



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y DEL
COMPORTAMIENTO GENERACIÓN 2010**

**Identificación de elementos necesarios para una comunicación exitosa en
salud para población adulta mayor tarahumara, nahua y maya**

MARITZA ALEJANDRA AMAYA CASTELLANOS

COMITÉ DE TESIS:

Dra. Blanca Pelcastre Villafuerte

Mtro. Sergio Meneses Navarro

Dra. Marta Caballero García

CUERNAVACA, MORELOS AGOSTO DE 2010

RESUMEN

El Plan Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) en su apartado sobre la organización e integración de la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, plantea impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas y atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010).

En el país habitan alrededor de 9 millones de personas que se identifican como indígenas (INI, 1993 en CDI, 2009), con al menos 62 lenguas diferentes y un elevado número de variantes (CDI, 2005:7). Numéricamente las lenguas más habladas del país son el náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, tzotzil y otomí (CDI-PNUD, 2006), utilizadas por más de 3 millones y medio personas que, en conjunto, representan el 36% del total de hablantes de lengua indígena.

Además de la pobreza, principal elemento de vulnerabilidad de los grupos indígenas, factores como la insuficiencia de oferta de servicios básicos (Hall y Patrinos, 2005) y el limitado acceso a los centros de atención en salud, propician su aislamiento y marginación. Adicionalmente, un dato que llama la atención tiene que ver con una mayor proporción de adultos mayores (AM) entre los grupos indígenas (7.6%), en comparación con la proporción calculada para el total de la población (7.3%), según el censo de población del 2000 (INEGI, 2000).

El proyecto titulado *Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas* (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010), cuyo objetivo es identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que responda a las necesidades de las y los indígenas AM de 60 años y más, desde el punto de vista de prestadores de servicios de salud, formales e informales, y de los propios AM indígenas, es el marco en el que se sustenta la presente propuesta.

El hecho de que los programas de salud en la actualidad no tomen en consideración la condición étnica en el diseño de sus acciones para mejorar la

oferta y demanda de servicios de salud con poblaciones indígenas de América Latina (Terborgh et al., 1996:11), invita a probar nuevas estrategias de comunicación intercultural dentro de modelos de atención específicos que consideren sus características socioculturales y económicas, y aumenten las probabilidades de recurrir a los centros de salud en busca de atención.

Asumir dichas estrategias en el ámbito intercultural podría disminuir las barreras sociales y culturales entre el personal de salud de los centros de atención y los usuarios. Mejora los procesos de comunicación y diálogo, “promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez, mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema biomédico” (Alarcón et al., 2003:1064).

De hecho, una adecuación de los materiales gráficos de los centros de salud en contacto directo con población mayormente indígena, que considere la perspectiva intercultural, puede favorecer la comunicación entre los prestadores y la población y, de esta manera, tener un impacto en la utilización de estos servicios.

La validación de un cartel es la estrategia que permite identificar los elementos necesarios para una *comunicación exitosa* en salud para población AM indígena. Proporciona mejores niveles de entendimiento e identificación, entre otros aspectos; y evita errores comunes causados por las diferencias que existen entre el grupo que elabora los materiales (carteles) y el grupo objetivo, ya sea por proceder de diferentes niveles socioeconómicos, desconocimiento sociocultural, por diferente nivel educativo o por diferentes puntos de vista acerca de un mismo problema (Ziemendorff y Krause, 2003).

Los elementos gráficos son un componente constitutivo del proceso de una comunicación intercultural exitosa, su validación puede hacerse a la luz de cinco diferentes categorías, incluyendo el punto de vista de la población: entendimiento, aceptación, inducción a la acción, atractivo e identificación (UNICEF, 2003). De acuerdo con las cinco categorías de eficacia, el presente estudio muestra que hay muy poco entendimiento, relativa aceptación y

atractivo, y nula identificación e inducción a la acción entre la población objetivo. Tal situación se debe, entre otras cosas, a que el cartel está redactado en lengua castellana y diseñado sin considerar la perspectiva intercultural.

La validación expone además la existencia de diferentes niveles de abstracción entre el grupo objetivo y quienes diseñan el material; y diferencias lingüísticas (principal y más importante barrera durante el ejercicio de validación), culturales, cognitivas y sociales de los AM indígenas de las regiones: Tarahumara (Chihuahua, norte), Montaña de Guerrero (Guerrero, centro) y Maya (Quintana Roo, sur) (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010). Factores como la disminución de la memoria y la edad también tienen un importante influjo en las respuestas surgidas de este ejercicio.

No hay elementos que nos permitan decir que el cartel validado comunicó a la población AM indígena monolingüe tarahumara, nahua y maya. No hubo claridad, ni comprensión de los mensajes contenidos en el cartel dado que la mayoría de ellos desconocía el significado de todas las palabras en castellano y del simbolismo de la imagen empleada. Hubo sentimientos de angustia ante la imposibilidad de entender el cartel y lo que a ellos quería comunicarles. Como no gustó la fotografía central, misma que generó confusión -muchos no pudieron identificarla o asociarla con la muerte-, surgió de los AM la propuesta de verse reflejados en él y acudir a imágenes y colores de su entorno. Pese a todo ello, el cartel en general gustó.

Ante esta situación y en este punto, se plantea la necesidad de acudir al punto de vista del AM indígena e involucrarlo en el diseño de sus propios materiales y contenidos, con enfoque intercultural, para atender la necesidad de comunicación de estos grupos. Además, dados los resultados de la validación y las características del grupo objetivo, consideramos que el cartel no es el material idóneo para comunicar a estas comunidades, y que incluso su utilidad puede ser cuestionada por dos razones: la ausencia de un referente visual en las comunidades y las características propias del cartel. Por ello, se sugiere

tener en cuenta otros como la radio, el perifoneo o los paquetes pedagógicos multimediales.

Aunque se parte de la idea de que el trabajo con los traductores conlleva cierta pérdida de información, habrá que tener en cuenta que varias veces el traductor tuvo dificultades para interpretar al AM; por tal motivo, algunas respuestas pudieron haber sido inducidas o ampliadas por él. Inclusive, no hay que perder de vista que en maya, nahua o rarámuri no hay palabras para determinadas cosas o que muchas veces el sentido de una idea en cualquiera de las tres lenguas se desvirtúa al traducirla al castellano y viceversa.

Dado que la validación busca, entre otras cosas, que los materiales sean acogidos positivamente por la población receptora, consideramos que no hay una comunicación exitosa, ya que las cinco categorías de análisis no muestran que el mensaje cumpla con los cinco criterios de eficacia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	8
MATERIALES Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	23
CONCLUSIONES	37
DISCUSIÓN	38
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

El presente documento tuvo el objeto de identificar los elementos para una comunicación exitosa en salud para población adulta mayor tarahumara, nahua y maya, y se desprendió del proyecto *Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas* (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010), cuyo objetivo fue identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado que responda a las necesidades de las y los indígenas AM de 60 años y más, desde el punto de vista de prestadores de servicios de salud, formales e informales, y de los propios AM indígenas.

Por ello, una adecuación de los materiales gráficos de los centros de salud, para este caso carteles, en contacto directo con población mayormente indígena, que considere la perspectiva intercultural y en el marco del modelo de comunicación para el desarrollo, puede favorecer la comunicación entre los prestadores y la población y, de esta manera, tener un impacto en la utilización de estos servicios.

Contar con carteles que reúnan características tales como tradiciones y otros aspectos de la cultura y lengua puede llevar a una *comunicación exitosa* en salud, disminuyendo las barreras sociales y culturales entre el personal de salud de los centros de atención y los usuarios. Un cartel elaborado con base en esos y otros detalles, influirá en la forma como el grupo objetivo perciba y entienda la información impresa.

El proceso de validación de los carteles que aborda los cinco componentes de eficacia: entendimiento, aceptación, atractivo, identificación e inducción a la acción, tiene como población objetivo los AM indígenas y permitirá comprender las particularidades del *grupo blanco*, a través de sus propias percepciones y sugerencias respecto a lo que debería contener un cartel interesado en abordar su problemática o necesidad de salud. Consultar el punto de vista del AM no tiene otra intención que lograr que el cartel sea adecuado para él y evitar un impacto incorrecto en dicha población.

La presente investigación fue de corte cualitativo, para la cual se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales a hombres y mujeres, AM de 60 años y más de las etnias tarahumara, nahua y maya de las regiones norte (Chihuahua), centro (Guerrero) y sur (Quintana Roo).

ANTECEDENTES

Tradicionalmente, el alto grado de marginación ha mantenido rezagadas a las comunidades indígenas de América Latina y el Caribe. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encargó de enumerar algunos de los factores que han determinado la pobreza de los pueblos indígenas en la región, señalando como los más importantes el deterioro de sus economías comunitarias, la pérdida progresiva de sus tierras, la disminución del acceso a los servicios de salud y educación, la baja remuneración por el trabajo laboral, el inexistente acceso al crédito y las pocas posibilidades de adquirir nuevas tecnologías para mejorar la producción (Alonso, 2005). El panorama, a unos cuantos años de publicados los datos en el Informe Regional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sigue desvelando considerables inequidades asentadas “en los 50 millones de ciudadanos descendientes de los pueblos indígenas” de América Latina (M. Alonso, 2005).

Por supuesto, México no es la excepción. Los primeros indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México fueron publicados por el Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1993, estimando en 8.7 millones el tamaño de la población indígena, gracias al censo de 1990. No obstante, la cantidad fue ajustada poco después por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportando 9.1 millones (CDI, 2009), cifra bastante significativa.

Así las cosas, en el país habitan poco más de 9 millones de personas (CDI-PNUD, 2006) que se identifican como indígenas, con al menos 62 lenguas diferentes (CDI, 2005) y un elevado número de variantes. Las lenguas más

habladas del país son el náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, tzotzil y otomí (CDI-PNUD, 2006), utilizadas por más de 3 millones y medio personas que, en conjunto, representan el 36% del total de hablantes de lengua indígena. El 80% vive por debajo de la línea de pobreza y 65% habita en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes (Partida, 2001). Los grupos indígenas en la actualidad enfrentan niveles de pobreza y pobreza extrema mayores que los pobladores urbanos y las brechas entre urbanos-rurales y entre indígenas y no indígenas parecen no estarse cerrando (Hall y Patrinos, 2005).

Quizá uno de los datos que más sorprende tenga que ver con una mayor proporción de AM entre los grupos indígenas (7.6%) en comparación con la proporción calculada para el total de la población (7.3%), según el censo de población del 2000 (INEGI, 2000). Este dato se une a la ya larga lista de vulnerabilidad que encabeza la discriminación debida a la condición étnica y la pobreza, seguida de la insuficiencia de oferta de servicios básicos (Hall y Patrinos, 2005) y limitado acceso a los centros de atención en salud, que propician su aislamiento y marginación.

Con relación a este último aspecto, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) es muy claro al señalar que otra causa para el rezago en salud en el que se encuentran las poblaciones indígenas es la falta de programas y políticas integrales de atención a su salud, por ello promueve políticas interculturales para la atención de la salud de los pueblos indígenas y atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010). El término intercultural alude “a la interacción entre culturas de forma respetuosa” y al diálogo entre ellas de manera “horizontal y sinérgica” (Santágata, 2008:2). Pero también refiere al enriquecimiento mutuo y a la integración, que no es otra cosa que aceptar la nueva cultura y estar dispuesto a aprender de ella.

De ahí la importancia de generar modelos de atención a la salud dirigidos a poblaciones específicas, que tomen en cuenta que “la enfermedad puede ser definida y tipificada de forma particular por cada cultura, que la dota de significación social” (Salas, 2001:26).

No obstante, algunos atributos estructurales del modelo médico hegemónico, explorados ampliamente por Eduardo Menéndez, como el biologismo, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo, la orientación curativa; así como la relación médico paciente asimétrica, la concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, la inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud, además de la producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, entre otros (Meneses, 2005), representan un importante reto a la hora de asumir la comunicación intercultural que propone esta investigación. Así que para el modelo hegemónico de atención de la salud, unas veces estrecho, otras intrincado, asumir esta postura representará un desafío mayor (Juárez y Encinas, 2003).

Y no es para menos, la comunicación es un componente indispensable de la interacción cultural. La cultura no puede subsistir sin comunicación y tampoco puede verse de manera aislada a ella. Establecer una comunicación intercultural requiere tomar en consideración conceptos como intercambio simbólico, autoreconocimiento y heteroreconocimiento, negociación, acuerdo, desacuerdo y enriquecimiento, entre otros. Así como considerar variables culturales como la lengua, los códigos no verbales, la concepción del mundo y los patrones de pensamiento.

El proyecto *Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas* (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010), cuyo objetivo fue identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que responda a las necesidades de las y los indígenas AM de 60 años y más, desde el punto de vista de prestadores de servicios de salud, formales e informales, y de los propios AM indígenas, fue el marco del presente estudio que buscó identificar los elementos de una *comunicación exitosa* en salud dirigida a AM indígenas tarahumaras, mayas y nahuas. El punto de partida fue la consideración de que en todo modelo de atención en salud integral deben considerarse también aspectos de comunicación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Comunicación para la Salud “como una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo” (OMS, 1998).

Bajo esta perspectiva, es claro pensar que la comunicación para la salud es “un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor *empoderamiento para la salud* de los individuos y las *comunidades*” (OMS, 1998). Es decir, que el encuentro entre comunicación y salud no abarca solo la relación entre el usuario de los servicios de salud y el profesional de la salud, sino que se extiende al campo de la salud pública que “apunta al esfuerzo organizado de la sociedad y el Estado para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones a través de acciones de carácter colectivo” (Vázquez, 2007:21).

El vínculo comunicación-salud puede ser analizado con enfoques distintos. La comunicación para el desarrollo es uno de ellos, definido por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2006) como “el uso planificado de técnicas, actividades y medios de comunicación que permite a las personas realizar cambios y disponer de más capacidad para orientar las decisiones que repercuten en su vida. Un intenso intercambio de ideas entre todos los sectores de la sociedad puede conducir a un mayor compromiso de la población con una causa común, requisito fundamental para lograr un desarrollo sostenible”. Dentro de esta perspectiva se ubica un nuevo enfoque de comunicación llamado *Comunicación para el cambio social*, propuesto en 2003.

