



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

ESCUELA DE FISIOTERAPIA

“Acompañamiento en educación y promoción de la salud a promotores y promotoras de la Comunidad de Mitzitón en San Cristóbal de las Casas, Chiapas”.

Trabajo práctico para obtener el grado de:

Lic. en Fisioterapia

Presenta:

Andrea Mansur Pulido

Director:

Mtro. Ricardo Robert Cervantes

Puebla, Puebla, México a 17 de febrero de 2023



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quisiera aprovechar estas líneas para agradecer a todas las personas que en estos años han sido parte de mi formación profesional y personal.

En primer lugar quisiera dar las gracias a mi asesora, la Mtra. Miriam Ríos Kosa, quien fue parte fundamental para, en primera instancia elaborar este proyecto, brindándome todo su apoyo de principio a fin, no dejándome olvidar que iniciativas como estas son posibles y necesarias. Continuando, no quiero dejar de agradecer a mis profesores que diariamente me impulsaban a dar lo mejor como persona y profesional; Ricardo, Eli, Clarita, Elvira, Angélica y Meztli.

Como parte esencial de mi formación, quiero agradecer infinitamente a quienes han sido mis maestras todo este tiempo, mis compañeras del Centro Comunitario At'el Antsetik, mujeres con un espíritu incansable, quienes de muchas maneras me han enseñado lo valioso del trabajo en comunidad, de los saberes ancestrales y tradicionales para la construcción de la salud y educación popular y comunitaria. Gracias a Lucía, Coni, Mary, Eva, por ser mis maestras, amigas y guías a lo largo de este tiempo, gracias por toda su fuerza y conocimientos, gracias por sus regaños y sus saberes y sobre todo gracias por no permitirnos dejar de creer en este proyecto colectivo. Gracias Dra. Geo, compañera Antonia, Quetzi, a "Las Maravillas" y a sus hijas e hijos por ser nuestro combustible.

A las y los compañeros promotor@s de la Comunidad de Mitzitón, sin quienes este proyecto no existiría, gracias por el espacio, por la apertura y por permitirnos compartir un poco del camino andado con ustedes y gracias por compartir del suyo y sus saberes con nosotras.

A mi familia que me permitió y apoyo de principio a fin para estudiar esta carrera y me han dado todo lo que necesito para ser quien soy hoy. Gracias a mi madre por todo su amor. A mi compañera, quien no me soltó la mano para poder concluir este proyecto.

Dedicatoria

A todas y todos quienes son y han sido parte del "*Colectivo At'el Antsetik pas Lekil Kuxlejal*".

A las y los promotores de la Comunidad de Mitzitón.

Contenido

1. Marco teórico.....	5
1.1.1 Características sociodemográficas de la localidad de Mitzitón, municipio de San Cristóbal de las Casas.....	5
1.1.2 Comunidad de Mitzitón, municipio de San Cristóbal de las Casas.....	5
1.1.3 Cosmovisión tsotsil: <i>lekil kuxlejal</i> y relación con la naturaleza.....	7
1.1.4 Atención Primaria en Salud (APS).....	8
1.1.5 Atención Primaria en Salud (APS) en México y Determinantes Sociales de la Salud (DSS)...	9
1.1.6 Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).....	10
1.1.7 Papel del/la fisioterapeuta en comunidad.....	11
1.1.8 Educación popular como base para la pedagogía en salud comunitaria.....	11
1.1.9 Interculturalidad en salud.....	13
2. Justificación.....	14
3. Planteamiento del problema.....	15
4. Pregunta de investigación.....	15
5. Objetivos.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
6. Material y métodos.....	16
6.1 Recursos humanos:.....	16
6.2 Recursos materiales:.....	16
6.3 Antecedentes y contexto del método de trabajo con la comunidad de Mitzitón.....	16
6.4 Reporte y descripción cualitativa de las sesiones:.....	19
6.4.1 Sesión introductoria: Ficha/registro clínico y anamnesis.....	19
6.4.2 Anamnesis y exploración física.....	23
6.4.3 Dolor y fascia.....	26
6.4.4 Diabetes Mellitus: fisiopatología, tratamiento y ejercicio.....	29
6.4.5 Enfermedades e infecciones respiratorias: fisiopatología, prevención, tratamiento médico y fisioterapéutico.....	31
6.4.6 Repaso práctico de técnicas de kinesiólogía respiratoria.....	35
6.4.7 Terapia manual: fascia, movimiento, manipulaciones miofasciales básicas.....	38
6.4.8 Elaboración de pomada analgésica. Intercambio de saberes con la comunidad.....	44
7. Discusión.....	51
8. Conclusión.....	52
9. Bibliografía:.....	53

