o difieren con lo expuesto por otros autores.

En este espacio de la discusión pretendimos exponer las implicaciones de este proceso para la práctica de la promoción de la salud crítica.

Por último concluimos con una serie de proposiciones que se convirtieron en aprendizajes y presentamos una propuesta de trabajo desde la promoción de la salud crítica que, pretende incorporar estos aprendizajes derivados en primera instancia de nuestro trabajo en la institución y en segundo lugar, derivados de esta investigación.



CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL



CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

La labor del Centro de Trabajo con Familias Migrantes

- El Centro de Trabajo con Familias Migrantes es una institución de asistencia privada (IAP) fundada en 1995 y cuyo objetivo principal, según mencionan en su blog es “ofrecer mediante un programa de atención integral para las comunidades, familias, niños y jóvenes indígenas migrantes en situación de calle y en riesgo de estarlo; la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida digno mediante la implementación de acciones las cuales contengan un enfoque de derechos y una perspectiva de equidad de género, y el cual aborde temas de salud, alimentación, prevención de adicciones, erradicación de la violencia (en especial en contra de las mujeres y niñas, que son quienes más la padecen), educación, desarrollo psicológico, desarrollo familiar y comunitario, desarrollo cultural y artístico, desarrollo físico, etc.” (Blog de la institución. Objetivo estratégico. Recuperado 20 de marzo de 2013).

El Centro de Trabajo con Familias Migrantes está conformado de la siguiente manera (ver figura 1).

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE TRABAJO CON FAMILIAS MIGRANTES

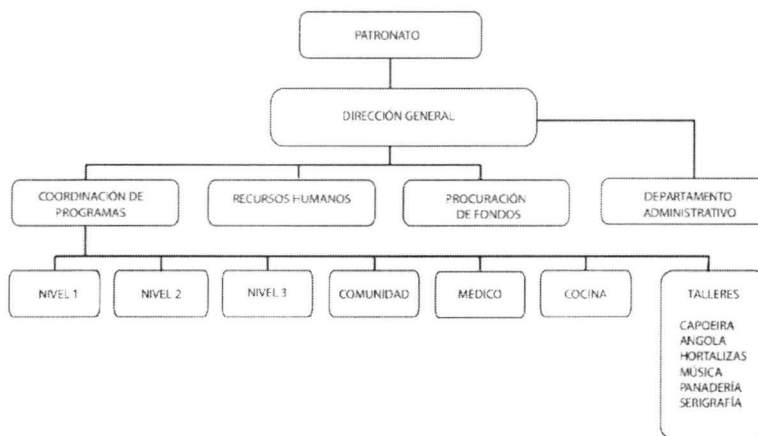


Figura 1: Organigrama obtenido del blog del Centro de Trabajo con Familias Migrantes.

El trabajo del Centro de Trabajo con Familias Migrantes se desarrolla en dos oficinas, una administrativa y la otra operativa, denominada Centro Colibrí, y es donde se ejecutan todas las actividades con la población atendida.

Entre las actividades realizadas en el Centro Colibrí se encuentran la atención a niños, niñas y adolescentes separados en tres niveles según la edad. Tal atención está centrada en el apoyo en tareas y en la implementación de actividades recreativas.

Durante la estancia en el centro a los niños se les ofrece desayuno y comida. En el Centro Colibrí existe un consultorio médico encargado de brindar atención a las personas de los predios con los que la institución trabaja.

Además de las labores realizadas en el Centro Colibrí, el Centro de Trabajo con Familias Migrantes cuenta con un área de atención comunitaria, encargada de trabajar de manera directa en los predios donde vive la gente. El trabajo en esta área está enfocado en dos niveles, en primer lugar, se ofrece una atención inicial a niños y niñas entre los tres y los cinco años a través de los denominados “Círculos Infantiles”. El propósito de esta atención es la de brindar, a través de actividades creativas y recreativas, herramientas formativas para la asimilación de normas de convivencia, límites y hábitos esenciales de salud.

El segundo nivel de trabajo de esta área está dirigido a ofrecer apoyo a las madres a través del denominado “Círculo de Mujeres”. El objetivo es sensibilizar acerca de la importancia de la escolarización, la atención a la salud y la recuperación de valores para mejorar la convivencia, buen trato y respeto a los Derechos de los niños y las mujeres.

Para llevar a cabo su trabajo el Centro de Trabajo con Familias Migrantes cuenta con quince personas laborando ahí. Este personal se divide en las siguientes áreas: dirección general, recursos humanos, procuración de fondos, coordinadora operativa, educadores, servicio de comedor, servicio médico y servicio social.

Cuando llegamos a la institución se encontraban dos mujeres más prestando su servicio social ahí.

Nuestra labor consistía en apoyar en las actividades diarias de la institución, algunas veces nos tocaba ir a los predios y otras veces nos quedábamos en el Centro Colibrí.

Amealco de Bonfil

Las mujeres usuarias de los servicios que presta la institución provienen de Santiago Mexquititlán, en el municipio de Amealco de Bonfil, al Sur del Estado de Querétaro. El municipio de Amealco, con una presencia de 34 comunidades otomías, está localizado a 63 kilómetros de la Ciudad de Querétaro. Limita al Norte con los municipios de San Juan del Río y Huimilpan del mismo Estado; al Oeste con Michoacán y al Este con el Estado de México (Bermeo, 2008) (ver figura 2).

Mapa de localización del municipio de Amealco de Bonfil en el Estado de Querétaro

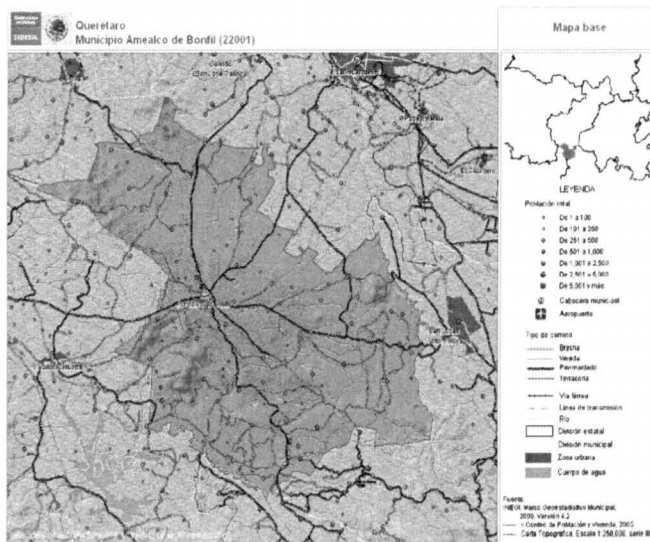


Figura 2: Obtenida de la página web: <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/zapmapas/base2011/g22001.gif>

La zona sobre la que se ubica el municipio de Amealco posee un clima templado subhúmedo, con una precipitación abundante durante el verano. Su temperatura anual promedio es de quince grados centígrados. Lo anterior favorece la existencia de diferentes tipos de vegetación como son los matorrales, pastizales y bosques templados. Esta vegetación es la que ha permitido el desarrollo de una intensa actividad agrícola y la cría de animales de granja (Beremeo, 2008).

Santiago Mexquititlán

El pueblo de Santiago Mexquititlán³ es una de las comunidades otomíes más importantes del municipio de Amealco de Bonfil.

Se sitúa en el camino entre Santa María Amealco y Temascalzingo, al descender una suave pendiente que llega a un valle en donde se siembra maíz, quelites, nopales, habas, frijoles y nabos (Valverde, 2009).

Como buen pueblo originario se divide territorialmente en barrios: primero, segundo, tercero, cuarto, quinto o El Pastoreo y sexto o San Felipe (INAFED, s.f.).

El edificio más representativo del pueblo de Santiago Mexquititlán es su iglesia. También cuenta con un centro de salud, biblioteca, panteón, centro comunitario de aprendizaje y tienda (INAFED, s.f.).

³ "La etimología del vocablo Mexquititlán procede de la raíz náhuatl "mizqui o mizquicuhauitl", "árbol de mezquite": ti, ligativo y tlan abundancial, "lugar donde abundan los mezquites" (Valverde, 2009, s.p.).

Cultura otomí

Los otomíes⁴ se asentaron desde la época prehispánica en la zona central de México. Al igual que otros grupos indígenas, los otomíes o como se nombran a ellos, ñahñu⁵, no ocupan una única entidad federativa, sino más bien un territorio continuo que incluye varios estados de la República Mexicana. El área central de la cultura otomí incluye a los Estados de Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz. Por último, en el Distrito Federal, como consecuencia de la migración, también se tiene registro de una cultura otomí que hasta ha logrado conservar su lengua (Barrientos, 2004).

Mapa que ilustra la distribución de la cultura otomí en la República Mexicana



Figura 3: Mapa elaborado por nosotras mismas.

⁴ La palabra otomí es de origen náhuatl (singular: otomitl, plural: otomí); según algunos autores, otomitl provendría del náhuatl otocac, "que camina", y mitl, "flecha", porque, supuestamente, los otomíes, grandes cazadores, caminaban cargados de flechas (Barrientos, 2004, p. 6).

⁵ Significa "los que hablan otomí" (Barrientos, 2004, p.6).

Cosmogonía y religión

Se piensa que la actual concepción religiosa y cosmogónica de la comunidad otomí surgió de tres eventos históricos importantes, “el primero fue el origen de los otomíes; el segundo, la presencia de toltecas en su territorio; y el tercero, la evangelización realizada por los misioneros españoles” (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI] 2009, párr. 1). Por ese motivo se reconoce que las prácticas religiosas contemporáneas de este pueblo son una combinación de elementos católicos y prehispánicos que influyen en el culto a los muertos, la creencia en ciertas enfermedades, los sueños y anécdotas. Si bien en los últimos tiempos se ha incrementado una fuerte presencia de grupos religiosos de corte protestante, la mayoría de la población otomí todavía sigue profesando la religión católica, con una fuerte veneración a imágenes.

Organización social

“La familia nuclear formada por el padre, la madre y los hijos, constituye la unidad básica de las comunidades de este pueblo indígena. La autoridad principal está representada por el padre, quien, con la madre, educa, enseña y transmite las costumbres y hábitos culturales del grupo. Cada miembro de la familia tiene bien definido su trabajo. Los hombres cultivan la tierra, construyen y reparan la casa, cuidan el ganado y participan en el trabajo comunitario; las mujeres elaboran los alimentos, limpian la casa, lavan la ropa y crían los animales domésticos.” (CDI, 2009, párr. 9).

La salud para los otomíes

“Los otomíes clasifican el origen de las enfermedades en dos niveles: las de origen natural y las de origen sobrenatural. A las primeras, las combaten con medicina alópata; las segundas forman parte de la cosmovisión del grupo. Para los otomíes, los orígenes de las enfermedades tienen una base mágico-religiosa; para curarse acuden con terapeutas tradicionales, como son las parteras y los hueseros, hierberos y rezaderos, las familias otomíes frecuentemente utilizan plantas medicinales para curar sus males” (CDI, 2009, párr. 5).

La población indígena otomí en la colonia Roma

Poco tiempo después del terremoto de 1985, un pequeño grupo de familias emigraron a la Ciudad de México, provenientes del pueblo de Santiago Mexquititlán, su intención era la de mejorar sus condiciones de vida.

En un principio estas familias se asentaron en la glorieta del Metro de los Insurgentes, lugar donde vivían prácticamente a la intemperie. Al poco tiempo el número de personas que inmigraban a la ciudad se incrementó, por lo que pasaron a ocupar predios cuyos edificios habían sido abandonados o de plano derrumbados como consecuencia del terremoto.

En la actualidad se contabilizan en los alrededores de la Colonia Roma aproximadamente siete predios habitados por población indígena otomí. Los predios se caracterizan por ser pequeñas casas construidas con madera, cartón, láminas y otros materiales. Sólo uno de ellos, ubicado en la calle de Guanajuato, logró gestionar la construcción de una unidad habitacional. El acceso a una vivienda digna se logró gracias al éxito de organizarse como grupo en la Coordinación Indígena Otomí.

El comercio informal es la principal actividad económica en la que se desempeña la población otomí en la Roma. Mientras la mayoría de las mujeres se dedica a la venta de muñequitas, manufacturadas por ellas mismas, chicles, dulces o flores; los hombres principalmente se dedican a limpiar parabrisas y autos.

El Centro de Trabajo con Familias Migrantes se funda en 1995 con el objetivo de trabajar con población callejera de la Ciudad de México, al encontrarse con este grupo otomí y observar que no eran un grupo de calle tradicional, sino que tenían espacios familiares de convivencia, se replanteó sus objetivos con la idea de establecer una nueva estrategia de trabajo con esta población.



CAPÍTULO II
CONTEXTO CONCEPTUAL



CAPÍTULO II

CONTEXTO CONCEPTUAL

En el presente capítulo, con la finalidad de ubicar al lector en las bases teóricas que nos orientan, exponemos aquellos conceptos que se encuentran presentes dentro de este trabajo.

El manejo de los conceptos de salud, promoción de la salud y relaciones de poder utilizados en este trabajo sirvieron para contextualizar el análisis que hicimos. Mientras que los conceptos de género, perspectiva de género, migración, interculturalidad y multiculturalidad sustentan la propuesta que deriva de dicho análisis.

SALUD

El concepto de salud, desde nuestro punto de vista, ha existido desde el surgimiento mismo de la humanidad, sin embargo este concepto ha ido modificándose a lo largo del tiempo.

Es básicamente imposible presentar una definición de salud que la aborde en su totalidad, es decir, que considere no sólo los aspectos anatómicos y fisiológicos del organismo humano relacionados con la enfermedad, sino que también considere otros factores, tales como la cultura, el modo de vida y la especificidad del contexto.

Sin embargo, existe una definición considerada como oficial. Esta definición es la expresada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, y define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente [como] la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998, p. 10).

Para dar una idea más clara sobre las concepciones existentes en torno a la salud consideramos útil exponer brevemente las dos visiones principales que nos ayudaron a distinguir diferencias en este trabajo: el planteamiento médico-hegemónico y un planteamiento crítico.

Concepción de la salud desde el Modelo Médico -Hegemónico (MMH)

El término Modelo Médico Hegemónico fue formulado por Menéndez y con este término designa al:

...conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (1991, p. 1).

A continuación describimos algunas de las características de la mirada médico-hegemónica de la salud, identificadas por Menéndez (1991).

En primer lugar encontramos que se mira a la salud desde una perspectiva exclusivamente funcional y morfológica, en donde se tiende a concebir a la salud como lo contrario a la enfermedad, centrándose en la atención de factores de riesgo –malfuncionamientos y deformaciones-, que predispongan a las personas a padecer alguna enfermedad.

Esta lógica considera al sujeto como completamente saludable cuando esté en equilibrio todo aquello que tiene que ver con el buen funcionamiento del cuerpo.

La salud desde el entendimiento médico-hegemónico se convierte en “algo constante y deseable” a lo que debe aspirarse, “algo” que no tenemos y debemos conseguir a como dé lugar, o en su defecto, algo que tenemos y debemos preservar.

Una característica esencial del abordaje médico-hegemónico de la salud es su carencia de historicidad es decir, no toma en cuenta los problemas de salud padecidos por las personas también como una consecuencia de un contexto histórico y social, el cual define la forma de vivir, enfermar y morir de las personas.

Como una consecuencia de los supuestos incluidos en el entendimiento médico-hegemónico, comúnmente se establece entre el personal de salud (médico(a), enfermero(a), promotor(a) de salud, etcétera.) y el otro (entendido como paciente) una relación de desigualdad, en donde el personal de salud se ostenta como el poder o la autoridad, manteniendo al otro subordinado e incapaz de cuestionar lo que se le plantea como verdad absoluta e incuestionable. Llegando en algunos casos al grado de responsabilizarlo por el padecimiento de su enfermedad, atacándolo de irresponsable y poco cuidadoso con su salud (Menéndez, 1991).

Bajo la anterior visión se tiende a validar la idea que todo aquello relacionado con el campo de la salud o con la vida atañe exclusivamente al campo disciplinar de la medicina (Menéndez, 1991).

Ahora bien, a lo largo de nuestro proceso de formación como promotoras de la salud tuvimos la necesidad de replantearnos el concepto de salud y pudimos trascender de la concepción predominante sobre ésta.

Por tal motivo deseamos aclarar que nuestro trabajo está orientado por el planteamiento de la salud desde una mirada crítica, surgida a partir de la identificación de las necesidades de salud que no responde el MMH.

Cuando hablamos de una mirada crítica nos referimos a la orientada por un concepto de salud que considera también los aspectos sociales y no solo los funcionales y anatómicos. Es decir, se explica complementariamente a la salud a partir de las condiciones sociales de vida (trabajo, vivienda, etcétera.), y de situaciones determinantes para la salud tales como inequidad, desigualdad social, pobreza, entre otros contextos, que determinan en gran medida el nivel de salud al que pueden aspirar las personas (Álvarez, 2009).

Concepción de salud desde el entendimiento crítico

Desde la propuesta crítica se puede definir la salud como “la capacidad humana corporeizada de decidir, diseñar y lograr futuros viables y alcanzarlos” (Chapela, 2005, p. 10).

Esta concepción de la salud se deriva de lo establecido en la Carta de Ottawa (1986) sobre promoción de la salud en donde se plantea la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un recurso que permite a los sujetos individuales y/o colectivos desarrollar sus metas, aspiraciones y sueños (Chapela, 2005).

La salud desde esta concepción incluye no sólo factores biológicos, sino también factores psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales y medioambientales que la estarían determinando.

Al concebir a la salud como un recurso que permita a los sujetos desarrollar sus capacidades, entonces deja de verse como una meta y se forja como un conjunto de posibilidades de las que el sujeto puede echar mano para lograr lo que desea como futuro.

Estas posibilidades desde la perspectiva crítica planteada, entre otros autores por Chapela, serían en primer lugar el desarrollo de *las capacidades humanas* y el aumento y utilización de los *capitales*. En primer lugar, abordaremos las capacidades humanas, que son seis:

Capacidad erótica, de pasión de rabia, de gusto, de ensueño, de enojo y placer. *Capacidad sapiens*, de memoria, de razonamiento, juicio y raciocinio. *Capacidad ludens*, de crear, soñar, imaginar, hacer el infinito, lo posible, los guiones, escenarios y reglas. *Capacidad económica*, de identificar límites y posibilidades en contextos finitos, materiales, técnicos y prácticos. *Capacidad política*, de evaluar, de construir alternativas, de elaborar proyectos, de elegir y decidir. *Capacidad faber*, de actuar con intención, de modificar a través de la práctica en el mundo material los mundos objetivo y subjetivo en función de un proyecto, de actuar en la palabra, de inscribir la subjetividad en el mundo objetivo (Chapela, 2004, p. 4).

A partir del planteamiento anterior entendemos las capacidades humanas como potencialidades⁶ que los seres humanos tienen para ser y hacer cosas⁶ y les permiten analizar y

⁶ Esta definición fue construida por nosotras mismas a partir de los planteamientos propuestos por Chapela en sus artículos.

reflexionar sobre sí mismos y sobre su historia personal, y con base en esta reflexión transformar su realidad inmediata y plantearse una idea de futuro que les resulte deseable y motivadora. En la medida en que estas capacidades se desarrollen podemos alcanzar cada vez más altos niveles de salud.

En segundo lugar, tenemos entonces a los capitales, entendidos a través de la categoría de capital introducida por Pierre Bourdieu y que podemos definir como “cualquier tipo de recurso capaz de producir efectos sociales” (Martínez, 1998, p. 3). Es decir, entendemos a los capitales como un conjunto de recursos, que a través de la socialización, el individuo adquiere o acumula, y en determinado momento se convierten en moneda de cambio para obtener algún tipo de beneficio.

En párrafos anteriores hablábamos un poco sobre la capacidad de los sujetos, tanto individuales como colectivos, de plantearse una idea de futuro. Esta idea de futuro; conocida como proyecto, es el resultado de la historia personal y necesidades de cada sujeto.

Cabe señalar que se distinguen tres tipos de proyectos: el primero de ellos, el que se considera como proyecto limitado y se considera así por la existencia de alguna limitación ya sea en las capacidades humanas, como por ejemplo la posibilidad de imaginar futuros, o por no poder utilizar sus capitales para obtener un beneficio.