El nuevo enfoque, cuya esencia es “un proceso de diálogo, privado y público, a través del cual los participantes deciden quiénes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlo”; se deriva de la idea de que “las comunidades deben ser

actoras protagónicas de su propio desarrollo, de que la comunicación no debe ser necesariamente sinónimo de persuasión sino primordialmente mecanismo de diálogo horizontal e intercambio participativo y que, en vez de centrarse en forjar conductas individuales debe hacerlo en los comportamientos sociales relacionados a los valores y las normas de las comunidades” (Beltrán, 2005:32).

“Las estrategias de comunicación para el desarrollo más exitosas son aquellas que fortalecen los propios canales de comunicación tradicionales, amplificando las voces locales y anclándose en la cultura” (Gumucio, 2004:13). Aplicar este enfoque en el desarrollo de materiales de comunicación en salud dirigidos a la población, podría ser de gran utilidad para favorecer la relación de ésta con los prestadores de servicios, y de esta manera tener un impacto en la utilización de los servicios de salud. En el caso de las poblaciones indígenas, adicionalmente se debe adoptar un enfoque intercultural que presupone el desarrollo de instrumentos culturalmente adecuados para atender la necesidad de comunicación de estos grupos y una adecuación de los materiales gráficos de los centros de salud en contacto directo con población mayormente indígena.

Algunos autores, cuyos trabajos se han centrado en adolescentes, consideran que un modelo comunicacional se debe sostener sobre la base de una comunicación participativa, donde “cada miembro del grupo realice la doble función emisor-perceptor para llegar a la coproducción de un mensaje común” (Calero, 1999:34). Dicha propuesta plantea el componente participativo del grupo de estudio. El punto de vista del actor, en el caso del presente estudio, del AM indígena es importante en la medida que puede retroalimentar el material que el sector salud ha creado para él y reorientar su diseño en el futuro.

La propuesta de la perspectiva del actor no es reciente y se ha desarrollado dentro de un proceso que Menéndez (2002, 1997) llama de continuidad/discontinuidad. La continuidad, según el autor, “está dada por el reconocimiento de la existencia de puntos de vista diferenciales dentro de las estructuras social y de significado”, tendiendo a ceñir la realidad a los

significados de cada actor, y no a las relaciones entre los actores. Mientras que la discontinuidad refiere a actores particulares - y no a la totalidad- que obran y se definen “por su relación respecto de una totalidad mayor cuyo referente implícito suele ser una sociedad o una nación determinada” (Menéndez, 1997:248). Éste, asegura que la inclusión del saber/poder local puede favorecer el proceso de participación social al involucrar a los actores en la medida en que estos puedan reconocer su papel protagónico en la toma de decisiones (Menéndez, 2002).

Basado en lo anterior y teniendo en cuenta que los materiales gráficos son un componente constitutivo del proceso de una comunicación intercultural, la validación de materiales de difusión, entendida como un ejercicio que permite contar con mejores niveles de entendimiento e identificación, entre otros aspectos, requiere del punto de vista del actor. “Otros autores indican que el éxito de la comunicación intercultural puede ser lograda a través de un proceso de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar” (Berlin y Fowkes, 1998 en Alarcón et al., 2003:1064).

Algunas experiencias con comunidades indígenas (entre mujeres en edad reproductiva y sus parejas) de México, Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú, ponen de manifiesto la interculturalidad y las barreras institucionales de los sistemas de salud, que se traducen en el idioma, la discriminación y la carencia de personal indígena en cargos de toma de decisiones (Terborgh et al., 1996). Dicha investigación confirió especial énfasis a las debilidades de los sistemas de salud de los cinco países del estudio, entre ellas, a la comunicación, a las barreras idiomáticas: la presencia de pocos miembros bilingües entre el personal de salud (entorpeciendo la comunicación con la población indígena monolingüe); preparación de materiales informativos, educativos y de comunicación que no toman en cuenta las lenguas indígenas, la inexistencia de materiales en las lenguas indígenas o mensajes diseñados más para una audiencia en su mayoría de lengua castellana; así como el limitado acceso a mensajes de los medios de comunicación, por ejemplo.

Otros, cuyo trabajo se ha centrado en comunidades étnicas, recalcan el hecho de la participación, pero enfatizan al mismo tiempo la necesidad de rescatar de la indiferencia a la interculturalidad. “Incluso cuando la comunicación es parte del programa, muy pocas veces toma en cuenta la cultura como superestructura al margen de la cual no se puede generar un proceso de cambio y un desarrollo sostenible” (Gumucio, 2004:11).

Por otro lado, se han documentado experiencias de elaboración de materiales de comunicación con una perspectiva intercultural en la que mujeres indígenas, tzotzil, tojolabal y tzeltal, de Chiapas participaron en la formulación del contenido de mensajes radiales en torno a la violencia hacia la mujer, en su lengua y empleando las estructuras de significado comunes a su comunidad (CISC, 2009). Unas más han optado por “la búsqueda de lo común, sin renunciar a las diferencias de cada cultura”, como se entiende a la interculturalidad (Escámez, 1992, en Juárez y Encinas, 2003:26), acudiendo al punto de vista del actor, aunque éste no sea precisamente el AM.

No hay que perder de vista que asumir estrategias en el ámbito intercultural podría disminuir las barreras sociales y culturales entre el personal de salud de los centros de atención y los usuarios; mejora los procesos de comunicación y diálogo, promover una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema biomédico (Alarcón et al., 2003).

Después de una exhaustiva búsqueda bibliográfica no se han encontrado estudios con AM indígenas que se centren en la validación de materiales de difusión creados para el sector salud o que consideren su percepción para la elaboración de nuevos productos con carácter intercultural, por ello el interés de esta investigación.

Dado que la comunicación es un elemento de importante valor en el ámbito de la salud, la identificación de un modelo de atención integral que considere este aspecto y las características socioculturales y económicas particulares de las poblaciones indígenas se hace imprescindible.

Justamente, este trabajo pretendió indagar sobre los materiales de difusión creados por el sector salud, específicamente carteles dirigidos a AM indígenas, y exploró la percepción que ellos tienen de los mismos.

La validación del cartel fue un importante ejercicio que permitió identificar los elementos necesarios para una *comunicación exitosa* en salud para población AM indígena y contar con “mejores niveles de entendimiento e identificación, entre otros aspectos” (Ziemendorff y Krause, 2003:10). Así mismo, según Ziemendorff y Krause (2003), evitará errores comunes causados por las diferencias que existen entre el grupo que elabora los materiales (carteles) y el grupo objetivo, ya sea por proceder de diferentes niveles socioeconómicos, desconocimiento sociocultural, por diferente nivel educativo o por diferentes puntos de vista acerca de un mismo problema.

El objetivo del estudio fue identificar los elementos de una comunicación efectiva en salud dirigida a AM indígenas tarahumaras, mayas y nahuas.

Comunicación y validación de materiales

Dado que los materiales gráficos son un componente constitutivo del proceso de una comunicación intercultural exitosa, su validación puede hacerse a la luz de cinco diferentes categorías, incluyendo el punto de vista de la población. Entendimiento, aceptación, inducción a la acción, atractivo e identificación, son los componentes de eficacia desarrollados originalmente por la Academy for Educational Development (AED), en el proyecto HealthCom (UNICEF, 2003).

Los cinco componentes referidos permitieron examinar aspectos formales (como los recursos visuales empleados, la distribución del espacio, la presentación de las fotografías y los colores usados, entre otros) y el contenido del cartel (palabras, ideas y conceptos utilizados) (UNICEF, 2003), proporcionando valiosa información que contribuyó a identificar los aciertos y las debilidades del producto, con el ánimo de mejorarlo. La percepción del grupo objetivo fue la pauta para detectar las fallas y llevar a cabo las modificaciones pertinentes.

La validación de un material educativo-comunicacional se enmarca en las categorías de:

- 1. Atractivo.** Característica que tiene el poder despertar el interés (Ziemendorff y Krause, 2003) y dirigir la atención o voluntad del espectador hacia el cartel. Examina el gusto por los elementos contenidos en el cartel (Shamah et al., 2009).
- 2. Entendimiento.** Es un componente por el cual se busca registrar la claridad y la comprensión de los contenidos y mensajes presentados en el cartel por parte del espectador. En éste se contemplan aspectos como el significado de todas las palabras y cantidad de ideas del mensaje (Shamah et al., 2009). En él se asegura que el material sea entendido como fin principal de la validación (Ziemendorff y Krause, 2003).
- 3. Identificación.** Elemento a través del cual el público debe poder reconocerse y admitir que el mensaje va dirigido a él. Implica, necesariamente, el uso de símbolos y lenguaje de la población (Shamah et al., 2009; Ziemendorff y Krause, 2003).
- 4. Aceptación.** Conlleva la aprobación de las características del mensaje contenido en el cartel, de modo que éste no agreda a la población, ni vaya en contra de sus creencias. Indicará que acepta el enfoque, el lenguaje y los contenidos empleados (Shamah et al., 2009).
- 5. Inducción a la acción.** Indaga en el contenido del mensaje para determinar si éste estimula y proporciona herramientas al público para sentirse capaz de realizar la acción propuesta (Shamah et al., 2009). Este componente deberá señalar si el cartel contribuye a que la población adopte el comportamiento o la actitud que se busca.

Así que validar un cartel supone un proceso técnico y social, por medio del cual se evalúa la reacción cognitiva y emotiva de un público objetivo ante un mensaje creado en torno al contenido y la forma del mismo (Shamah et al., 2009). De igual manera, la validación de un cartel indaga la posibilidad de modificación de un comportamiento o actitud específico, buscando que dicho

material construido para una estrategia determinada de intervención, esté acorde con los objetivos de la misma. Pero ante todo, “la verdadera meta de la validación será lograr el material adecuado desde el punto de vista del poblador” (Ziemendorff y Krause, 2003:9). El proceso de validación también permite conocer las particularidades de la población blanco a la cual va dirigido el material, por medio del registro de sus impresiones y sugerencias respecto a lo que esperan encontrar (UNICEF, 2003; FAO, 2004). Ziemendorff y Krause (2003) consideran que las condiciones económicas, el idioma, la cultura, entre otras, influyen en la forma como se percibe, se entiende y se capta la información.

En otras palabras, la validación asegura que los productos creados para la transmisión de conocimientos o modificación de conductas, vayan en la misma dirección de los objetivos de la intervención y sean aceptados por la población blanco (Shamah et al., 2009). Consideramos una *comunicación exitosa*, cuando las cinco categorías de análisis mostraron que el mensaje cumplió con los cinco criterios de eficacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de corte cualitativo, a través de 15 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales basados en una guía de validación, a hombres y mujeres AM de 60 años y más, de las etnias tarahumara, nahua y maya de las regiones norte (Chihuahua), centro (Guerrero) y sur (Quintana Roo).

Comunidades de estudio

El proyecto *Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas* (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010) propuso, de acuerdo con las regiones indígenas identificadas en el país, con la densidad de población adulta mayor indígena en esas regiones y con base en el número de municipios indígenas con presencia indígena: Chihuahua para la región norte del país identificada como

Tarahumara, Guerrero para la región centro identificada como Montaña de Guerrero y Quintana Roo para la región sur identificada como Maya. Trabajando respectivamente con los grupos étnicos mayoritarios en cada región: tarahumara, náhuatl y maya, regiones a las que corresponden municipios de alta y muy alta marginación.

Respecto al lugar que ocupan de acuerdo al grado de marginación referido en el mismo proyecto, fueron elegidos en Chihuahua los municipios de Guachochi (6º lugar estatal) y Balleza (8º lugar estatal); en Guerrero, los municipios de Acatepec (2º lugar estatal)¹ y Atlixnac (6º lugar estatal) y en Quintana Roo, los municipios de Felipe Carrillo Puerto (1er. lugar estatal) y José María Morelos (2º lugar estatal) (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010).

Técnicas de levantamiento de información

Se diseñó una guía de validación de cartel que fue aplicada a los AM indígenas en sus domicilios. La guía estuvo orientada a capturar la percepción del AM indígena acerca de un cartel que se le enseñó; esta guía estuvo vinculada a la entrevista semiestructurada que respondió a los objetivos del proyecto del que se derivó esta propuesta. Los hombres y mujeres AM fueron identificados a través de la *técnica de bola de nieve* que consiste en identificar casos de interés para el estudio a partir de las referencias hechas por la propia población, quien identifica dichos casos y remite a ellos (Patton, 1990). En el caso específico de Guerrero los AM fueron convocados por medio de perifoneo.

Asumiendo que la mayoría de los informantes eran hablantes de lengua indígena, para la realización de dichas entrevistas se contó con el apoyo de una traductora, quien fue capacitada por el propio equipo de investigación. Se estimó que con 8 entrevistas por estado (4 hombres y 4 mujeres); es decir, las mismas 24 entrevistas que realizó el proyecto (CONACyT, 087123), además de

¹ Ya que este municipio no era de origen nahua, fue necesario cambiarlo por el de Zitlala.

haber llegado al punto de saturación teórica, tendríamos suficiente información que permitiera identificar elementos necesarios para una comunicación exitosa en salud para la población de estas regiones.

Análisis de la información

Dichas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas mediante un procesador de texto (Word®); la información se ordenó con la ayuda del programa Atlas ti (v.5.2), mientras que el análisis cualitativo se hizo mediante una aproximación interpretativa basada en los cinco componentes de eficacia: entendimiento, aceptación, atractivo, identificación e inducción a la acción, desarrollados originalmente por la Academy for Educational Development (AED), en el proyecto HealthCom.

