

*Propuesta de un programa
de atención a la salud y prevención
del consumo de alcohol
en adolescentes hablantes del maya.
Una primera aproximación desde
la interculturalidad*

AYMÉ YOLANDA PACHECO TREJO¹
JUAN ALBERTO PÉREZ BRICEÑO²

RESUMEN

Es una realidad que los adolescentes de las comunidades indígenas de nuestro país representan un sector poblacional con severas carencias de salud, educación y derechos, entre otras necesidades imperantes. Problemas de salud como desnutrición, alcoholismo, drogadicción, VIH/SIDA y suicidio, se encuentran con frecuencia en esta población como causas principales de mortalidad. Atender estas problemáticas de manera efectiva y urgente, necesariamente requiere alejarse del modelo médico hegemónico y acercarse a las comunidades con otra visión, desde un enfoque intercultural que incluya el conocimiento y respeto por la lengua, sus formas de comunicación, sus valores y creencias, así como su organización social y rescate de los recursos terapéuticos. En este contexto, se presenta el Programa de Atención Integral a la Salud para Adolescentes en Condiciones de Vulnerabilidad (PAISAV), el cual tiene como propósito general prevenir e intervenir en las conductas de riesgo que se han identificado con mayor incidencia en 300

¹ Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de la Universidad Modelo Valladolid. aimeepacheco@hotmail.com.

² M.P.H. Juan Alberto Pérez Briceño. Centro de Formación, Atención e Investigación en Psicología (CEFAIP, A. C.).

estudiantes de secundaria, en tres comunidades de alto riesgo con población maya hablante de la región oriente del estado de Yucatán. La intervención se implementará en modalidad de talleres grupales en los salones de la escuela en el turno vespertino, dos veces por semana durante 4 meses. Se usará apoyo audiovisual, videos, diapositivas, música, además de folletos informativos y diferentes dinámicas participativas. Se concluye con una serie de recomendaciones derivadas de un primer acercamiento con una aplicación piloto del programa con 30 estudiantes: 15 hombres y 14 mujeres de la Escuela Secundaria No. 69 de Xocén, Valladolid, mismas que se integrarán en las aplicaciones subsiguientes del programa, a fin de mejorar el trabajo desde una perspectiva intercultural con población adolescente hablante del maya.

Palabras clave: salud, adolescencia, interculturalidad, intervención.

ABSTRACT

It is a fact that adolescents of indigenous communities in our country represent a sector of the population with severe deficiency on health, education and rights, among other important needs. Health problems such as malnutrition, alcoholism, drug addiction, HIV/AIDS and suicides are often in this population as the main causes of mortality. To attend these issues effectively and urgently requires necessarily a break away from the hegemonic medical model and approach communities from another view, from an intercultural approach that includes understanding and respect for the language, forms of communication, values and beliefs as a social organization, and rescue their therapeutic resources. In this context is presented the program of comprehensive health for adolescents in vulnerable conditions attention (PAISAV). This program has as general purpose to prevent and intervene in risk behaviors that have been identified with the highest incidence in 300 high school students in three high-risk communities with Mayan-speaking population in the eastern region of the State of Yucatan. The intervention will be implemented in form of group workshops in the classrooms of the school in evening classes twice a week for four months. Audiovisual aids, videos, slides and music will be used, as well as brochures and various participatory development. It concludes with a series of recommendations from a first approach with a pilot implementation

of the program with 30 students, 15 men and 14 women, which belong to the High School 69 of Xocén, Valladolid, which are being integrated into subsequent application programs to improve the work from an intercultural perspective on Maya adolescent speakers.

Key words: Health, adolescence, intercultural, intervention.

LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES INDÍGENAS. CONSTRUYENDO EL PROBLEMA

Lograr una atención integral a la salud de los adolescentes es uno de los retos actuales imperantes para optimizar la fuerza vital que representa esta población en el progreso social, económico y político de las sociedades, ya que si bien esta etapa se caracteriza por las buenas condiciones de salud de su grupo etario, en las últimas décadas los adolescentes han venido presentando diferentes problemáticas consecuentes, principalmente a comportamientos y pautas poco saludables, cuyos efectos cobran factura en la siguiente etapa de vida (OMS, 2013, 2014a y b). Una atención integral significa partir del hecho de que la adolescencia se caracteriza por un periodo de cambios significativos, transformaciones físicas y emocionales que caracterizan la transición a la edad adulta. La persona adolescente debe superar varios retos, a fin de lograr con éxito pasar a la siguiente etapa: debe definir su personalidad, construir su independencia, fortalecer su sentido de vida y su autoafirmación, entre otras tareas (World Health Organization [WHO], 2007).