El segundo tipo de proyecto es el condicionado. Para explicar mejor nos gustaría recordar que el proyecto de cada sujeto es resultado de su historia y experiencia personal y por ende responde a necesidades específicas. Sin embargo cada sujeto a lo largo de su vida establece un sinnúmero de relaciones sociales en las que se desenvuelve cotidianamente como parte de una sociedad. Es decir, los sujetos como integrantes de una sociedad aprendemos pautas sociales,

históricas y culturales específicas del contexto en el que nos desarrollamos y éstas, a la vez nos estructuran de cierta manera, conformándose nuestra cosmovisión de la realidad. Al hablar de proyecto condicionado nos referimos entonces a la influencia de estas relaciones y estos aprendizajes a la hora de imaginar un proyecto de futuro (Chapela, 2010).

Como resultado de su constante repetición muchas de estas pautas van siendo asimiladas, apropiadas e incorporadas de manera inconsciente por los sujetos a su modo de entender y explicarse su realidad, convirtiéndose en lo que en la promoción de la salud crítica se conoce como corporeización. Esta corporeización resulta útil entenderla a través de una categoría creada por Bourdieu, *habitus*; para referirse a lo que se llama “el estado incorporado”, es decir:

El cuerpo humano material puede ser considerado como el sitio objetivo del ejercicio del poder hegemónico en donde se escriben, se marcan, se graban y por lo tanto expresan las condiciones de la subordinación del sujeto a lo largo de su vida. De esa manera el poder, perteneciente al mundo subjetivo, se inscribe en el cuerpo. El efecto del poder en el sujeto no sólo está inscrito en su cuerpo, también va a afectar los comportamientos y reacciones automáticas del cuerpo, se va a ‘corporeizar’ (Chapela, 2005, p. 10).

Como mencionamos, los seres humanos a lo largo de nuestra existencia forjamos una historia personal única, construida a través de vivencias y experiencias, estas experiencias se inscriben en el cuerpo y son resultado de relaciones de poder asimétricas (Chapela, 2005).

Para Chapela, el cuerpo:

...es la expresión material de la subjetividad del individuo. Es con y a través del cuerpo que el individuo y el grupo social interactúan con el entorno para proyectar y alcanzar futuros por lo que, para entender la salud, es necesario entender al cuerpo como constitutivo del sujeto, el lugar de inscripción de la subjetividad y el sitio objetivo del ejercicio del poder. (Chapela, 2007, p. 10).

Entonces es a través del cuerpo que se establecen las relaciones de poder y donde a través de significados se pretende mantener el control social. El proyecto condicionado se construye entonces a través de todos estos significados impuestos desde el poder lo que contribuye a mantener el orden social.

Por último, el tercer tipo de proyecto, al que se aspira como ideal al promover la salud desde la lógica crítica, es el proyecto autónomo, que si bien no puede ser del todo autónomo y aún mantiene cierto grado de condicionamiento, se considera que los sujetos se encuentran en mayor capacidad de imaginar y construir una idea de futuro con base en sus aspiraciones y deseos y que gracias al desarrollo de sus capacidades humanas y de la puesta en juego de sus capitales logran hacerlos realidad, mejorando con ello sus niveles de salud.

Por lo tanto, para lograr proyectos cada vez más autónomos es necesario entonces que los sujetos emprendan procesos reflexivos profundos, que les permitan cuestionar su relación con el poder y visualizar posibilidades de acción para posicionarse de manera diferente ante él.

En este sentido, como lo explica Chapela;

El nivel de salud de un individuo o de un grupo pudiera entonces ubicarse por la capacidad de ejercerse, desarrollarse y permanecer como humano en sus dos

naturalezas (capacidad de dignidad humana) y, la promoción de la salud como un planteamiento que desde lo biológico, lo político y lo pedagógico identifica y lleva a cabo prácticas encaminadas a favorecer la elevación de esos niveles de salud. ((2001, p. 62).

En conclusión, podemos afirmar que es gracias a la acumulación y utilización de capitales, al desarrollo de las capacidades humanas y a la capacidad de lograr un proyecto cada vez más autónomo, que la emancipación de los sujetos se hace posible como vía para lograr cada vez más altos niveles de salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es una práctica reciente y en un proceso de construcción con actual controversia sobre los componentes que la definen. Sin embargo, es posible encontrar algunos enunciados sobre promoción de la salud, un ejemplo que se expone en el glosario de términos de promoción de la salud realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el siguiente:

El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (...) la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual...la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla (OMS, 1998, p. 10).

La práctica de la promoción de la salud depende del entendimiento sobre la salud que se tenga a la hora de promoverla. Tomando en cuenta lo anterior, hallamos grandes grupos de prácticas a través de las cuales se concibe y se practica la promoción de la salud.

Por la amplitud del tema nosotras hemos decidido sólo presentar en las siguientes secciones la promoción da la salud desde el modelo médico-hegemónico y desde una visión crítica.

La promoción de la salud desde el modelo médico-hegemónico

Desde el MMH la práctica de promoción de la salud se fundamenta en acciones cuya finalidad principal es promover conductas saludables que eviten la enfermedad. Así pues, las actividades dirigidas a la oferta de información como mecanismo de prevención de enfermedades, modificación de conductas, etcétera, suelen convertirse en las principales actividades de los promotores(as) de la salud (Guzmán, Angulo, García y Gómez, 2010).

Su carácter de dominante y hegemónico lo adquiere a través de la validación por parte de las instituciones de salud y por parte del Estado. Lo que hace a esta promoción de la salud poseedora de una verdad absoluta e incuestionable. En este sentido, cualquier otra práctica queda relegada o ignorada (Guzmán et al. 2010).

La promoción de la salud desde la corriente crítica

Como ya hemos mencionado este trabajo está orientado por el entendimiento crítico que propone Chapela en donde:

Se considera a la promoción de la salud como acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permiten al ser humano esfuerzos emancipadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que, como resultado, logre cambiar también las inscripciones en su cuerpo. Esto implica que una promoción de la salud con intención emancipadora procura en primer término facilitar que los cuerpos-territorios invadidos, clausurados en mayor o menor grado, recuperen, también en mayor o menor grado, su autonomía y a la par, promover la capitalización de los agentes sociales y los campos subordinados en riesgo de mayor subordinación (2010, p. 112).

Uno de los principales retos de la promoción de la salud desde la perspectiva crítica propuesta por Chapela es favorecer procesos que permitan a los sujetos aumentar sus niveles de salud. Bajo esta lógica, el entendimiento de la salud está basado en el desarrollo de las capacidades humanas y la utilización de capitales como punto crucial para lograr su proyecto de futuro (Chapela, 2010).

Esta corriente pone especial énfasis en la capacidad autotransformadora de los sujetos, misma que les permite en primera instancia tener conciencia sobre sus propios problemas y en consecuencia actuar para solucionarlos.

Esta promoción de la salud crítica parte de la concepción del otro como igual, es decir, como ser humano, apuesta a favorecer procesos que permitan a los sujetos conocerse y reconocerse como portadores de saberes y aprendizajes para utilizarlos en la construcción de nuevos aprendizajes con significado en su vida. Por ejemplo, la resolución de alguna necesidad; de manera tal que con el paso del tiempo estas prácticas y saberes sean utilizados para transformar su realidad (Chapela 2010).

La promoción de la salud crítica reconoce la importancia del trabajo colectivo de los sujetos, como herramienta para alcanzar el poder necesario que les permita posicionarse como sujetos autónomos en búsqueda de aumentar sus niveles de salud (Chapela, 2010).

GÉNERO

El concepto de género fue introducido por el movimiento feminista desde hace más o menos cuatro décadas, respondiendo a la necesidad de referirse a la organización social de las relaciones entre mujeres y hombres (Lamas, 1996).

Sin embargo, según Cobo el concepto de género tiene raíces históricas más profundas que las de los años setenta:

El origen de esta noción se remonta al siglo XVII con el pensamiento del cartesiano Poulain de la Barre, donde la idea central sostenía que la desigualdad social entre hombres y mujeres no es consecuencia de la desigualdad natural, sino que, por el contrario, es la propia desigualdad social y política la que produce teorías que postulan la inferioridad de la naturaleza femenina (1995 p. 2).

Durante este tiempo dicho concepto ha ido modificándose y se ha enriquecido de algunas aportaciones de diversas autoras.

Por su parte, Lamas retoma a Scott, quien en 1940 define género como:

Una construcción social que se expresa dentro del sistema simbólico propio de una cultura y que es parte constitutiva de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos; pero además... el género es una forma primaria de relaciones significantes del poder (Lamas, 1996, p. 330).

Años más tarde de Beauvoir en *El segundo sexo* propone la idea que a lo largo de este tiempo ha inspirado al movimiento feminista:

No se nace mujer, se llega a serlo [la autora sostiene que] ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad a la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto al que se califica de femenino (1949, p. 109).

Para Cobo “la noción de género surge a partir de la idea de que lo “femenino” y lo “masculino” no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales” (1995, p. 1).

Para Lamas el género:

Es el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos para simbolizar y

construir socialmente lo que es propio de los hombres (masculino) y lo que es propio de las mujeres (femenino) (1999, p. 1).

En nuestras propias palabras entendemos al género como la manera en la que los varones “aprenden”⁷ a ser varones y las mujeres “aprendemos” a ser mujeres dentro de una sociedad determinada.

Por su parte Martínez-Herrera (2007) en el texto: “La construcción de la feminidad: La mujer como sujeto de la historia y como sujeto del deseo”; aporta a este estudio una serie de planteamientos que enriquecen esta investigación.

En primer lugar, Martínez-Herrera (2007) sostiene que el poder se encuentra legitimado por discursos dominantes, que actúan bajo la cobertura de un sistema de certidumbres, las cuales se asumen como propias, estableciéndose así una suerte de hegemonía, esto es, dominación con consenso.

En este artículo el autor retoma a Baro quien en 1985 advirtió que cada individuo se apropia de una manera única e irrepetible del contexto histórico-social y deviene como una síntesis singular del propio proceso socio-cultural. La subjetividad es entonces la expresión individualizada de las posibilidades culturales (Martínez-Herrera, 2007).

Este mismo autor señala que “es en el proceso de individuación donde se adquiere el status de sujeto del discurso a partir de la identificación y reproducción de formas discursivas dominantes, o de cualquier otro tipo de discurso alternativo” (Martínez-Herrera, 2007, p. 82).

⁷ La utilización de comillas en “aprender”, tiene la intención de poner énfasis del género como una “construcción social” que aprendemos como parte de una cultura y contexto determinados.

En particular el trabajo de Martínez- Herrera (2007) respecto a la subjetividad, nos parece fundamental para explicar los inicios de nuestro proceso de investigación, concretamente las ideas que nos llevaron a considerar la posibilidad de llevar a cabo un análisis que nos permitiera traer a la luz aquellas ideas que dan estructura a la forma de pensar y actuar del personal de la institución, como punto crucial para entender su forma de trabajo y lo que ella deriva; para entonces situarnos en la posibilidad de plantear nuevas formas de trabajo.

Además aporta al análisis de los aprendizajes de género y cómo repercuten a la hora de explicar la condición de dominación a la que está sometida la mujer.

En este sentido, el autor explica que “más allá de ciertas variaciones culturales las sociedades imponen normas, patrones y pautas diferenciales a hombres y a mujeres, que ubican a estas últimas en una condición histórica de desventaja y postración”. (Martínez-Herrera, 2007, p. 88).

Adentrándose en el terreno de la temática de género, el autor asegura que:

...lo femenino es entonces establecido por oposición a lo masculino, es su negativo, el reverso, una otredad inexpugnable y temida. Lo femenino es entonces lo que no es, o lo que no debe ser, un lugar proscrito que convoca al horror, al rechazo, al escarnio y a la vergüenza (Martínez-Herrera, 2007, p. 89).

Según la visión del autor, “la tarea fundamental a la hora de hablar de equidad de género es apostar por forjar una identidad y una subjetividad sexual femenina autónoma y libre de la determinación del tutelaje masculino” (Martínez-Herrera, 2007, p. 89).

Martínez-Herrera (2007) también expone que en general las distintas teorizaciones coinciden en la existencia de dos constantes históricas como elementos determinantes en la construcción social de la feminidad, una de ellas dice el autor, es lo que Bourdieu denomina el cuerpo de la mujer como capital simbólico, en tanto objeto de apropiación y deseo, como cuerpo para el otro. Por otra parte, tenemos a la mujer/madre -con independencia de si lo es-, siempre al servicio y cuidado de los demás. La mujer se debate así entre dos representaciones sociales disociadas entre sí, la maternidad a ella asignada y el erotismo que remite a la mujer a una condición primigeniamente sexual/genital.

El autor retoma también a Lagarde y dice:

Para Lagarde históricamente la feminidad está atravesada por una dimensión óptica de ser para otros, que es donde adquiere sentido vital y reconocimiento de sí, por su contribución a la realización de los demás. Esta condición remite a la mujer a una permanente incompletion y la ubica al servicio de una ética de cuidados, encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Los demás siempre tendrán prioridad sobre ella vehiculizando su ser femenino en la postergación de sí misma, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, sometimiento y dominio históricamente dados (Martínez-Herrera, 2007, p. 89).

La ubicación de la mujer en una esfera no tradicional supone romper con el ideal estereotipado de mujer-madre y la coloca en el sospechoso lugar de trasgresión, lo cual funciona como una fuente de represión social y psicológica que le impele a mantenerse dentro de los parámetros del status quo, el abandono, el sólo alejamiento del horizonte cultural de la feminidad provoca profundos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por una parte, y

miedo, rechazo y repulsión por otra, llegando incluso a cuestionarse “la esencia femenina” – como construcción histórica-, el ser mismo de mujer (Martínez- Herrera, 2007).

Martínez-Herrera (2007) afirma que históricamente la feminidad reposa como en “esencia” en la maternidad, que se convierte en el núcleo duro de la identidad femenina y en el ideal social de la mujer.

Martínez-Herrera retoma que para Bourdieu:

Los valores y funciones sexuales se transmiten de “cuerpo a cuerpo”, sin mediación de la conciencia y la más de las veces sin discurso, por la simple constancia de los hábitos. Más que un conocimiento es una certeza experimentada como vivencia, inscrita en la cotidianeidad por la fuerza de la costumbre y establecida como un orden natural. Tales aprendizajes existenciales son vehiculizados a través de la convivencia misma. La dualidad entre lo masculino y lo femenino determina ciertas sensaciones, percepciones, cogniciones y prácticas diferenciales que se perpetúan a sí mismas. La sexualidad como invento histórico reproduce irracional y espontáneamente las prácticas hegemónicas masculinas, sin enjuiciarlas, ni siquiera enunciarlas... Bourdieu asigna una importancia capital a las instituciones: la familia, la iglesia, la escuela y el Estado, que con diversos y variados niveles de influencia según cada época, han contribuido a la perpetuación del dominio masculino, nutriéndose a la vez de las prácticas y haceres que contribuyen a conformar (2007, p. 93).

En torno al mismo tema, Alberti a través del análisis crítico de la antropología de género, se plantea ¿en qué forma y cómo se expresa la subordinación de las mujeres indígenas?, lo cual le permite enlistar una serie de características de la opresión de las mujeres: 1) el control sobre

la sexualidad femenina, 2) la restricción física de sus movimientos, 3) la utilización de las mujeres en transacciones masculinas, 4) la limitación de su acceso al conocimiento, 5) la desvalorización de las actividades femeninas, 6) la desigual participación en el control de recursos materiales y no materiales, 7) el desigual acceso a recursos sociales, y 8) la violencia física y moral sobre las mujeres (Alberti, 1994, p. 288).

Alberti explica también la triple opresión a la que están sometidas las mujeres:

Por ser mujeres sufren la subordinación, la discriminación y la violencia; por ser indígenas, es decir en relación a la etnia, están sometidas a la etnia gobernante, definidas políticamente como minoría y se les aplican principios racistas, también muchas veces son víctimas de violencia sexual por parte de varones mestizos. Como miembros de una clase son la minoría explotada, su trabajo se invisibiliza ‘ayudan al hombre campesino’; como campesinas viven la miseria, como artesanas compiten en desventaja en el mercado capitalista y como asalariadas están relegadas a las tareas más pesadas y peor remuneradas (1994, p. 289).

El artículo recoge trabajos realizados en México, en primera instancia trabajos de investigación llevados a cabo por académicos de diversas áreas, en este sentido la autora enfatiza la importancia de trabajar sobre temas que no han sido abordados, tales como: subjetividad, identidad de género, historias de vida entre otros; aborda también trabajos propiciados por las mismas mujeres indígenas organizadas y con una lucha en común, reivindicarse a sí mismas como mujeres-indígenas sujetas de derechos. La autora enlista las principales reivindicaciones que han logrado las mujeres indígenas y el camino que les falta

por recorrer; y en tercer lugar revisa las políticas gubernamentales dirigidas a mujeres indígenas y los logros que han tenido (Alberti, 1994).

Al final del artículo la autora hace la invitación al trabajar con estos temas a contextualizar, es decir, tener en cuenta el momento, el lugar y el grupo con el que se trabaja para poder analizar más profundamente la situación de las mujeres.

Con estas ideas en la cabeza y algunas otras ideas fruto de nuestra experiencia de trabajo o bien de revisiones bibliográficas realizadas con anterioridad respecto a la temática de trabajo con mujeres indígenas migrantes, consideramos importante atender una serie de interrogantes que han ocupado nuestro interés con respecto de la manera en la que estas mujeres se desenvuelven cotidianamente en su “ser mujer” indígena otomí en Santiago Mexquititlán, Querétaro y en su “ser mujer” indígena migrante en la Ciudad de México. Si bien es cierto que estas preguntas no son las preguntas centrales de la investigación de este trabajo, sí son preguntas que en todo momento orientaron nuestro análisis en la parte correspondiente a cómo se mira a las personas en la institución y sirvieron también para orientar la propuesta de intervención que acompaña este estudio. Algunas de estas interrogantes fueron: ¿Cómo entienden estas mujeres su “ser mujer” en Santiago Mexquititlán? ¿Cómo entienden estas mujeres su “ser mujer” en la Ciudad de México? ¿Qué cambios hay entre un entendimiento y otro? ¿Cómo repercuten estos cambios en su vida?

Así en la búsqueda de entender un poco más acerca de estas cuestiones utilizamos la categoría de género, pues la creemos útil para hacer una lectura del trabajo que la institución realiza y también para visualizar en qué medida la promoción de la salud puede aportar al

entendimiento de las problemáticas de género que afectan a las mujeres, o viceversa: ¿cómo la perspectiva de género puede nutrir el abordaje de la Promoción de la Salud?

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Ya que como promotoras de la salud creemos crucial cuestionarse el impacto que tienen los aprendizajes de género como vía para lograr transformaciones paulatinas en la manera de relacionarnos entre hombres y mujeres, consideramos necesario abordar el presente trabajo a la luz de la perspectiva de género. Dicha perspectiva nos permitió mirar y cuestionar acerca de las problemáticas cotidianas que experimentan las personas, como resultado de la educación recibida basada en los géneros.

La perspectiva de género como lo explica Lagarde:

Es una voluntad política por transformar el orden de géneros. Se reconoce no sólo que existe un orden de géneros, sino que además se le considera opresivo...colocarse en la perspectiva de género implica no sólo reconocer que hay un orden social que nos divide como hombres y mujeres, que niega las mínimas igualdades democráticas a medio mundo, sino que también implica anunciar públicamente que una está en una posición contraria a la opresión de género, y cuando somos más radicales, estamos además a favor de intervenir con una voluntad activa en la construcción de alternativas no opresivas de género (1993, p. 33).

Expuesto lo anterior, creemos que es nuestra responsabilidad, en primer lugar como mujeres y en segundo lugar como profesionales de la promoción de la salud abogar por una práctica profesional que incluya a la perspectiva de género como guía para mirar y cuestionar la

influencia que ejercen los aprendizajes de género en la vida de las personas y la repercusión de estos aprendizajes en la posibilidad de construir proyectos autónomos.

Es nuestro deseo que tanto el análisis hecho en esta investigación, como la propuesta que realizamos como profesionales de la promoción de la salud coadyuve a la construcción de formas más justas y/o equitativas de relacionarnos entre hombres y mujeres.