Criterios de inclusión de entrevista

Ser hombre o mujer adulto mayor de 60 años y más

Ser indígena de las etnias elegidas

No tener discapacidad visual

Criterios de exclusión de entrevista

No ser hombre o mujer adulto mayor de 60 años y más

No ser indígena de las etnias elegidas

Tener discapacidad visual

Para llevar a cabo la validación se dio a cada uno de los AM alrededor 5 de minutos para que observara con detenimiento el cartel. Transcurrido ese tiempo fue retirado de su vista el afiche y se procedió a realizar las 13 preguntas correspondientes al instrumento.

Consideraciones éticas

El presente estudio contó con las aprobaciones de las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Para este estudio se utilizó la carta de consentimiento informado empleada por el proyecto titulado *Identificación de un modelo de atención a la salud para*

adultos mayores en zonas indígenas (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010) dirigida a los AM indígenas, la cual contenía información sobre los objetivos del estudio, tipo de participación requerida, manejo de la confidencialidad y privacidad, así como información de contacto. Dicha carta fue revisada y aprobada por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública en enero de 2009.

Los procedimientos que se siguieron para la obtención del consentimiento fueron los mismos propuestos en el proyecto original, una vez leído este contenido a los participantes y asegurado la comprensión del contenido, con apoyo de traductoras cuando fueron hablantes monolingües, se le solicitó su consentimiento oral, en virtud de dos razones principales: se trataba de una investigación sin riesgo y el perfil sociodemográfico de la población adulta mayor nos hablaba de una población analfabeta.

Toda la información recolectada fue anotada, grabada y transcrita, omitiendo los nombres reales de los informantes, cuando en las grabaciones apareció este dato, se omitió o utilizó un identificador diferente, a fin de que el nombre no figurara en las transcripciones y análisis que se derivaron del proyecto. Las entrevistas, en formato impreso y electrónico, fueron mantenidos bajo resguardo por el investigador responsable y sólo tuvo acceso a ellas el equipo de investigación (Pelcastre, B. Fondos Sectoriales CONACyT-087123,2009-2010).

Características del cartel validado

El cartel empleado para la validación (Ver anexo 1) fue proporcionado por la Jurisdicción Sanitaria de Felipe Carrillo Puerto, Estado de Quintana Roo, mismo que distribuyó la Secretaría de Salud (SSA) a todo el país. Este estudio pudo constatar que en la actualidad no se maneja ningún material impreso de difusión en lengua maya, nahua o tarahumara, ni dirigido a población AM indígena. Así como que en ninguno de los centros de salud de las tres regiones visitadas el cartel fue encontrado exhibido. Hay que señalar que el último material diseñado y distribuido por la SSA para AM de habla castellana, hasta

esta investigación, fue uno concerniente a la prevención de la influenza, mismo que fue empleado para la validación en los tres estados de la República.

El cartel (Ver anexo 1) es de tipo informativo, creado con el fin de anunciar el inicio de la jornada de vacunación contra la influenza, dirigida a niños de 6 a 23 meses y adultos de 65 años o más, población monolingüe castellana. El mensaje se condensa en una frase corta de advertencia *Ciérrale la puerta a la influenza. Vacúnate*. Invita a la acción y busca sensibilizar a la población en torno a la importancia de evitar la muerte por esta enfermedad respiratoria aguda.

La imagen central del afiche es la fotografía de una figura que parece simbolizar la muerte. La sombra de ésta se proyecta sobre una puerta cerrada, con dos cerraduras, una debajo de la otra. Del espectro, ataviado con una capucha en tono azul oscuro, sólo puede verse parte del brazo derecho y el ademán de la mano de tez blanca que se dispone a llamar a la puerta. El color de fondo de la imagen, como del cuerpo de texto es blanco. El empaquetado es de diseño simple y de limitada paleta de colores en la que predominan para el texto el azul oscuro, el naranja y el verde.

El modo en que se articulan las palabras, las imágenes, los espacios en blanco y la distribución de cada uno de estos elementos (lenguaje gráfico) en el cartel se esboza a continuación. En la parte central superior del cartel un texto en minúscula sostenida, en negrita del mismo tono del capuchón, dice: *Esta temporada de invierno*. Más abajo, pero justificado a la derecha en mayúsculas que aumentan de tamaño gradualmente para la frase central: *Ciérrale la puerta a la influenza*, en tono naranja. Inmediatamente abajo: *Vacúnate*, en color verde y en tamaño mayor a las letras que la preceden. El cuerpo de texto varía en función de la relevancia de la información, hay suficiente espacio entre éste, la frase, la institución que respalda la iniciativa y los slogans, facilitando la lectura. Se conservan el tipo de letra, pero en menor tamaño, y el color azul oscuro que caracteriza a la figura central. En minúsculas, sin negrita y en fondo naranja se leen: *La influenza no es un catarro común, es una enfermedad*

respiratoria aguda contagiosa y puede llegar a ser mortal. En seguida, en un tamaño de letra mayor y en negrita: El 10 de octubre comienza la vacunación antiinfluenza para niños de 6 a 23 meses y adultos de 65 años o más. Debajo de esta información, en letra de menor tamaño que la anterior y sin negrita: Acude a la unidad de salud que te corresponde. Recuerda llevar la cartilla nacional de salud para registrar tu aplicación anual.

Para terminar, el slogan en minúscula y de mayor tamaño que las anteriores: *Protégelos y protégete.* En la esquina inferior izquierda el logo de la SSA y su slogan: *Construyendo un México fuerte con oportunidades para todos.* Todo lo anterior en un cartel de 60 cms de alto x 39.5 cms de ancho.

Categorías de eficacia

El instrumento construido para explorar la percepción de los AM respecto a un cartel, consta de 13 preguntas que indagan las cinco categorías de eficacia, preguntando el *¿Por qué?* en cada una de ellas. Hay preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple.

La primera parte abarca la categoría de **Atractivo**, constituida por cinco interrogantes: las tres primeras preguntas abiertas y las dos restantes de opción múltiple (*mucho, poco o nada y muy adecuados, adecuados o poco adecuados, respectivamente*).

La siguiente categoría es **Entendimiento**, en la que se pide al participante que explique con sus palabras de qué trata el cartel que acaba de ver y, una pregunta más relacionada con la facilidad para entender las palabras de éste, mediante tres opciones de respuesta: *muy fáciles, fáciles de entender o muy difíciles de entender.* Mientras que el apartado de **Identificación**, plantea dos interrogantes relacionados con el parecido de la persona y de las imágenes del cartel respecto a las de su comunidad, y el entorno de la misma. La tercera pregunta de este apartado que buscaba indagar si las palabras empleadas en el cartel eran usadas en su comunidad, fue descartada de antemano debido a que el cartel se encuentra en castellano.

Enseguida, está la categoría de **Aceptación** en la que se le plantea la posibilidad de cambiar algún dibujo o color del cartel. El gusto general por el mismo se indagó empleando la opción múltiple: *gustó mucho, gustó poco o no gustó*. Y, para finalizar, la categoría de **Inducción a la acción**, con una pregunta que estima la capacidad y disposición del participante a hacer lo que el cartel le pide que haga, mediante un *Sí* o un *No*.

RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados del estudio de acuerdo con las tres regiones y las cinco categorías de eficacia definidas en páginas anteriores.

En total fueron consultados 34 AM, de los cuales 20 fueron mujeres y 14 fueron varones. De los 15 entrevistados individualmente, 11 fueron mayas (5 mujeres y 6 hombres), 3 rarámuris (1 mujer y 2 hombres) y un nahua, de las regiones sur (Quintana Roo), norte (Chihuahua) y centro (Guerrero), respectivamente.

En Guerrero se cambió de técnica dado que el tiempo con el que se contaba para entrevistar individualmente a los participantes (40 minutos aproximadamente) resultaba excesivo y se corría el riesgo de perder participantes, dado que no disponían del tiempo suficiente para dejar de lado sus actividades diarias. De modo que se organizaron dos grupos focales en los que participaron 19 AM nahuas (14 mujeres y 5 hombres) de los municipios de Atlixac y Zitlala. Cabe anotar que ninguna de las tres regiones ha sido objeto de intervenciones de comunicación anteriormente.

En la región centro hubo mayor participación de mujeres (70%) frente a las regiones sur (Quintana Roo) (25%) y norte (Chihuahua) (5%), porcentaje relativo a la participación en cada región. La edad promedio de los participantes del estudio fue 66 años. La edad promedio de las mujeres fue menor (62.7 años) que la de los varones (70.3 años). La totalidad de los entrevistados habla y entiende su lengua materna (rarámuri, maya y náhuatl). El 79.4% es monolingüe frente al 17.6% de los participantes quienes dijeron hablar o entender un poco de castellano. Algunos de ellos explicaron que esto se debió

a que han tenido que salir de sus comunidades para buscar trabajo “en otros lugares”.

“Los nietos se dedican también a la milpa, hay algunos que salen a trabajar en playa en Tulum, pero ahorita como no hay trabajo pos todos está aquí (M maya, 65 años, Quintana Roo, monolingüe)

“(…) Salen a trabajar en otros lados. Es lo que busca uno cuando sale, a veces se va en Tulum, a veces en hotel o veces en limpieza” (V maya, 78 años, Quintana Roo, monolingüe)

La mayoría de los participantes no sabe leer, ni escribir (76.47%), especialmente las mujeres. 8.83% de los AM dijo saber leer y escribir o leer un poco de castellano, sin haber cursado ningún grado escolar.

“Es que antes vivía en ranchos no había escuelas, si hay escuelas pero en la ciudades” (V maya, 87 años, Quintana Roo, monolingüe)

“La verdad doctora no lo entró a la escuela porque creció como en rancho, un rancho porque en esos tiempos en 1950, cuando tengo 6 años casi, pues no hay escuela en el monte, no, no como ahorita en los pueblitos, hasta en los montes hay escuela” (V maya, 65 años, Quintana Roo. Bilingüe)

Muy pocos (14.7%) cursaron algún grado escolar, quienes lo hicieron llegaron a primer año, segundo de primaria o tercer grado en la escuela. Sólo uno de los entrevistados terminó su primaria y secundaria en el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. Y solo uno de los entrevistados manifestó saber firmar únicamente.

Recursos de salud y material de difusión

Las comunidades visitadas comparten deficiencias estructurales en la atención de los centros de salud y en los materiales de difusión que exhiben. Respecto a los centros de salud los horarios de atención son limitados en las tres regiones y no corresponden con las necesidades en salud de ninguna de las comunidades, con base en la observación realizada en este estudio.

La mayoría de ellos atiende entre 5 y 6 horas al día, dos o tres días a la semana, permanecen cerrados los fines de semana, carecen de medicinas e instrumentos suficientes, además de transporte (ambulancia) para atender cualquier complicación, ya sea por enfermedad, parto o cirugías de emergencia. Es especialmente delicado el problema en la región norte (Chihuahua) dadas las distancias entre comunidades, las condiciones de las vías de acceso y la dispersión geográfica. Pese a que las comunidades de las regiones centro (Guerrero) y sur (Quintana Roo) se encuentran más concentradas, los entrevistados refieren constantemente dichos problemas en la atención. Muchas veces, los AM de las tres regiones deben trasladarse a los hospitales de sus municipios, a dos o más horas de distancia, para ser atendidos. Los centros de salud rara vez cuentan con personal bilingüe. De haberlo, es generalmente la enfermera/o, quien hace el papel de traductor. En ocasiones las personas de la comunidad deben dirigirse al centro de salud con un familiar, amigo o conocido que hable un poco de castellano para que funja como traductor e intérprete entre el prestador de servicios de salud y el AM. Los centros de salud tienen un médico/a y una o dos enfermeras(os) que pueden o no hablar la lengua de la región.

El *Auxiliar de salud* también es una figura de constante presencia en las comunidades, es bilingüe, pertenece a la comunidad y presta sus servicios fuera del centro de salud. En la región centro, por ejemplo, en la que aún está pendiente la inauguración del centro de salud, esta persona recibe capacitación dos veces al año y debe ser capaz de recetar medicamentos o atender a las personas de la comunidad ante un evento en salud. No obstante, algunas veces se ve rebasada por la falta de medicamentos y las necesidades diarias de la población, especialmente de los AM.

Respecto a los materiales de difusión, algunos de los centros de salud (a los que se tuvo acceso) tienen carteleras destinadas a exhibir información de todo tipo (Semana Nacional de Salud, jornada de vacunación para niños de cinco años en adelante, prevención y control de cáncer cérvico uterino y VIH Sida, entre otros), pero toda la información está en castellano, ninguna en lengua

maya, nahua o tarahumara, tampoco dirigida específicamente a población AM indígena.

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con el orden de las categorías planteadas en el instrumento de validación del cartel (Ver anexo 2), descrito de manera somera anteriormente. La información que se recoge en dichos apartados corresponde a las 15 entrevistas semiestructuradas y a los dos grupos focales, habiendo alcanzado el punto de saturación teórica (cuando ya no se identifica información nueva) en la entrevista número 10.

Atractivo. Examina el gusto del espectador por los elementos contenidos en el cartel, como por ejemplo, colores, imágenes, tipografía y tamaño de letra, ubicación del cuerpo de texto, entre otros. A la pregunta (1) *¿Qué fue lo que más le gustó del cartel?* las respuestas fueron variadas. Entre las que más llamaron la atención se identifican: “la puerta y la cerradura”, “la puerta de la clínica”, “la puerta cerrada”, “los colores”, “el señor que toca la puerta”, “el doctor”, “la mano”, “la foto” y “las letras”. Conceptos más elaborados, asociados con la identidad nacional refieren la bandera y el escudo de México “El águila de Zedillo”, que se encuentran en la esquina inferior izquierda del cartel. Uno de ellos, mientras descifraba el cartel, dijo:

“Porque pertenece a México, porque hay programas, porque hay centros de vacuna. Le gusta porque hay cambios de vida ahorita, porque antes no había nada” [explica el traductor] (V, 75 años, Quintana Roo, maya. Entiende y habla un poco de castellano)

Otra idea surgida habló sobre su gusto por la “oferta del cartel”, aunque el entrevistado no especificó por qué o qué creía que se ofertaba en él. Sólo dos de los entrevistados manifestaron su preferencia por las explicaciones y el mensaje.