Para lograr estas habilidades, es indudable que los adolescentes deben contar con una buena salud y recibir apoyo de varias instancias: de su familia, de la escuela, de las instituciones de salud y de la sociedad en general, así como atender a diferentes grupos poblacionales y, por supuesto, considerar los que se encuentran en riesgo o en situación vulnerable (Knipper, 2010), incluyendo a los jóvenes que viven en circunstancias difíciles de vida, derivadas de vivir en zonas de alta marginación y que son indígenas.

Es una realidad que los niños de las comunidades indígenas de nuestro país representan un sector poblacional con severas carencias de salud, educación y derechos, entre otras necesidades imperantes (Lerín, 2010). Las cifras señalan que existen alrededor de 13.7 millones de personas indígenas en el país, de los cuales 6.7 millones son

hombres y 6.9 millones son mujeres, pertenecientes a 62 diferentes grupos étnicos (CONAPRED, 2011). Además, 76.1% de la población de habla indígena vive en pobreza. La situación, de por sí compleja, se agrava más si se considera que la mayoría de las casi 25,000 comunidades indígenas suelen ubicarse en zonas de difícil acceso, lo cual repercute en la posibilidad de recibir servicios de salud y educación. De manera paradójica, históricamente las poblaciones indígenas han sido incluidas dentro de las minorías; sin embargo, de acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pueblos como los mayas son mayoría dentro de algunos países o al interior de ellos, como ocurre en México, de hecho el estado de Yucatán es uno de los lugares con mayor número de personas pertenecientes a este grupo étnico (Hasen, 2012).

Si bien en México, con las reformas de la Constitución, se han realizado importantes transformaciones para reconocer la naturaleza multicultural y el plurilingüismo de la población, aún queda mucha labor por hacer para mejorar la calidad de vida, la educación, la salud y los derechos de la población indígena. Por factores culturales, sociales y económicos, las condiciones de vida y salud en que la mayoría de esos pueblos se desenvuelve son precarias, siendo la relación entre pobreza y etnicidad una proporción directa. Problemas de salud como desnutrición, alcoholismo, drogadicción, VIH/SIDA y el suicidio se encuentran con frecuencia en esta población como causas principales de mortalidad (Ávalos, 2001; Almaguer, Vargas, y Ramírez, 2014; Goichochea, 2014).

Atender estas problemáticas de manera efectiva y urgente, necesariamente requiere alejarse del modelo médico hegemónico y acercarse a las comunidades con otra visión, desde un enfoque intercultural que incluya el conocimiento y respeto por la lengua, sus formas de comunicación, sus valores y creencias, así como organización social y rescate de sus recursos terapéuticos locales (Goichochea, 2014; Lerín, 2010).

Para propósitos de la presente investigación, entendemos interculturalidad como el proceso de interrelación entre culturas a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos. Para intervenir desde este enfoque, es necesario ir al encuentro con el "otro" desde la comprensión de su mundo cultural, estableciendo un diálogo y una apertura hacia el intercambio de saberes y experiencias (Ávalos, 2001). El enfoque intercultural permite conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de

atención de salud, al valorar su diversidad biológica, cultural y social, así como su influencia en todo proceso de salud y enfermedad (Güémez y Quattrocchi, 2011). Lo anterior conlleva a considerar a la persona en su integridad, sus conocimientos, actitudes y características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, de edad, identidad y género desde el contexto de su comunidad (Lerín, 2004).

Desde este enfoque, se intentan contextualizar los principales problemas de salud que enfrenta de manera cotidiana los adolescentes hablantes de maya en Yucatán, específicamente en la región oriente, donde se concentra una gran población en zonas marginadas (Güémez y Quattrocchi, 2011). Estudios preliminares demuestran la alta incidencia de situaciones de riesgo en este grupo poblacional, entre los que destacan: el consumo de alcohol y otras drogas, embarazos en adolescentes, ITS y VIH/SIDA, depresión y suicidios. Las siguientes cifras intentan proporcionar un panorama general de las problemáticas en el estado, comparadas con las nacionales.

LAS CIFRAS. DEMOSTRANDO UNA REALIDAD

En el 2010, se reportaron 14 millones de fumadores en México; 10 millones comenzaron a fumar antes de los 14 años y 60% de jóvenes menores de 18 años han fumado alguna vez en su vida. La prevalencia aumenta conforme se incrementa la edad, llegando a 75% en jóvenes de 19 años. Situación similar se observa con la exposición al alcohol: en promedio, jóvenes de 10 a 19 años presentan una prevalencia de 11%, la cual se modifica con la edad. Llama la atención que desde los 15 años, 10% de los jóvenes consumen alcohol, y a los 19 años la prevalencia asciende a 31%. Asimismo, más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas ilícitas. En el estado de Yucatán, la edad de inicio en el consumo de tabaco entre población de 18 a 65 años de edad, para hombres, fue a los 17 años; mientras entre las mujeres se encontró en los 18.1 años (ENA, 2011). La encuesta también señaló que el consumo de alcohol se da en etapas más tempranas, lo que significa mayor riesgo para el consumo de otras drogas.