MIGRACIÓN

Otra de las características de las personas a las que la institución presta sus servicios es su cualidad de migrantes. Por esto resulta relevante encuadrar que entendemos por migración:

Los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro de destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa"...este fenómeno implica un desplazamiento o movimiento espacial que tiene como objetivo buscar mejores oportunidades de vida de los individuos, porque en su lugar de origen o de establecimiento actual no satisfacen todos sus criterios personales" (Bueno, s.f., p. 7).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia (INEGI) distingue tres tipos de migración. Por un lado, la migración municipal: la cual se refiere al cambio de residencia de un municipio a otro dentro del mismo estado. La migración interna o estatal: que se refiere al cambio de residencia de un estado a otro dentro del mismo país, y por último, la externa o internacional que se refiere al cambio de residencia de un país a otro (INEGI, 2012).

Un migrante es “aquella persona que decide salir de su lugar de origen para trasladarse a otro, ya sea una comunidad, estado o país por un intervalo de tiempo considerado” (Bueno, s.f., p. 8).

En este sentido podemos hablar más específicamente de la categoría de emigrante para referirnos a la persona que migra de su país, estado o ciudad hacia otro lugar para establecerse ahí y de inmigrante para referirnos a la persona que llega a un lugar en el extranjero para establecerse.

Los migrantes se pueden catalogar del siguiente modo: trabajadores migrantes temporales, los cuales son “invitados” a trabajar en determinado país durante un tiempo conciso, migrantes altamente calificados o profesionales, migrantes irregulares (indocumentados o ilegales) y refugiados, quienes son perseguidos y tienen que huir de su lugar de vida (Bueno, s.f., p. 8).

Al respecto de la migración, Bueno sostiene que:

La migración se asocia generalmente con sufrimientos y miseria, es un proceso doloroso provocado principalmente por razones socioeconómicas, las cuales impulsan a dejar el lugar de origen en busca de mejores condiciones de vida para el migrante y los suyos hacia otro país donde el bienestar político, económico y social es mejor (s.f., p. 10).

Sobre el tema de la migración específicamente de migración femenina, Meier en su artículo “Tránsitos territoriales e identidad de las mujeres indígenas migrantes” sostiene que:

La inmigración incide en la transformación paulatina de la manera en que las mujeres indígenas se perciben a sí mismas, a su papel en la pareja, en la familia, en el trabajo y

en la comunidad; asimismo, interviene en cómo los hombres y mujeres re-representan al género femenino en el imaginario colectivo de sus comunidades de recepción y también de las originarias (2006, p. 222).

Según la autora:

La tensión entre una creciente sujetivización femenina, la todavía considerable influencia del hábitus genérico tradicional y las agobiantes presiones de las múltiples responsabilidades impuestas por las condiciones de la globalización neoliberal a la vida cotidiana de las inmigrantes indígenas pobres, establece una narrativa identitaria surcada por la marca de la ambivalencia y expresada a través de sentimientos contrastantes y encontrados (Meier, 2006, p. 222).

MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD

Antes de hablar de la multiculturalidad e interculturalidad, es importante tomar en cuenta el concepto de cultura, ya que éste es el punto de partida para poder definirlos.

Cultura

En este sentido, los autores García, Pulido y Montes (2005) citan a García y Pulido (1992) citan a quienes definen la cultura como:

...aquellos fenómenos que crean un concepto de identidad común entre un grupo particular: un lenguaje o dialecto, fe religiosa, identidad étnica y localización geográfica. Se trata de factores subyacentes que dan lugar a comprensiones, reglas y prácticas compartidas que gobiernan el desarrollo de la vida diaria. El comportamiento

cultural es comportamiento aprendido, pero tan profunda y completamente aprendido que pasa a ser en gran medida inconsciente (en García, Pulido y Montes, 2005, p. 12).

Multiculturalidad

Un concepto importante en este trabajo es el de multiculturalidad ya que como hemos mencionado antes las mujeres a las que la institución presta sus servicios se distinguen por su característica de migrantes, cuestión que nos invita a pensar en la Ciudad de México como una ciudad receptora de un importante número de personas provenientes de otros estados de la República Mexicana e incluso de otros países y por ende como una ciudad multicultural donde convivimos día a día personas de diferentes grupos étnicos.

El concepto de multiculturalidad, es un concepto sociológico o de la antropología cultural, significa que se constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico (Fernández, 2008).

Podríamos pensar que la multiculturalidad se refiere únicamente a la existencia de varias culturas en un mismo espacio geográfico. Sin embargo, el autor afirma que comúnmente en el espacio donde confluyen una o más culturas podemos identificar a una de ellas como la que acoge a las otras. En este sentido, la sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros en inferioridad de condiciones, generándose un conflicto, dando lugar a la aparición de estereotipos y prejuicios, dificultando la convivencia social en detrimento de los más débiles (Fernández 2008).

El término multiculturalismo es de construcción reciente. Empezó a usarse desde hace quince años en los Estados Unidos de América y Canadá, para promover políticas de desarrollo y

enaltecimiento de grupos étnicos que han padecido una larga historia de presión racial. Y luego, se ha usado en distintos países con una larga tradición en la recepción de inmigrantes para designar políticas de migración y de integración cultural (Fernández, 2008).

El multiculturalismo ha adoptado una idea muy importante en estos últimos años y es la necesidad del reconocimiento jurídico-político de culturas diferentes. Al hablar de culturas diferentes incluimos tanto a las culturas minoritarias como las culturas mayoritarias en un determinado territorio, las cuales son excluidas, minimizadas y oprimidas a lo largo del tiempo (Fernández, 2008).

En este sentido, el reconocimiento jurídico-político de las otras culturas no sólo implica reconocer las diferencias étnicas, lingüísticas, religiosas, sino también la tolerancia respecto de las otras culturas o el respeto debido a las mismas. Entonces el reconocimiento jurídico-político se entiende como una forma de pronunciarlas en la esfera pública de tal manera que todas las diferencias culturales queden recopiladas en documentos constitucionales y legales (Fernández, 2008).

Existen diferentes tipos de países y sociedades multiculturales; hay casos en donde las comunidades cuentan con territorio propio y viven en zonas geográficas delimitadas, hay comunidades muy diferenciadas que comparten muchos espacios públicos y servicios con el resto de la sociedad, sin la existencia de una separación geográfica física y hay casos de sociedades pluriculturales o multiculturales en las que, por una parte, las comunidades históricas con lengua propia viven territorios definidos dentro de estados nacionales y al mismo tiempo coexisten en este territorio con otras comunidades y culturas de inmigración reciente (Fernández, 2008).

Por los argumentos anteriores sostenemos que es importante abordar el concepto de multiculturalidad, pues según con nuestra experiencia de trabajo en la institución entendimos que es necesario comenzar a mirar la situación de las mujeres indígenas obligadas a emigrar a otras ciudades con la intención de acceder a mejores condiciones de vida.

Interculturalidad

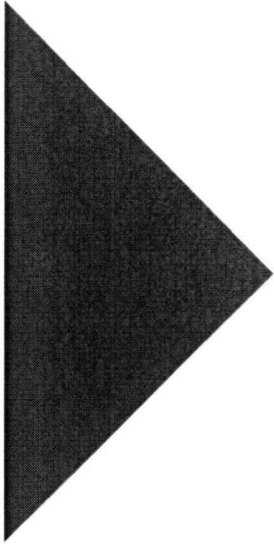
La interculturalidad implica reconocer al otro como sujeto de derechos y ejercerlos, valorando la diversidad como riqueza, en otras palabras se refiere:

...a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia (Universidad Nacional Autónoma de México y Secretaría de Salud [UNAM y SSA], 2009, p. 15).

Por eso, creemos importante tomar en cuenta la interculturalidad a la hora de practicar la promoción de la salud, abogando por una actitud de escucha en donde se demuestre interés y se tomen en cuenta e incluso se privilegien los conocimientos y la opinión del otro.

Estamos convencidas de que la promoción de la salud desde una perspectiva crítica puede coadyuvar a generar los espacios necesarios para hacer posible el reconocimiento y el respeto

del otro como portador de entendimientos, prácticas y saberes quizá diferentes a los dominantes pero igualmente válidos e importantes.



CAPÍTULO III
MÉTODOS



CAPÍTULO III

MÉTODOS

Esta investigación consistió en el análisis de implícitos y explícitos, mismos que decidimos presentar juntos en el capítulo de resultados, agrupándolos según el grupo de categorías al que pertenecen. Cada categoría presenta a su vez dos tipos de resultados, uno de éstos el correspondiente al análisis del discurso institucional, que denominados como *explícitos*, y el otro derivado del análisis de la práctica institucional, que nombramos *implícitos*.

Dentro del nivel de explícitos nos dimos a la tarea de seleccionar algunos fragmentos (unidades de análisis) de lo que la institución muestra en su blog, pues nos pareció importante conocer cómo el Centro de Trabajo con Familias Migrantes se presenta públicamente. Dichos fragmentos están acompañados de un análisis cuyo objetivo es resaltar lo que nosotras consideramos desde nuestra mirada como promotoras de la salud con perspectiva crítica

En cuanto al nivel de implícitos nos ocupamos en seleccionar algunos fragmentos (unidades de análisis) de nuestros propios registros de bitácoras y casos que nos resultaran útiles para ilustrar parte de lo observado durante el periodo de prestación del servicio social respecto de la práctica de la institución e igualmente se acompañan de un breve análisis que refiere nuestra opinión como promotoras de la salud.

Dicho análisis estuvo guiado por marcadores definidos por nosotras mismas. Estos marcadores fueron creados en función de responder a las interrogantes planteadas en los grupos de categorías de análisis mencionadas con anterioridad. El marcador que guio nuestra mirada con respecto al tema de salud fue la **concepción de salud** dominante en la institución. Con ayuda de este

elemento esperábamos poder deducir qué entendía la institución por salud y qué consideraba como problemas de salud.

Para la categoría de promoción de la salud empleamos dos marcadores. El primero, la **concepción de promoción de la salud** presente en la institución. Este marcador nos resultó útil para deducir cómo concebía la institución la práctica de la promoción de la salud. El segundo, según la institución, el **papel que juegan los promotores de la salud**.

Como tercer lugar, la categoría de género, cuyo marcador central fue **cómo se mira a las mujeres**. Con ayuda de este elemento quisimos valorar la presencia o no de la perspectiva de género en el trabajo realizado por la institución. Para esto consideramos necesario aclarar desde qué lugar y bajo qué entendimiento la institución concibe a las mujeres a las que dirige sus servicios.

Por último, también empleamos dos marcadores aplicados a todas las demás categorías. Esto nos permitió valorar otros aspectos del trabajo de la institución. Dichos marcadores fueron, la **concepción sobre del otro**. Entendiendo al “otro” como quien utiliza los servicios ofrecidos por la institución y para este caso las familias indígenas migrantes. Con respecto a este marcador, esperábamos saber cuál es la imagen que la institución tiene acerca de las personas sobre las que dirige sus servicios, es decir, cómo las mira y qué posibles supuestos guían su mirada.

El siguiente marcador fue la **relación de poder** identificada **entre la institución y el otro** (usuario). En este caso deseamos valorar qué relación de poder se establece entre la institución y los usuarios. Con esta idea, en la sección de los resultados procedimos a exponer los principales resultados obtenidos del análisis.

Cada sub-apartado en los resultados se compone de tres unidades de análisis, aunque nuestro análisis se llevó a cabo de manera más amplia, decidimos seleccionar solamente las tres frases que nos permitían ilustrar aquellos aspectos se fueron convirtiendo en una constante en nuestros hallazgos.

A continuación explicamos detalladamente la metodología utilizada para sustentar esta investigación.

¿Por qué una investigación cualitativa?

Para Taylor y Bogdan la “metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable... Es un modo de encarar el mundo empírico” (1992, p. 4).

Para Vasilachis de Gialdino la metodología cualitativa está:

- a) Fundada en una posición filosófica ampliamente interpretativa en el sentido de interesarse en las formas en cómo el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido;
- b) Sustentada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen; y
- c) Sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (2009, p. 25).

Según Sarduy (2007) la metodología cualitativa puede distinguirse por las siguientes características:

1. Prioriza otros tipo de datos como la realización de registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas.
2. Permite hacer variadas interpretaciones de la realidad y de los datos. Lo anterior se alcanza debido a que en este tipo de estudios, el investigador va al “campo de acción”.
3. Cuenta con varias técnicas para la obtención de datos, como son, entre otras: la observación, la observación participante, la entrevista, la revisión de documentos y materiales, el estudio de caso, el grupo focal y los cuestionarios.

El investigador cualitativo cumple un rol dentro de la investigación, como afirman Taylor y Bogdan dicho rol puede caracterizarse de la siguiente manera:

1. El investigador percibe al escenario y a las personas en una perspectiva holística, es decir, las personas y los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo, en donde también se estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.
2. El investigador percibe las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez, nada se da por sobrentendido, todo es un tema de investigación (1992, p. 4).

En este sentido, como investigadoras consideramos que la metodología cualitativa aporta a nuestro trabajo tanto los enfoques como las técnicas necesarias para lograr los objetivos de investigación planteados.

Flexibilidad: Una característica cualitativa presente en esta investigación

La metodología cualitativa ofrece la posibilidad de utilizar un diseño flexible. Gracias a sus características el diseño flexible brinda la posibilidad de un proceso abierto a posibles cambios o adecuaciones a lo largo de la investigación. Así lo explica Mendizábal quien afirma que “el diseño flexible se refiere a la articulación interactiva y sutil de los elementos que componen un estudio, que presagian en la propuesta escrita la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante la investigación” (2009, p. 67).

Mendizábal (2009) caracteriza la flexibilidad de la siguiente manera:

8 Como la capacidad de cambios (situaciones nuevas e inesperadas) que pueden implicar en determinado momento cambiar las preguntas de investigación o los propósitos; 2) como la posibilidad de adoptar técnicas novedosas para la recolección de los datos; y 3) hace factible la posibilidad de elaborar conceptualmente los datos.

El diseño de nuestra investigación se realizó entonces tomando en cuenta las características del diseño flexible. Está basado en dos tradiciones de la metodología cualitativa: el estudio de caso y la teoría fundamentada, misma que será explicada más adelante.

Estudio de caso

El estudio de caso es el análisis de un fenómeno ubicado en tiempo y espacio. Puede enfocarse en un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social o una situación o escenario específico. Construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad

social que conforma un tema y/o problema de investigación (Neiman y Quaranta, 2009, p. 218).

El estudio de caso según estos autores, “consiste en el abordaje de lo particular priorizando el caso único, donde la efectividad de la particularización reemplaza la validez de la generalización” (Neiman y Quaranta, 2009, p. 219).

Al mismo tiempo argumentan que:

...la elección del caso es el resultado del recorte temático, y el estudio de caso es definido por el interés en el mismo... el acento se ubica en la profundización y el conocimiento global del caso y no en la generalización de los resultados por encima de éste (Neiman y Quaranta, 2009, p. 220).

Neiman y Quaranta aseguran que bajo esta visión se privilegian “el tema y la problemática que constituyen el caso a examinar, antes que el diseño de investigación a desplegar” (2009, p. 220).

Propósito general

Analizar el trabajo que realiza el Centro de Trabajo con Familias Migrantes con las mujeres indígenas otomíes migrantes en la Ciudad de México, con la finalidad de diseñar una propuesta de promoción de la salud con perspectiva de género que recupere los aprendizajes derivados del análisis.

Objetivos específicos

Analizar el trabajo que realiza el Centro de Trabajo con Familias Migrantes en especial con mujeres indígenas otomíes migrantes en la Ciudad de México.

Diseñar una propuesta de trabajo de Promoción de la Salud con perspectiva de género que, considere los aprendizajes derivados del análisis sobre lo que el Centro de Trabajo con Familias Migrantes ya realiza.

Pregunta o preguntas de investigación

¿Qué noción de salud permea en las prácticas del Centro de Trabajo con Familias Migrantes?

¿Qué características tiene la promoción de la salud que está presente en el trabajo que realiza la institución?

Tomando en cuenta la pregunta anterior ¿Qué noción de Promoción de la Salud está presente en las prácticas de la institución?

¿Qué concepción del otro (a) hay detrás de las acciones que emprende la institución?

¿Qué finalidad implícita o explícita tiene la institución con sus acciones?

¿Cómo es la relación de poder que se establece entre la institución y los usuarios(as)?

Preguntas clave para desarrollar la propuesta

Las siguientes preguntas ya no fueron consideradas como parte de las preguntas de investigación de este estudio sino más bien fueron utilizadas para elaborar la propuesta.

¿Quiénes son estas mujeres?

¿De dónde vienen?

¿Cómo se perciben?

¿Cómo hacer promoción de la salud con estas mujeres?

Caso a analizar

El caso que será estudiado en nuestra investigación es el trabajo que desarrolla el Centro de Trabajo con Familias Migrantes específicamente con las mujeres indígenas otomíes migrantes en la Ciudad de México a las que brinda sus servicios.

Para poder analizar dicho trabajo nos basaremos en el análisis de dos tipos de materiales; el primer tipo consta de:

- Registro de las observaciones contenidas en nuestra bitácora
- Reconstrucción de casos emblemáticos de la institución

Mientras que el segundo tipo constituye el:

- Análisis del discurso explícito que la institución tiene sobre su trabajo y que expone públicamente en su blog.

Las investigadoras

Leslye T. Hernández López

La licenciatura de promoción de la salud me permitió entender y adoptar un concepto de salud más complejo, entendiendo a la vez que tiene un campo de acción más amplio. Es decir desde esta visión, la salud no sólo se enfoca a atender las problemáticas necesarias para que las personas no enfermen, sino toma en cuenta otro tipo de problemáticas como: la desigualdad, la pobreza, la violencia entre otras.

Es decir, este concepto de salud aprendido en los últimos semestres de la carrera considera mirar a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un conjunto de capacidades, las cuales no sólo dependen del “buen” funcionamiento de nuestro cuerpo, sino también de otros aspectos sociales, culturales y políticos muy complejos. Son este tipo de problemas los que impiden a las personas desarrollar sus habilidades y plantearse proyectos.

Durante la licenciatura tuve la oportunidad de trabajar diversas temáticas las cuales me permitieron interesarme, conocer y apasionarme en los temas de género, sexualidad, violencia y derechos humanos.

Interesarme en temas de género y sexualidad me hizo buscar posibilidades de formación en este tema. Cursé el seminario del “Círculo de género” dentro de la UACM, además de tomar un curso de promotoras de los derechos de la mujer en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (InmujeresDF).

Al realizar mi servicio social en el Centro de Trabajo con Familias Migrantes pude trabajar con diferentes personas. En un principio trabajé con los grupos de los círculos infantiles, los cuales están integrados por niñas y niños de 3 a 7 años de edad, después tuve la oportunidad de trabajar con adolescentes y los dos últimos meses trabajé con los círculos de mujeres.

El trabajar con las mujeres fue una gran experiencia y satisfacción tanto en mi vida personal como profesional, pues me permitió poner a prueba los conocimientos aprendidos durante la licenciatura. Además pude trabajar el tema de género, cuestión que me permitió identificar aspectos del trabajo de la institución que no se están tomando en cuenta. Esto explica por qué me interese en trabajar sobre esta investigación.

Yasmin G. Vasquez Zagaceta

A lo largo de mi proceso de formación como promotora de la salud tuve la necesidad de replantearme el concepto de “salud” y adquirí también la oportunidad de trascender el entendimiento hegemónico sobre éste, concibiendo a la salud no sólo como el bienestar físico, social y mental planteado oficialmente, sino entendiéndolo como un concepto que implica numerosos factores tanto biológicos como sociales, políticos, económicos y culturales que la determinan ya sea en un sentido positivo o negativo.

En el andar de mi formación pude entender que el concepto de salud no puede ser concebido únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como lo plantea la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986), “la fuente de riqueza de la vida cotidiana”; entiendo esto como la posibilidad de los sujetos y grupos de realizar sus proyectos, metas, aspiraciones y sueños. En este sentido, la promoción de la salud se centra en un trabajo cuya intención es en primera instancia el desarrollo de habilidades y aptitudes que permitan a los sujetos ejercer un mayor

control sobre su salud, favoreciendo la toma de decisiones. Pero también la promoción de la salud tiene la encomienda de trabajar por crear condiciones favorables de vida (vivienda, alimentación, educación, justicia social, equidad, etc.) que permitan a las personas aspirar al mayor nivel de salud posible.