“Pues está muy interesado para nosotros, para este pueblo, porque en nuestros tiempos pues no hay ahorita hay, hay vacunas para edad de 65 años. Para el control de las enfermedades está bien, porque ahorita con lo de la influenza pues es mejor, antes que ataca a cada comunidad el Gobierno Federal pues está apoyando” (V, maya, 65 años, Quintana Roo, bilingüe)

“Que la vacuna es importante, porque pues tienen que aplicarse todas las vacunas que venga” (GF-2-nahua, Guerrero, monolingüe, sabe leer)

A la pregunta (2) *¿Qué fue lo que menos le gustó del cartel?*, fue complicado tanto para los entrevistados responder a la pregunta, como para el traductor interpretar lo que los participantes tenían en mente. La mayoría dijo que todo le había gustado, aunque no entendían los mensajes del mismo. Pese a que se intentó de varias maneras explorar aún más profundamente en ello, no se obtuvo más información al respecto. A cuatro de los consultados no les gustó la foto o la persona que aparece en el centro del cartel. Sin que hubiera una respuesta que aclarara las diferencias entre quienes se refirieron únicamente a la foto y quien la identificó como una persona, específicamente un doctor.

“El que está tocando [la puerta] no le gustó que estuviera tocando (...) Porque se les parece al aire que se mete cuando se abre la puerta y se quiere volar las casas” (GF1-nahua, Guerrero, monolingüe)

Uno de ellos explicó que el color de la foto (es decir la vestimenta o capuchón) era muy oscuro y que por lo tanto no era muy claro lo que representaba. Hubo confusión al tratar de descifrar la identidad de “quien” o de lo “que” aparecía ahí. Cabe señalar que para ninguno de los participantes la figura simbolizó la muerte en ningún momento, contrario a lo que en nuestra cultura hubiera podido leerse –con bastante esfuerzo en el cartel- como tal.

Se percibieron sentimientos de angustia e impotencia al no poder leer o expresar sus ideas con claridad, aún en su lengua. Parecido a la frustración que experimentamos cuando nos hablan en una lengua extraña y no podemos entender, ni hacernos entender.

“Que lo que no le gustó es que no entendiera leer. Que pareciera que le gusta, pero que no entiende lo que dice el cartel. No lo puede leer, esa es la angustia que tiene” (V-maya, 78 años, Quintana Roo, monolingüe)

Solo uno de los entrevistados, de los pocos que estudió, dijo que “la influenza fue lo que menos le gustó”.

“Pos la influencia. Pues... la puerta está cerrada, “cala” [significa cerrada, en maya] (V, maya, 63 años, Quintana Roo. Entiende un poco de castellano)

Idéntica situación se presentó con la pregunta **(3)** *¿Qué cambiaría para mejorar las cosas que no le gustaron del cartel?* Nuevamente hubo dificultades en ambos sentidos. Aunque el participante que identificó la influencia propuso:

“Que si está abierta la puerta y se observa una atención, le gustaría más” (V, maya, 63 años, Quintana Roo. Entiende un poco de castellano)

Entre tanto, lo que parecía que podría convertirse en interesantes planteamientos, se quedó en ideas que no pudieron concretarse. A veces fueron los participantes quienes no supieron cómo contestar a las preguntas o la imposibilidad del traductor de expresar, ya sea porque en maya, nahua o rarámuri no hay palabras para determinadas cosas o porque el sentido de la idea en cualquiera de las lenguas se desvirtúa al traducirla al español. Algunas veces el traductor no encontró las palabras exactas o simplemente no supo cómo decirlo en castellano.

“Que si tuviera pintura en las manos, la cambiaría... No, no sabría decirte [explica el traductor] (V- maya, 78 años, monolingüe)

En otras oportunidades, y dado que las respuestas de algunos AM no terminaban de explicar, el traductor aprovechó la oportunidad para dar su opinión, no sin antes hablar primero con la AM, quien le dijo que ellos “no están acostumbrados a ver los carteles o que les enseñen alguna imagen”, razón por la cual no sabía exactamente qué cambiar para mejorarlo; no tenía un punto de referencia que le permitiera sugerir algo para este caso. Entonces, el traductor agregó: “Le comento yo a ella –a la AM- si, si yo estuviera viviendo aquí o en esta comunidad, yo le cambiaría o yo le pondría pues algún *wiruame*, que viene siendo un curandero, curando alguna, algún niño o algunas personas... Qué sé yo”. Otro de los traductores dijo que sería mejor que no tuviera letras.

De la misma manera, un grupo de mujeres dijo no saber qué cambiar.

“Porque no saben lo que dice el cartel, por eso mismo dicen no, casi no han tomado como importancia al cartel. Las señoras dicen que no, no vieron” (GF-2-Guerrero, monolingües)

Aunque hubo quien dijo que

“Le gustaría que hubiera árboles o pinos que es lo que les gusta y ven en su comunidad” (GF-1-Guerrero)

Los hombres prefirieron el color frente a las mujeres. Ellos se inclinaron especialmente por el verde, azul, morado y rojo; mientras que dos de las mujeres manifestaron su gusto por casi todos los colores, comparándolos con los hilos que usan para bordar servilletas, mismas que venden para ganar algo de dinero. No obstante, las mujeres no supieron exactamente qué color cambiar para mejorar el cartel. Algunos AM dijeron que los colores estaban muy claros, por la intensidad o porque los podían apreciar bien. Uno de los entrevistados tomó una hoja de árbol y con ella dibujó en el aire, dado que las palabras no eran suficientes para decir exactamente qué colores cambiaría e incluso formas.

Mientras que otros aseguraron que no le cambiarían nada al cartel, pese a que dentro de las opciones se proponía cambiar la foto.

“Así como está el cartel, así le gusta. El cartel es un medio y se ayuda de la imagen. No hay quien tome esa foto” (V, tarahumara, 57 años. Chihuahua. Lee muy poco en castellano)

La pregunta anterior se enlaza con la número 4, en especial con quien hizo referencia a la oscuridad de la foto. La AM sugirió “*clerar*” la foto; es decir, dejar más clara la foto para que ella “quedara más contenta con el cartel”. Hubo preferencia por el predominio del color, la claridad e intensidad de los mismos. También sugirieron emplear un concepto más claro en el diseño y el mensaje, pensando que sería mucho más entendible si se viera a las personas sentadas esperando pasar con el doctor. Mientras que el participante que se refirió a “El águila de Zedillo”, consideró que si ésta estuviera completa, “*le gustaría más*”.

“Estaría más claro... Sería más claro si apareciera completa, como en las monedas que están completas” [se refiere al águila] (V, 75 años, Quintana Roo. Entiende y puede hablar un poco de castellano)

Sobre la pregunta (4) *Los colores del cartel... Le gustaron mucho, le gustaron poco, no le gustaron*, fue muy complicado que respondieran con una de las tres opciones. Tan solo dos, después de insistir en ubicar en una de las dos primeras respuestas posibles, dijeron haberles gustado mucho los colores. Aunque pudo haberse inducido la respuesta con la insistencia de la investigadora y el interés del traductor por encontrar la más cercana a lo que se requería. Las preguntas con tres opciones de respuesta no parecen haber funcionado en ningún momento. Para las investigadoras las contestaciones parecieron ambiguas, como para los participantes resultaron las preguntas.

La naturaleza fue referida en varias oportunidades. De ahí que varios AM hicieron referencia a los colores de su entorno, hubo quien no los identificó o quien deseó haber visto más colores.

“No, sí hay horita, sí hay, sí ta, ta bonito... [Se refiere a los colores de la naturaleza que puede ver en ese momento]. Como lagua, como nube, cielo, cielo, la nube, árbol, todo eso, cerro...” (V, tarahumara, 66 años, Chihuahua. Entiende y habla un poco de castellano)

“Le gustaron porque son como color del cielo” (V, maya, 63 años, Quintana Roo. Entiende un poco de castellano)

Y, respecto a *El tipo y tamaño de letra son... Muy adecuados, adecuados, poco adecuados (5)*. Resultaron *adecuados* para quienes entendieron la pregunta. Aquí fueron constantes las alusiones a la facilidad de leerlas por el tamaño, dado que algunos han ido perdiendo la vista por la edad o por un extraño dolor de cabeza y mareo. Sólo dos contestaron que eran *muy adecuados y adecuados*, otro dijo que era bueno el tamaño y uno más que son grandes.

“Por eso los leo, los más chicos no los puede leer porque ya está yendo la vista” (V, maya, 75 años, Quintana Roo. Entiende y puede hablar un poco de castellano. No sabe leer, ni escribir)

Aunque la gran mayoría de los entrevistados no hizo distinción alguna entre las tres opciones de respuesta, manifestaron verlas bien; es decir, resultaron ser de buen tamaño, aunque no sepan qué dicen ellas. Uno de los consultados las vio bonitas.

“Que le gusta mucho porque a veces conoce cómo son las palabras de letras como del e, la a” (M, maya, 69 años. Quintana Roo. Monolingüe. No sabe leer, ni escribir)

Entendimiento. Es un componente por el cual se pretende registrar la claridad y la comprensión de los contenidos y mensajes presentados en el cartel por parte del espectador. En él se asegura que el material sea entendido, como fin principal de la validación. Y en este caso, en general no parece haber claridad, ni comprensión en el contenido y el mensaje del cartel entre los AM entrevistados. La gran mayoría de ellos desconocía el significado de todas las palabras. Con las ideas contenidas en el mensaje sucedió igual, no fueron captadas por los participantes.

“No le entiendo. Nada más que no sepa leer ni nada, lo que sabe leerlo mi hermano... Tantito sabe leer. Si viera lo que tiene puede decir cómo está, cómo dice pues” (V, nahua, 73 años, Guerrero. Entiende y habla un poco de castellano)

Las respuestas a la pregunta **(6) Explique con sus palabras de qué trata el cartel que acaba de ver.** Algunos hicieron un esfuerzo especial por tratar de dar una lectura al cartel, pese a que no sabían leer en su lengua madre, ni en castellano. De modo que hubo varias ideas y alusiones, entre ellas: que se trataba de una clínica, que cree que es algo bueno lo que se muestra en el cartel, sin especificar qué; que se trataba de la salud, sin aclarar; o que entienden que se trata de una vacuna, una de las pocas personas que cursaron algún grado escolar.

“Ahí es que lo vio bonito y ya entiende, cuando dio una vacuna a una persona o a un anciano. O sea, cuando viene una enfermedad ya no van a enfermar tanto, se van a aguantar” (M, maya, 71 años, Quintana Roo. Entiende castellano)

“Para defenderse la enfermedad que viene, la influenza, la vacuna esa para...” (M, maya, 65 años. Quintana Roo. Sabe un poco leer y escribir, sólo llegó hasta primer año)

“Pues según dice que hay que acudir al centro de salud para que allá vacune a los niños de 6 años hasta de 23 meses y también los ancianos de 65, creo que no hasta de 50, pero a veces cuando fui de antes, soy ancianito, tengo 50 dice que no todavía hasta de 60 dice, pero la enfermedad no busca edad, no prepara qué edad tiene” (V, maya, 65 años. Quintana Roo. Bilingüe)

Algunos reconocieron determinados elementos, pero no pueden entender qué se les trata de decir con ello. La gran mayoría no se aventura a comentar nada respecto a lo que dice el cartel, prefieren aclarar que como está en “español” no pueden saber de qué se trata.

“¿Cómo? No entendí, ¡Na´ma ví! [nada más ví]”(V, tarahumara, 66 años. Chihuahua. Entiende y habla muy poco castellano)

“Lo que pasa es que ellas pues aunque esté en náhuatl o esté en español de todos modos no le entienden, necesitas explicarles” (GF-1-Guerrero)

“Si uno de nosotros hablamos con puro náhuatl, pero si no fuimos a la escuela, no nos enseñaron como usar la letra, tons no vamos a poder contestar, no vamos a poder leer” (GF-2-Guerrero)

(7) Las palabras que se usan en el cartel son... Muy fáciles de entender, fáciles de entender, muy difíciles de entender, quizá esta pregunta no debió haberse considerado, dado que el cartel está en castellano. Sin embargo, ésta fue contestada por tres personas, dos de ellas dijeron que eran fáciles de entender. Una de ellas observó que sería fácil en la medida en que “uno lea bien en español”, la otra simplemente aseguró entender. Entre tanto, el participante tres dijo que son un poco difíciles de entender.

“No es fácil porque no estudió, estudió un poquito, por eso entiendo poco. Si estuviera en maya tampoco entendería porque no sabe leer” (M, maya, 71 años. Quintana Roo. Entiende castellano)

Quien aseguró entender, no sabe leer, ni escribir, aunque entiende y puede hablar un poco de español. Quienes resultaron más reflexivos llegaron hasta la secundaria y segundo de primaria, respectivamente.

Identificación. Elemento a través del cual el público debe poder reconocerse y admitir que el mensaje va dirigido a él. Implica uso de símbolos y lenguaje de la población.

(8) ¿Las personas que aparecen en el cartel se parecen a las de su comunidad? La mayoría dijo que no, incluso hubo quienes argumentaron: “Dice que esa, esa persona que está tocando la puerta no es cosa buena”.

Algunos otros dijeron que sí, aunque sus lecturas difirieron un poco:

“Sí se parecen. Que es, este... se ve que es más mejor la que está en el cartel que la que está acá” (M, maya, 75 años. Quintana Roo. Monolingüe)

“Sí se parece. Sí hay en la bandera mexicana” (V, maya, 75 años. Quintana Roo. Entiende y puede hablar un poco de castellano)

“Ah eso sí, parece pues. Ajá, sí parece pues, pero... No más yo pienso pues, no sé muy bien” (V, nahua, 73 años. Guerrero. Entiende y habla un poco de castellano)

Por otro lado, varios mayas identificaron de su ambiente puertas y cerraduras, debido a que por el paso del huracán Wilma en 2005, las casas destruidas fueron reemplazadas por unas con esas características, en ausencia de los símbolos que correspondían con su cosmovisión o con las características de las comunidades indígenas consultadas.