1. Marco teórico

1.1.1 Características sociodemográficas de la localidad de Mitzitón, municipio de San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Según los datos de INEGI del censo de 2020, la población registrada es de 1046 personas, de las cuales 549 es población femenina y 497 población masculina. La localidad se encuentra en un grado de **marginación muy alto** y en un grado de **rezago social alto**, según los indicadores del INEGI. De acuerdo a la información recopilada en estas categorías se puede destacar lo siguiente: el 90% de la población a partir de los 15 años tiene la educación básica incompleta, el 46% de la población total no cuenta con derecho-habienencia a servicios de salud, el 76% de las viviendas no disponen de drenaje y el 100% de viviendas no tienen agua entubada de la red pública. De acuerdo a lo expresado por los promotores de Mitzitón la mayoría de la población de la comunidad se dedica a la agricultura como principal actividad económica, sembrando en su propia tierra para su autoconsumo, comercio e intercambio. Las principales condiciones de salud reportadas por las y los promotores de Mitzitón son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, infecciones genitourinarias, cálculos renales y biliares. La comunidad cuenta con un consultorio rural de núcleo básico con servicios de medicina general y consulta externa básica.

1.1.2 Comunidad de Mitzitón, municipio de San Cristóbal de las Casas

A quince kilómetros de la ciudad de San Cristóbal de las Casas, en Chiapas, se encuentra la comunidad de Mitzitón fundada por indígenas tsotsiles que migraron del municipio contiguo de Teopisca y San Juan Chamula; es dicho que su nombre proviene del tsotsil *nitziton*: *ni'*, nariz, *ts'i'*, perro, *ton*, piedra, “nariz de perro de piedra”, forma que encontraron en uno de los cerros que custodia la ahora comunidad en resistencia adherente a la Sexta Declaración de la Selva Lacandona, Mitzitón y al Congreso Nacional Indígena (CNI). Dentro de mil 800 hectáreas de bosques de pinabeto, roble y ocote se dibuja un verde y frío paisaje que se ve fragmentado por el cuartel general de Rancho Nuevo de la 31 Zona Militar y el que por voz de lxs pobladores, dicen, vino a intentar aquietar a los pueblos (Luna, 2010). Entre trata de personas centroamericanas, tala y comercialización ilegal de la madera de sus bosques, intentos de uso de su territorio para construcción de la Carretera SCLC-Palenque y una guerra de baja intensidad por parte del Estado, se encuentra el poblado de Mitzitón.

Es relatado por algunos de los compañeros de Mitzitón que como resultado de toda esta problemática la comunidad el día de hoy presenta importantes fracturas y divisiones; líderes encarcelados, grupos paramilitares como el Ejército de Dios perpetrando repetidos ataques denunciados desde el 2011 y los propios integrantes de Mitzitón cambiando de intereses para comercializar ilegalmente la madera de sus propios bosques.

Esta continua y compleja problemática ha traído como consecuencia que quede como remanente un reducido grupo de personas con el cual se trabajó en este proyecto, los cuales se encuentran adheridos a la Sexta Declaración de la Selva Lacandona y al Congreso Nacional Indígena, siendo este último de el que participan más activamente, configurándose como una comunidad autogestionada que sigue usos y costumbres, y que pese a todo mal pronóstico permanecen en resistencia a través de prácticas contrarias a los mal llamados proyectos de desarrollo.

Son las y los compañeros promotores de salud quienes a través de su accionar cotidiano apuntan siempre a alcanzar la autonomía y soberanía sobre sus cuerpos-territorios y el cual está atravesado en todas sus aristas por su identidad indígena.