Así pues, posicionándome como una promotora de la salud en formación y centrando mi interés en el entendimiento de las problemáticas sociales que influyen en el estado de salud de las personas, me acerqué a la temática de género, abordando principalmente los ejes: género–sexualidad y género–violencia. Estos temas me despertaron un interés particular, que a lo largo de los dos últimos años de la licenciatura llevó a cuestionarme sobre el impacto de la construcción de género en la forma de relacionarnos entre hombres y mujeres. Considero que la manera más común de relacionarnos está indudablemente determinada por las formas a través de las cuales las mujeres hemos aprendido a ser mujeres y los hombres han aprendido a ser hombres. Aprendizajes que han dado como resultado la naturalización de relaciones de poder desiguales y conductas violentas entre hombres y mujeres, en donde la mayoría de las veces la mujer ha llevado la peor parte.

Al sumergirme en el estudio de género me di cuenta de la relevancia que tiene considerar a la violencia de género como un problema de atención prioritario en la salud, en donde la convergencia de esfuerzos por parte de gobierno, instituciones, profesionales de varias disciplinas, etc., permitan luchar por conseguir cambios graduales.

¿Por qué trabajamos juntas?

Nosotras comenzamos a trabajar en conjunto por ahí del cuarto semestre de la licenciatura. Sin embargo, fue hasta el sexto semestre que en cursos como: Promoción de la Salud I, Promoción de la salud II y Salud Comunitaria III que nuestros intereses profesionales comenzaron a conjuntarse.

Una vez que platicamos sobre nuestros intereses en común e identificamos temáticas como: género, sexualidad y violencia, comenzamos a buscar la manera de realizar un servicio social en conjunto.

Dentro de la institución vivimos muchas experiencias. Algunas de ellas en conjunto y otras tantas de manera individual. Dichas experiencias quedaron registradas dentro de nuestra *bitácora de servicio social*.

Al finalizar el servicio social reflexionamos acerca de lo vivido en la institución con miras a vislumbrar las posibilidades para dar paso a nuestro trabajo recepcional. En este proceso fue necesario sentarnos en numerosas ocasiones a platicar sobre nuestras expectativas. Fue así que guiadas por nuestros intereses y la experiencia en común derivada del servicio social en la institución optamos por trabajar colectivamente.

Nuestro trabajo conjunto, desde hace ya cuatro años, ha contribuido a descubrir y desarrollar tanto nuestras aptitudes como habilidades permitiéndonos alcanzar los resultados deseados.

¿Cómo es que trabajamos juntas?

Como mencionamos anteriormente, la idea de trabajar en conjunto surgió en los últimos semestres de la carrera y se consolidó durante el tiempo que prestamos el servicio social y hasta la fecha.

La confianza existente entre nosotras ha sido la pieza clave que nos ha permitido establecer un diálogo honesto y constante para comunicarnos en todo momento.

Ha sido tarea de todos los días practicar el respeto y la tolerancia entre nosotras. Así mismo, trabajar en equipo nos ha permitido ir identificando las debilidades y fortalezas que cada una poseemos y se ha establecido entre ambas un lazo que nos permite ayudarnos a trabajar nuestras debilidades.

Tratamos en todo momento de que el trabajo sea equitativo, echando mano de nuestras fortalezas individuales, así por ejemplo, mientras una de nosotras ha resultado buena para la redacción, la otra ha aportado al trabajo una muy buena capacidad de memoria.

Accesibilidad al campo y problemas éticos

El acercamiento que nosotras como promotoras de la salud tuvimos con el Centro de Trabajo con Familias Migrantes fue a partir de la prestación de nuestro servicio social en esta institución. Así comenzamos a conocer el trabajo que la institución lleva a cabo con la población beneficiaria.

En el proceso de acercamiento nos mantuvimos en el rol de observadoras de lo que acontecía. Dichas observaciones permitieron que nos comenzáramos a hacer preguntas con respecto de lo que observábamos.

Conforme nuestra estancia en el Centro avanzaba, nos fueron encargando tareas más diversas, este hecho nos permitió profundizar nuestras observaciones a la vez que nuestro rol de observadoras se complementó con el rol de trabajo que desempeñábamos en la institución.

Como resultado de nuestro proceso como prestadoras de servicio social tuvimos en nuestras manos una serie de documentos y materiales institucionales, que junto con las interrogantes que nos provocaban se convirtieron en el detonante de nuestro tema de investigación para este trabajo recepcional.

Sin embargo, al comenzar nuestra investigación el tener estos documentos y materiales se convirtió en uno de los principales problemas éticos a los que nos enfrentamos. Pues si bien estos datos llegaron a nuestras manos por la institución misma, también es cierto que no contábamos con su autorización para utilizarlos con fines de estudio. Por esta razón decidimos utilizar solamente los materiales públicos de la institución, es decir, los contenidos encontrados en el blog de la institución.

Técnicas para recabar los datos

Las técnicas para la recolección de datos que se utilizaron en esta investigación, fueron la observación participante y el análisis de documentos y materiales públicos.

Observación participante

“La observación participante [es descrita como] el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día a las actividades de rutina de los participantes en el escenario del investigador” (Kawulich, 2006, párr. 2).

Nuestro rol como observadoras en la institución se dio desde nuestra llegada a ésta, sin embargo conforme fue transcurriendo el tiempo, nuestras observaciones se fueron complejizando y acompañando de cuestionamientos que surgían con base en aquello que mirábamos.

En un principio, nuestro rol como observadoras fue un tanto pasivo, conforme avanzó el tiempo se tornó en una observación participante, pues nuestras observaciones se vieron alimentadas por nuestro rol de trabajo dentro de la institución.

Como parte del interés que teníamos de utilizar dichas observaciones para complementar nuestra formación como promotoras de la salud, decidimos utilizar una bitácora que nos permitiera registrar aquello que observábamos.

Dicho proceso de observación enriqueció profundamente nuestra estancia en la institución, ya que nos permitió hacer de esas observaciones un instrumento de aprendizaje para mejorar nuestra práctica como promotoras de la salud desde una perspectiva crítica.

Análisis de documentos y materiales

Al finalizar el servicio social y con base en la experiencia que este proceso nos había dejado, decidimos rescatar nuestros aprendizajes y experiencias para elaborar este trabajo recepcional.

Como parte de la planeación de la investigación que nos permitiera titularnos decidimos analizar el conjunto de datos que obtuvimos de nuestra experiencia en la institución. Aunque como lo explican González y Cano, “el análisis de los datos cualitativos es considerado como el proceso más complejo y sujeto a subjetividades dentro del proceso de investigación cualitativa” (2010, p.1.). Consideramos que el análisis de los datos que obtuvimos serviría, en primer lugar para

incorporar nuestros aprendizajes, y en segundo lugar para analizar las posibilidades que una promoción de la salud crítica aportaría en el abordaje de las problemáticas que atiende la institución.

Los documentos y materiales que utilizamos y analizamos fueron:

Bitácora

Durante el servicio social, utilizamos una bitácora en la que registramos nuestras observaciones. Esta bitácora es parte de los datos que analizamos en este trabajo.

Casos emblemáticos de la institución

Inmediatamente después de haber concluido el servicio social, nos dimos a la tarea de seleccionar algunos de los casos específicos que ocurrieron en la institución durante nuestra estancia. Estos casos fueron seleccionados en función de su relación con esta investigación y son parte de los datos analizados.

Blog de la institución

Como parte de su muestra al público, la institución cuenta con un blog, en el que se presenta a sí misma y donde expone sus objetivos y sus logros. Parte de los datos que ahí se muestran también fueron analizados en este trabajo.

Tipo de análisis

El análisis de datos en el presente trabajo se llevó a cabo utilizando el encuadre de la teoría fundamentada y de las teorías personales y teorías de la práctica.

Teoría fundamentada

Soneira sostiene que “como teoría fundamentada nos referimos a la metodología general para desarrollar teoría que está enraizada en información sistemáticamente recogida y analizada” (2009, p. 153).

Al mismo tiempo afirma que la teoría fundamentada se fundamenta:

...en dos grandes estrategias: el método de la comparación constante, y el muestreo teórico; a través del método de la comparación constante el investigador escoge, codifica y analiza datos en forma simultánea, para generar teoría. Es decir, estas tareas no se realizan en forma sucesiva sino simultánea, y no están dirigidas a verificar datos sino a demostrar que son plausibles (Soneira, 2009, p. 155).

Soneira sostiene que:

La forma propuesta por la teoría fundamentada para ir articulando los componentes de una teoría dentro del método de la comparación constante, es proceder, en un primer paso, a maximizar las similitudes y minimizar las diferencias para, en un paso posterior, realizar el proceso inverso, enfatizar las diferencias entre los casos analizados (2009, p. 157).

En otras palabras, el proceso de comparación a través de similitudes y diferencias entre los casos permite delimitar la teoría, por esto es importante tener en cuenta que para este tipo de teoría no

se conocerá la literatura relevante hasta que no se tenga avanzada la investigación (Soneira, 2009).

El mismo autor sustenta que:

En un estudio emergente como lo son los de la teoría fundamentada, la recolección de datos comienza cuando se tiene una situación de investigación... el fenómeno central surge a partir de la identificación de las categorías de análisis, es a partir de este momento también que uno puede identificar la teoría relevante (Soneira, 2009, p. 159-160).

En el caso de este estudio nosotras identificamos como teoría relevante los elementos conceptuales referidos a salud y promoción de la salud, sin embargo durante nuestro proceso de análisis surgieron otros elementos conceptuales igualmente relevantes, mismos que ya fueron presentados en el apartado del contexto conceptual.

Teorías implícitas y teorías de la acción

Para el diseño del proceso de análisis de datos seleccionamos algunos de los elementos teóricos-metodológicos sugeridos por Menges y colaboradores (1991) y por Gore y Vázquez Mazzini (2004) sobre teoría implícita y de la acción.

Las aportaciones hechas por Menges y colaboradores (1991) sobre teoría implícita fortalecen nuestro análisis de datos pues uno de los objetivos de este análisis consistió en identificar los significados implícitos. En términos generales la teoría implícita se puede entender como la noción que tienen “nuestros razonamientos individuales sumergidos, sobre los eventos del mundo y sobre la propia conducta en él” (Rando y Menges, 1991, p. 85) y la cual sostiene que:

- Sirven para dar cierta regularidad a la experiencia.
- Dan una estructura intelectual a nuestro mundo.
- Sirven para guiar la práctica, la cual puede ser inexacta o contra productiva.
- Están fuera de nuestra conciencia y las presunciones en que están fundadas son dadas por ciertas. No las verificamos.
- Son creaciones nuestras y están sujetas a error.
- Son esencialmente protectoras. Las generamos para promover una racionalidad para el mundo y para nuestras acciones.
- Las creamos subconscientemente. Las presunciones que tenemos pueden influir en nuestra forma de interactuar y los resultados solamente reafirman nuestras teorías originales.

Por otro lado, una parte de lo que retomamos para el diseño de nuestro análisis se encuentra en los **procesos reflexivos**. Según Rando y Menges (1991), las teorías implícitas tendrían una conexión directa con las prácticas al volverse explícitas a través de procesos de reflexión, ya que pueden ser conscientemente examinadas antes de que fluyan en acción.

Es importante señalar que durante nuestro proceso de investigación, e incluso desde los últimos semestres de la licenciatura, fue necesario iniciar un proceso reflexivo sobre nosotras mismas, es decir, sobre nuestras teorías personales sobre el mundo y sobre cómo estas teorías influían en nuestra práctica.

Dicho proceso reflexivo en primer lugar nos permitió hacer visible lo oculto en nuestro pensar y actuar, y en segundo lugar nos llevó a cuestionarnos y replantearnos nuestro papel como

promotoras de la salud, resignificando conceptos vitales para nuestra práctica profesional, por ejemplo, los conceptos de salud y promoción de la salud.

En ese sentido el proceso reflexivo cobró importancia en nuestra investigación como pieza clave que nos permitió aprender de nuestra experiencia de trabajo en la institución y también nos permitió sacar el mayor aprendizaje posible de nuestros datos.

Mientras tanto, Gore y Vázquez Mazzini (2004) se refieren a la teoría de la acción como las representaciones que guían y orientan una acción. Desde esta perspectiva, detrás de cada acción humana hay una teoría implícita, es decir, una idea sobre cómo funcionan las cosas que le dan sentido a esa acción.

Como lo explican los autores, las teorías implícitas nos permiten ver las cosas desde cierto enfoque y entender cómo se relacionan entre sí, es decir, la teoría nos lleva a actuar de cierta forma y a esperar como consecuencia ciertos resultados específicos.

Registro de datos

Bitácora

Cuando todavía no terminaba nuestro paso por el servicio social y una vez que identificamos muchas cuestiones que nos generaban inquietudes, tomamos la decisión de elaborar una bitácora en donde pudiéramos registrar las observaciones, dudas o inquietudes surgidas en el día a día.

En un principio sólo nos dedicamos a registrar, sin ningún criterio previo, únicamente con la intención de aminorar la carga mental que significaba para nosotras traer tantas inquietudes en la

cabeza; a la vez, se vislumbró la posibilidad de encontrar en nuestros registros alguna manera de abordar nuestro trabajo recepcional.

Conforme nuestros registros fueron avanzando, y con la finalidad de hacer de ellos un objeto de aprendizaje, decidimos convertir nuestra bitácora en un instrumento que nos permitiera registrar nuestras observaciones en un nivel reflexivo más profundo. Nuestros registros están concebidos a partir de tres momentos diferentes: el primer momento hace referencia a la descripción de lo ocurrido, el segundo momento a las sensaciones provocadas por aquello que observamos y un último momento consistió en registrar la relación entre aquello que observábamos y aprendido a lo largo de la licenciatura.

Por último, acordamos analizar el trabajo realizado por el Centro de Trabajo con Familias Migrantes con la finalidad de plantear una propuesta desde la promoción de la salud crítica. Acordamos también agregar la categoría de género, pues según nuestra intuición e interés personal nos permitiría proponer un trabajo de promoción de la salud más integral.

Casos emblemáticos de la institución

Después procedimos a registrar algunos casos directamente relacionados con nuestra investigación. Durante nuestra estancia en la institución tuvimos oportunidad de presenciar las problemáticas en las que se desenvuelve la población y a las que la institución pretende dar respuesta. Sin embargo los casos registrados fueron aquellos que nos brindan la posibilidad de análisis según la temática de esta investigación.

Blog de la institución

Después de tener el conjunto de nuestras observaciones consideramos importante rescatar lo expresado por la institución respecto de su trabajo. Por lo tanto nos dimos a la tarea de realizar una búsqueda de documentos y de materiales institucionales, con la intención de conocer la posición de la institución respecto de su labor.

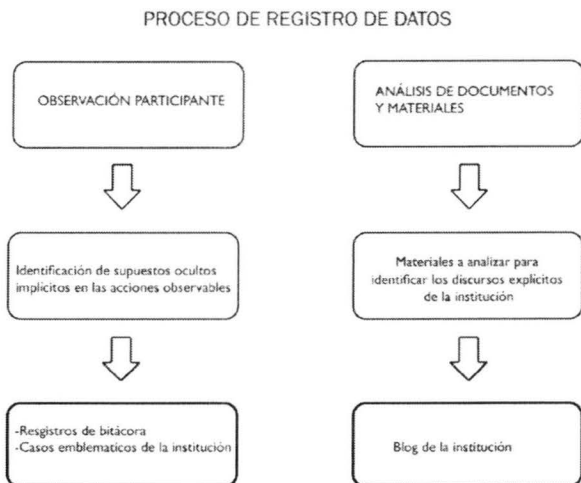


Figura 4: Esquema construido por nosotras mismas.

El análisis paso a paso

En términos generales, el procedimiento seguido para el análisis de los datos consistió en recuperar de nuestros registros acciones dirigidas a la población con la que la institución trabaja. Posteriormente hicimos un ejercicio de inferencia de algunos de los posibles supuestos que

sustentarían estas prácticas. Estos supuestos ocultos o (sentidos implícitos) fueron luego contrastados con los elementos del discurso explícito de la institución, expresados en su blog.

Dentro del nivel de explícitos nos dimos a la tarea de seleccionar algunos fragmentos del blog de la institución, pues nos pareció importante conocer cómo es que el Centro de Trabajo con Familias Migrantes se presenta públicamente.

El análisis tuvo varias etapas: un **primer momento** consistió en leer en varias ocasiones el conjunto de datos que previamente habíamos acordado analizar (observaciones extraídas de la bitácora, casos emblemáticos de la institución relacionados con nuestra investigación y blog de la institución). Dichas revisiones nos fueron permitiendo identificar en primera instancia las frases útiles para contestar nuestras preguntas de investigación. De esta manera logramos seleccionar las unidades de análisis que luego examinamos. En esta investigación entendemos como **unidades de análisis** los trozos de contenido sobre los cuales comenzaremos a elaborar el análisis (Cáceres, 2003).

Mientras leíamos nuestras observaciones comenzamos a mirar conceptos que explicaban algunos de los cuestionamientos iniciales de investigación, estos conceptos sirvieron como marcadores que definieron nuestra mirada a lo largo del proceso. Así, los conceptos de salud, promoción de la salud y género se convirtieron en nuestras categorías iniciales de análisis.

Después, fue necesario establecer etiquetas, de tal manera que pudiéramos identificar con facilidad las unidades de análisis y las categorías a las que éstas pertenecían.

Posteriormente procedimos a agrupar las unidades de análisis en tres principales grupos: elaboramos un cuadro para organizar en cada grupo lo referente a salud, promoción de la salud y género.

Una vez que concluimos con la sistematización de nuestros datos, emprendimos la **segunda etapa** de análisis, que consistió en identificar los posibles significados implícitos detrás cada unidad analizada.

Antes de comenzar con el análisis de los posibles significados implícitos fue necesario también elaborar una guía de preguntas para cada categoría con la finalidad de centrar nuestra atención en los aspectos necesarios para responder a nuestras preguntas de investigación. Consideramos también que esta guía de preguntas nos permitió garantizar que nuestra información fuera tratada bajo los mismos criterios.

Las preguntas que utilizamos para analizar cada categoría fueron:

1. Con respecto a la categoría de salud:
 - **Concepción de salud** que impera en la institución.
2. Con respecto a la categoría de promoción de la salud:
 - **Concepción de promoción de la salud** presente en la institución.
 - **Rol que corresponde al promotor de la salud**, según la institución.
3. Y por último, la categoría de género, cuyos marcadores centrales fueron:
 - **Cómo se mira a las mujeres**

Utilizamos también dos marcadores que aplicados a todas las categorías nos permitieran valorar el trabajo de la institución en dos niveles muy importantes, estos marcadores fueron:

- **Concepción acerca del otro**, (entendiendo al “otro” como quien utiliza los servicios que presta la institución, en este caso las familias indígenas migrantes).
- **Relación de poder** que se identifica en la relación **entre la institución y el otro** (usuario).

Durante el proceso de análisis de los datos, en un primer momento la tarea consistía en identificar las posibles teorías implícitas que orientan el trabajo de quienes conforman el Centro de Trabajo con Familias Migrantes, a través de la interpretación de sus acciones e intervenciones para con las familias usuarias de los servicios que presta la institución.

Y en un segundo momento fue analizar los mensajes explícitos que la institución expresa en su blog, para finalmente contrastar su teoría con su práctica (ver Figura 5).

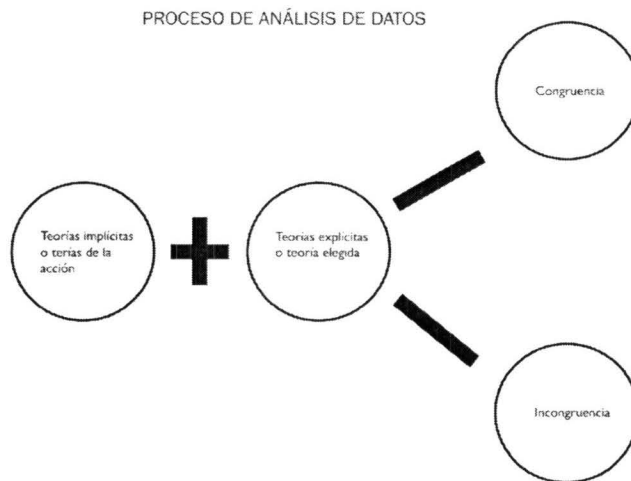


Figura 5: Esquema elaborado por nosotras mismas para explicar de manera gráfica en que consistió el proceso de análisis de los datos que sustentan esta investigación.

El esquema anterior intenta ilustrar aquello que Gore y Vázquez explican como la contradicción que se establece entre la teoría elegida y la teoría de la acción. Al respecto los autores mencionan que “los individuos muchas veces enuncian teorías elegidas que no coinciden con lo que realmente hacen, no porque estén mintiendo, sino porque no resulta nada fácil ver lo que uno hace” (Gore y Vázquez, 2004, p. 19).