“No son mayas” (M, maya, 70 años. Quintana Roo. Entiende un poco de castellano)

“La mano que aparece en cartel no se parece a las de la comunidad” (M, maya, 71 años. Quintana Roo. Entiende castellano)

Hubo otras alusiones, en función al estado en que se encuentran sus comunidades, como ocurrió con el AM que se refirió a la falta de limpieza de su comunidad.

“La mano que aparece en cartel no se parece a las de la comunidad, porque la comunidad es sucio, no se parece. La mano está limpia y la comunidad no está limpia, no tiene las manos limpias” (M, maya, 71 años. Quintana Roo. Entiende castellano)

“El dibujo está un poco oscuro, que parece un poco al pueblo, porque no está limpio” (M, maya, 66 años. Quintana Roo. Monolingüe).

En general, esta fue una de las preguntas más difíciles de entender y contestar para los AM, pese a que el traductor fue hábil a la hora de preguntarles; incluso, no sabemos si al preguntarles indujo varias respuestas. No sería la primera vez que esto sucediera durante las entrevistas; así que no dejamos de preguntarnos si el traductor agrega palabras a las respuestas o guía las mismas.

Por su parte, la contestación a la pregunta (9) *¿Las imágenes del cartel se parecen a las del entorno de su comunidad?*, también representó un reto, no sólo para los participantes y el traductor, sino para las investigadoras dado que algunas palabras no parecen significar lo mismo en maya, náhuatl o rarámuri que en castellano. Así que fue constante la confusión en torno a lo que representa la palabra *imagen* para una comunidad profundamente católica y la palabra planteada en el contexto de la validación. De ahí que uno se remitió de inmediato a la imagen de Cristo. Esta fue su lectura y explicación:

“No hay imágenes, pero [corrige y dice] que sí hay imágenes... Porque dicen que nosotros imágenes, imágenes de Cristo, son imágenes de Cristo, por eso deberíamos aparecer en el cartel” (V, maya, 75 años, Quintana Roo. Entiende y puede hablar un poco de castellano. No sabe leer, ni escribir)

Pese a que solo la mitad de los entrevistados respondieron a esta pregunta, las opiniones estuvieron divididas, unos dijeron que no y otros que las imágenes del cartel sí se parecían. Unos cuantos se centraron en las casas, las puertas y la pintura de ellas para hallar similitudes o diferencias.

“Que no, que no se parecen nada. Pues que no, la que está acá [en el cartel] son puertas caras. Como las que tiene su casa es sencilla, sí” (M, maya, 75 años, Quintana Roo. Monolingüe)

Solo uno de los entrevistados se refirió a las imágenes como diferentes.

“Es diferente porque no aparecen los pinos” (V, tarahumara, 66 años. Chihuahua. Entiende y habla un poco de castellano)

Debido a que el cartel está en castellano, se consideró que esta pregunta (10) *¿Alguna palabra del cartel no se usa en su comunidad? ¿Cuál?* no debía tomarse en consideración.

Aceptación. Conlleva la aprobación de las características del mensaje contenido en el cartel. Indica que acepta el enfoque, el lenguaje y los contenidos empleados.

(11) *¿Cambiaría algún dibujo o color?* No parece haber aceptación de las características. Pese a que los participantes curiosamente no expresan abiertamente la necesidad de cambiar la lengua del cartel, sí manifestaron la

necesidad de hacer algunos cambios. Unos sugirieron cambiar el dibujo, aunque no supieron exactamente por cual; de no haber uno a su alcance, dijo uno de los entrevistados, recurriría a *“lo que le alcance su imaginación”*. Otro propuso cambiar la imagen actual por una iglesia. Y uno más dijo:

“Tiene que haber una imagen de una persona, para ver realmente, ver cómo está su cara, su vista... Porque estoy viendo como está la cara de Dios o de otras personas” (V, maya, 75 años. Quintana Roo. No sabe leer, ni escribir)

Esta misma persona sugirió mostrar en el cartel dónde se pone la vacuna o de qué enfermedad se trata.

Respecto a los colores, definitivamente se inclinaron por los claros ya que los remite a la claridad, a la luz. Los tonos oscuros los relacionaron con la suciedad de su comunidad, insistiendo en que no está limpia, está oscura como los colores del dibujo, de la figura central. La mayoría de los participantes dijo que no cambiaría nada, que todo estaba bien.

La respuesta a esta pregunta fue uniforme. **(12)** *En general, el cartel... Le gustó mucho, le gustó poco, no le gustó.* Solo una persona dijo que no le había gustado “porque no había un solo color”. El resto de los participantes dijo que le gustó, pero no fue posible saber si mucho o poco. Ello querría decir que aceptan el contenido del cartel, enfoque, lenguaje y contenidos, a pesar de que la gran mayoría no entendió. Sin embargo otros hicieron énfasis en el gusto por el cartel, pero la imposibilidad de saber de qué se trata.

“Sí, todo me gusta. Nada más con ganas de si sabe leer pues...” (V, nahua, 73 años. Guerrero. Entiende y habla un poco de castellano)

“Ellos ven que está bonito, pero no saben qué significa, qué hay ahí, no saben qué es...” (GF-2, traductora, Guerrero)

Inducción a la acción. El contenido debe estimular y proporcionar herramientas al público objetivo para sentirse capaz de realizar la acción propuesta, adoptar un comportamiento o una actitud específica.

La respuesta a **(13)** *¿Usted podría hacer lo que le pide el cartel que haga? Sí o No,* tuvo la respuesta que esperábamos. Teniendo en cuenta que las preguntas que la precedieron nos mostraban que no había entendimiento, era apenas

obvio el comportamiento de esta respuesta. Quienes respondieron dijeron no poder hacer lo que les pide el cartel o porque no entienden, no saben o “no pueden leer en español”. Solo dos respondieron afirmativamente. Uno de ellos dijo que “dependía de que no le doliera”, refiriéndose a la vacuna. El otro dijo:

“Hay que prevenir, ir a la vacuna para las enfermedades que vienen” (V, maya, 75 años. Quintana Roo. No sabe leer, ni escribir)

Sin embargo el AM duda y el traductor también, pero no por la lectura que hizo, sino porque a la hora de ampliar la explicación se ve limitado por las palabras. Aunque el AM recuerda que el sector salud es el portavoz, no sabe específicamente para qué es la invitación. Aunque el traductor lo parafrasea tratando de acercarse a su explicación, también se queda corto.

“Está escrito lo que voy a hablar, pero si yo en mi mente no más pues, casi (...) Ancianitos de sesenta y cinco” (V, maya, 75 años, Quintana Roo. No sabe leer, ni escribir)

Por lo tanto, el contenido del mensaje no motivó, ni proporcionó herramientas a la población para que se sintiera capaz de realizar la acción; es decir, vacunarse. Indiscutiblemente, no hay elementos que nos permitan decir que el cartel comunicó.

CONCLUSIONES

De acuerdo con las cinco categorías de eficacia, el estudio arroja los siguientes resultados: hay muy poco entendimiento, relativa aceptación y atractivo, y nula identificación e inducción a la acción. Tal situación puede deberse a varias razones, entre ellas, la lengua empleada en el cartel (castellano) -principal y más importante barrera-, los diferentes niveles de abstracción entre el grupo objetivo y el grupo que diseña el material de comunicación; y el de operaciones concretas, dado por la cultura, la edad y el grado de escolaridad de los participantes.

El cartel además muestra que los materiales de difusión -y sus mensajes- siguen siendo diseñados sin considerar la perspectiva intercultural, orientados

mayormente a una audiencia monolingüe castellana. Ello habla de una debilidad del sistema de salud que prepara y distribuye materiales informativos, educativos y de comunicación sin distinguir alguno, y que de paso no comunican.

No hay capacidad para ver el cartel en su totalidad, sino que hay una tendencia a centrar la atención en un aspecto específico, deslindado; así que no pueden integrar las partes para ver un todo. Algunas de las respuestas de los AM suponen una lectura fragmentada que les permite distinguir algunos elementos e intentar articularlos de algún modo.

DISCUSIÓN

Si bien en principio la meta de la validación “es lograr el material adecuado desde el punto de vista del poblador” (Ziemendorff y Krause, 2003:9), el análisis de las percepciones de 34 AM tarahumaras, mayas y nahuas, van más allá del reporte de debilidades y fortalezas del cartel creado por la Secretaría de Salud. Asumir la riqueza y complejidad de la perspectiva del AM indígena, las diferencias lingüísticas y cognitivas, así como el deterioro cognitivo propio del envejecimiento, el aprendizaje, la memoria y los diferentes niveles de abstracción, amplía el espectro de la discusión.

Jean Piaget (1896-1980) formuló la teoría acerca del desarrollo del pensamiento lógico en 4 etapas: la sensoriomotora, la preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales, las dos últimas de nuestro interés para tratar de explicar el estado de las respuestas de los AM. En el nivel de operaciones concretas el pensamiento es más flexible, considera más de una dimensión de un problema al mismo tiempo, y visualiza una situación desde “el punto de vista de alguien más, aunque el pensamiento se limita a cuestiones concretas” (Morris y Maisto, 2005:337). Con frecuencia se sigue un razonamiento, pero rara vez puede analizarse en busca de errores o ausencia de ellos. Es muy común que no se piense en diversas soluciones posibles, ni se eliminen las que resulten menos apropiadas (Papalia y Wendkos, 1985; Davidoff, 1984; Morris y Maisto, 2005).

Esta característica podría ser aplicable a las categorías de **atractivo**, **entendimiento**, **identificación** y **aceptación** en la presente investigación, en las que la mayoría de las respuestas tienden a ser escuetas o específicas, atendiendo exclusivamente a conceptos, formas, colores o eventos aisladamente. Se percibe cierta inclinación a limitar las contestaciones a cuestiones concretas, sin articulación de ideas o elementos. Por ejemplo, al preguntárseles sobre lo que más y lo que menos les había gustado, algunas de las respuestas fueron: “*el señor que está tocando la puerta*”, “*no le gustó que estuviera tocando la puerta*”, “*que hay programas y centros de vacuna*”, “*la foto*”, “*la puerta y la cerradura*”, “*que se trata de una clínica*” o “*que se trata de salud*”, entre otras. Sin embargo, es especialmente evidente en la categoría de **atractivo**, sugiriendo un nivel de abstracción limitado y poco profundo, lo que habla de un pensamiento concreto.

Entre tanto, en las operaciones formales se desarrolla la capacidad para “comprender la lógica abstracta: volver con su pensamiento sobre su propio pensamiento” (Davidoff, 1984); es decir que pensar en términos abstractos significa formular hipótesis, probarlas en la mente, aceptarlas o desecharlas de acuerdo con dichos ejercicios (Morris y Maisto, 2005; Papalia y Wendkos, 1985; Davidoff, 1984).

En las categorías **atractivo**, **identificación** y **aceptación** puede reconocerse cierto nivel de abstracción,

“Para el control de las enfermedades está bien porque ahorita con lo de la influenza pues es mejor, antes que ataca a cada comunidad el Gobierno Federal pues está apoyando” (V, maya, 65 años. Quintana Roo. Sabe leer y escribir un poco)

Sin embargo, no es el esperado para una población adulta maya, nahua o rarámuri, que podría dar respuestas más elaboradas. Y es que la habilidad operacional formal parece depender ampliamente de las experiencias pasadas del individuo, de su educación y, tal vez, de su personalidad (Papalia y Wendkos, 1985); incluso de su cultura.

Entendida ésta (la cultura) como “una entidad dinámica que se adquiere, se transforma y se produce a través de un proceso constante de aprendizaje y de socialización” en dos dimensiones: la ideacional/cognitiva, en la que convergen pensamientos conocimientos y creencias; y la material, que comprende conductas, prácticas y normas de relación sociales (Alarcón et al., 2003:1062).

Así que la interpretación de las respuestas surgidas en las distintas categorías exploradas, estriba en entender que “la cultura en que hemos sido socializados” favorece que ocasionalmente tengamos ciertos pensamientos y comportamientos afines, muy diferentes de las personas que lo han hecho en otras culturas (Rodrigo, 2003:10). La forma de expresión de una persona está subordinada a la raíz social en la que se expresa (Rimé en Moscovici, 1984); es decir, al conjunto de los factores sociales.

Y, ello es posible, según explica Poloniato (1998:57) gracias al uso de códigos que funcionan como “un repertorio de elementos solidarios con sus propias reglas de combinación, mediante los cuales una sociedad, una cultura, un grupo social establecen de manera convencional pero no necesariamente consciente, sus formas de comunicarse y de significar”.

De modo que todo lo anterior no quiere decir que el AM indígena no sea capaz de pensar en abstracto, de lo que ello habla es de la existencia de diferentes niveles de abstracción, formas de ver y pensar el mundo entre los AM indígenas y los que no lo son, dadas las diferencias idiomáticas, pensamiento y cultura; retomando la idea de Benjamin Whorf en 1956, acerca de que “los patrones del pensamiento son determinados por el idioma específico que se habla” (Morris y Maisto, 2005:225), lo que se conoce como determinismo lingüístico, que podría explicar en gran parte la forma en que se dan las respuestas entre la mayoría de los AM indígenas en las categorías **atractivo, entendimiento, identificación, aceptación e inducción a la acción.**

En otras palabras, lo que el determinismo discute, y que es apoyado por autores como Wittgenstein (1953), es que no se puede pensar lo que la lengua no permite, de modo que cada lengua expresa una visión del mundo, y los

elementos que conforman el sistema de una lengua sólo pueden analizarse e interpretarse en función de ese mismo sistema. Ello viene a ser reforzado por las dificultades experimentadas por los AM al tratar de enlazar su lenguaje, lo social y el proceso de comunicación como tal. El hecho de que haya habido escollos en la decodificación del mensaje del cartel, habla de diferencias no sólo culturales, sino lingüísticas y sociales.