Promoción y atención de la salud comunitaria a través de terapéuticas tradicionales como el uso de la herbolaria local, sobadas, curaciones ceremoniales y rezos, todo ello en combinación y complemento a lo que, en algunas ocasiones, otrxs promotores, médicas/os y personas interesadas en la salud y el bien común les han compartido. Cultivo y cosecha de alimentos; maíz, frijol, chile, haba y a veces un *chanchito*, son algunas de las especies que crecen en su tierra para su consumo e intercambio en la comunidad. A través de la creación de su propia Policía Comunitaria se organizó la vigilancia de las todavía suyas mil 600 hectáreas de bosque; vigilia que es turnada cada 24 horas entre grupos de personas armadas con machetes (Henríquez, 2013).

De manera general y resumida, estas acciones forman parte de un concepto nombrado como *buenvivir* o *lekil kuxlejal* en el idioma tseltal, concepto que se ampliará más adelante y que, dicho sea de paso, es uno de los principales ejes que sustenta la ejecución de este proyecto.

1.1.3 Cosmovisión tsotsil: *lekil kuxlejal* y relación con la naturaleza

Es en la región de los Altos de Chiapas, en algunas comunidades tsotsiles y tseltales, donde se preserva y se lleva como modo de vida el “*lekil kuxlejal*”. Para ellxs, más allá de un concepto, es una forma de gozar de buena salud, estar bien y en armonía con la Madre Tierra. *Lekil* se traduce como bien o bueno y *kuxlejal* como vivir, “vivir bien o buena vida”, dos palabras que dentro del imaginario colectivo de una población urbanizada, del norte global, occidental y/o que goza de privilegios de clase, raza, sexo/género se podría ubicar como tener buena salud, solvencia económica, propiedades, viajes, seguridad social, etc., todo ello sin tener en cuenta la integralidad del ser humano, sus múltiples matices y esferas y sobre todo la importancia del cuidado de su relación con la naturaleza. En contraste, para alguna de la población indígena de Los Altos, *lekil kuxlejal* ha sido y es, dentro de su cotidianidad el estar bien a través del cuidado del otrx y de la naturaleza. El psicólogo y poeta tsotsil Manuel Bolom, originario de Huixtán, explica el *lekil kuxlejal* en 2011, como la vida abundante: “como la vida misma”, involucra “restaurar el equilibrio del ser humano en todos sus aspectos: físico, emocional, mental, social y espiritual, desde el ámbito familiar, individual y comunitario, todo en interacción con el cosmos”. Los tsotsiles conciben a la Madre Tierra como un ente vivo en constante regeneración, que da sustento y el cual debe de ser cuidado y respetado; para ellxs a través del cuidado de la tierra y de la siembra, es que una persona aprende a cuidarse a sí misma y a cuidar de otrxs, abarca desde el cuidado individual hasta el comunitario y se vuelve un criterio ético para la búsqueda del bien común.

No resulta raro encontrar múltiples coincidencias con otros pueblos indígenas dentro de todo el territorio de Abya Yala*, pues para ellxs, igual que para el pueblo maya tsotsil, es entendido que para alcanzar el bienestar propio y comunitario, es necesario llevar una relación de cuidado y reciprocidad con la Madre Tierra, la cual, como se mencionó antes, al contrario de ser vista con una visión de territorialidad y extractivismo de sus bienes naturales, es respetada como un ente vivo, que nutre a todos los seres que en ella habitan; como una madre. Reafirmando esta idea es que se le nombra de distintas maneras, según el territorio: *Pachamama* para algunas culturas andinas; *Ñuke Mapu*, para la Nación Mapuche; *Tonantzin tlalli*, para algunos pueblos

* Abya Yala, que significa Tierra Madura, Tierra Viva o Tierra en Florecimiento, fue el término utilizado por los Kuna, pueblo originario que habita en Colombia y Panamá, para designar al territorio comprendido por el Continente Americano. De acuerdo con el momento histórico vivido, se referían a este territorio de diferente forma: Kualagum Yala, Tagargun Yala, Tinya Yala, y Abya Yala, siendo este último el que coincidió con la llegada de los españoles. El término Abya Yala es en sí mismo un símbolo de identidad y respeto hacia las raíces de los pueblos originarios (Carrera y Maldonado 2017).