Otro problema serio en la región es la desnutrición de niños y adolescentes, y la prevalencia de sobrepeso y obesidad que se encuentran altamente relacionados con prácticas inadecuadas de alimentación. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENS-

ANUT), el problema es más frecuente en las jóvenes. De hecho, desde los 16 años, un tercio de las jóvenes en México presentan exceso de peso. Por otro lado, la incidencia nacional de anemia en adolescentes de ambos sexos fue de 11.5%, lo cual representa a 2'116,582 adolescentes anémicos en todo el país. Los adolescentes hombres de 12 años tuvieron la prevalencia más alta (28.6%) (ENSANUT, 2012). En 2012, de acuerdo con los resultados de esta misma encuesta, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso.

En nuestro estado, el panorama es similar, cuatro de cada diez adolescentes yucatecos enfrentan problemas de sobrepeso y obesidad, un problema de salud pública que afecta a la entidad. 43.4% de los adolescentes hombres y mujeres de Yucatán presentaron sobrepeso más obesidad, nivel superior a la encuesta del 2006 cuando se reportó 42.1% de la población de los jóvenes. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la entidad es mayor al promedio nacional –se ubicó en 35%– en más de ocho puntos porcentuales. Para los adolescentes de Yucatán que habitan en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad pasó de 43.5% en 2006 a 42.0% en 2012. Mientras que para los habitantes de localidades rurales esta cifra representa actualmente 52%.

En el área de salud sexual y reproductiva, destacan por su relevancia los altos índices de contagios de ITS/VIH y embarazos no planeados. A nivel mundial, la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en población de 15 a 24 años; en México, donde hay un importante subregistro de casos de VIH, en la población de 15 a 19 años se reportaron 2,744 casos acumulados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre 2002-2011, de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión. Lo anterior se relaciona con el hecho de que en la última década aumentó en un tercio el número de adolescentes de 12 a 19 años de edad que iniciaron su vida sexual activa; actualmente, 23% está en esta condición. El 33% de las mujeres y 15% de los varones reconoció que no utilizó ningún método anticonceptivo en su primer encuentro sexual (ENSANUT, 2012). En el caso de Yucatán, de nueve mil partos atendidos el año pasado por el sector sa-

lud, 1,100 fueron por adolescentes de 13 a 19 años de edad, 12.2%, una cifra muy elevada que ubica a nuestro estado como la sexta entidad federativa del país con mayor incidencia nacional. La edad promedio en la que los jóvenes yucatecos empiezan su vida sexual es a los 17.4 años, por lo que la mayoría de las madres adolescentes se encuentran en un rango de edad de entre 15 a 19 años. El embarazo en la etapa escolar se acompaña en la mayoría de los casos en deserción escolar, además, el embarazo prematuro conlleva un alto riesgo para la vida y salud de la madre y del bebé (Güémez y Quattrocchi, 2011).

Ante estas circunstancias, el embarazo adolescente se mantiene como un problema grave de salud pública en Yucatán. Si bien el uso de anticonceptivos se incrementó en los últimos seis años de manera importante, resulta insuficiente, pues poco más de la mitad (52 %) de las jovencitas que tuvieron relaciones sexuales, alguna vez ha estado embarazada. Por otro lado, aun cuando se registra un aumento en el uso de píldoras anticonceptivas, esta acción se enfoca a evitar un embarazo no deseado, mas no previene una infección de transmisión sexual. Se ha documentado que 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia, no lo planean o no lo desean en ese momento. En las comunidades hablantes de maya, el embarazo temprano es una práctica prevalente, ya que con frecuencia es considerado como la única opción viable entre las oportunidades al alcance de las adolescentes, considerando que las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas (Güémez y Quattrocchi, 2011).

Finalmente, pero no menos importante, es el alto número de adolescentes que mueren cada año en México por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, por lo tanto, las principales causas de muerte entre los jóvenes son las relacionadas, directa e indirectamente, con la violencia. Los traumatismos y las fracturas representan un alto porcentaje dentro de los motivos de egreso hospitalario (INEGI, 2011). Entre los hombres de 15 a 19 años de edad, los homicidios son la principal causa de muerte; mientras que en las mujeres de esa edad, las causas maternas aparecen entre los principales motivos de defunción. En el año 2006, el sistema de salud atendió un total de 4,339 casos por lesiones causadas por violencia en adolescentes de 10 a 19 años: 1,148 mujeres y 3,251 varones (Sistema de Información de Salud, DGI/SSA, 2016). La tasa de muertes por accidente respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos en el año 2005 fue de 72.6% en varones de 10 a 14 años, y de 64.1% de 15 a 19 años. En el caso de las mujeres, fue ligera-