Tratándose de poblaciones monolingües y con altos niveles de analfabetismo, es necesario mirar atrás y recapitular. La mayoría de las culturas indígenas son de tradición oral y aprenden mediante la observación (aprendieron a limpiar la milpa observando a sus padres, a hacer remedios caseros o a curar por el llamado de Dios, de la naturaleza o por el ejemplo de sus familiares). Por eso “en el uso del lenguaje se privilegia la relación entre el mensaje y el contexto, así como elementos de carácter extralingüísticos”². Las interacciones entre hombre, naturaleza y sus manifestaciones se desarrollan de forma continua, representadas por metáforas, metonimias³ y analogías (FAO, 2004:19), como refieren los AM participantes en uno de los grupos focales, en la categoría de **atractivo e identificación**,

“En las casas luego se mete el aire y se quiere volar las casas... Vino el aire le abrió su puerta y entonces ella pues trataba de cerrarla y no la pudo cerrar y hasta que le dijo su esposo -¿pa´ que cierran la puerta?- porque le abrió la puerta el aire” (GF-1-Guerrero)

“El que está tocando [la puerta] no le gustó que estuviera tocando, porque se les parece al aire que se mete cuando se abre la puerta y se quiere volar las casas” (GF-1-Guerrero)

En la categoría de **identificación** pueden verse también estas asociaciones. Algunos manifestaron su deseo por verse reflejados en el cartel, como sugiere este testimonio:

² Definido por la Real Academia Española (RAE) como todo elemento externo a la lengua que ayuda a la desambiguación de palabras o frases.

³ (RAE) f. *Ret.* Tropo que consiste en designar algo con el nombre de otra cosa tomando el efecto por la causa o viceversa, el autor por sus obras, el signo por la cosa significada, etc.; p. ej., *las canas* por *la vejez*; *leer a Virgilio*, por *leer las obras de Virgilio*; *el laurel* por *la gloria*, etc.

“Tiene que haber una imagen de una persona para ver realmente, ver cómo está su cara, su vista. Hay personas que dice que las imágenes, pues no es bueno, pero yo creo que es bueno porque estoy viendo como está la cara de Dios o de otras personas” (V, maya, 75 años. Quintana Roo. Entiende y puede hablar un poco de castellano. No sabe leer, ni escribir)

Por la misma razón el AM indígena puede responder de forma animista - atribuyendo vida y poderes a los objetos de la naturaleza- no sólo como producto exclusivo de su cultura (donde plantas, fenómenos naturales y cosas poseen espíritu propio que puede causar daño o beneficio sobre ellos (CDI, 2005). Puede haber espíritus que dominan las enfermedades, por ejemplo algunos AM aseguran que se les metió el *mal viento* y por esa razón enfermaron-, sino como una condición frecuente en esta etapa de la vida en la que hay niveles elevados de animismo (Sheehan y Papalia, 1994 en Papalia y Wendkos, 1985), como sucedió en la categoría de **entendimiento**,

“Dicen que deben mantener su puerta cerrada por cualquier animal, cualquier persona mala o enfermedad” (GF-1-Guerrero)

Así como lo social y la cultura han determinado las respuestas, la gramática de cada lengua (o sea el sistema lingüístico) también ayuda a dar forma a las ideas y guía la actividad mental del AM para analizar sus impresiones en torno al cartel, como se observa en el repertorio de respuestas a lo largo de las categorías de **atractivo, entendimiento, identificación y aceptación**.

Por ejemplo, si bien en algunas culturas el número de colores que identifican puede variar en función de su idioma; es posible "percibir distinciones de color para las cuales su idioma no tiene palabras", así como tampoco para las formas geométricas, como sucede en Nueva Guinea, donde sólo hay dos términos de color: *claro* y *oscuro*, sin matices (Morris y Maisto, 2005:225). Algo similar parece ocurrir en nuestro estudio, sin que el objetivo del mismo sea ahondar en ello.

Se percibe un comportamiento (en las categorías de **atractivo, identificación y aceptación**) similar entre los AM mayas. Identifican muchos colores que en su lengua se pronuncian igual que en castellano, pero no hacen referencia

alguna a tonalidades. Tienden a referirse a los colores en términos de *claro* y *oscuro*. Los claros los consideran bonitos, en contraste con los *oscuros*, que asocian con la suciedad. Inclusive, una de las entrevistadas emplea la palabra “*clerar*”, para sugerir aclarar los colores del cartel que están oscuros. Algunos recurren a analogías como la siguiente:

“Me gustaron los colores porque son como color del cielo” (V, maya, 63 años. Quintana Roo. Entiende un poco de castellano)

“El color está un poco oscuro, por eso no le gustó. Que no está pintado muy claro” (V, maya, 67 años. Quintana Roo. Monolingüe)

“Porque la comunidad es sucio, no se parece la mano está limpia y la comunidad no está limpia, no tiene las manos limpias” (M, maya, 71 años. Quintana Roo, Entiende castellano)

“Que pues sí, que sí porque tiene buenos colores como si fuese una playa o así, y eso le gusta mucho a él” (V, maya, 78 años. Quintana Roo. Monolingüe)

En el mismo sentido, tratar de explicar por qué al AM le cuesta trabajo responder a preguntas de opción múltiple (*mucho, poco o nada; muy adecuados, adecuados o poco adecuados; muy fáciles, fáciles de entender o muy difíciles de entender*), tiene que ver con el manejo de las operaciones concretas y las limitaciones para hacer distinciones entre una y otra alternativa. Muchas veces el lenguaje verbal es insuficiente para explicar lo que se quiere, ya sea en rarámuri, nahua o maya, como sucedió en las 5 categorías. Dado que los principales bloques de construcción del pensamiento “son el lenguaje, las imágenes y el pensamiento” (Morris y Maisto, 2005:219), lo abstracto es más difícil de trasladar a lenguaje verbal, en comparación con lo concreto.

Incluso puede haber mayor costumbre por manejar cuestiones operativas y concretas, como en las comunidades tarahumara, maya y nahua; y ello podría estar siendo favorecido por los altos niveles de analfabetismo y las características del trabajo diario -la mayoría de las veces en la milpa-, propio de las tres regiones, y manifiesto a lo largo de las categorías. Para el desarrollo del pensamiento abstracto, por ejemplo, la cultura y la educación son factores determinantes en la estimulación y práctica de este tipo de razonamiento.

Por otro lado, se ha dicho con bastante frecuencia que a medida que la mente va envejeciendo se trabaja más lento (Fisher, 1995; Salthouse, 1991 en Morris y Maisto, 2005) y que determinada clase de recuerdos “son un poco más difíciles de almacenar y recuperar” (Craik, 1994 en Morris y Maisto, 2005:369) en la edad adulta tardía. Las personas mayores (indígenas o no) son más lentas en casi todos los aspectos de su vida, incluido el procesamiento de información, por lo que suelen tener problemas “para recobrar la información que ya han memorizado” (Papalia y Wendkos, 1985:578), como se observó especialmente en las categorías **atractivo**, **entendimiento**, **aceptación** e **inducción a la acción**.

La estrecha relación entre el decremento de la memoria y el avance de la edad, nos habla de que a mayor edad habrá una marcada “disminución en la habilidad para recuperar la información almacenada”, más que de un problema en el sistema de almacenamiento, como indican Papalia y Wendkos (1985:594); lo que podría explicar la dificultad que tuvieron los AM para recordar el cartel y sus elementos, independientemente de la barrera idiomática que supuso el ejercicio de validación.

Sin embargo, en las categorías de **entendimiento** e **inducción a la acción** esta pérdida fue más notoria. Dos testimonios hablan de ello, el primero: *“Tan diciendo que está recordando que hay, hay unos colores de blanco, hay unos colores de azul, hay unos colores que no muy claro, hay unos este, o sea son unos que aparece como sea donde ponen, o sea las llaves de las puertas... Dice que solo está recordando”*, explica el traductor. El segundo, *“Porque allá lo vi un las llaves de la casa, la vi un brazo, pero ¿eso no sé que está diciendo a nosotros?”*

Por último, se sabe que el AM aprende mejor si el material se le presenta lentamente, por espacios prolongados y con pausas (Papalia y Wendkos, 1985); es decir que el AM aprende mejor cuando tiene control regular sobre su aprendizaje, dato que sin duda servirá para acercarse de manera apropiada al contexto del AM indígena, útil para la elaboración de estrategias de

comunicación, así como de propuestas de medios, materiales (OPS, 2006) y mensajes.

Comunicación intercultural

La esencia de la interculturalidad es la comunicación o la relación intercultural (Juárez y Encinas, 2003:26). Actualmente es posible planear estrategias de comunicación exitosas con componente intercultural, centrándose en las diferencias étnicas, lingüísticas, sociales, cognitivas, de aprendizaje y abstracción. Al igual que vinculando éstas a preferencias y necesidades de información y participación de grupos objetivos con características particulares. Las definiciones de comunicación intercultural transitan en ese mismo sentido. Como un “proceso de intercambio simbólico donde individuos provenientes de dos (o más) comunidades culturales negocian significados compartidos en una situación interactiva” (Ting-Toomey, en Santágata, 2008:2). Prueba de ello son dos experiencias de comunicación indígena en Bolivia y México, en las que además de la participación activa del interlocutor, se fortaleció la destreza de las organizaciones para escuchar a los pobladores, antes de diseñar y emitir mensajes, con el ánimo de definir conjuntamente necesidades y metas (FAO, 2004).

En Bolivia, por ejemplo, el componente de comunicación intercultural, promovido por la FAO, fortificó la capacidad de la Asociación de Pueblos Guaraníes (APG) y de la Unidad de Comunicación Guaraní (UCG) para poner en funcionamiento planes de comunicación para el desarrollo acordes con la cultura y las características propias de los campesinos. Para ello, utilizó la Pedagogía audiovisual (PAV), “una metodología de comunicación para compartir conocimientos y facilitar procesos de enseñanza-aprendizaje y capacitación campesina indígena en el ámbito rural” (FAO, 2004:27).

Por medio de ella, los mismos indígenas guaraníes, formados previamente como comunicadores indígenas y capacitados en el ámbito del lenguaje técnico audiovisual, fueron quienes crearon paquetes pedagógicos audiovisuales (los cuales combinan 4 elementos didácticos: el medio audiovisual, la relación

interpersonal, los medios gráficos y la práctica) usando su lengua, sus códigos y sus propias formas de aprendizaje conforme a sus necesidades y realidad.

Lo que hace interesante a la PAV es que se basa en un modelo de comunicación participativa que considera al campesino guaraní como un interlocutor, no como un receptor pasivo, a través del modelo Interlocutor-Medio-Interlocutor (IMI). En este modelo el flujo de comunicación es horizontal y de doble vía. Es decir que técnico -encargado de instruir al campesino en el ámbito audiovisual- e indígenas comparten información y conocimientos, dando lugar a un espacio dispuesto para “el diálogo, la discusión y el aprendizaje mutuo”, lo que convierte al agricultor guaraní en un sujeto activo durante el proceso, desde la definición del mensaje, hasta su uso” (FAO, 2004:35).

Jesús Martín Barbero ya había redefinido, en la década de los años 80, al receptor, visualizándolo como un ser activo que se transforma y se apropia de los mensajes. Todo ello lejos de las primeras teorías de la información: Emisor-Medio-Receptor (E-M-R), que implicaba un flujo unidireccional y el establecimiento de una relación dominante entre Emisor y Receptor, este último generalmente pasivo (OPS, 2006) ante los medios de comunicación masivos. Dentro de la lógica de este nuevo actor diligente y del pensar la comunicación desde la cultura, “el emisor y el receptor se convierten en interlocutores, en sujetos con historia, identidad, arraigo, vidas y experiencias concretas en un marco real, con necesidades y expectativas y capacidad creativa, que pueden -y de hecho así lo hacen- intercambiar para construir algo nuevo que es producto de este intercambio cultural” (Cadavid, 2007:8).

En este sentido, en el marco de la comunicación para el desarrollo o para el cambio social, la comunicación intercultural tuvo como objetivo principal de sus actividades “crear una capacidad técnica para la producción de mensajes interculturales” y el establecimiento de canales para la difusión entre organizaciones, comunidades y sociedad boliviana (FAO, 2004:23). La experiencia guaraní nos habla, entre otras cosas, de la posibilidad para superar las barreras del analfabetismo; incluso de superar la barrera idiomática, creando videos en guaraní, en torno a temas específicos de agricultura

propuestos abiertamente por los campesinos, quienes también definieron los contenidos de los mismos.

Centrar la atención en lo intercultural, como en el ejemplo anterior, ya sea para la producción del material y sus contenidos, en el entendido de que hay aceptación por parte de las comunidades en cuanto a los conceptos empleados e interés en la traducción a la lengua del grupo objetivo, así como adecuación “del lenguaje visual con base en el punto de vista de los interlocutores indígenas” (FAO, 2004:37), fue el camino para crear materiales y estrategias de comunicación interculturalmente apropiadas, que además comunicaron.

Ocurre de forma similar con la experiencia en Chiapas, México, en la que fueron convocadas mujeres indígenas de las etnias tzotzil, tojolabal y tzeltal para trabajar en la formulación del contenido de mensajes, esta vez radiales, contra de la violencia familiar, sexual y hacia las mujeres. El estudio, cuyo objetivo fue explorar desde la perspectiva de las mujeres indígenas las causas que originaban la violencia familiar y el impacto sobre su salud, volcó su interés en crear contenidos culturalmente apropiados para una campaña de comunicación radial (CISC, 2009).

El componente intercultural fue explorado a través de tres grupos focales en los que participaron mujeres en edad reproductiva, en su mayoría monolingües, para lo que fue necesaria la ayuda de una intérprete. Ellas participaron activamente al proponer los contenidos de los spots radiales, proyectándose hacia lo que a ellas les gustaría que escucharan tanto hombres como mujeres para doblegar la violencia. Propusieron estaciones radiales y horarios (muy temprano en la mañana, antes de salir a sus labores en el campo o en la tarde, de regreso a casa) en que deberían ser transmitidos los mensajes, así como el formato de presentación, ya fu

era como plática o como historia.