del Valle del Anáhuac y *jme'tik balamil* para el pueblo maya-tsotsil. Es entonces, -según lo que Bolom Pale describe acerca de su cultura- que para algunxs tsotsiles, es básico y necesario volver a la madre naturaleza para reconectar y “recuperar la buena vida que estamos perdiendo”, menciona que para volver a los ciclos naturales es necesario un compromiso, sencillez y respeto, de esa manera es que se puede tener un “acercamiento real con nuestra *jme'tik balamil*”. Dicho esto, se refuerza la idea, de que para lxs tsotsiles, es a través de tener una buena relación con la tierra que se puede alcanzar un *lekil kuxlejal*, el mismo Bolom, menciona que, es difícil, sino imposible, la sostenibilidad de la vida humana sin respetar el auto sostenimiento de la tierra, dice que el respeto (*ich'el ti muk'*) es la única posibilidad para llegar a la autosostenibilidad.

1.1.4 Atención Primaria en Salud (APS)

Según la Declaración de Alma Ata, celebrada en 1978, la APS se presentó “como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas”, se reconoce a la salud-enfermedad de manera holística y multifactorial, la cual, dada su compleja causalidad, debe comprenderse más allá del modelo biomédico y por ende abordarse de modo que sus causas sean atendidas con la participación de toda la sociedad (Ramírez-Elías, 2018).

De ese modo los objetivos de la Atención Primaria en Salud, deben estar encaminados a “mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud”, ello a través de prestar servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Así mismo, según la Declaración de Alma Ata (PAHO, 1978), la APS engloba también, aspectos como la educación en salud, prevención, promoción de nutrición y suministro de alimentos, abastecimiento de agua potable y saneamiento, asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunización contra enfermedades infecciosas, así como prevención de enfermedades endémicas, tratamiento apropiado de condiciones de salud y suministro de medicamentos esenciales. Otro rasgo que la APS, debería contemplar e incluir, es el fomento a la participación y autorresponsabilidad de los individuos en la organización y funcionamiento de la APS en su comunidad, haciendo uso de los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, en dichos procesos de participación comunitaria, será imprescindible la integración de personal de salud como parteras, médicos tradicionales y alópatas, personal de enfermería, promotores de salud comunitaria, auxiliares y personas de la

comunidad que deseen involucrarse en los procesos de organización y gestión de las necesidades de salud expresas de la comunidad (PAHO, 1978).

Sin embargo, la meta “Salud para todos en el año 2000”, nacida a partir de la celebración de la Conferencia Internacional de Alma Ata, sigue estando, para muchos países, lejos de su realidad. Hoy en día, incluso los países llamados “desarrollados”, siguen sin alcanzar estos objetivos en sus sistemas de salud. La distribución de recursos en salud, sigue inclinando la balanza en su mayor parte a los servicios asistenciales centrados en la enfermedad, dejando pequeñas cantidades de recursos económicos, de infraestructura y de capital humano, orientados a la prevención y promoción de la salud, la cual, puede reducir en un 70% la carga de morbilidad (Ramírez-Elías, 2018).

1.1.5 Atención Primaria en Salud (APS) en México y Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

En México, la cobertura universal en los servicios de salud, no solo sigue privilegiada a un porcentaje de la población sino que hay una marcada desigualdad en la calidad y tipo de servicios a los que se puede acceder de acuerdo a dicha cobertura. No existe, según lo mencionan López-Cervantes, Durán y Villanueva (2011) un “contrato social” en materia de salud, entre el Estado y la población, se establece que la seguridad social es accesible para la población que cuente con empleo formal, dejando de lado a una población de 29.8 millones (53.6% en la Tasa de Informalidad Laboral) que labora en el sector informal (INEGI 2020), la cual tiene como opción de costear los servicios en salud que requieran o bien acceder a una fracción de los servicios ofrecidos por el Seguro Popular o actualmente el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Según la OPS y el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria para el 2021 el gasto público en salud de México es de 3.1% del PIB, es decir 692 mil 430 mdp que son repartidos entre los subsistemas de salud (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, SSA e IMSS Bienestar).