mente menor, con 69.6% y 62.9%, respectivamente, en el grupo de edad (INEGI, 2011). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) refleja un aumento considerable en la prevalencia de accidentes en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, ya que aumentó 6%, según resultados. La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes aumenta en aquéllos que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%), situaciones que se presentan con alta frecuencia en comunidades marginadas en Yucatán. Asimismo, las estadísticas del INEGI muestran el alto nivel de muertes por suicidio en adolescentes, ya que en el rango de 10 a 14 años se encuentra una tasa de 10.5%, mientras que entre los adolescentes de 15 a 19 años se incrementa a 12.6% (INEGI, 2011).

Estas cifras, junto con el panorama descrito en el primer apartado que resalta la precaria situación en salud de los pueblos indígenas, intentan, de manera muy general, establecer los elementos que permitan justificar la necesidad de actuación en salud en grupos poblacionales hablantes de maya, desde una visión intercultural. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es describir el PAISAV, diseñado con el propósito general de prevenir e intervenir en las conductas de riesgo que se han identificado con mayor incidencia en la población hablante de maya en la región oriente del estado de Yucatán, desde un enfoque de respeto, comprensión e integridad hacia la cultura y los valores que enmarcan su cosmovisión y conceptos de salud-enfermedad. Asimismo, se presentan algunos resultados preliminares de su aplicación piloto que determinan una conclusión tentativa de lo que se ha trabajado del programa hasta el momento.

UN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO E INTERCULTURAL DE ATENCIÓN. PROPONIENDO UNA SOLUCIÓN

La idea de diseñar e implementar un programa de atención integral a la salud para adolescentes hablantes de maya, surge a partir de la detección de necesidades reales de la población que cotidianamente se atiende en el área clínica del Centro de Formación, Atención e Investigación en Psicología (CEFAIP). De manera coincidente, durante la realización del programa de prácticas comunitarias de la Escuela de la Salud de la Universidad Modelo Valladolid, se detectó el requeri-

miento de trabajar desde otra visión integradora que permitiera una mayor efectividad en los talleres y capacitaciones programadas. Tras la experiencia de un proyecto previo con familias hablantes de maya e hijos discapacitados de la comunidad de Popolá –zona de alta marginación–, profesionales, estudiantes y voluntarios de ambas instituciones se unieron como equipo de trabajo; de esta sinergia surgió el PAISAV. El programa tiene como propósito general prevenir las conductas de riesgo que se han reportado en censos nacionales, estadísticas de centros de salud locales y literatura del área con mayor incidencia en población hablante de maya en zonas marginales de la región. Estas conductas son el consumo de sustancias, problemas alimenticios, depresión y suicidio, deserción escolar, embarazo no deseado y contagio de ITS/VIH. Otro objetivo es desarrollar manuales y protocolos de atención empíricamente validados, ya que hasta donde se sabe existe escasa información disponible en la literatura sobre protocolos de actuación en población hablante de maya. Finalmente, se pretende conformar una unidad de atención integral al adolescente que trabaje de forma permanente en el CEFAIP, con el apoyo de la Escuela de la Salud de la Universidad Modelo Valladolid, y en coyuntura con instancias municipales y de salud de la región.

Descripción general del programa

Se pretende involucrar a la totalidad de estudiantes de las tres secundarias rural-indígena de las comunidades de Popolá, Xocén y Ticuch, considerados por el INEGI (2011) como de alta marginación, siendo un total de 345 alumnos entre los 12 y 18 años de edad, que colaboren de forma voluntaria tras emitir su consentimiento informado. En el caso de menores de edad, los padres deberán firmar de igual forma. Se excluirán del estudio los participantes que no acepten firmar el consentimiento informado o que presenten una enfermedad o padecimiento significativo o grave que demande la atención inmediata de otras instancias de salud.

Para propósitos de la investigación, se realizarán una entrevista clínica para adolescentes en riesgo, la cual consiste en un formato de entrevista semidirigida que incluye la exploración de cuatro áreas de vida en el adolescente (familiar, relacional, personal y de salud), con tres sub-áreas en cada una. La entrevista específica en un protocolo preeliminar las habilidades de comunicación, actitudinales y conociemien-

tos requeridos para ponerlas en práctica, enmarcadas en el respeto y comprensión de los saberes de las comunidades.

Además, se realizará una evaluación inicial y otra final (pre-post), a través de un cuestionario de 25 reactivos con tres opciones de respuesta (cierto, falso, no lo sé) que explora prácticas, actitudes y conocimientos sobre adicciones, prácticas alimenticias, sexualidad, depresión, suicidio y VIH/SIDA.