Basándonos en esta afirmación, decidimos que el objetivo de esta investigación estuviera basado en el análisis de lo que la institución elige como teoría y lo que realmente aplica en su práctica de manera tal que estuviéramos en la posibilidad de evaluar la correspondencia o contradicción existente entre lo que la institución dice y lo que hace.

Criterios de calidad

Los criterios de calidad pueden definirse “como los cuidados que se observarán durante todo el proceso de investigación y en el informe escrito para garantizar la calidad del estudio” (Mendizábal, 2009, p. 90).

Los criterios de calidad de esta investigación fueron cuidados en función de la clasificación que Mendizábal propone y que a continuación mencionamos.

Credibilidad

Para Mendizábal (2009) la credibilidad significa garantizar la confianza en los resultados y en el proceso que se siguió para llegar a éstos.

Para garantizar la credibilidad en una investigación, se proponen los siguientes procedimientos:

a) Adoptar compromiso con el trabajo de campo. Esto se refiere a ser lo suficientemente responsables y cuidadosos a la hora de manejar los datos, de tal manera que las conclusiones sean certeras y confiables.

- En este sentido nosotras nos comprometimos a estar presentes en el escenario a investigar, disponernos a observar con cuidado y respeto.
- Registramos nuestras observaciones durante el tiempo que estuvimos en la institución, cuidando que éstas fueran precisas y honestas.

b) Obtener datos ricos teóricamente. Hace referencia a cuidar que la información que se obtenga se encuentre lo más detallada y completa posible de tal manera que pueda ser comprendida y analizada a partir del tema que se está estudiando.

- Al respecto, además del registro en bitácora llevado a cabo diariamente mientras asistimos al servicio, al concluir este periodo hicimos la reconstrucción de casos inmediatamente para recuperar la mayor cantidad de detalles.
- Reflexionamos sobre nuestras observaciones para encontrar la relación entre lo observado en la institución y lo aprendido durante la licenciatura.

c) Triangular. Se pretende cuidar que lo mirado o interpretado sea verificado por otras personas para aumentar su validez o descubrir posibles equivocaciones.

- Durante el registro en nuestra bitácora realizamos un ejercicio de intercambio, de tal manera que Leslye revisara la bitácora de Yasmin y Yasmin revisara la bitácora de Leslye, con la finalidad de enriquecer nuestros registros y detectar posibles malinterpretaciones.

- Los resultados están basados en el análisis de distintos tipos de materiales, además de nuestra bitácora, la reconstrucción de casos y las declaraciones de la institución en su blog.
- d) Revisión por parte de investigadores pares ajenos a la investigación. Esta implica que la investigación pueda ser revisada por personas ajenas a ésta, que puedan señalarte aquello que quizá no se logre identificar.
- Los avances que se hacían en la investigación en todo momento fueron sujetos a revisión por parte de nuestra directora.

Seguridad o auditabilidad

El criterio de seguridad y auditabilidad consiste en asegurarse de que los procedimientos necesarios para obtener los datos estuvieron bien fundamentados y de ninguna manera éstos son caprichosos (Mendizábal, 2009).

- En la presente investigación fuimos lo suficientemente cuidadosas a la hora de recolectar los datos, cuidando que fueran tratados de manera ética.
- Tratamos de respetar la naturaleza de los datos, evitando cualquier acción que pudiera alterarlos.
- Fue necesario que cada una de las investigadoras elaboraran diversos procedimientos para garantizar que los datos fueran tratados bajo los mismos criterios. Entre estos procedimientos podemos mencionar una guía de preguntas que sirvió para el análisis de los datos. Al final dicha lista contiene aportaciones de cada una de las investigadoras. También se incluye aquí la definición de categorías y subcategorías que

utilizamos, así como los diversos formatos organizadores de la información (tablas, cuadros, etcétera.).

Confirmabilidad

La confirmabilidad se entiende como la posibilidad de que otros investigadores confirmen si los hallazgos se adecuan o surgieron de los datos así como también que se consulte a los entrevistados (Mendizábal, 2009).

- Nos sumergimos en un proceso de observación participante como investigadoras dentro de la institución, éste nos permitió hacer interpretaciones posibles de lo que observábamos.
- Cuidamos que los datos analizados estuvieran suficientemente claros como para que distintos lectores pudieran comprender el proceso seguido.
- El análisis de datos fue diseñado basándonos en bibliografía sobre métodos cualitativos de investigación, de manera que, aunque siguiendo un diseño flexible, estuviera definido con claridad el procedimiento seguido.

Transferibilidad

El criterio de transferibilidad hace hincapié a la posibilidad de trasladar los resultados de nuestra investigación a contextos similares (Mendizábal, 2009).

En la Ciudad de México existen un importante número de individuos y grupos indígenas que por diversas razones emigrado de sus lugares de origen. También existen múltiples instituciones públicas y privadas dedicadas a atender algunas de las necesidades de estos individuos o grupos.

Es posible que en contextos similares al descrito en este trabajo pudieran encontrarse hallazgos similares.

La intención de la propuesta creada como resultado de nuestros aprendizajes, es que pueda ser útil para comprender mejor los contextos e historia de las personas con las que trabajamos.

Es decir, tratamos de complejizar el tema de investigación de tal manera que se convirtiera en objeto de aprendizaje para nosotras mismas y a la vez pueda resultar útil para contextos similares al del Centro de Trabajo con Familias Migrantes.

Empoderamiento

Mendizábal (2009) afirma que cuando los estudios tengan como propósito la práctica o la adopción de políticas para corregir situaciones injustas, este criterio se redefinirá específicamente respecto de la contribución o no al mejoramiento del programa, de las condiciones de trabajo, o de la implementación de una política.

- La presente investigación intenta aportar nuevos enfoques, desde la promoción de la salud crítica y la perspectiva de género planteando algunas posibilidades de acción para este tipo de contextos.
- Como producto final de la investigación propusimos una serie de talleres reflexivos, que son el resultado de las observaciones y aprendizajes derivados del presente ejercicio de análisis y están planteados desde la promoción de la salud con perspectiva de género. La intención de estos talleres es permitir a las personas comenzar a reflexionar sobre sus problemáticas.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A lo largo de las siguientes páginas exponemos los resultados generados del análisis a nuestros datos. Estos resultados están presentados según los grupos de categorías de análisis: salud, promoción de la salud y género.

Resultados de la categoría de salud

Concepción de salud que impera en la institución

- Contexto institucional: “Los grupos indígenas migrantes en situación de calle se desenvuelven en un contexto de pobreza extrema, marginalidad y exclusión social: ‘círculos de pobreza’. Por ejemplo, escasa e inoportuna atención médica y ausencia de una cultura para la salud”. (Blog de la institución. Contexto institucional. Recuperado 8 de julio de 2013).

El concepto de “cultura para la salud” presente en la institución puede entenderse desde la concepción del modelo médico-hegemónico. Es decir, se razona que las personas son cuidadosas con su salud cuando son higiénicas consigo mismas y con su entorno, cuando acuden al médico periódicamente, cuando se alimentan bien, etcétera. Todo ello bajo el supuesto de qué entiende la institución como saludable o no saludable:

La coordinadora de la institución en alguna ocasión nos pidió que organizáramos una brigada de limpieza en los predios con la finalidad de lograr que las personas limpiaran su

entorno, pues según ella esto ayudaría a fomentar que las personas realizaran la limpieza de sus espacios de manera cotidiana (Registro de bitácora de servicio social-Leslye)

En el mismo sentido acerca de lo que la institución entiende como “cultura para la salud” encontramos que:

En muchas ocasiones notamos que la institución condicionaba las dotaciones de leche que regalaba a las personas a través de unas pláticas informativas sobre higiene y nutrición, es decir, cada vez que se llevaban a cabo dichas pláticas, la educadora elaboraba una lista de asistencia con la finalidad de saber a quién sí se le daría la leche y a quién no. Respecto a esto nosotras notamos que las señoras no iban tanto por la información sino por obligación para poder recibir la leche. (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

- Logros institucionales: Desde hace 15 años se desarrolla un programa de atención propio y probado, con diversos proyectos dirigidos a atender las necesidades fundamentales de las niñas, niños y sus familias; con el objetivo de generar procesos de cambio en las conductas y actitudes de la población participante (Blog de la institución. Logros. Recuperado 8 de julio de 2013).

En la institución se concibe la salud desde lo hegemónico, en este sentido es común observar que, en aras de mantener a la población “saludable”, constantemente se apuesta por lograr cambios de conductas en las personas, pues se cree que la adopción de conductas saludables mantendrá a las personas alejadas del riesgo de enfermar. La siguiente situación refuerza esta idea:

Era común en la institución impartir pláticas sobre higiene bucal donde se pretendía lograr que las personas incorporaran a sus vidas el hábito de cepillarse correctamente, incluso se

les repartían pastas y cepillos dentales para que no hubiera pretexto de no hacerlo (Registro de bitácora de servicio social-Leslye).

Otra situación que sirve como ejemplo es la siguiente:

Era algo muy recurrente en la institución dar pláticas a los jóvenes sobre el correcto uso del condón, esto con la finalidad de lograr que ellos cambiaran sus conductas de riesgo, es decir, se creía que con dichas pláticas se lograría que los jóvenes cambiaran sus conductas de riesgo provenientes de las relaciones sexuales sin protección y que tomaran conciencia sobre la importancia de usar condón. (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

- Logros institucionales: “Se ha logrado la alimentación nutritiva dos veces al día al 100% de la población infantil” (Blog de la institución. Logros. Recuperado 8 de julio de 2013).

Si bien la institución expone, como uno de sus principales logros una alimentación nutritiva, durante el tiempo que estuvimos en ella pudimos observar que la alimentación brindada, muchas veces, carecía de los balances nutritivos necesarios para la infancia:

La mayoría de las veces a la hora del desayuno se ofrecía a los niños cereales de caja, o en su caso algún otro alimento por lo regular cargado de carbohidratos y muy dulce, por ejemplo, licuados, pan con mermelada, etc. Creo que esta situación se debe a la poca asesoría brindada a la cocinera de la institución sobre nutrición, incluso en múltiples ocasiones me cuestioné sobre el porqué la institución no se preocupaba por brindarle o buscar dicha asesoría. (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

Otra situación:

BIBLIOTECA UACM

La hora de la comida en la institución siempre me pareció un momento raro, me refiero a que era un momento muy tenso ya que muchas veces los niños padecían el hecho de comer determinadas cosas, siendo obligados por la institución a comer todo lo que se les servía sin pretexto (Registro de bitácora de servicio social- Leslye) .

Encontramos pues que la institución entiende a la salud desde una perspectiva ampliamente higienista y de prevención de riesgos para no enfermar, y por lógica este entendimiento es el que guía su práctica.

En el discurso institucional es muy común encontrar frases que denotan esta manera de mirar la salud, por ejemplo: **“hay personas que se bañan una vez a la semana y que no son conscientes de que esto les acarrea enfermedades y problemas de salud”**. (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

En dicha frase podemos ver que predomina una concepción de salud higienista, basado también en prevención de riesgos para no enfermar, en otras palabras consideran a la salud como lo contrario a la enfermedad. El entendimiento que envuelve el asunto del baño diario, es que bajo la lógica higienista y de prevención de riesgos que caracteriza al modelo médico-hegemónico predominante en la institución, bañarse todos los días en primer lugar ayuda a eliminar bacterias y suciedad que pueden favorecer enfermedades y en segundo lugar el baño te brinda un aspecto de limpieza y pulcritud alejándote momentáneamente de los prejuicios que existen en torno a la suciedad, por esto el hecho de no bañarse se considera como una irresponsabilidad y un descuido por parte de las personas.

Otro ejemplo que ilustra la mirada de la institución en torno a la salud es:

La coordinadora de la institución nos dijo lo siguiente: ¡las personas viven en unas condiciones muy sucias, viven en la porquería y ahora que conozcan los predios se darán cuenta que la gente es bien sucia! (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

Podemos ver que se **trabaja dentro del modelo tradicionalista de educación, prevención e higiene, en donde el discurso va dirigido a la sensibilización y concientización sobre el cuidado de su salud, promoviendo el cambio de conductas en la personas. Además de que se distinguen supuestos clasistas y discriminatorios.**

Una frase que nos deja ver la mirada de la institución en torno a la salud, desde el ámbito funcionalista del campo médico-hegemónico es la siguiente frase que respondió un niño cuando le pregunté qué había aprendido sobre las adicciones en la institución; “ que las adicciones te matan, que te dañan el cerebro y el alcohol te daña los riñones y también el alcohol daña tus pulmones, la droga te puede matar de un infarto, como de la piedra, la marihuana y la mona” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Se entiende que las personas están sanas cuando su organismo funciona correctamente tanto anatómica como fisiológicamente, en este sentido se entiende la salud como el correcto funcionamiento del organismo, como lo contrario a enfermedad, desde esta perspectiva la salud es entendida como algo que atañe exclusivamente al ámbito de la medicina y no se toman en cuenta los aspectos socio-históricos que están presentes alrededor del problema de las adicciones, desvinculando la problemática de todo el contexto.

¿Cómo se mira al otro?

Con respecto a la concepción del otro que predomina en la institución, ejemplificaremos con las siguientes frases:

La doctora al referirse sobre una embarazada nos dijo: “como se le ocurre comer sólo tortilla y agua, se puede morir... es una irresponsable que no se quiere a sí misma y que tampoco piensa en su hijo porque lo está exponiendo, se puede enfermar, hasta se puede morir el niño” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Podemos ver que se mira al otro como un irresponsable, como falto de amor propio y por los demás puesto que no se preocupa por su nutrición y por ende por su propia salud y la de su futuro hijo.

Otro ejemplo que encontramos:

La coordinadora de repente dijo: “Ah pues se drogan porque quieren... yo ya cumplí con dar la información y él no entiende... yo ya le he dicho hasta el cansancio que el activo le seca el cerebro y él sigue en las mismas entonces yo ya no puedo hacer nada... él así quiere seguir... así le gusta vivir” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Observamos que se mira al otro como alguien irresponsable, inconsciente, poco cuidadoso con su salud, desobediente. Además se simplifica el problema de las adicciones a una mera elección de las personas, es decir, no considera otros posibles elementos por los cuales esas personas optan u optaron por el consumo de sustancias adictivas.

En esta misma lógica encontramos la siguiente frase:

Antes de comenzar el servicio social en la institución nos dieron una plática inductiva, donde nos mencionaban el trabajo que realiza dicha institución. Esta plática fue impartida por la psicóloga Andrea “miren como viven, en qué condiciones, la mayoría de ellos se enferma muy seguido debido a su mala alimentación y de la forma en cómo viven, es decir nos damos cuenta en esta foto que sus casas son de lámina y cartón, y pues también no hay una buena higiene” (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

Aquí analizamos que se mira al otro como una persona sucia y descuidada con su higiene personal y de su entorno, como alguien inconsciente e irresponsable con su alimentación, que debe ser educado para cambiar sus conductas y sobre todo en esta frase se observa como la institución no toma en cuenta los factores que influyen en profundizar las consecuencias de la pobreza y sólo se limita a juzgarlos como si las personas hubieran elegido vivir en estas condiciones.

Resultados en cuanto a la categoría de PS

- Objetivo Estratégico: “Operar acciones educativas integrales que permitan a niños y jóvenes en situación de calle, su regularización educativa en los niveles básicos u otros niveles escolares” (Blog de la institución. Objetivos institucionales. Recuperado 8 de julio de 2013).

A lo largo de nuestro paso por el servicio social tuvimos la oportunidad de observar el trabajo realizado por la institución en torno a la educación. Nos dimos cuenta por ejemplo, que la educación se entiende desde lo que nosotras conocemos como “educación bancaria”, es decir, se

entiende la educación como el acto de depositar conocimiento en las personas, donde el otro juega un rol pasivo que lo aleja de la posibilidad de ser partícipe de su proceso de aprendizaje.

Encontramos también que la educación en la institución se entiende básicamente dentro del contexto escolar, donde se considera válido el proceso educativo únicamente cuando se encuentra inmerso en un sistema que lo avale a través de un documento. En este sentido, la educación informal, es decir aquellas habilidades desarrolladas por las personas como parte de sus necesidades a la hora de desenvolverse en su vida cotidiana, son comúnmente desvalorizadas por la institución:

La institución defiende como una de sus principales labores y logros el “apoyo educativo a los niños que acuden al centro”, sin embargo la mayoría de los niños que acuden al Centro Colibrí y participan en los círculos de tareas son niños que en su mayoría no saben leer y escribir, no al menos como corresponde a los grados cursados por ellos en la primaria, me refiero a niños de primero, segundo y tercer grado que no saben leer, no logran escribir su nombre completo, no saben tomar dictado y de la misma manera niños de más grados escolares quienes no saben sumar, restar, multiplicar, etcétera. (Saben hacerlo perfectamente pero solo de manera empírica como resultado de lo aprendido a la hora de vender, comprar o desarrollar sus actividades cotidianas en la calle) (Registro de bitácora de servicio social-Yasmin).

En la práctica de la institución identificamos como algo muy común que las y los educadores centren su trabajo en la ejecución de órdenes dadas por ellos, sin que se desarrolle la capacidad de problematización y de cuestionamiento por parte de los estudiantes sobre los aprendizajes adquiridos y el beneficio que estos podrían significar para ellos. Con lo anterior nos dimos cuenta

que el personal de salud es quien ostenta el poder, estableciendo una relación desigual con las personas (usuarios); por ejemplo:

En una sesión de trabajo con círculos infantiles, al llegar a la biblioteca del predio de Durango una de las educadoras empieza a convocar a los niños y una vez que se reúnen todos los niños los ponen a cantar y después les leen un cuento, la mayoría de los niños no estaban interesados en el cuento y entonces decidían pararse y correr por el salón, otro se ponían a platicar y otros peleaban, entonces ante esta situación Karla, una de las educadoras, se enojó y empezó a gritar “¡ya les dije que el que no quiera estar aquí se puede ir!, ¡y el que se queda guarda silencio!”. Después los niños se acusaban uno al otro y ellas decían “¡ya les dije que no quiero chismes!”, “¿a ver quién es el chismoso?”, “¡Si yo no te di la palabra no hables!” (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

- Objetivo institucional: “Dotar de herramientas a los beneficiarios para potenciar las habilidades individuales que les permitan disminuir el impacto de la situación de calle o en riesgo de estarlo” (Blog de la institución. Objetivos institucionales. Recuperado 8 de julio de 2013).

En la institución se decía que, como parte del desarrollo de habilidades en las personas, se impartían una serie de talleres como por ejemplo: serigrafía, hortalizas, panadería, entre otros. Sin embargo, durante nuestra estancia en la institución nos dimos cuenta que dichos talleres no se impartían a menos que fuera en los días que las instituciones patrocinadoras acudían para comprobar el buen uso de su financiamiento, un ejemplo de esto es la siguiente situación:

Cuando fue el personal de la empresa de ropa C&A, quien financia tres talleres: de panadería, serigrafía y computación, pero de los cuales en realidad sólo se imparte el de

serigrafía, fuimos testigos de cómo días antes de la visita de C&A, acomodaron todas las computadoras en un cuarto y las pusieron muy bonitas y en servicio para justificar que sí se estaba dando el taller de computación, y en el taller de panadería recuerdo que el día de la visita de los patrocinadores, Graciela se tuvo que vestir de chef y actuar como maestra de panadería, ya que dicho taller ni siquiera se estaba impartiendo.”(Registro de bitácora de servicio social-Yasmin).

También fuimos testigos de que cuando estos talleres se impartían, los asistentes no estaban conformes con ellos. Lo anterior nos hace pensar que estos talleres fueron propuestos y llevados a cabo por el personal sin preguntarles a las persona qué deseaban o necesitaban aprender, un ejemplo de esto:

Los primeros días que estuvimos en la institución notamos que a los adolescentes se les impartía el taller de serigrafía, sin embargo nos dimos cuenta que eran muy pocos los jóvenes que acudían al taller, con el paso del tiempo este taller dejó de impartirse (registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

- Objetivo estratégico: “Abordar temas de salud, alimentación, prevención de adicciones, erradicación de la violencia (en especial en contra de las mujeres y niñas, que son quienes más la padecen), educación, desarrollo psicológico, desarrollo familiar y comunitario, desarrollo cultural y artístico, desarrollo físico, etcétera” (Blog de la institución. Objetivos estratégicos. Recuperado 10 de julio de 2013).