Así como las indígenas tzotziles, las tojolabales además sugirieron incluir en los mensajes información referente a centros de apoyo y atención para esta

problemática; mientras que las mujeres tzeltales, el grupo más numeroso y joven, recalcó la necesidad de incluir a los hombres en la dinámica.

La posibilidad de generar mensajes o materiales de difusión exitosos nace del conocimiento de la realidad social y cultural que se tenga de los interlocutores, y de indagar con ellos en ella. Cabe aquí la reflexión de Jesús Martín Barbero (1987) de instar a aprender a ver el mundo desde otro lado, señalando la importancia de construir una comprensión de la comunicación dentro de la cultura.

En las experiencias de Bolivia y México, la información y comunicación para el desarrollo (ICD), definida por la FAO *“como toda la gama de cuestiones pertinentes al intercambio de información y la comunicación: desde la radio hasta Internet; desde la creación de contenidos hasta su divulgación; desde las políticas hasta su aplicación práctica, con especial interés en los enfoques participativos”*, fueron de vital importancia; así como el punto de vista del interlocutor indígena.

En la misma dirección, pero con población navaja de Arizona (Estados Unidos), se abordó el cáncer de seno creando dos videos en esta lengua. Los realizadores aprovecharon las diferencias y realzaron el imaginario visual de los videos y los mensajes, dando cuenta del valor y relevancia de lo cultural en la educación para el cáncer en esta comunidad (Robinson, 2005).

En otras esferas, la relación respetuosa entre culturas, que supone la interculturalidad, nos muestra el creciente interés por indagar en pequeños grupos atendiendo (fuera del contexto indígena en este caso) a la cultura y la importancia que ella reviste, como hemos señalado a lo largo de este documento.

Al igual que en la definición del lenguaje y los contenidos de los mensajes, la identificación del o de los canales y de la fuente se ve influenciada por la cultura. Así lo demuestra la experiencia con un numeroso grupo de mujeres hispanas sondeadas en Nuevo México, Estados Unidos, acerca de sus preferencias para recibir información sobre la salud de seno, conocido como

Breast Health Information -BHI, por sus siglas en inglés- (Oetzel et al., 2007:224).

Las hispanas tienden a preferir las fuentes familiares para recibir este tipo de información, así como la comunicación interpersonal, dado que en ella hay un inmediato *feedback*, en contraste con la información diseminada por los medios masivos de comunicación o las fuentes expertas (Elder et al., 2009). Respecto al tono de los mensajes, el gusto osciló entre las que prefirieron los mensajes alentadores y las que se inclinaron por los atemorizantes. La explicación a ello está en la asociación entre las atribuciones culturales que le dan a la salud y la interdependencia (ligado a las relaciones y redes que se establecen con otros, propias de los latinos).

Las mujeres que tienen creencias sobre conductas en salud prefieren los primeros -mensajes positivos-, mientras que las que tienen creencias en salud centradas en atribuciones ambientales prefirieron los atemorizantes -o mensajes negativos-. Ellas, además, difieren de otras en sus valores culturales subjetivos. Los autores señalan que “mediante la cultura subjetiva puede identificarse el corazón mismo de las características culturales para crear mensajes efectivos y apropiados” (Oetzel et al., 2007:225); o sea que la cultura subjetiva se nutre de percepciones, creencias, actitudes, normas y valores, mismas que tomadas en cuenta pueden permitir desarrollar intervenciones en salud culturalmente apropiadas (Oetzel et al., 2007; Lambert y Wood, 2005; Elder et al., 2009; IMIFAP, 2003; Valbuena, 1988).

Ya que el estudio explora la relación que existe entre las variables culturales subjetivas en mujeres hispanas y sus preferencias de comunicación, habrá que decir que hay un fuerte arraigo de identidad étnica, lazos familiares y únicas atribuciones culturales a la salud (Oetzel et al., 2007; Ford et al., 2009; Lambert y Wood, 2005). Todos ellos terminan teniendo cierto influjo en el momento de elegir la fuente, el mensaje y el canal por el que prefieren recibir información (Elder et al., 2009).

Los estudios retomados son referentes de trabajos realizados en comunidades y contextos diferentes al nuestro, ampliando la visión de la comunicación intercultural, no sólo en función de las diferencias, sino de las necesidades de información y de participación de las poblaciones en torno al cuidado de la salud. Son útiles en la medida en que recalcan la necesidad de explorar en medios audiovisuales y radiofónicos con atributos culturales propios, como en las experiencias de Bolivia, México y Estados Unidos. A diferencia de otros que pretenden explicar la realidad a la luz de la teoría del contexto occidental, asumiendo que ciertos elementos que parecen funcionar en su contexto tendrían que comportarse de la misma forma en el contexto indígena.

Por eso, es claro que en comunicación no basta con reconocer los símbolos de la cultura o ser culturalmente sensible (Netto et al., 2010) a ella, es necesario desarrollar estrategias de comunicación orientadas al uso del lenguaje y los requerimientos de información diferenciales. Señala Netto, a propósito de los estudios que han surgido en torno a las barreras del lenguaje, especialmente en grupos paquistaníes, chinos e indios en países donde estos grupos son minoría, que ha habido intervenciones que han considerado las habilidades para hablar, pero no para leer su lengua nativa o los diferentes niveles de alfabetismo de los grupos en torno a un tema específico de salud.

En este sentido, Netto et al (2010) plantea que las intervenciones en promoción de la salud pueden ser adaptadas a las minorías étnicas mediante la identificación y posterior trabajo con los valores culturales y religiosos que motiven o inhiban el cambio de conducta, dándole cabida a los grados de filiación cultural (referentes a la identificación cultural y la aculturación) cuando de planear y evaluar los blancos de las intervenciones se trate.

Desde la otra perspectiva, la del prestador de servicios de salud, la comunicación intercultural reviste los mismos compromisos. Debe ser vista como un requisito indispensable para echar abajo las barreras que impiden actualmente a los AM indígenas acceder a los servicios de salud. Ello puede ser posible explorando en el aspecto interpersonal, en la comunicación cara a cara, lo que significa necesariamente, estar abierto a un intercambio cultural a

través del diálogo, que se supone horizontal y de correspondencia; en otras palabras, establecer un lenguaje común.

El reconocimiento de las diferencias, del origen y desarrollo, pero también de las coincidencias culturales, visualizando a los otros como distintos, es lo que el doctor Albert Schweitzer explicó a través de la cultura de la otredad, producto de su experiencia intercultural en África ecuatorial, y que “desemboca en una práctica de respeto, tolerancia y comprensión de la cultura del otro”.

En dicha adaptación intercultural “se reconocen diferencias, se valoran informaciones y no se desechan conocimientos” (Kroeger, 1982:39). Ello debe verse reflejado en la relación médico-usuario de los servicios de salud, de tal manera que haya menor rechazo de los usuarios, menos resistencia “a las prácticas médicas occidentales y conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos” (Alarcón, 2003:1064).

Propuesta de cartel

Para poder traducir esta propuesta en un material gráfico interculturalmente apropiado se toma como ejemplo la región tarahumara, señalando que los elementos propuestos pueden ser variables en la medida en que se adecuen a cada una de las tres regiones.

Generalmente, el cartel es un material que se desprende de una estrategia de comunicación (OPS, 2006), y por sí solo no puede cumplir cabalmente con la función de formar o informar. El cartel en sí podría no ser el material idóneo para facilitar el proceso de comunicación entre nuestro grupo objetivo, dadas sus características. Incluso, su utilidad en este contexto puede ser cuestionada por dos factores, la ausencia de un referente visual y las características propias del cartel. Respecto al referente visual, los AM manifestaron no estar acostumbrados a ver ese tipo de material; por ende, no tienen cómo comparar, ni proponer nuevos elementos o sugerir cambios al mismo. En cuanto a las características, el cartel es usado en espacios de circulación donde el público, por lo general está en movimiento (OPS, 2006; PROAPS, 2006-2007; Alarcón,

2002). Tal condición requiere de una lectura rápida que permita captar el mensaje con un mínimo de lapso de atención.

Aclarado el punto, y de acuerdo con los datos arrojados por la validación se propone, de todas maneras, un cartel cuyo eje central es promover la atención a la salud en AM indígenas, con los siguientes elementos:

Conservando las dimensiones del cartel validado (60 cms de alto x 39.5 cms de ancho), éste será de tipo formativo, buscando llamar la atención sobre la importancia de adquirir el hábito de visitar periódicamente al médico para vigilar su salud. La imagen central se expresa en forma clara y concisa, con empleo mínimo texto y énfasis en la imagen (IMIFAP, 2003).

La escena se desarrolla en el exterior de la casa uno de los lugareños (puede ser la del siriamé⁴). En la fotografía aparecen, del lado derecho de ésta, una pareja de AM indígenas (mujer y hombre. El que lleva del brazo al otro dirige su mirada al espectador. El que es llevado del brazo es fotografiado de perfil) caminando hacia el umbral de una casa en donde los esperan un médico tradicional y uno alópata, ubicados en la parte izquierda. Los dos expertos, tomados en ángulo de 3/4, se disponen a dar la bienvenida a los AM.

La actitud de atención del agente tradicional y del médico queda enmarcada en la expresión de ambos frente al usuario, fomentando la confianza en el espectador indígena que entenderá que puede cuidar su salud atendiendo a los dos enfoques, integrados ahora (**entendimiento**). Los elementos físicos, están plasmados en el tratamiento estético de la imagen; es decir, en el atractivo visual (OPS, 2006) que destaca elementos de las prácticas culturales tradicionales y se vale de una imagen del lugar, como fondo (OPS, 2006). Allí habrá cabida a una asociación positiva entre el cuidado de la salud y el uso de la medicina indígena (herbolaria tradicional, remedios caseros) y la biomedicina, basados en las categorías de **entendimiento** e **Inducción a la acción**.

⁴ Máxima autoridad tradicional.

La fachada de la casa ocupa gran parte de la superficie del cartel (de izquierda a derecha), la restante (la de la derecha) destaca parte de la naturaleza del lugar con distintas gamas de verdes. La parte superior de la escena, del techo de lámina sostenido con piedras, hacia arriba retrata el azul y blanco del cielo. La fotografía capta el suelo de tierra y algunas piedras. La puerta abierta deja ver una pequeña mesa sobre la que hay un manojito de ramas/hierbas y un copal, atendiendo a las categorías de **atractivo** y **aceptación**.

Se ha preferido el uso de la fotografía al dibujo en el cartel basados en que “toda fotografía produce una impresión de realidad” (Vilches, 1997:19), como respuesta a la necesidad de los AM de verse reflejados en él y en virtud de las categorías de **identificación**, **atractivo** y **aceptación**.

El énfasis se ha puesto en el manejo espacial de la fotografía. Se ha privilegiado el lado derecho y la parte superior del cartel, ya que la atención del espectador se centra en ese campo visual antes que en otro, y atendiendo a las reglas de diagramación que refieren este espacio (superior derecho) como el de mayor índice de visibilidad y “legibilidad” (PROAPS, 2006-2007:135). La relevancia de la parte superior tiene su origen en los hábitos culturales de lectura (Vilches, 1997) que dirigen la mirada de izquierda a derecha, y paulatinamente hacia abajo, en dirección diagonal. Por tal motivo, dicha superficie se emplea para ubicar la consigna o frase corta, compuesta por tres palabras en lengua tarahumara (nahua y/o maya): *Cuida tu salud*, en tipografía de trazos gruesos y marcados, visibles.

Considerando que se trata de población en su mayoría analfabeta, se utilizan tres palabras. En este sentido, aunque la audiencia primaria es el AM, se apunta también a la secundaria, representada por el acompañante (familiar o amigo) que lee y habla en la lengua del AM y que acude para auxiliarlo en la traducción e interpretación durante la consulta médica.

Respecto al número de elementos que aparecen en el cartel, será muy similar al número de letras empleado. Del lado derecho de la fotografía, la pareja de AM; del lado izquierdo, en primer plano, el siriamé, una pequeña mesa sobre la

que hay un manajo de ramas/hierbas y un copal; en segundo plano el médico alópata. Lorenzo Vilches explica que en la foto de prensa, por ejemplo, la vista puesta sobre la derecha tiende a percibir los objetos de ese “lado como si tuvieran mayor peso”; sin embargo, la visión del espectador realmente está focalizada en el lado izquierdo, prestando mayor atención a la “identificación de objetos en este espacio”; de manera que se saca provecho de este campo visual en el afiche (Vilches, 1997:20-22). En él se reúnen el espectro icónico⁵ y el simbólico⁶, con elementos de la cultura indígena (vestimenta, utensilios y colores) y de la occidental (bata blanca y estetoscopio) por ejemplo, acudiendo a las categorías de **atractivo** e **identificación**.

Al conjugar todos los elementos se activan relaciones de semejanza entre los espectadores, lo que les permite construir comparaciones a partir del esquema cultural en el que se desenvuelven (Vilches, 1997:28); es decir que la unidad entre el mensaje, la imagen y la lectura que de éste hagan los AM tendrá sentido.

El cartel busca crear conciencia en el individuo e inducirlo a adoptar la conducta sugerida; por eso el AM mayor que mira de frente, interpela al espectador dirigiendo su mirada hacia él. El elemento psicológico busca involucrar y estimular al observador en la vigilancia de su salud (**inducción a la acción**). El tono comunicacional es sencillo y serio, redactado en positivo.

Para finalizar, a pie de cartel se ubica la información de respaldo institucional. Los logotipos de los entes que apoyan la iniciativa le confieren “reconocimiento” e identificación por parte de la comunidad (PROAPS, 2006-2007:133).