El programa PAISAV será realizado de manera operativa por un equipo interdisciplinario formado por 6 profesionales de las áreas de psicología; tres psicólogos, dos nutriólogos y un odontólogo. Asimismo, se contará con el apoyo de 10 estudiantes del área de la salud previamente capacitados, 4 de ellos hablantes de maya.

La intervención se realizará a lo largo de seis meses. Los participantes se dividirán en dos cohortes de edad (de 12 a 15 y de 16 a 18). Todos recibirán el seguimiento del módulo de crecimiento y desarrollo una vez por mes, el resto del tiempo participarán en las actividades diseñadas en cada módulo (ver Tabla 1). Se han realizado alianzas estratégicas con instituciones educativas, municipales, de salud y del tercer sector, a fin de poder canalizar a los adolescentes donde se detecte alguna problemática que requiera atención personalizada y urgente.

Tabla 1. Módulos de atención del Programa de Atención Integral a Adolescentes Vulnerables (PAISAV).

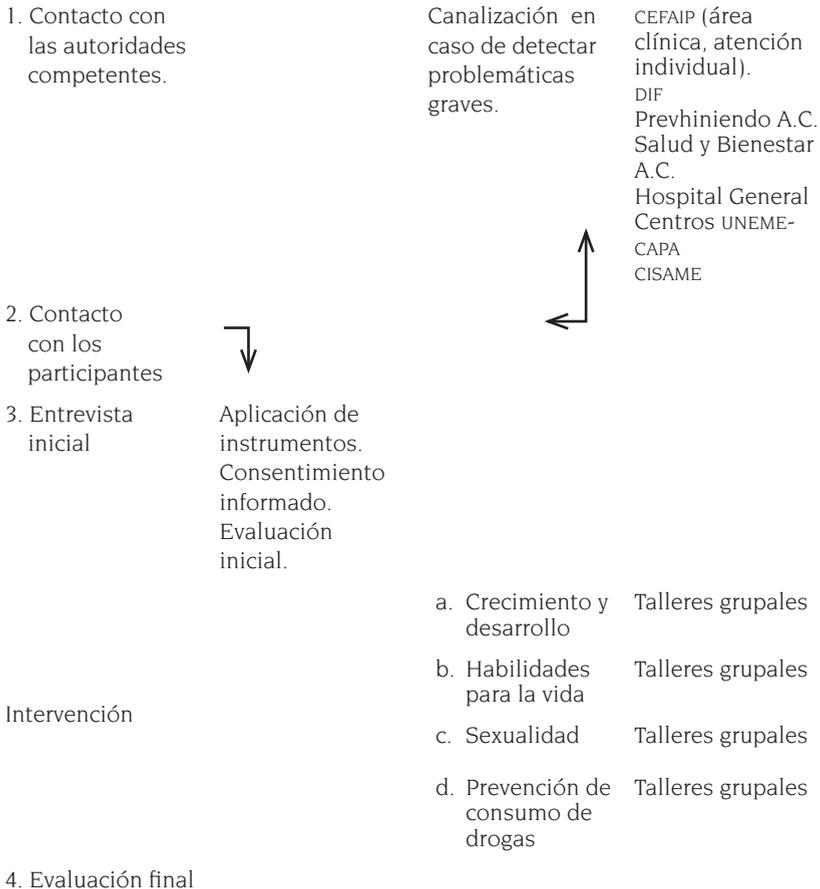
Crecimiento y desarrollo	Salud sexual y reproductiva	Habilidades para la vida	Prevención del consumo de tabaco, alcohol y sustancias
<p>Prevención y detección precoz de afecciones crónicas más frecuentes.</p> <p>Educación para prevenir factores de riesgo y mejorar estilos de vida.</p> <p>Actividades para mejorar la salud.</p> <p>Toma de presión, medición de glucosa y colesterol.</p> <p>Realización de diagnóstico nutricional. Consejos para mejorar los hábitos alimenticios.</p>	<p>Consejería, apoyo e información sobre sexualidad, autoconcepto y autoestima.</p> <p>Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no planeado.</p>	<p>Manejo asertivo de emociones.</p> <p>Promoción de resiliencia.</p> <p>Estrategias de autocuidado para la prevención de los accidentes. Comunicación afectiva familiar.</p> <p>Planeación de metas de vida, acorde con la cosmovisión y valores de la comunidad.</p>	<p>Estrategias de prevención del uso y abuso de drogas legales e ilegales, a través del análisis de consecuencias del consumo. Establecimiento de metas de vida. Estrategias de solución de problemas. Habilidades para resistir a la presión de los pares (Martínez y Pacheco, 2014).</p>

METODOLOGÍA PROPUESTA

Los talleres se realizarán siguiendo una metodología de trabajo interactiva que permita abrir espacios de diálogo entre los jóvenes durante el transcurso de la sesión. Se implementarán en los salones de la escuela en turno vespertino, con una duración de 90 a 120 minutos, dos veces por semana durante 4 meses (aproximadamente un módulo por mes, descontando días inhábiles y vacaciones de primavera). Se usará apoyo audiovisual, vídeos, diapositivas, música, además de folletos informativos y diferentes dinámicas participativas.