Se vuelve no solo necesario, sino urgente, que las políticas y el gasto público estén debidamente orientadas a la cobertura universal en salud, en las que se aborden las necesidades específicas de la población, de acuerdo a los determinantes sociales de salud (DSS), los cuales siendo desde factores económicos, ambientales, culturales y políticos, se intersecan para repercutir directamente en la salud individual y colectiva de las y los ciudadanos. Son los DSS los que

dictarán la historia natural de la enfermedad/salud de cada persona, dichos DSS, jugarán a favor o en contra de la salud de la persona, dependiendo de la situación económica, sexo/género, etnia, contexto de vivienda, etc., (Girard & Lamy, s.f.) Para ejemplificar este hecho, se puede hablar del caso de personas racializadas o indígenas y/o en situación de vulnerabilidad económica, siendo estas poblaciones quienes son más propensas a no poder acceder a servicios de salud de calidad; desde los servicios de salud básicos (clínicas comunitarias o de medicina familiar) hasta el tercer nivel de salud, esto agravado por factores como falta de recursos económicos, lejanía de clínicas u hospitales (en el caso de habitantes de comunidades), falta de personal sanitario o personas hablantes de lenguas indígenas en centros de salud u hospitales y la propia falta de infraestructura y servicios a los cuales la población puede acceder.

1.1.6 Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

La rehabilitación basada en la comunidad, es definida como “una estrategia de desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, igualdad de oportunidades e inclusión social de todos/as los/as niños/as y adultos con discapacidad, que se aplica a través de los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades, y los apropiados servicios de salud, educación, formación vocacional y servicios sociales” (Díaz-Aristizábal U. et. Al, 2012). La RBC, por otra parte, no puede ser limitada a definirse como un método, pues su puesta en práctica, se adaptará a las particularidades y necesidades de la comunidad con la que trabaje. Uno de los objetivos y pilares de la RBC es el involucramiento de la comunidad en el proceso de rehabilitación, por ello también se ha comenzado a nombrar como Inclusión Basada en la Comunidad (IBC).

Los programas de RBC se basan en los siguientes aspectos: **a) programas basados en la comunidad y con la comunidad** en la planificación, toma de decisiones y puesta en acción del proyecto, **b) transferir conocimientos, aptitudes y habilidades**, capacitando a las familias y comunidades para poder responder ante sus propias necesidades, tomar decisiones, resolver problemas y luchar por sus derechos, **c) respeto a las diferencias culturales**, deconstruyendo el colonialismo occidental que se planta ante las poblaciones originarias y tomando en cuenta los conocimientos y estructuras comunitarias, **d) utilización de los recursos locales**, tanto materiales como humanos, siguiendo el objetivo principal, que será que la comunidad dependa lo menos posible de ayuda externa (Díaz-Aristizábal U et. Al, 2012).

1.1.7 Papel de la/el fisioterapeuta en comunidad

La/el fisioterapeuta, como profesional sanitario, basa su accionar en tratar, promover y recuperar la salud, por ello, el papel de la fisioterapia dentro de los sistemas de salud, no debe limitarse a las actividades asistencialistas, sino que la/el fisioterapia debería poder situar su labor desde la Atención Primaria. Las actividades que el profesional de fisioterapia desarrolle en un contexto comunitario, pueden ubicarse dentro del marco de actividades definidas desde el sistema de APS o actividades directamente demandadas por la comunidad, la cual podrá hacer uso de sus propios recursos para responder a las necesidades de salud comprendidas en el contexto de su comunidad. Así mismo el rol del fisioterapeuta podrá ser gestionar y/o proponer iniciativas, que vayan acorde a las necesidades de la población, teniendo en cuenta factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales de la persona y la comunidad. Los profesionales han de trabajar en conjunto con la comunidad, tanto como para evaluar, planificar y poner en práctica las iniciativas que tienen como objetivo la mejora de la salud comunitaria, promoviendo la autonomía en dichos procesos (Paz & da Rocha, 2007).

Por lo tanto, los fisioterapeutas, tienen las herramientas profesionales para “proporcionar intervenciones de promoción, prevención y atención directa en salud; formar a otros profesionales y comunidad; ofrecer consejo, apoyo y supervisión a otros profesionales de la salud y sociales; [...] gestionar programas de intervención; [...]”. Por ello, es necesario que el profesional sea capaz de desarrollar esta dimensión del campo de la fisioterapia, que existe como consecuencia del contexto sociocultural, haciendo que se requieran cada vez más profesionales que rompan con los moldes tradicionales de la atención sanitaria centrada en el modelo biomédico (Paz & da Rocha, 2007).