La institución habla de una atención integral a partir del abordaje de múltiples temas, sin embargo pudimos notar que el trabajo casi siempre era en torno a la alimentación y a las

adiciones, con la intención de repetir los mismos temas para que los beneficiarios no los olvidaran. Dicho trabajo se abordaba sólo a través de pláticas informativas y sociodramas cuyo objetivo principal era el impactar a las personas (muchas veces a través del miedo), para obligarlos a cambiar sus conductas.

En alguna ocasión la educadora de los niños de primaria nos enseñó algunos carteles que los niños habían elaborado para el cierre de una campaña que la institución había hecho en torno a la temática de las adicciones. Llamó nuestra atención ver que todos los carteles estaban cargados de imágenes negativas como: referencias a la muerte, sangre, soledad como consecuencia de la desintegración familiar, etcétera. (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

En otro caso pudimos observar que:

El día en que se llevó a cabo el cierre de la campaña de adicciones, como conclusión la coordinadora del plantel, junto con Daniel uno de los educadores, comenzó a ejemplificar en burla la manera de pensar del común de la gente. La coordinadora le preguntó a Daniel “oiga maestro y si yo tengo unas pócimas de ésas de las que venden en el mercado de Sonora y se las doy a mi hijo ¿se le quitará esta enfermedad? o si le pido a mi santito y le hago una manda ¿se curará?” a lo que Daniel contestó “No ni crean que pidiéndole a su santito o tomando remedios se les quitará, para esta enfermedad se necesita ayuda especializada...” y así sucesivamente Estela preguntaba y Daniel contestaba (Registro de bitácora Leslye).

En este párrafo observamos que está presente una de las características del modelo médico-hegemónico, en donde de entrada se deslegitima a otros entendimientos, validando como verdadero y único aquello aceptado en el ámbito de la misma ciencia hegemónica.

Encontramos que la institución está enfocada en una promoción de la salud dirigida sólo a educar y prevenir. Como podemos observar en la siguiente frase, su discurso sólo va encaminado a la sensibilización y concientización de cambios de conductas: **“Dentro de las actividades llevadas a cabo en el centro colibrí se encuentran: apoyo en tareas, brindarles información sobre los temas correspondientes a los ejes de trabajo, manualidades y actividad física”** (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

En esta frase descubrimos una promoción de la salud entendida como la encargada de educar, en donde educar se entiende como apoyar en las tareas escolares y ofertar información sobre los ejes de trabajo abordados en la institución.

Otro ejemplo es:

En los primeros días de servicio social, se me pidió que apoyara a la coordinadora de los “Círculos infantiles” cuando me presenté con ella me pidió que la apoyara, me dijo: tú como estudiaste algo que tiene que ver con la salud nos puedes apoyar en la parte del auto cuidado, es decir les tienes que enseñar a los niños cosas de higiene, que se deben bañar todos los días, a lavarse los dientes, a lavarse las manos cuando van a comer, les dices qué cosas deben de comer y otra muy importante es que les enseñes a pedir la palabra” (Registro de bitácora de servicio social Leslye).

Podemos observar entonces que se confirma el enfoque en una promoción de la salud basada en la educación bancaria, en la cual el educador es quien sabe, quien posee el conocimiento y por lo tanto las personas solo reciben información sin participar en el proceso, siendo el educador el que dice lo que se debe hacer.

Además se presenta una concepción sobre el otro como alguien que no sabe y por ende debe “enseñársele”, ubicándolo de entrada en una posición pasiva. El educador es quien selecciona los temas que considera importante para que los niños aprendan.

Por último:

Una forma de trabajo recurrente en la institución, es la idea de premio y castigo, ambos son utilizados para condicionar las conductas de los beneficiarios de la institución, algunos ejemplos de esto que describo son las siguientes frases repetidas constantemente: “¡haces esto... o no hay postre, si no lo haces... de castigo te toca limpiar el salón, o lavar el baño! Etcétera”. (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Aquí encontramos una promoción de la salud concebida como la encargada de educar para modificar conductas en los individuos, inclusive a través del uso de la coerción.

A partir de los ejemplos anteriores podemos observar la práctica de una promoción de la salud en la que se valora la dependencia y la obediencia. Donde al promotor de la salud se le adjudica el papel de educador, a partir de lo entendido como educación bancaria, además se le confiere por parte de la institución el poder sobre el otro, es decir se le adjudica al promotor el poder de validar y por ende legitimar o descalificar las conductas de los individuos, incluso a través de premiar y castigar.

En el caso del tema de violencia resulta importante decir que para la institución basta ofertar información para lograr cambiar conductas.

Resultados en cuanto a la categoría de género

- Objetivo estratégico: Ofrecer mediante un programa de atención integral para las comunidades, familias, niños y jóvenes indígenas migrantes en situación de calle, y en riesgo de estarlo, la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida digno mediante la implementación de acciones, las cuales contengan un enfoque de derechos y una perspectiva de equidad de género (Registro del blog de la institución (Blog de la institución. Objetivos estratégicos. Recuperado 10 de julio de 2013).

Durante la prestación de nuestro el servicio en la institución fue muy notable la ausencia de la perspectiva de género. En este sentido, no se toman en cuenta en el trabajo de la institución, las diferencias genéricas que influyen en el entendimiento del ser hombre y del ser mujer, por el contrario normalmente se resaltan los roles que según el orden social establecido corresponden a cada género reproduciéndolos. Un ejemplo de esto es la siguiente situación:

Recuerdo que en alguna ocasión la cocinera de la institución no pudo acudir a realizar su trabajo, por lo que los jóvenes del nivel de adolescentes serían los encargados de elaborar los alimentos, el educador encargado de dicho nivel sería el encargado de designar a las personas que se encargarían de esto, me sorprendí mucho cuando al bajar a la cocina observé que eran solamente mujeres a las que se les había encomendado esta labor (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).

Otra cuestión que ejemplifica la constante idea que permea en la institución respecto de cumplir con los mandatos de los roles de género es la siguiente situación:

Debido a la falta de empleo para los varones padres de familia aquí en la Ciudad, las mujeres otomíes se ven en la necesidad de ser ellas las que salgan a trabajar para sostener a sus familias, en este sentido es común que lejos de reconocer la doble jornada a la que se somete la mujer, la institución las catalogue como *tontas* por mantener a los maridos y descuidar a sus familias por andar vendiendo en la calle (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

La institución reconoce en el texto que expone en su blog, las problemáticas a las que se enfrentan las mujeres día a día por su condición de mujer, como lo demuestra esta frase extraída de su blog:

- Contexto institucional: Ser niña indígena en la ciudad de México implica estar sometida a una múltiple condición de despojo y sometimiento (ser indígena, ser mujer, ser niña, vivir en condición de hacinamiento y pobreza, ser migrante, hablar una lengua...) a los que se suman los estereotipos propios de su cultura y de la ciudad, lo cual las coloca en una condición de alta exclusión, discriminación y marginación social, impidiéndoles acceder a servicios básicos y al ejercicio plenos de sus derechos (Blog de la institución. Contexto. Recuperado 10 de julio de 2013).

Sin embargo, en su labor no se refleja dicho entendimiento. En numerosas ocasiones pudimos ver cómo con mucha facilidad las mujeres son tratadas con violencia por parte de la institución, refiriéndose a ellas con descalificativos, responsabilizándolas por sus conductas e incluso por las conductas de otros, usando la culpa como mecanismo de control sobre sus acciones u omisiones:

En cierta ocasión se le pidió a la institución hacer el acompañamiento del caso de la detención de un chico llamado Luis, en un primer momento nosotras nos encargamos de dicho acompañamiento. Días después Nancy (educadora), siguió el proceso. Cuando le preguntamos qué había ocurrido con el caso, ella nos comentó que estaba muy molesta porque que Luis se contradijo en todo y que su mamá lo ponía más nervioso. Por la tarde una de las empleadas de la institución nos comentó que Nancy y Estela (coordinadora general) habían amenazado a la mamá de Luis diciéndole que si no veía la forma para sacar a su hijo, la demandarían con derechos humanos porque no se hace cargo de sus hijos” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Otro ejemplo de lo anterior:

En cierto momento una de las señoras que acuden a la institución pidió ayuda, pues una de sus hijas se encontraba enferma. La institución la apoyó haciendo el acompañamiento del caso. Como resultado de las visitas al médico se supo que la joven se había contagiado de una enfermedad de transmisión sexual. Al enterarse de esto, algunas empleadas de la institución comenzaron a referirse sobre la vida sexual de la joven: “pero hay que tomar en cuenta que la muchacha con cuántos no ha estado, anduvo con el esposo de fulanita, con el señor tal, con el esposo de x, y estos a la vez ya infectaron a las esposas, tenemos que verlas y saber si están infectadas”, después otra de las empleadas comentó “...pues hasta ahorita llevamos ocho con los que se ha metido, quien sabe cuántos más” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

En el párrafo anterior podemos observar que predominan los prejuicios en torno al comportamiento de las mujeres, específicamente hacia la sexualidad femenina reflejando con esto la ausencia de un trabajo que contemple la perspectiva de género.

Otra de las frases del blog de la institución que fue analizada es la siguiente:

- Contexto institucional: “Los grupos indígenas migrantes en situación de calle se desenvuelven en un contexto de pobreza extrema, marginalidad y exclusión social: “círculos de pobreza”. por ejemplo, problemáticas psicosociales (comunidad-familia-entorno) derivada de la marginación y el hacinamiento: violencia, maltrato, drogas, abusos por parte de los adultos, machismo, desintegración o ausencia de miembros en la familia, falta de cumplimiento de roles del padre o madre” (Registro del blog de la institución. Contexto. Recuperado 10 de julio de 2013).

En el Centro de Trabajo con Familias Migrantes fue común observar el fortalecimiento de los roles de género impuestos socialmente a los varones y a las mujeres, y también escuchar las descalificaciones hacia los varones diciendo que éstos no cumplían con su rol de padres. Incluso se les catalogaba como irresponsables, flojos por no trabajar y por explotar a sus hijos:

Respecto a los varones (maridos, padres de familia) la institución afirma que son los saboteadores del hogar, se cree que lo peor que le puede pasar a los niños y a las mujeres es tener un hombre en casa, porque dicen: “no trabajan... son flojos... son mantenidos... golpeadores... explotan a sus hijos... son borrachos, adictos... etcétera.” (Registro de bitácora de servicio social-Yasmin).

Mientras que a las madres de familia se les veía como víctimas, pero a la vez como dejadas, irresponsables en el cuidado de sus hijos e incluso como *encajosas*, ya que muchas veces delegaban las responsabilidades de los hijos pequeños en los hijos mayores.

Ejemplo de esto es el siguiente fragmento:

Es común que la institución tienda a responsabilizar a los padres por las conductas de los hijos, es decir la institución hace sentir culpables a los padres de familia haciéndoles sentir que si su hijo se droga es culpa de ellos por no prestarle atención o que si la hija se va de la casa es por culpa del papá que la golpea y de la mamá por no defenderla, lo que crea en los padres una enorme culpa que les impide mirar los recursos con los que cuentan para solucionar la problemática (Registro de bitácora de servicio social Leslye).

En el análisis de los casos correspondientes a la categoría de género encontramos que hablar de género en la institución está únicamente incorporado en el ámbito discursivo, pues cuando analizamos su práctica de inmediato notamos la ausencia de un trabajo que contemple la perspectiva de género y la incluya en su quehacer diario.

En función de esto, nos dimos a la tarea de analizar las acciones de la institución, en torno a una pregunta que nos permitiera indagar el actuar de la institución para con las mujeres.

¿Cómo se mira a la mujer?

Para responder a esta pregunta utilizamos un conjunto de frases que nos parecieron ilustrativas para ejemplificar la ausencia total de un trabajo con perspectiva de género.

“El personal de la institución constantemente se refería a las mamás de la siguiente manera: ¿Pues dónde estaba la mamá que no se dio cuenta...? a la mamá no le importa si su hijo... lo ve drogarse y no hace nada...”. (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

En estas frases notamos que se responsabiliza a la mujer por las conductas de sus hijos, se le concibe como irresponsable y desobligada.

Otras frases comunes en la institución son: **“Le pegan porque se deja... le gusta que le peguen, si no le gustara, ya lo hubiera dejado...”**. (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin), se concibe a la mujer como incapaz, tanto de defenderse, como de tomar sus propias decisiones, como una “dejada”, como si le gustara que la violentaran, y se da por entendido que para las mujeres violentadas es muy fácil salir de una relación violenta.

Otros enunciados repetidos constantemente por el personal de la institución y que ejemplifica la ausencia de una visión con perspectiva de género son: **“¡pero cómo es posible que los papás no se den cuenta! ¡Pues claro las mamás no les dicen nada con tal de que le lleven dinero!, ¡es que estas niñas hasta para un celular se acuestan con alguien!”** (Registro de bitácora de servicio social-Leslye). Nos damos cuenta que la institución tiende a estigmatizar a las adolescentes por su comportamiento sexual, emplea descalificativos para referirse a ellas.

Relación de poder que se identifica entre la institución y el otro

En el análisis de la relación de poder establecida entre el personal de la institución y el otro, se identificó que la relación definida es tendiente a la asimetría. En donde el poder lo ostenta el personal de la institución, pues son quienes significan y validan tanto lo adecuado como lo inadecuado para los demás.

En los siguientes enunciados demostraremos de manera más detallada las acciones ejercidas por la institución, mismas que nos llevan a argumentar lo anterior.

“En una ocasión la coordinadora nos comentó ¡hay personas que se bañan una vez a la semana y que no son conscientes de que esto les acarrea enfermedades y problemas de salud!” (Registro de bitácora de servicio social- Yasmin).

Es la institución dicta lo que considera higiénico, saludable, problema o riesgo, por lo que se establece una relación desigual de poder.

Durante nuestra estancia en el Centro de Trabajo con Familias Migrantes descubrimos la existencia de numerosas problemáticas sociales tales como: abuso sexual infantil, casos de menores en conflicto con la ley, identificación de conductas suicidas en niños, entre otras y descubrimos también como dichas problemáticas pasaban de voz en voz entre el personal de la institución sin ser atendidas bajo el pretexto de que no estaban dentro del trabajo de la institución. Cuando cuestionábamos por qué no se canalizaban a las instituciones correspondientes, nos daba la impresión de que sus explicaciones eran más bien pretextos.

En relación con esto cabe señalar que al revisar el blog de la institución y al leer sus objetivos notamos que en el texto se señala un interés por abordar las problemáticas sociales que afectan a la población, así lo muestra al definir su objeto social:

- Objeto social de la institución: El diseño y operación de proyectos de atención integral a la infancia y su familia en comunidades pobres en general, para la prevención y atención de las distintas problemáticas psicosociales relacionadas con esta población, así como generar estrategias de atención que potencien y fomenten el desarrollo personal y social de la población objeto (Registro del blog de la institución. Objeto social. Recuperado 12 de julio de 2013).

Entendemos que de acuerdo con el objetivo anterior las problemáticas antes mencionadas bien pudieron ser atendidas en alguna medida por Centro de Trabajo con Familias Migrantes, sin embargo, ellos omitieron hacerlo. Este punto nos hace recordar el poder que ostenta la institución frente a las familias y cómo este poder es utilizado asimétricamente, ya que durante nuestra

estancia pudimos darnos cuenta de que muchas personas acudían a pedir ayuda, sin embargo, la institución era quien decidía a quién ayudar, sin que hubiera criterios claramente establecidos al respecto. En numerosas ocasiones nos daba la impresión de que el personal brindaba ayuda a aquellos por los que tenían alguna preferencia y a muchas otras personas se las negaba.

Un ejemplo de esto es el caso de un joven menor de edad que en cierta ocasión fue detenido y acusado de robo, por lo que la mamá del joven acudió a la institución a pedir ayuda. En un principio la institución accedió a brindar la ayuda, sin embargo al otro día se retractó dejando a la señora sin el acompañamiento convenido, una vez que nos enteramos de esto, le preguntamos a una de las educadoras de la institución por qué no la habían acompañado y ella nos explicó que no ayudarían a la señora porque ella no había llegado a la cita con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) porque había preferido irse a su pueblo (Registro de bitácora de servicio social- Leslye).



CAPÍTULO II
DISCUSIÓN Y PROPUESTA



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y PROPUESTA

Nuestros objetivos a la luz de los resultados

Concluido el proceso de investigación fue necesario detenernos a reflexionar sobre nuestros objetivos iniciales, con la intención de mirar en qué medida se cumplieron.

Propósito general

Analizar el trabajo que realiza el Centro de Trabajo con Familias Migrantes con las mujeres indígenas otomíes migrantes en la Ciudad de México, con la finalidad de diseñar una propuesta de promoción de la salud con perspectiva de género que recupere los aprendizajes derivados del análisis.

Objetivos específicos

- *Analizar el trabajo que realiza el Centro de Trabajo con Familias Migrantes en especial con mujeres indígenas otomíes migrantes en la Ciudad de México.*

En relación con este objetivo logramos llevar a cabo un análisis detallado del trabajo que realiza el Centro de Trabajo con Familias Migrantes con las mujeres indígenas migrantes a quienes éste atiende. Para esto fue necesario en primera instancia un periodo de observación pasiva y observación participante después, que nos permitiera conocer el trabajo de la institución; para luego diseñar un modelo analítico que nos facilitara analizar nuestras observaciones.

- *Diseñar una propuesta de trabajo de Promoción de la Salud con perspectiva de género que, considere los aprendizajes derivados del análisis sobre lo que el Centro de Trabajo con Familias Migrantes ya realiza.*

Derivado del análisis del trabajo que la institución realiza nos encontramos en la posibilidad de diseñar una propuesta de trabajo: un taller reflexivo, sustentado en una promoción de la salud crítica con perspectiva de género. El taller intenta permitir a las mujeres el inicio de un trabajo reflexivo en torno a su ser mujer, y desencadenar así un proceso de reflexiones más complejas. Esta propuesta se presenta en el apartado final.

Como parte de la discusión en torno a nuestros resultados, procederemos a exponer los hallazgos categoría por categoría.

Salud

Con base en lo expuesto en nuestros resultados podemos observar que explícitamente la institución utiliza el concepto de *cultura para la salud*.

El término de cultura para la salud se vincula con la idea de que las personas adopten las conductas necesarias para prevenir enfermedades. Se entiende que la salud se alcanza eliminando conductas de riesgo y adoptando determinados estilos de vida. Desde el entendimiento hegemónico, se espera de las personas preocupación por su salud. Por ejemplo, se promueve el baño diario, la alimentación de acuerdo con pautas recomendadas, visitas periódicas al médico, etcétera.

También se observa que las acciones en torno a la salud implementadas por la institución están concebidas en función de prevenir enfermedades. En esta lógica es común que en aras de mantener a la población “saludable”, la institución ponga mucho énfasis en lograr cambios de conducta en las personas, pues según su comprensión hegemónica esto los mantendrá alejados de la posibilidad de enfermar. Como podemos ver esta idea del cambio de conductas, está íntimamente ligada al concepto de cultura para la salud que abordamos arriba.

Como se expone en el contexto conceptual de nuestra investigación, en nuestros resultados pudimos comprobar el dominio del modelo médico-hegemónico en la institución. Razón por la cual saberes o cosmovisiones diferentes respecto de la salud permanecen subordinados y disminuidos de legitimidad y validez.

Como señala la teoría expuesta en el contexto conceptual de esta investigación, principalmente las aportaciones hechas por Menéndez (1991) el modelo médico-hegemónico entraña un conjunto de características específicas. Durante el análisis de los datos notamos que la mirada institucional con respecto a la salud es muy similar a la mirada médica hegemónica. Por ejemplo centra su atención en la prevención de enfermedades, vigila constantemente el correcto funcionamiento del cuerpo y observa las conductas de las personas con la intención de modificarlas para prevenir factores de riesgo y aumentar los factores protectores. Bajo esta lógica para la institución es necesario implementar acciones que le permitan cumplir con estos objetivos, dichas acciones se centran únicamente en la oferta de información pues se tiene la idea de que al contar con la información automáticamente las personas modificarán las conductas indeseables.