RECOMENDACIONES

“Las estrategias de comunicación para el desarrollo más exitosas son aquellas que fortalecen los canales de comunicación tradicionales, amplificando las

⁵ Hace referencia a los aspectos semejantes a la realidad.

⁶ Aspectos abstractos de la cultura.

voces locales y anclándose en la cultura” (Gumucio, 2004:13). Aplicar este enfoque en el desarrollo de materiales de difusión en salud dirigidos a la población, podría ser de gran utilidad para favorecer la relación de ésta con los prestadores de servicios, y de esta manera tener un impacto en la utilización de los servicios de salud. En el caso de las poblaciones indígenas, adicionalmente se debe adoptar un enfoque intercultural que presupone el desarrollo de instrumentos culturalmente adecuados para atender la necesidad de comunicación de estos grupos.

Lo anterior plantea la necesidad de acudir al punto de vista del actor e involucrarlo en el diseño de sus propios materiales y contenidos, con enfoque intercultural. Realizar varios grupos focales sería una buena forma de hallar el tono adecuado de los mensajes, ya que reflejaría las necesidades de comunicación y salud de comunidades específicas. Dados los altos niveles de analfabetismo del *grupo objetivo*, esta técnica podría proporcionar interesantes elementos para crear materiales gráficos que cumplan dos funciones primordiales: formar e informar.

Por tal motivo, urge rescatar de la indiferencia a la interculturalidad y echar abajo las barreras institucionales, comprometiendo realmente al sistema de salud en la creación de materiales de difusión interculturalmente adecuados, en el acceso oportuno y efectivo a los mensajes y en la receptividad de los mismos. En este punto, quizá haya que preguntarse si los materiales gráficos son realmente un buen canal de comunicación para AM indígenas, y si no habría necesidad de considerar otros, como la radio (versátil, de bajo costo, flexible y de mayor cobertura, recordación y retención), el perifoneo o los paquetes pedagógicos multimediales, por ejemplo.

Dado que la validación busca asegurar que los productos creados para la transmisión de conocimientos o modificación de conductas, sean no solo coherentes con los objetivos de los programas, sino que además sean acogidos positivamente por la población receptora, consideramos que no hay una *comunicación exitosa*, ya que las cinco categorías de análisis no muestran que el mensaje cumple con los cinco criterios de eficacia.

No obstante, sería importante replantear la forma de validación para futuros trabajos de investigación en este sentido y con comunidades indígenas. Aunque el instrumento creado para esta investigación permitió identificar fallas y desaciertos del cartel validado, convendría explorar otras alternativas, en las que los AM puedan valerse de elementos o herramientas que les permitan ejemplificar aquello que no pueden expresar con palabras en maya, rarámuri y náhuatl, así como en castellano.

Aunque se parte de la idea de que el trabajo con los traductores conlleva cierta pérdida de información, también habría que tener en cuenta que el traductor podría verse en dificultades a la hora de interpretar lo que el entrevistado expresa o que algunas de las respuestas podrían ser inducidas o ampliadas por él.

Respecto a algunas de las respuestas, queda la sensación de ser comprometidas; es decir, son respuestas socialmente aceptadas o correctas, cordiales, amables. Muchas veces se tiene la sensación que la contestación parece no querer herir susceptibilidades, quizá los participantes sienten que no deben o no pueden ofender a quien muestra el cartel, como si pensarán que quien lo muestra es quien lo ha diseñado.

REFERENCIAS

Alarcón A. Papelitos Hablan. Cómo hacer materiales impresos. Manuales de formación. 2002 [internet]. Disponible en: http://www.atodavoz.org/materiales_plan/manuales/manual_impresos/impresos.pdf Consultado junio 2010.

Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile 2003; 131:1061-1065.

Alonso M. Los objetivos de desarrollo del milenio: un panorama de sombras y luces. 2005. [internet]. Disponible en: <http://alainet.org/active/9078&lang=es> Consultado octubre 2009.

Barbero JM. De los medios a las mediaciones. 1987, Barcelona, Gustavo Pili.

Beltrán LR. La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo. 2005 [internet]. Disponible en:

<http://www.portalcomunicacion.com/both/temas/lramiro.pdf> Consultado septiembre 2009.

Cadavid A. Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo ¿Qué comunicación para cuál desarrollo? 2007 [internet]. Disponible en: <http://www.c3fes.net/docs/comunicacióndesarrollocadavid.pdf> Consultado noviembre 2009.

Calero J. Salud reproductiva ¿Estamos educando bien? Rev Sexología y Sociedad 1999; 5 (3): 33-35.

Centro de Investigaciones en Salud de Comitán (CISC). Grupos Focales con Mujeres Indígenas. Formulación de contenidos para campañas en medios contra la Violencia Familiar, sexual y hacia las mujeres. Reporte final. 2009. [internet]. Disponible en: <http://www.cisc.org.mx/pdf/focales/20final.pdf> Consultado junio 2009.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). 2009. Las estimaciones de la población. Indicadores socioeconómicos 2002. [internet]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=209 Consultado noviembre 2009.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CDI-PNUD). Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México. 2006 [internet]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/idh/informe/_desarrollo_humano_pueblos_indigenas_mexico_2006.pdf Consultado diciembre 2009

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Lenguas indígenas en riesgo. Seris. 2005 [internet]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/lenguas_riesgo/seris_lenguas_riesgo_cdi.pdf Consultado octubre 2009.

Davidoff L. Introducción a la psicología. McGraw Hill, México, 1984.

Elder J, Ayala G, Parra-Medina D, Talavera G. Health Communication in the Latino Community: Issues and Approaches. En: Annual Review of Public Health. Vol 30, 2009. Fielding, Brownson, Green Editor.

Ford A, Crabtree R, Hubbell A (2009). Crossing Borders in Health Communication Research: Toward an Ecological Understanding of Context, Complexity, and Consequences in Community-Based Health Education in the U.S.-Mexico Borderlands', Health Communication, 24:7, 608-618.

Gumucio A. El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social (2004). [internet]. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26800101>
Consultado septiembre 2009.

Hall G y Patrinos H. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina. World Bank. Washington, DC: 1994-2004; 2005.

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). Development of an Instrument to Test the Cultural Adequacy of Health Related Written Material for Latinos in the USA (2003). [internet]. Disponible en: www.hablamosjuntos.org/pdf_files/IMIFAP.PaperII.pdf. Consultado abril 2010.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda. 2000 [internet]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/lib/buscador/busqueda/.aspx?s=inegi> Consultado julio 2009.

Juárez L, Encinas B. La educación para la salud. Un abordaje transcultural. *Index Enferm (Gran)* 2003;42:24-28

Kroeger A. Participatory Evaluation of Primary Health Care Programmes: An Experience with four Indian Populations in Ecuador. (1982). [internet]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7071929. Consultado febrero 2010.

Lambert H, Wood K (2005). A Comparative Analysis of communication about sex, health and sexual health in India and South Africa: Implications for HIV prevention, *Culture, Health and Sexuality*, 7:6, 527-541.

Menéndez E. El punto de vista del actor. 1997, México. *Relaciones* N° 69, pgs 239-270.

Menéndez E. La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo 2002, Barcelona, pgs 308-374.

Meneses S. Semiótica de la otredad. La diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas. Tesis. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas) 2005.

Moscovici S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Ediciones Paidós, 1984, Barcelona. Bernard Rimé. Lenguaje y comunicación, pgs 535-71.

Morris C, Maisto A. Introducción a la psicología. Pearson, México, 2005.

Netto G, Bhopal R, Lederle N, Kathoon J, Jackson A. (2010). How can Health Promotion Interventions be Adapted for Minority Ethnic Communities? Five Principles for Guiding the Development of Behavioural Interventions. *Health Promotion International*, 2010 25(2):248-257.

Oetzel J, DeVargas F, Ginossar T, Sánchez C. (2007). Hispanic Women's Preferences for Breast Health Information: Subjective Cultural Influences on Source, Message, and Channel. *Health Communication*, 21(3), 223-233.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario. 1998. [internet]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> Consultado septiembre 2009.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. 2006, Washington, D.C. Pág. 83-133.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Definiciones clave: una guía rápida. 2006 [internet]. Disponible en: http://www.fao.org/rdd/definition_es.asp Consultado octubre 2009.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Grupo de Comunicación para el Desarrollo, Servicio de Extensión, Educación y Comunicación Dirección de Investigación, Extensión y Capacitación, Departamento de Desarrollo Sostenible. Comunicación para el desarrollo estudio de caso 26. Yasarekomo. Una experiencia de comunicación indígena en Bolivia (2004) [internet]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/y5311s/y5311s00.pdf> Consultado octubre 2009.

Papalia D, Wendkos S. Desarrollo humano. McGraw Hill, México, 1985.

Partida V. Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. *Demos 2001*: 6-7.

Patton MQ. Purposeful sampling. In *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage; 1990; 169-183.

Pelcastre, B. (2009-2010). Proyecto Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas. Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010.

Poloniato A. La lectura de los mensajes. Introducción al análisis semiótico de mensajes. 1998, México, Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE).

Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS). Manual de comunicación para la salud. Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias. 2006-2007 [internet]. Disponible en: http://www.proaps.cba.gov.ar/img/doc/MANUAL_COMPLETO.pdf Consultado septiembre 2009.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. [internet]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html Consultado junio 2009.

Robinson F. Sandoval N, Baldwin J, Sanderson PR (2005). Breast Cancer Education for Native American Women: Creating Culturally Relevant Communications. Clin J Oncol Nurs. 2005 Dec;9(6):689-92.

Rodrigo M. La comunicación intercultural. 2003 [internet]. Disponible en: <http://www.aulaintercultural.org/IMG/pdf/comintercultural.pdf> Consultado mayo 2010.

Salas MJ (2001). Terapias alternativas. Index de enfermería, 35:25-28.

Santágata M. Comunicación Intercultural y relación médico paciente. Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol. 28 N° 1, junio 2008 [internet]. Disponible en: <http://www.hiba.org.ar/docencia/nexo/attachs/5140.pdf> Consultado mayo 2010

Shamah T, Morales C, Escalante E, Amaya C, Salazar A et al. Diseño e implementación de una estrategia educativa sobre alimentación adecuada y actividad física en escolares del estado de México. Reporte de validación de materiales. Cuaderno del alumno y guía del facilitador. 2009.

Terborgh A, Rosen J, Santiso R, Terceros W, Bertrand J, Bull S. La planificación familiar entre las poblaciones indígenas de América Latina. 1996 [internet]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/22spa00496.pdf> Consultado septiembre 2009.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Guía metodológica y video validación de materiales IEC. 2003 [internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/publicaciones/material_comunic_programas/video_validacion_materiales.pdf Consultado junio 2009.

Valbuena VT. Using Folk Media in Development Programmes. 1988 [internet]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12281584> Consultado febrero 2010.

Vázquez D (2007). Los encuentros entre la salud y la comunicación. Altepaktli. Salud de la comunidad. Vol 3, N°5 marzo 2007 P. 21-28.

Vilches L. Teoría de la imagen periodística. Paidós, Barcelona, 1997

Wittgenstein L. (1953). Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica, 1998.

Ziemendorff S y Krause A. Guía de validación de materiales educativos (con enfoque en materiales de educación sanitaria). 2003 [internet]. Disponible en:

<http://www.cepis.ops-oms.org/tutoria/in/pdf/eduperu.pdf>
2009.

Consultado junio

ANEXO 1

Esta temporada de invierno

Contigo es posible

CIÉRRALE LA PUERTA A LA INFLUENZA VACÚNATE

La influenza no es un catarro común, es una enfermedad respiratoria de origen viral que es contagiosa y puede llegar a ser mortal.

El 10 de octubre comienza la vacunación antiinfluenza para niños de 6 a 23 meses y adultos de 65 años o más.

Acude a la unidad de salud que te corresponde.
Recuerda llevar la cartilla nacional de salud para registrar tu aplicación anual.

Protégelos y protégete.

Construyendo un México fuerte

ANEXO 2

Validación cartel

Folio _____

Comunidad: _____ Municipio: _____

Estado: _____

Fecha: _____

Sexo

1) Femenino 2) Masculino

Edad: _____ (años)

Tema cartel: _____

Instrucciones:

- Observe con detalle el cartel.
- Al terminar, le leeré unas preguntas y anotaré las respuestas que usted me dé.
- Recuerde: no hay respuestas buenas ni malas, solo queremos saber su opinión.

1. ¿Qué fue lo que más le gustó del cartel que acaba de ver? ¿Por qué? (atractivo)

2. ¿Qué fue lo que menos le gustó? ¿Por qué? (atractivo)

3. ¿Qué cambiaría para mejorar las cosas que no le gustaron del cartel? (atractivo)

4. Los colores del cartel... (atractivo)

a) Le gustaron mucho

b) Le gustaron
poco

c) No le gustaron

¿Por qué?

5. El tipo y tamaño de la letra son... (atractivo) (Dependerá del cartel)

a) muy adecuados

b) adecuados

c) poco adecuados

¿Por qué?

6. Explique con sus palabras de qué trata el cartel que acaba de ver? (entendimiento)

7. Las palabras que se usan en el cartel son... (entendimiento)

a) Muy fáciles de entender

b) Fáciles de
entender

c) muy difíciles de
entender

8. ¿Las personas que aparecen en el cartel se parecen a las de su comunidad?
(identificación)

a) Sí

b) No

¿Cuál es la diferencia?

9. ¿Las imágenes del cartel se parecen a las del entorno de su comunidad?
(identificación)

a) Sí

b) No

¿Cuál es la diferencia?

10. ¿Alguna palabra del cartel no se usa en su comunidad? ¿Cuál? (identificación)

11. Cambiaría algún dibujo o color (aceptación)

a) Sí

b) No

¿Cuál? ¿Por cuál lo cambiaría?

12. En general, el cartel (aceptación)

a) Le gustó mucho

b) Le gustó poco

c) No le gustó

¿Por qué?

13. ¿Usted podría hacer lo que le pide el cartel que haga? (inducción a la acción)

a) Sí

b) No

¿Por qué?

¡Muchas gracias!