La Figura 1 describe el procedimiento general del programa.

Figura 1. Procedimiento general del PAISAV.



A MANERA DE CONCLUSIÓN. EXPERIMENTANDO LOS RETOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Se piensa que la relevancia de esta propuesta de intervención subyace en la forma de aproximación al fenómeno desde un enfoque intercultural, el cual necesariamente debe vivirse, encarnarse, practicarse, para que funcione como tal.

Lo anterior no es simple producto de una reflexión de escritorio, recién se obtuvieron datos de un primer acercamiento con una aplicación piloto del programa con 30 estudiantes, 15 hombres y 15 mujeres de la Escuela Secundaria no. 69 de Xocén, Valladolid. A manera de contexto breve, se describe la comunidad como una zona de alta marginación (INEGI, 2011), con una población de 2,407 habitantes, donde 86.27% de los adultos es hablante de maya. La localidad se caracteriza por un porcentaje de analfabetismo entre los adultos de 20.01% (14.29% en los hombres y 25.53% en las mujeres), y el grado de escolaridad es de 4.55 años de estudio (5.14 en hombres y 4.02 en mujeres). La mayoría de los adultos se dedican a labores del campo o se autoemplean como plomeros, albañiles o jardineros en la cercana ciudad de Valladolid, mientras que las mujeres son amas de casa en su mayoría, de forma escasa algunas se dedican a la venta de alimentos, limpieza de casas, entre otras ocupaciones, aparte de sus labores en el hogar (Terán y Rasmussen, 2005).

De hecho, la primera idea de este artículo fue publicar un avance de los resultados que hasta el momento se encontraban en proceso de análisis; no obstante, a primera vista los hallazgos obtenidos son poco concluyentes, ya que si bien los cuestionarios pre-post test mostraron evidencia en obtención de mayores conocimientos sobre los temas y modificación de creencias, tendientes a procurar un mayor autocuidado y un análisis reflexivo de las consecuencias de sus acciones en 83% de los participantes; en la práctica la realidad nos superó, tuvimos que modificar contenidos, métodos y técnicas sobre la marcha, induciendo “variables extrañas” que afectaron los resultados de la intervención. A fin de sistematizar estas adaptaciones en el programa original, se realizaron dos encuentros de conversación con los diez facilitadores de los talleres, a fin de lograr rescatar las modificaciones e incluirlas como lineamientos de trabajo en el protocolo de intervención.

En suma, se tuvo que sacrificar rigurosidad metodológica en aras del acercamiento a la gente y en pos de ser congruente con la visión integradora e intercultural que sustenta el proyecto. Si bien hemos de seguir trabajando en una posición intermedia que permita mantener la observancia científica en una realidad humana subjetiva compleja, la experiencia fue altamente gratificante y nos permitió hacer reflexiones tentativas que mejoran el trabajo hasta ahora realizado.

En un intento por ser puntuales, se establecen los siguientes lineamientos que integraremos en las aplicaciones subsiguientes del programa y que esperamos también puedan ser útiles en el trabajo con población adolescente hablante de maya.

Primero, al contrario de lo que se esperaría desde la mirada tradicional, la experiencia de trabajo demostró que los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad se interesan por ser agentes activos en el cuidado de su salud; en ese sentido, el modelo paternalista con que tradicionalmente se abordan sus problemas desde las instituciones de salud resulta obsoleto y poco efectivo. Los jóvenes esperan cooperar con facilitadores que promuevan su autonomía y la posibilidad de tomar decisiones asertivas sobre su cuerpo y bienestar.³

Segundo, el ambiente de trabajo debe garantizar un clima de privacidad y confidencialidad. Siendo una comunidad pequeña, es común la preocupación de externar sus opiniones y que éstas sean conocidas y censuradas por sus mayores. Esto último, sólo se logra con la inclusión de aspectos éticos, afectivos, culturales y de género en la visión general de la intervención y desde la capacitación de los facilitadores. En este caso, los facilitadores fueron estudiantes de psicología, menores de 25 años, cuatro de ellos hablantes de maya provenientes de comunidades y con apellidos de origen étnico, lo que ayudó a la identificación y empatía. Cabe señalar que la inclusión de los facilitadores