1.1.8 Educación popular como base para la pedagogía en salud comunitaria

La educación popular como concepto pedagógico y filosófico, entiende la educación como un proceso participativo, en el cual el aprendizaje está basado en las experiencias de las personas o grupos que participan de la experiencia pedagógica. “La educación popular solo puede entenderse y conceptualizarse a partir de su propia *praxis*” (Núñez 2005), es por ello que vale hablar más de sus componentes y características. El peso de los antecedentes de la educación popular, es tal, que entendiendo dicho contexto histórico, es que el día de hoy se

puede seguir comprendiendo dicha práctica pedagógica. Esta “corriente” educativa, tiene como precursores actores sociales, políticos y pedagogos como José Martí, Lázaro Cárdenas, Simón Bolívar, Freinet, Jean Piaget, por mencionar algunos (Núñez 2005). Sin embargo, quien se constituyó como el “padre” de esta corriente, es y fue Paulo Freire, con obras como *La educación como práctica de libertad (1967)*, *La pedagogía del oprimido (1970)*, *Cartas a Aquellos que se atreven a enseñar (1993)*, entre varias otras. Dichas obras, no solo fueron un aporte conceptual y teórico, sino que sirvió y sirven actualmente para el desarrollo de propuestas metodológicas. La creación de estas obras e influencia de Freire y dichos actores anteriormente mencionados, influyeron a jóvenes estudiantes, militantes políticos y o religiosos que comenzaron a optar por el trabajo sociopolítico de base. Cabe mencionar que en el contexto del desarrollo de estas obras, se dieron sucesos como el triunfo de la revolución cubana, los movimientos estudiantiles en México, el ascenso de las dictaduras militares en Centroamérica y Sudamérica, por mencionar algunos sucesos del contexto social de esa época. Dichos acontecimientos aumentaron la situación de descontento social y organización social a lo largo de América Latina, lo que incentivó la organización civil y búsqueda de procesos autónomos en todo el continente (Núñez, 2005).

Al conocer brevemente estos antecedentes sociopolíticos, se puede comprender la educación popular, como una metodología que toma en cuenta no solo la experiencia del individuo, sino su contexto social, cultural, de etnia y raza, sumado al contexto político por el que esa persona o grupo es atravesado. La mayoría de las acciones o prácticas de esta corriente, se realizan, como su nombre lo dice con sectores “populares” o marginales, en un contexto informal, incidiendo en su mayoría en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y o en población racializada (Núñez, 2005).

Se puede entender, entonces, a la educación popular, como una propuesta pedagógica ética y política en permanente construcción, que está comprometida social y políticamente con las poblaciones que trabaja y con el objetivo, no únicamente de una construcción de conocimiento vertical, sino como una transformación a pequeña o gran escala del contexto de quienes participan de y con ella. En ese sentido, la educación popular para la salud comunitaria, busca crear un enlace con la comunidad, el cual se centre en la comprensión del contexto sociocultural, político y religioso de la misma, poniendo en primer lugar las necesidades de aprendizaje, de acuerdo al propio contexto y experiencia de las y los integrantes de la comunidad. Es así, que se puede, sino alcanzar plenamente, aproximarse en su mayoría, a

cumplir los objetivos planteados por la/el educador en conjunto con la comunidad, al tiempo que se cumple un objetivo implícito en la educación para la salud, que es ayudar a las personas a tener mejor salud personal y colectiva, incorporando y replicando prácticas encaminadas a un buen vivir.

1.1.9 Interculturalidad en salud

La interculturalidad, conceptualmente entendida como un proceso sociocultural en el cual se entrecruzan e integran diversas culturas, según la UNESCO, dicho concepto alude a la construcción de “relaciones equitativas entre culturas, países, comunidades y personas”, de manera que esto implica reconocer la diferencia/diversidad como aspecto inherente del ser humano, enfatizando que dicha diferencia contribuye a construir la propia identidad de los sujetos (Guzmán-Rosas, SC., 2016).