Así pues, en la institución otras concepciones sobre la salud diferentes a la hegemónica no son tomadas en cuenta. Como ya lo expusimos, creemos que se debe a la condición de subordinación de estos entendimientos con respecto del modelo médico-hegemónico, siendo lo hegemónico concebido como verdadero e incuestionable. Se necesitaría de un fuerte trabajo reflexivo para estar en posibilidad de cuestionar aquello que nos rige y lograr visualizar nuevas posibilidades en donde se apueste por la resignificación de conceptos como la salud. Creemos que el entendimiento crítico alrededor de la salud apuesta a esta resignificación y por ende a mejorar la práctica de los profesionales de la salud.

Como explicamos en el contexto conceptual es común que bajo la mirada hegemónica de la salud el personal tienda a mirar al otro desde una posición de autoridad y de superioridad, colocando al otro en una posición subordinada, asignándolo como el único responsable de su salud, culpándolo de enfermar por no cuidarse, etcétera. Esta característica de relación de poder asimétrica es la que encontramos en numerosas ocasiones y la prevaleciente en la institución.

Promoción de la salud

La concepción de educación que se practica en la institución está estrechamente ligada al concepto de educación bancaria. Es decir, el acto de educar en la institución es entendido como el acto de depositar contenidos en las personas, donde el otro juega un rol pasivo y donde hay no lugar para cuestionarse sobre lo planteado como verdadero. Consideramos que la concepción de promoción de la salud está estrechamente vinculada a la forma de entender la educación. En este caso, la concepción de educación que se tiene en la institución es valorada mediante documentos que avalen conocimientos, sin tomar en cuenta el valor de otros procesos educativos basados en la experiencia.

Los miembros de la institución se asumen como educadores, cuyo papel, ejercido desde la autoridad, es “ilustrar” a los que ignoran una verdad. Este acto de educar está vinculado a dar órdenes con relación a lo que debe o no hacerse, sin favorecer el desarrollo de la capacidad cuestionante de las personas.

En la institución permea la idea de una promoción de la salud hegemónica. Es decir se entiende como un objetivo primordial de la promoción de la salud favorecer acciones que permitan a las personas contar con la información necesaria para prevenir enfermedades. En este sentido, es común que al promotor de la salud se le adjudiquen tareas, como dar pláticas informativas en ayuda de la prevención de enfermedades, elaboración de material didáctico en apoyo del quehacer preventivo, un mero transmisor de información y consejero de buenas conductas.

En los resultados se refleja un alcance de promoción de la salud desde una lógica meramente convencional, la cual no permite explorar las problemáticas desde un lugar donde sean las mismas personas quienes hagan escuchar su voz con respecto a sus necesidades, y bajo esta lógica no resulta raro encontrar también un gran desconocimiento respecto de otras formas posibles de practicar la promoción de la salud. Esta práctica influye en desconocer la riqueza de roles que podría jugar el promotor de la salud dentro de los distintos contextos. En este sentido consideramos necesario como parte de nuestro quehacer de promotoras y promotores de la salud el compromiso por dar a conocer las formas diferentes de entender y practicar la promoción de la salud, formas que sin duda alguna representan la posibilidad de generar cambios en la cosmovisión sobre la salud y por ende sobre la práctica de la promoción de la salud.

Género

En cuanto a la categoría de género es necesario resaltar la carencia existente en la institución de un trabajo en el cual se incorpore la perspectiva de género. Nos dimos cuenta que muchas veces el personal de la institución, lejos de favorecer cambios de actitudes en la manera de relacionarnos entre hombres y mujeres, reafirma los roles de género reproduciéndolos.

Comúnmente en la institución las mujeres son tratadas con violencia, se les estigmatiza y juzga por sus comportamientos. Constantemente su sexualidad es sometida a juicios discriminatorios. Todo esto ocurre sin que los miembros de la institución parezcan darse cuenta.

Como suponíamos que sucedería durante el proceso de registro y análisis de datos, notamos que en el trabajo de la institución existe incongruencia entre lo sostenido discursivamente y su práctica. En este sentido creemos que dicha incongruencia puede deberse al hecho de que el discurso institucional es elaborado por el personal que labora en las oficinas administrativas y no por el personal que trabaja directamente con la población; esto nos hace pensar que no necesariamente los educadores que trabajan directamente con la población conocen o estén enterados de lo expresado discursivamente por la institución en su blog.

En este sentido, aunque en el discurso expuesto en el blog la institución reconoce la necesidad de adoptar la perspectiva de género para incorporarla a su trabajo, en la práctica es notoria la ausencia de un trabajo con una perspectiva que permita tomar en cuenta las diferencias genéricas que determinan la vida de las personas y en consecuencia también abogue por abordar las problemáticas de una manera más completa. Como señalamos en el contexto conceptual, nuestra intención es tener en cuenta la perspectiva de género, tanto en el proceso de análisis del discurso y la práctica de la institución como en la propuesta que presentamos.

Consideramos fundamental pensar en un trabajo que considere el impacto de los aprendizajes de género en la vida de las personas. Como lo indica Lagarde (1993), cuestionar las diferentes maneras de aprender a ser mujer y aprender a ser varones nos coloca en una posición privilegiada a la hora de intervenir como profesionales de la salud, respetando la cosmovisión de las personas respecto de su realidad y nos permite colaborar a reducir el carácter opresivo del género.

Aportes de este trabajo al debate que sostienen otros autores

Recordemos que nuestro análisis estuvo basado en la teoría fundamentada, por lo tanto una vez que las categorías de análisis fueron definidas y analizadas, estuvimos en la posibilidad de vincular nuestros hallazgos a la luz de esta teoría académica.

Como parte de nuestro proceso de investigación revisamos diversos trabajos que permitieron ubicarnos en el contexto de lo estudiado por otros autores respecto de nuestro tema de interés. Consideramos necesario hacer un resumen general para ilustrar los principales hallazgos de estas investigaciones y los hallazgos que nuestra investigación aporta.

Mucho se ha dicho acerca de la situación de las mujeres indígenas- migrantes en cuanto a condición de género y salud se refiere. Para fines prácticos de esta investigación nos permitiremos hacer una breve recapitulación de los artículos que hemos seleccionado como antecedente a lo que nosotras plantearemos más adelante.

Sobre conceptos generales de género

Revisando los planteamientos que hace Martínez-Herrera (2007) en torno a la categoría de género y que fueron expuestos con anterioridad en el apartado de contexto conceptual, podemos afirmar

que nuestra investigación coincide al considerar a la categoría de género como parte fundamental para comprender la situación de las mujeres en el contexto de nuestra investigación.

Consideramos que la promoción de la salud crítica propuesta por Chapela, desde su práctica puede favorecer procesos pedagógicos con la intención de permitir a las mujeres cuestionar los condicionamientos que desde el poder le han sido impuestos, con miras a promover el posicionamiento de las mujeres desde un lugar cada vez más autónomo.

Además pensamos que, desde la promoción de la salud, es posible mirar y trabajar en torno las problemáticas a las que los varones se enfrentan como consecuencia de los aprendizajes derivados del género.

En este sentido, consideramos que es responsabilidad de todos los sectores incorporar la perspectiva de género dentro de su quehacer, pues sólo de esta manera nos acercaremos a la posibilidad de reformular la convivencia entre hombres y mujeres.

En cuanto a las características de opresión a las mujeres

Como lo describe Alberti (1994), pudimos observar que al interior del Centro de Trabajo con Mujeres Migrantes se aplica una moral diferente para mujeres y hombres. Por lo común son las mujeres quienes cargan con estigmas y señalamientos derivados de sus conductas, principalmente cuando hablamos de la sexualidad.

Aunque en la institución al varón se le otorga la figura de autoridad sobre la mujer y los hijos, en la realidad la figura masculina, pero sobre todo la del padre de familia, está siendo

constantemente estigmatizada, etiquetándolos como irresponsables, flojos, violentos: Específicamente la institución se refiere a ellos como los “saboteadores del hogar”.

No queremos dejar de mencionar que en nuestra investigación encontramos que la autoridad del varón padre de familia en la institución es constantemente atacada. Creemos se debe a que los varones de estas familias no cumplen con el rol de género socialmente aceptado de mantener a la familia y procurarla. Pues son las mujeres y los niños los que salen a trabajar, mientras los varones se quedan en casa. Como promotoras de la salud consideramos necesario atender esta problemática de una manera integral abordándola a la luz de lo que la perspectiva de género aporta y con la intención de plantear posibilidades de trabajo libres de estigmas y señalamientos, coadyuvando con esto a favorecer un proceso de reflexión que permita entender a los varones desde su construcción social del *ser varón* con miras a lograr cambios paulatinos en su manera de mirarse como hombres.

Consideramos imprescindible, como afirma Alberti (1994), tomar en cuenta conceptos como interculturalidad y migración, los cuales permitan respetar el contexto, el lugar y el grupo específico con el que se trabaja para abordar de manera más integral las problemáticas.

Sobre mujer y migración

Pensamos que cualquier intervención en torno a las temáticas de género debe ser por demás cuidadosa y respetuosa, tomando en cuenta el contexto en que se trabaja. En este sentido, creemos que el trabajo de las y los promotores de la salud debe tomar en cuenta las tensiones establecidas entre lo que las mujeres han incorporado como parte de su comunidad de origen y lo

que tuvieron que incorporar en su comunidad de llegada, evitando así una labor del promotor de la salud violenta o invasiva:

Como promotoras de la salud opinamos sobre la importancia de que las mujeres conozcan sus derechos. Sin embargo, el hecho de que los conozcan, no significa en automático el ejercicio de éstos. Para dar este paso, el trabajo de equidad de género debe acompañarse de esfuerzos que permitan garantizar a las mujeres la satisfacción de sus necesidades primarias como alimentación, vivienda, educación, etcétera, ya que en la medida que dichas necesidades estén cubiertas las mujeres estarán en mayor posibilidad de pensarse como sujetas de derechos.

Para Meier (2006) la vivencia de estas mujeres indígenas inmigradas advierte una tendencia hacia el empoderamiento en espacios públicos, sin la debida corresponsabilidad masculina en el ámbito privado y, en ciertos casos, con una relativa o total renuncia de responsabilidad económica y familiar por parte del varón.

En este sentido es importante implementar acciones desde un enfoque intercultural que permita, en primera instancia, reconocer y profundizar el análisis de las problemáticas sociales desde este enfoque y, en segunda instancia, que apueste por minimizar la condición de marginalidad en la que se coloca a las personas indígenas simplemente por el hecho de serlo.

Relevancia académica y social del tema y de los hallazgos

Desde la investigación académica, nosotras sostenemos que este es un trabajo pionero, que desde el campo de la promoción de la salud crítica, busca con la incorporación de categorías como la de género, perspectiva de género, interculturalidad y flujo migratorio poder analizar las problemáticas sociales desde la complejidad.

A nivel social, nuestra investigación puede contribuir a vislumbrar nuevas posibilidades de trabajo, que desde la promoción de la salud crítica con perspectiva de género ayuden a minimizar, en la medida de lo posible, las problemáticas sociales que han prevalecido a lo largo del tiempo, por ejemplo: la violencia de género, la discriminación o la violencia hacia los grupos indígenas que se encuentran en la Ciudad de México, temas relacionados con masculinidades que permitan a los varones repensar su ser hombre, etcétera.

Limitaciones de nuestra investigación

Dentro de las dificultades que tuvimos durante el proceso de investigación fue toparnos con la necesidad de seleccionar exhaustivamente los datos que íbamos a analizar, pues teníamos gran cantidad de información y materiales, por eso quizá cometimos el error de dejar fuera datos importantes que podrían ser motivo de otra investigación.

Otra limitación fue el no contar con la autorización para utilizar el material institucional que teníamos en nuestras manos, es así que por ética profesional utilizamos sólo los materiales que la institución hace públicos.

Otra de las limitaciones que identificamos, es que no analizamos las acciones dirigidas hacia los varones de la institución.

Al presente trabajo le faltó tomar en cuenta la voz del personal de la institución, en términos puntuales saber cómo miraban ellos su trabajo.

También nos faltó considerar la voz directa de las mujeres, sobre cómo valoraban su relación con la institución. Conocer la voz de las mujeres hubiera enriquecido nuestra propuesta.

Por último, otra limitación fue la posibilidad que teníamos de analizar nuestra propia experiencia de trabajo en la institución. Sin embargo, decidimos no hacerlo, pues nos movía más el interés por el trabajo con las mujeres. Aunque consideramos que esto hubiera resultado muy interesante.

Futuras líneas de investigación y posibles preguntas de investigación

Nuestra investigación se centró solamente en el estudio de las acciones dirigidas a mujeres, no nos propusimos trabajar con las actividades dirigidas a hombres, por lo que ésta podría ser motivo de otra investigación.

En este sentido algo que a nosotras nos causa curiosidad explorar es el hecho de saber ¿por qué los padres de familia son comúnmente invisibles para la institución?

Otra posible línea de investigación podría ser indagar sobre cómo describiría el personal de la institución su trabajo y cuáles son los objetivos de éste, según ellos mismos.

Aunque la palabra de las mujeres fue tomada en cuenta a la hora de diseñar la propuesta que acompaña esta investigación, creemos importante profundizar en lo que las mujeres tienen que decir respecto de su relación con la institución.

En este sentido, sería interesante profundizar sobre ¿cómo miran estas mujeres a la institución?, y ¿cómo valoran estas mujeres el trabajo que la institución les ofrece?

Implicaciones para la práctica de la promoción de la salud

Este proceso de investigación nos aporta pautas a tomar en cuenta para guiar nuestra práctica de promoción de la salud; una de ellas es el hecho de darnos cuenta que la práctica hegemónica

entraña la reproducción de acciones violentas (más o menos sutiles) e intrusivas a la hora de intervenir con el otro, por lo que consideramos importante nombrar la necesidad que nos surge como promotoras de la salud de incorporar nuevas formas de trabajar basadas en el respeto hacia el otro, reconociéndolo como portador de saberes y cosmovisiones igualmente válidos.

Otra cuestión que aprendimos a lo largo de nuestro proceso de formación y que confirmamos en este trabajo como algo muy trascendente para nosotros es el compromiso que como promotoras de la salud tenemos de reflexionar constantemente sobre nuestra práctica, pues esto nos ayudará a cumplir con el objetivo de evitar en la medida de lo posible reproducir las prácticas hegemónicas.

Aprendizajes derivados de este proceso de investigación

Las siguientes afirmaciones resumen los aprendizajes más significativos al concluir este proceso de investigación; vinculados con implicaciones para la práctica de la Promoción de la Salud

- La explicación de los problemas relacionados con la violencia de género que afectan a las mujeres y a los varones requiere reconocer la importancia de los aprendizajes de género en su vida.
- Es necesario tomar en cuenta el contexto en el que se interviene ya que toda persona cuenta con una identidad definida por una forma particular de mirar al mundo y explicarse su realidad. No es posible hacer promoción de la salud emancipadora sin antes reflexionar sobre los supuestos que estructuran la forma de mirar el mundo que como promotoras tenemos.

- Es responsabilidad de las promotoras y los promotores de la salud generar espacios que permitan a las personas reflexionar sobre sus problemáticas y también sobre sus potencialidades para solucionarlas.
- No compartimos la idea de que el promotor sea quien tenga que solucionar los problemas y dictar lo que se debe hacer sino más bien nos posicionamos por favorecer procesos que permitan a las personas desarrollar su capacidad autotransformadora.

Nuestro trabajo con las mujeres dentro de la institución

Durante la última parte de nuestro servicio social se nos presentó la oportunidad de trabajar con un grupo de mujeres a las que la institución presta sus servicios.

Al pretender iniciar nuestro trabajo con ellas, nos encontramos una serie de dificultades relacionadas tanto con los contenidos del mismo como con el diseño metodológico de la propuesta.

Al nivel de contenidos inicialmente nos dimos cuenta de que era necesario llevar a cabo un sondeo entre las participantes que nos permitiera saber cuáles temas les resultaban importantes según sus necesidades; fue quizá éste el primer reto al que nos enfrentamos a la hora de encontrarnos con el grupo. Recordamos que en la primera sesión de trabajo las mujeres se mostraban un tanto desconfiadas, incluso comenzaron a hablar en otomí frente a nosotras, quizá como un mecanismo de defensa o privacidad ante nuestra presencia. En ese momento entendimos que antes de pretender algún trabajo con ellas cualquiera que este fuera era necesario favorecer un entorno de trabajo respetuoso y donde sintieran la confianza suficiente para hablar, pues tomando en cuenta que dentro del contexto de trabajo en la institución las mujeres no tienen voz

propia resultaba entendible para nosotras pensar que para que ellas comenzaran a hablar de aquello que les generaba interés era necesario como promotoras de la salud implementar algunas acciones que favorecieran el hecho de que ellas utilizaran su voz como su principal recurso para comunicarse teniendo la seguridad de que su palabra iba a ser escuchada y respetada en todo momento.

Las acciones que pusimos en marcha estuvieron guiadas por muchos de los aprendizajes adquiridos a lo largo de la licenciatura. Decidimos por ejemplo que era necesario aclarar frente al grupo que el respeto era algo muy importante dentro de nuestro grupo de trabajo, en este sentido nosotras como promotoras de la salud en conjunto con el grupo tomamos una serie de acuerdos para garantizar el respeto entre todas. Dentro los acuerdos adoptados se encuentran los siguientes: 1) que cualquier comentario que se emitiera por parte de las participantes era importante pues representaba el pensar y el sentir de quien lo emitía, 2) que todas las participantes podían participar de forma libre y 3) que nadie podía ser obligada a hablar.

En cuanto a nuestro rol como promotoras de salud fue necesario 1) hacer explícito frente al grupo que nuestra labor principal era favorecer un espacio de diálogo donde todas tuviéramos la oportunidad de ser escuchadas; 2) posicionarnos desde un lugar de respeto a su palabra, evitando en la medida de lo posible imponer la nuestra; 3) favorecer los procesos reflexivos necesarios donde cada quien construyera sus propias reflexiones y decidiera qué cosas compartir con el grupo; 4) favorecer dentro del trabajo con el grupo un intercambio de experiencias de vida, donde ellas pudieran aprender de nosotras y nosotras de ellas.

Fue así que poco a poco fuimos construyendo un grupo de trabajo muy rico, basado en la confianza y el respeto mutuo, donde una vez que logramos que ellas nos hicieran saber las cosas

que les causaban interés emprendimos el proceso de diseño de una propuesta de taller que tomando como base algunos planteamientos de la promoción de la salud emancipadora permitiera el abordaje de los temas que ellas habían elegido como prioritarios.

En este aspecto al sondear a las mujeres sobre los temas trabajados por la institución con ellas, nos mencionaron que les impartían pláticas de adicciones, métodos anticonceptivos y nutrición y al preguntarles qué era lo que a ellas les interesaba trabajar en el grupo nos dijeron que deseaban saber cómo educar a sus hijos y como ser unas mejores madres.

Como parte inicial del proceso de diseño de nuestro taller, elaboramos una lista de los temas que nosotras considerábamos nos permitirían abordar las cuestiones que ellas deseaban abordar dentro del grupo de trabajo. Encontramos por principio de cuentas una íntima relación entre sus dudas y la categoría de género, de modo que nuestra propuesta inicial estuvo dirigida a tratar temas relacionados con las temáticas de género y derechos de las mujeres. Sin embargo, conforme nuestro trabajo transcurría íbamos encontrándonos con la necesidad de incluir algunos temas que como parte del trabajo en las sesiones iban surgiendo y en diversos momentos se volvieron el eje que guió nuestra mirada y nuestra posición como promotoras de la salud con respecto al contexto en el que se desenvolvía nuestro trabajo y lo que la promoción de la salud podía aportar ahí.

Al emprender el trabajo con las mujeres y conforme las sesiones transcurrían logramos observar que el grupo de trabajo se encontraba cada vez más fuerte, la confianza que las participantes nos demostraban, lo contentas que las percibíamos cuando llegaban a las sesiones, así como la importancia gradual que poco a poco fueron depositando en su palabra, nos permitían saber que nuestro trabajo les resultaba agradable y útil para su vida cotidiana. En este sentido culminamos

el trabajo con ellas sintiendo que la mayor satisfacción para nosotras fue lograr que aquellas mujeres a quienes en un principio se les dificultaba expresarse logaran hacer escuchar su voz y encontrarse con otras voces tan iguales a la suya en algunos aspectos y tan diferentes en otros.