3 De manera particular, es interesante señalar que esta actitud de los jóvenes es congruente con su historia cultural. Xocén es considerado, por la población hablante de maya, como un pueblo sagrado, el "centro del mundo" (*U Chuumuk Lu'um*). Es objeto de estudio de numerosos antropólogos e historiadores por el culto a la Santísima Cruz Tun, regalo de los dioses que simboliza que este lugar fue designado como el centro del mundo, historia que se ha conservado por medio de la tradición oral. Sin estar vigente por completo, esta tradición ha condicionado la cosmovisión de la creación del mundo y del hombre que de alguna forma aún subyace en el pensamiento de la población. De hecho, la población se ha distinguido por ser "subversiva", "que no se deja" manipular por intenciones políticas, y muy "cerrada" en sus tradiciones y costumbres (Góngora y Gonzáles, 1995; Terán y Rasmussen, 2005).

hablantes de maya al proyecto no fue circunstancial. Participaron de forma voluntaria en el programa tras la invitación expresa del equipo de investigación, con el deseo explícito de aportar sus conocimientos al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, con lo que se sienten identificados (May y Salas, 2011). Esta “intersubjetividad”, al contrario de lo que pudiera percibirse en otros modelos más tradicionales de atención, fue clave para la integración y trabajo cooperativo con los grupos. Es un aspecto de trabajo que debe rescatarse e integrarse de forma sistemática al protocolo de investigación.

Tercero, el programa se debe estructurar de acuerdo con las necesidades propias de la región, partiendo del respeto al contexto cultural cotidiano de los adolescentes atendidos, y del rescate de sus conocimientos sobre el tema; se debe considerar, además, que el acercamiento a la comunidad implica una comprensión compleja de su realidad, que se distingue por su sincretismo y dualidades. En nuestro caso, se trataba de una población con dificultades para acceder a la tecnología, sin embargo, con una gran información. Los jóvenes poseen teléfonos celulares y cuentas de redes sociales; si bien la señal es limitada, aprovechan los espacios de internet gratuito o acuden a cibercafés. La tendencia a trabajar en la región vecina de la Riviera Maya también es fuente de otras costumbres, ideas y valores.

Cuarto, trabajar desde un enfoque de género “realista”, que va más allá de usar indiscriminadamente el término empoderamiento (Torres, 2010). El inicio de la vida sexual a edades tempranas, muchas veces sin protección, dando como resultados embarazos adolescentes, es una práctica común en la comunidad, muchas veces esperada y no censurada. Criticar este único destino de las mujeres sin un cuestionamiento de fondo no aporta ninguna alternativa ni solución. Es importante comprender que para los padres de la comunidad es un gran logro que sus hijos finalicen sus estudios de secundaria, ya que en la mayoría de los casos es el máximo logro académico que pueden alcanzar. Con frecuencia, la graduación de la escuela secundaria y la obtención de un certificado significan un rito de pasaje que los prepara para la vida; posterior a este rito, los adolescentes forman su núcleo familiar y se incorporan al trabajo y a las labores de la casa, respectivamente. Por otro lado, las adolescentes que no se casan o viven en pareja (“arreguntarse”), deben incorporarse ahora de tiempo completo al cuidado de menores y ancianos de la familia, o en su caso, aportar al ingreso familiar trabajando de “muchachas” en limpieza de casas ajenas, don-

de muchas veces su salario exiguo debe entregarse al padre de forma puntual e íntegra. Además de tener que lidiar de manera cotidiana con el reclamo de sus parejas, a quienes no les agradan que sus novias o esposas trabajen en casa donde conviven con otros hombres. En esta perspectiva, la opción de casarse y tener su propia familia y su propio espacio parece ser más atractiva. Además, el tener un hijo le garantiza un estatus en la comunidad y confiere un sentido de vida. Las circunstancias para el hombre no son más alentadoras. El muchacho ahora debe encargarse del sustento familiar, pero además con la presión de los pares para consumir alcohol, ya que si no consume, es muy “mal visto”. Es un proceso de construcción compleja de la masculinidad, donde los significados de ser “hombre” se relacionan con mantener una casa, tener mujer e hijos; y la concepción de “hombría” es consumir alcohol, pero sin fallar en su papel de proveedor.

En ese sentido, cualquier intervención en proyectos de vida debe incluir las soluciones que desde los mismos adolescentes se plantean, estableciendo alternativas que les permitan estar en congruencia con sus valores familiares y comunitarios, pero que a la vez le ofrezcan mejores condiciones de existencia (Knipper, 2010). No se trata de imponer soluciones desde fuera, sino de confiar en que los propios participantes, con ayuda de la información adquirida en los talleres, sus saberes y su propia experiencia de vida, puedan proponer alternativas viables sobre su educación, su vida laboral y personal (May y Salas, 2011).