La interculturalidad es un concepto que surge a partir de las ciencias sociales y que se ha ido extendiendo a otras disciplinas como lo es el campo de la salud. La integración de la interculturalidad en el área de la salud consiste en ser capaz de conocer y convivir entre diferentes sistemas de conocimiento sobre la salud-enfermedad (Guzmán-Rosas, SC., 2016). El factor étnico y racial constituye un pilar para comprender la aplicación de la interculturalidad en los sistemas de salud, dentro de dichos factores se sitúan, no sólo poblaciones indígenas, sino que también se encuentran poblaciones afrodescendientes, a lo largo de toda la región Latinoamericana y del Caribe. Según Guzmán-Rosas dice en *La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento* (2016), existen marcadas desigualdades en el sistema de salud de México, siendo los pueblos originarios quienes registran los peores indicadores sanitarios, sin embargo, a pesar de reconocer a los más de 78 pueblos indígenas en México y la importancia de sus conocimientos en medicina tradicional (plantas medicinales y terapéutica tradicional), el sistema de salud mexicano sigue estando conformado únicamente por instituciones (IMSS, ISSTE, Pemex, etc.) que brindan atención en función del derechohabiente, existiendo desigualdades en el servicio brindado por cada una; paralelamente se encuentra la *medicina doméstica* y *medicina tradicional* encontrándose fuertes choques culturales entre ambas terapéuticas/servicios de salud.

La aplicación de este modelo intercultural, según plantea Guzmán-Rosas, supone el encuentro de dos sistemas de conocimiento con distintos marcos epistemológicos para beneficio de la

población involucrada dentro de zonas de atención médica para población indígena. Dicha aplicación requiere un mínimo de herramientas, aptitudes y actitudes, por parte del personal sanitario, que le permitan transitar del su modelo biomédico hegemónico hacia la comprensión del modelo de salud de su paciente, para así realizar una intervención más conveniente ante la problemática que presenta el/la paciente indígena.

2. Justificación

La realización de este proyecto surge en primera instancia de la necesidad de educación en salud, percibida y expresada por parte de las y los promotores de salud de la comunidad de Mitzitón, a raíz de tener entendimiento del panorama epidemiológico de la comunidad; lo anterior, enmarcado en la necesidad del fortalecimiento de los sistemas de atención primaria en salud en nuestro país y de manera más local, en la comunidad de Mitzitón en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Así mismo, se reconoce que dicho fortalecimiento, debe incluir el reconocimiento e integración de la cosmovisión y terapéuticas tradicionales de acuerdo a la población con la que se está trabajando, en este caso la población maya-tsotsil. Es entonces, que este trabajo responde a una necesidad particular y localizada, reforzando los conocimientos previos de las y los promotores e integrándolos en su práctica cotidiana, por medio de la reflexión e integración de nuevos aportes y conocimientos. Por lo tanto, la ejecución de este proyecto, además de atender las necesidades de aprendizaje de las y los promotores, sirve como base para aquel agente sanitario (fisioterapia, medicina, enfermería, nutrición, etc.) interesado/a en generar instancias pedagógicas para la atención primaria en salud, en las que uno de los pilares primarios sea el respeto e integración de la diversidad cultural (idioma, terapéuticas tradicionales, espiritualidad, etc.) de la población que recibe las capacitaciones/sesiones de acompañamiento educativo en las que se integre dicha cosmovisión a su terapéutica e intervención en salud comunitaria; con ello, se pretende favorecer que los objetivos pedagógicos de quien facilite las capacitaciones/acompañamientos, se ajusten a las necesidades expresadas y percibidas por las y los promotores de salud comunitarios indígenas al tiempo que brinde herramientas pedagógicas adecuadas para la formación en materia de diagnóstico, prevención, rehabilitación y tratamiento en salud primaria.

3. Planteamiento del problema

Las y los promotores de la comunidad de Mitzitón en el entendimiento del panorama epidemiológico de la comunidad, expresan la necesidad de capacitación y fortalecimiento de sus conocimientos en salud primaria para tratar las condiciones de salud prevalentes en la comunidad. Dichas condiciones de salud y las deficiencias de la salud pública y específicamente la APS en México -este último colocándose como un DSS-, se identifican como los factores principales en los cuales es posible incidir a través de este proyecto.