Cuando nuestro tiempo de prestadoras de servicio social concluyó en la institución y con el afán de mejorar el trabajo que como promotoras de la salud llevamos a cabo dentro de la institución nos dimos a la tarea de revisar las transcripciones de cada una de las sesiones del taller. Fue entonces cuando identificamos la necesidad de modificar nuestro taller, con la idea de incorporar aquello que en un momento no consideramos dentro de los alcances de nuestra primera propuesta, pero que de alguna u otra manera surgió como algo relevante a la hora de abordar las problemáticas a las que comúnmente se enfrentan las mujeres indígenas otomíes con las que trabajamos.

Una propuesta de trabajo derivada de lo que aprendimos

La siguiente propuesta de trabajo la planteamos posicionándonos desde una perspectiva crítica con respecto a las acciones hegemónicas que emprende la institución que estudiamos. Es el resultado en primera instancia de un arduo trabajo de observación participante que tuvimos la oportunidad de llevar a cabo durante el tiempo que prestamos el servicio social. En segundo lugar es resultado del diálogo que gracias a nuestro trabajo en la institución tuvimos la oportunidad de establecer con las mujeres a las que va dirigida nuestra propuesta.

Es importante aclarar que la propuesta que acompaña este trabajo de investigación corresponde a una propuesta revisada y modificada surgida a partir de una experiencia previa que tuvimos con

las mujeres con las que trabajamos. Dichas modificaciones intentan responder a las dificultades que identificamos después de valorar nuestra primera propuesta.

En nuestro afán por mejorar nuestra práctica como promotoras de la salud y con miras a coadyuvar a mejorar la vida de las personas logramos que la propuesta contenida en esta investigación incorpore temas que consideramos insuficientemente abordados en el campo de práctica de la promoción de la salud.

Proponemos un trabajo que desde la promoción de la salud emancipadora incluya aspectos fundamentales en el trabajo con mujeres-indígenas-migrantes. Considerar por ejemplo aquello que acompaña a las personas que se mueven de su lugar de origen al llegar a un lugar de residencia completamente diferente, donde los significados impuestos a las cosas distan mucho de los que han sido incorporados como parte de otra cultura; comprender que el debatirse constantemente entre dos culturas diferentes que continuamente demandan de la persona pensamientos y acciones diferentes puede generar en las personas sentimientos tales como culpa, miedo, frustración, desesperanza, entre otros, que impiden a las personas aspirar a mejores niveles de salud.

Nuestra propuesta también apuesta al inicio de un proceso de reflexión que permita cuestionar algunas de las relaciones de poder que se establecen en nuestra sociedad y que mantienen en postración a los más débiles. Creemos firmemente que es nuestro deber como promotoras de la salud propiciar la creación de ambientes que permitan cuestionar el *poder* con miras a favorecer cambios paulatinos que minimicen el carácter opresivo de estas relaciones y en la medida de lo posible coadyuvar a cimentar relaciones más equitativas, que brinden las mismas posibilidades a todas las personas.

Una muestra de nuestra intención de cuestionamiento, es la temática de género, que se incluye en nuestra propuesta. Hablar de género es hablar de relaciones de poder asimétricas donde la peor parte recae en las mujeres, colocándolas en una posición de sumisión y de renuncia a ellas mismas para vivir para otros, negándoles con ello posibilidades de aspirar a futuros dignos.

Resulta muy importante mencionar que este taller no espera solucionar ni erradicar ningún problema, su intención es abrir la discusión, hablar de lo que no se habla comúnmente. En particular este taller pretende iniciar en los participantes un proceso reflexivo, que a largo plazo genere pequeños cambios que permitan imaginar que la historia de las mujeres indígenas migrantes puede cambiar para bien.

Imaginamos este taller formando parte de un proceso reflexivo más integral y con mayores alcances; creemos que esta serie de actividades puede ser el punto de partida para otros talleres que aborden estas temáticas.

Por otra parte este taller es el resultado de un ejercicio reflexivo donde nosotras como promotoras de la salud nos esforzamos en explicitar de qué forma tomamos en cuenta los elementos que criticamos y que como parte del trabajo que realiza la institución que analizamos no estaban siendo tomados en cuenta.

El objetivo principal del taller es proponer un proceso reflexivo que permita a las participantes pensarse como mujeres-indígenas-otomíes-migrantes y reflexionar en torno a lo que esto ha significado en su vida.

El taller consta de un total de 5 sesiones, cada una con una duración de entre 60 y 120 minutos. En cada sesión de trabajo se sugiere una actividad inicial que permita a las participantes generar su propio proceso reflexivo.

En general todo el taller fue diseñado teniendo en cuenta la especificidad del contexto al que está dirigido, fue necesario pensar en actividades significativas para las mujeres indígenas migrantes otomíes y que a la vez no requirieran de sesiones muy extendidas en tiempo, pues entendimos que las participantes del taller son mujeres cuyos días están sumamente cargados de trabajo y difícilmente podrían posponer sus actividades por asistir al taller.

Tomamos también en cuenta que las actividades diseñadas para conformar el taller fueran actividades que no implicaran dificultades para las mujeres, por ello las actividades propuestas están principalmente basadas en ejercicios de escucha, observación e imaginación y no se incluyeron actividades que implicaran lectura y escritura puesto que la mayoría de las mujeres a las que va dirigido no saben leer y/o escribir o se les complica hacerlo.

Nuestra propuesta de trabajo en la institución tuvo un formato diferente al formato escolar que generalmente se utiliza en la institución. La siguiente tabla enlista en la columna izquierda algunas de las características que están presentes en el trabajo de la institución mientras que en la columna derecha se señalan en contraparte algunas de las características que incorporamos desde nuestra visión de promoción de la salud.

Características y expectativas del trabajo en la institución

Características del trabajo en el Centro de Trabajo con Familias Migrantes	Características del trabajo desde la P.S. emancipadora
Trabajo basado en presentaciones de Power Point y pláticas informativas	Trabajo basado en fotografías, audios, videos, utilizados como situación generadora
Trabajo basado en oferta de información	Trabajo basado en la generación de aprendizajes por parte de las participantes
Se espera que las participantes acumulen conocimiento sobre los temas que la institución considera importantes.	Se espera que las participantes establezcan un diálogo a partir de la reflexión sobre temas que ellas consideran importantes
El personal de la institución se presenta como figura de autoridad, siendo él quien posee el conocimiento.	Desde la promoción de la salud emancipadora, solo se favorece el ambiente pedagógico que permita que las cosas sucedan y tengan una intención de aprendizaje.
La voz del personal de la institución se da por válida y no se cuestiona	La voz de las mujeres es el eje central del trabajo.
El personal de la institución realiza su trabajo sin importar los puntos de vista de las personas	Las promotoras de la salud favorecen un ambiente basado en el respeto mutuo y la confianza
El trabajo que la institución realiza no toma en cuenta el contexto en el que se desenvuelve la vida de las personas.	Se toma en cuenta la especificidad del contexto en el que se trabaja.

A continuación se explican las actividades del taller que proponemos, así como el proceso que intentamos facilitar con cada una

Actividad No. 1. “Compartiendo mis raíces”

Como situación generadora utilizaremos un video ilustrativo del pueblo de Santiago Mexquititlán.

Esta actividad fue diseñada con el fin de que las participantes del taller observaran el video e identificaran cada uno de los lugares del pueblo y de esta manera se conectaran emocionalmente con su vida en Santiago Mexquititlán trayendo a su mente recuerdos y/o experiencias de la vida en su pueblo. Consideramos importante que estos recuerdos y/o experiencias estuvieran frescos en su mente para facilitar las ejercicios posteriores.

Al concluir el video se abriría la discusión con las siguientes preguntas:

¿Qué significó ver el video del pueblo de Santiago Mexquititlán?

¿Qué nos pueden contar de Santiago Mexquititlán?

¿Cómo lo describirían? ¿Cómo es Santiago Mexquititlán?

¿Cuáles el lugar más representativo del pueblo para ustedes?

Las preguntas anteriores están diseñadas para que las participantes del taller recuerden cómo transcurre un día cotidiano en su pueblo, sus festividades, sus lugares representativos, esto con el fin de rescatar en la medida de lo posible los rasgos culturales que las definen como mujeres otomías.

Se espera que ayudadas por las preguntas las mujeres logren construir un espacio en común, donde puedan identificarse y compartir historias que tienen en común.

Como promotoras de la salud, en ésta y a lo largo de cada una de las sesiones que conforman este taller, pretendemos que las mujeres asuman un papel activo en la construcción de aprendizajes, siendo ellas y no las promotoras, las expositoras y quienes través de su experiencia puedan compartir y enseñar algo a las demás mujeres.

Actividad No. 2. “Identidad de mujer otomí”

En la siguiente actividad utilizaremos como situación generadora 2 fotografías de mujeres otomíes; una de ellas que ilustra a una mujer otomí trabajando en el campo y otra de ellas de una mujer que trabaja vendiendo artesanías en la Glorieta de Insurgentes en la Ciudad de México.

El objetivo de esta actividad así como de la siguiente es abordar las temáticas de migración y multiculturalidad.

Durante la actividad se les pedirá a las mujeres que se dividan en dos equipos y que cada una trabaje con una foto. El objetivo de plantear actividades que impliquen el trabajo en equipo es con la intención de promover en las mujeres, por un lado el ejercicio de la toma de decisiones en conjunto y por el otro favorecer que compartan sus ideas y escuchen puntos de vista similares o diferentes al suyo.

Esta actividad fue diseñada con la intención de que las mujeres asistentes al taller al ver las fotos se vean reflejadas en ellas, de tal manera que con ayuda de las preguntas que se utilizarán para

iniciar la discusión ellas reflexionen por un lado, sobre su vida como mujeres en Santiago Mexquititlán y por el otro sobre su vida en la Ciudad de México.

Las preguntas que guiarán la discusión en torno a las fotos serán las siguientes:

¿Qué miran en la imagen?

¿Qué les hace pensar eso que están mirando?

¿Cómo es una mujer otomí?

¿Qué actividades realiza la mujer otomí en Santiago Mexquititlán?

¿Qué actividades realiza la mujer otomí en la Ciudad de México?

Las preguntas anteriores están diseñadas para que a partir de las fotos las participantes identifiquen los cambios en las actividades que realizan en uno y otro lugar y que empiecen a reflexionar sobre los significados que cada una tiene o que comparten como grupo, acerca de este cambio de vida.

Actividad No. 3. De siluetas femeninas

El objetivo de esta actividad como de la anterior es abordar las temáticas de migración, multiculturalidad e interculturalidad.

Como situación generadora utilizaremos dos siluetas que las mismas participantes elaborarán y vestirán; una de ellas como una mujer indígena otomí que vive en Santiago Mexquititlán y la otra silueta como una mujer otomí que radica en la Ciudad de México.

Antes de la actividad se les pedirá a las participantes que se dividan en dos equipos y cada equipo trabaje una silueta.

Esta actividad está diseñada con la intención de que las asistentes al taller al observar las siluetas que cada equipo construyó observen las diferencias que existen en cada una de ellas y que ayudadas por las preguntas que la facilitadora planteará durante la discusión reflexionen sobre los cambios que ha sufrido su ser mujer como resultado de la migración.

Una vez que ambas siluetas estén listas, se abrirá la discusión en torno a las siguientes preguntas.

¿Qué diferencias identifican entre una silueta y otra?

¿A qué creen que se deban estas diferencias?

¿Cómo han influido estas diferencias en tu vida?

¿Cómo te hacen sentir?

Actividad fotos de recién nacidos

Como situación generadora, utilizaremos 2 fotos de bebés recién nacidos en los que el sexo no se distinga.

Con ayuda de esta actividad se abordarán los temas de construcción de género, roles de género y relaciones de poder.

Esta actividad está diseñada para que las asistentes al taller identifiquen que los conceptos de sexo y género son conceptos diferentes y, reflexionen sobre cómo se aprende a ser mujer.

La discusión en torno a las fotografías se abordará con ayuda de las siguientes preguntas:

¿Cuál creen que es el niño y cuál es la niña? ¿Por qué?

¿Cómo se dan cuenta de que un bebé es niño o niña?

¿Cómo visten a las niñas?

¿Cómo visten a los niños?

¿De qué color es la ropa de los niños y de las niñas?

¿Qué diferencias hay en su educación?

¿Qué clase de juegos tienen cada uno?

¿Qué cosas les permiten o se les prohíben a los niños?

¿Qué cosas les permiten o se les prohíben a las niñas?

¿Qué pasa si un niño se comporta como niña o viceversa?

¿A que creen que se deba? ¿Les parece justo? ¿Por qué?

Las preguntas anteriores fueron diseñadas para favorecer el inicio de un proceso de reflexión que permita a las participantes abordar cómo aprendemos a ser mujeres como resultado de la socialización en una cultura determinada,

Actividad audio sobre derechos humanos de las mujeres

En esta actividad utilizaremos un audio sobre derechos humanos de las mujeres. Este audio fue obtenido de la página web de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas (CDI) y fue realizado por la red de mujeres indígenas “Red Mira XEJMN”.

Esta actividad fue diseñada para que las asistentes al taller al escuchar el audio realizado por mujeres indígenas se identifiquen con ellas, se acerquen de una manera más amable al tema de los derechos humanos, reflexionen en torno a los derechos humanos que tienen las mujeres y puedan pensarse a sí mismas como mujeres indígenas sujetas de derechos.

Después de haber escuchado el audio, se discutirá en torno a las siguientes preguntas:

¿Qué les pareció la grabación?

¿De qué nos está hablando la historia?

¿Qué les hizo pensar?

¿Qué derechos de la mujer menciona?

¿Qué derechos conocen?

¿Qué derechos tienen?

¿Para qué les sirven sus derechos?

¿Cómo viven sus derechos en la vida cotidiana?

Se espera que con estas preguntas las participantes conozcan que como mujeres tienen derechos y que reflexionen en torno a cómo viven o no, estos derechos en su vida cotidiana.

Comentario de retroalimentación sobre el diseño del taller

Insistimos que un taller no es suficiente para promover la salud de las personas; el taller que proponemos está pensado para que a largo plazo se incluya dentro de un proceso integral de promoción de la salud. Considerando lo anterior nos permitimos a hacer los siguientes comentarios.

Características positivas del diseño

- El tema del taller responde a un problema que atañe a la promoción de la salud y que sin embargo casi no se mira.
- El planteamiento del taller promueve el inicio de un proceso reflexivo e intenta la generación de conocimiento a partir de las experiencias de las personas.

Lo que puede mejorar

- Pensar en otras actividades que puedan ser útiles para el logro del propósito, para poder enriquecer el taller con respecto a sus alcances.
- Formular preguntas con un alcance reflexivo más profundo que favorezca el logro del propósito.
- Dar mayor peso a las experiencias de los participantes como pieza clave para generar conocimiento.

- Privilegiar cada vez más la voz de las participantes de tal manera que las facilitadoras cada vez intervengan menos.

REFERENCIAS

- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), (pp. 69-76). Recuperado 5 de julio de 2012, de <http://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Alberti, P. (1994). Donde quiera que me paro, soy yo. Mujeres indígenas desde una perspectiva de género. *Anuario de Estudios Americanos*, 51(1), (pp. 287-301).
- Amoros, C. (1995). Diez palabras clave sobre mujer, (pp. 221-225). Recuperado el 25 de septiembre de 2013, de <http://www.donesenxarxa.cat/IMG/pdf/genere.pdf>
- Barrientos, G. (2004). *Otomíes. Pueblos indígenas del México Contemporáneo*. Recuperado el 13 de octubre de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/105195460/Otomi-Es>
- Bermeo, V. (2008). La vitalidad del otomí en Santiago Mexquititlán, Querétaro. *Language and Society Newsletter*, (pp. 1-12). Recuperado el 13 de octubre de 2012, de <http://www.crisaps.org/newsletter/winter2007/Otomi.pdf>
- Bueno, E. (s.f.). Definiciones y conceptos sobre la migración. Recuperado el 16 de octubre de 2012, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo1.pdf
- Chapela Mendoza, M. D. C. y Jarillo Soto, E. C. (2001). Promoción de la Salud, siete tesis del debate. Recuperado 11 de julio de 2013, de http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf

- Chapela, M.D.C. (2007). Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado, C. (Ed.) *Seis miradas a la salud*, (pp. 1-17). México: UAM.
- Chapela Mendoza, M.D. C. y Cerda. (2010). Cuerpo-Territorio. *Promoción de la salud y poder*, (pp. 100-123). México: UAM.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2009). *Otomíes del Estado de México - Hña Hñu*. Recuperado el 13 de octubre de 2012, de http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=632&Itemid=62
- De Beauvoir, S. (1949). Los datos de la biología. *El segundo sexo*. México: Debolsillo
- Fernández, F. (2008). Para el debate sobre multiculturalismo. Recuperado 23 de octubre de 2012, de http://www.upf.edu/materials/polietica/_img/int12.pdf
- García, F., Pulido, R. y Montes, A. (1997). La educación multicultural y el concepto de cultura. *Lecturas para educación intercultural. Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado 7 de octubre de 2013, de <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie13a09.htm>
- González, T. y Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características. *En Nure Investigación, n° 44, Enero-Febrero 2010*. (pp. 1-5). Recuperado 6 julio de 2013, de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGIC A/concepto44.pdf

- Gore, E. y Vázquez, M. (2004). La cultura organizativa y los límites de la intervención. En *Una introducción a la formación en el trabajo. Hacer visible lo invisible*, (p. 85). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Guzmán, L., Angulo, A., García, D. y Gómez, M.A. (2010). *Introducción a la Promoción de la Salud*. México: UACM.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (s.f.). *Migración*. Recuperado 16 de noviembre 2012, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/migracion.aspx>
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). (s.f.). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Recuperado 16 octubre de 2012, de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM22queretaro/municipios/22001a.html>
- Kawulich, B. B. (2006)] La observación participante como método de recolección de datos. En *Forum: Investigación Social Cualitativa 6(2)*,(pp. 2-5). Recuperado 16 de julio de 2012, de www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999
- Lamas, M. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. pp. 265-302. México: PUEG.
- Lamas, M. (1999). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. *Debate feminista*, (pp.84-106). Recuperado 22 de septiembre de 2013 de, <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lagarde, M. (1993). *La perspectiva de género*. Recuperado 22 de septiembre de 2013, de www.uca.edu.ni/diakonia/Documentos/Diak-71/MARCELA.DOC

- Maier, E. (2006). Tránsitos territoriales e identidad de las mujeres indígenas migrantes. *Papeles de Población*, 12(47), (pp. 201-225). Recuperado 12 de septiembre de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204708.pdf>
- Martínez García, J. S. (1998). *Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración*. Recuperado 5 de septiembre de 2013, de <http://josamaga.webs.ull.es/Papers/clase-bd-usal.pdf>
- Martínez-Herrera, M. (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en psicología*, 21(108), (pp.79-95). Recuperado 8 de enero 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133212641004.pdf>
- Mendizábal, N. (2009). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis, I et al. *Estrategias de investigación cualitativa*, (pp. 65-103). España: Gedisa.
- Menéndez, E. (1991). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Ponencia Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Recuperado 22 de octubre de 2012, de <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2009). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis, I et al. *Estrategias de investigación cualitativa*, (pp. 213-234). España: Gedisa.

- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado 20 de noviembre de 2012, de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- OMS. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Recuperado 6 de diciembre de 2012, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Rando, W. y Menges, R. (1991). Cómo la practica está condicionada por las teorías personales. En Menges, R. & Svinicki, M.D. *College Teaching: From Theory to Practice*. New Directions for Teaching and Learning, n° 45.
- Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista cubana de salud pública*. Recuperado 16 de julio de 2012, de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21433320.pdf>
- Soneira, A. (2009). La Teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis de Gialdino, I et al. *Estrategias de investigación cualitativa*, (pp.153-173). España: Gedisa.
- Taylor, S y Bogdan, R. (s.f.). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Recuperado 17 de mayo de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/36528464/Introduccion-a-los-metodos-cualitativos-de-investigacion>
- UNAM y SSA (Ed.). (2009). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México. Recuperado 4 de mayo de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/74398193/Libro-Intercultural-Id-Ad-en-Salud-20>

Valverde, A. (2009). Santiago Mexquititlán: un pueblo de indios, siglos XVI-XVIII. *Dimensión Antropológica*. Recuperado 23 de febrero de 2012, de <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=3082>

Vasilachis de Gialdino, I et al. (2009). La investigación cualitativa. *Estrategias de Investigación cualitativa*, (pp. 23-60). España: Gedisa.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por el apoyo
brindado para la impresión y empastado de este trabajo recepcional.

Coordinación de Certificación y Registro

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada Humano me es ajeno