Quinto, para el éxito del programa, necesariamente se deben establecer alianzas y colaboraciones con sectores gubernamentales, municipios y regidurías de salud, educación, cultura y deportes, así como vinculación con organizaciones de la sociedad civil y otras organizaciones no gubernamentales (ONG). A la vez que requiere la coordinación con el sector salud e instituciones educativas, a fin de poder ofrecer una respuesta integral a las necesidades de los adolescentes. Asimismo, es realmente importante identificar e integrar al proyecto los líderes formales e informales de la comunidad, así como a los maestros y autoridades educativas de la región.

Sexto y último, el logro de los objetivos del programa sólo se puede alcanzar a través del trabajo en equipo interdisciplinario, en la confluencia de visiones y desde un abordaje ético y de derechos humanos, que inicia con la capacitación de investigadores y terapeutas.

Finalmente, a manera de conclusión, se desea compartir la experiencia de los facilitadores sobre aspectos de la relación humana que

se consideran relevantes al momento de intervenir (Mocelin, Viesca y Gutiérrez, 2011):

1. Considerar el sistema de valores de los adolescentes y solicitar permiso para integrarse a este sistema no como experto, sino como facilitador dentro de un vínculo de interacción respetuosa y de expresión de afectos.
2. Generar otros canales de comunicación que validen la experiencia de los participantes (por ejemplo, murales escolares bilingües, uso de redes sociales, uso de mecanismos de la propia comunidad como el *voceo*).
3. Cuidar el lenguaje verbal y no verbal al escuchar comentarios que estén en desacuerdo o en oposición respecto a nuestras propias construcciones sobre salud.
4. Evitar asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, de edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas.
5. Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.
6. Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.
7. Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad.
8. Aceptar la vigencia de otras formas de entender y tratar a la salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud.
9. Interesarse y, en lo posible, tratar de hablar otras lenguas, con el compromiso de entender al mismo tiempo la cosmovisión de nuestros pueblos.

Por último, se recalca la relevancia de conjugar formas de aproximación a los fenómenos de salud que combine el estudio de los aspectos interculturales con investigaciones rigurosas y sistemáticas, con el propósito de recopilar hallazgos que permitan crear protocolos de actuación empíricamente validados, a fin de optimizar los recursos y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en general (Pacheco y Martínez, 2013).

REFERENCIAS

- Almaguer, A., Vargas, V. y Ramírez, J. (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. México: Secretaría de Salud.
- Ávalos Tejeda, A. (2001). *Los pueblos indígenas de México*. México: UNAM.
- Consejo Nacional de Población México (CONAPO). (2010). La situación actual de los jóvenes en México. México: CONAPO.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2010). Encuesta Nacional sobre Discriminación. Recuperado de: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis_2010-RG-Accss-002.pdf.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011. (2012). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]/Secretaría de Salud. México.
- Goichochea, E. (2014). Interculturalidad en salud. *USV-SCIENTIA*, 52-55.
- Góngora, R. y Gonzáles, P. (1995). El culto de la Santísima Cruz Tun de Xocén y su influencia en la medicina mágica de los mayas en Yucatán. *Revista biomédicas*, 6, 47-51.
- Güémez, M. A. y Quattrocchi, P. (2011). El modelo intercultural en el campo de salud. Reproductiva. Una experiencia de investigación aplicada en Yucatán. *Temas Antropológicos*, 33, 53-71.
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia en enfermería*, 18, 17-24.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Recuperado de: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/>.
- Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 94-101.
- Lerín, S. (2010). Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Lerín, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, 15, 111-125.

- Martínez, K. y Pacheco, A. (2014). El arte de ser terapeuta: ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e investigación en Psicología*, 19(1), 199-217.
- May, S. y Salas, C. (2011). Lengua maya e interculturalidad: herramientas para el cuidado holístico. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19, 54 -56.
- Mocellín, M., Viesca, C. y Gutiérrez-Martínez, D. (2011). Bioética y salud intercultural. Apuntamientos para una conexión necesaria y posible. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49, 325-330.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). *Salud de los niños indígenas. Incorporación del enfoque intercultural de salud en los contenidos y metodologías de la estrategia*. México: AIEPI.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2014 a). *La salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2014 b). *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington: OPS.
- Pacheco, A. y Martínez, K. I. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e investigación en psicología*, 18 (1), 159-176.
- Secretaría de Salud. (2016). Sistema de Información de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-informacion-en-salud-dgis>.
- Terán, S. y Rasmussen, C. (2005). *Xocén. El pueblo en el centro del mundo*. Yucatán: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Torres, C. (2010). *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- World Health Organization. (2007). *Commission on Social Determinants of Health. Social Determinants and Indigenous Health: The International Experience and its Policy Implications*. Geneva: WHO.