4. Pregunta de investigación

¿De qué manera la/él fisioterapeuta en comunidad acompaña a esta en los procesos de promoción y educación para la salud?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Brindar acompañamiento en educación para la salud y APS a promotores de salud indígena en la comunidad de Mitzitón, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

5.1.1 Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades de educación para la salud de las y los promotores, de acuerdo a las condiciones de salud prevalentes en la comunidad.
2. Realizar sesiones de acompañamiento en las que se refuercen y complementen sus conocimientos, brindando herramientas teórico-prácticas útiles para el tratamiento de dichas condiciones de salud.
3. Generar un manual de salud comunitaria en conjunto con las y los promotores, con fines didácticos y de consulta que pueda servir como guía futura para su quehacer como promotores/as de salud.

6. Material y métodos

Con respecto a los recursos materiales y humanos dispuestos en este proyecto, se realiza la siguiente descripción:

6.1 Recursos humanos:

- a) Promotores de salud de la comunidad de Mitzitón: 5 personas bilingües (tsotsil-español)
- b) Médico Eva Fonseca López como facilitadora
- c) Pasante en Fisioterapia Andrea Mansur Pulido como facilitador
- d) Lic. en antropología Lucía Hernández Vázquez como acompañante e intérprete tsotsil-español
- e) María López Meza como acompañante e intérprete tsotil-español

6.2 Recursos materiales:

- a) Material didáctico de escritura (pizarra, papel, plumones, etc.)
- b) Equipo de examinación (estetoscopio, baumanómetro, oxímetro de pulso, etc.)

6.3 Antecedentes y contexto del método de trabajo con la comunidad de Mitzitón

Para establecer la forma en la que se desarrolla este proyecto se realizó un primer encuentro presencial. El día lunes siete de septiembre de 2020, integrantes del colectivo At'el Antsetik, convocadas por las y los promotores de salud de esta comunidad, se trasladan a la comunidad de Mitzitón de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Existiendo como antecedente una relación sólida de trabajo y compañerismo con l@s promotores de Mitzitón que inicia desde el 2015 y en la que el colectivo ha asistido en distintas temporadas a realizar acompañamiento escolar a niñxs (hijxs de lxs promotores), alfabetización a las compañeras, talleres sobre elaboración de preparados medicinales, entre otras instancias de cooperación y apoyo mutuo. Partiendo de esta base, es que lxs compañerxs de Mitzitón, hacen una petición al colectivo At'el Antsetik para que se les faciliten sesiones de capacitación para reforzar y fortalecer sus conocimientos previos y acompañarles a rellenar los huecos auto percibidos en su formación como personal autónomo de atención primaria en salud.

Un factor importante a tomar en cuenta para ambos colectivos para decidir llevar a cabo estas sesiones, fue contar con el apoyo de la médica Eva Fonseca, quien, durante casi un cuatrimestre, brindó su apoyo al desarrollo de algunas actividades de At'el Antsetik. Esto supuso una ventaja, dada la experiencia de la médica en salud comunitaria y desarrollo de proyectos en atención primaria en salud con comunidades indígenas y no indígenas con organizaciones como Salud y Desarrollo Comunitario A.C (SADEC) y Casa de Atención a la Mujer de Palenque. Su trayectoria y conocimientos sirven como orientación y ayudan a establecer una línea de trabajo sobre la cual basarse para desarrollar las capacitaciones/acompañamientos en conjunto con la pasante de fisioterapia en servicio social con quien planea y desarrolla las sesiones, complementándose y retroalimentándose, mutua y constantemente a lo largo de todo el proyecto.

En este encuentro comparten sus necesidades y áreas de oportunidad en cuanto al aprendizaje y tratamiento de las siguientes condiciones de salud que encuentran en su práctica diaria, lo cual sirve como base y guía para realizar la planeación temática sobre la que se desarrollarán las sesiones de capacitación; entre algunas condiciones de salud que mencionan está la Diabetes Mellitus (*azúcar*), neumonía y otras infecciones respiratorias agudas (IRA's) (*pulmonía*), cialgias (*ciática*), colecistitis (*vesícula*).

Posterior a esto se llega al acuerdo de realizar una sesión cada quince días (sujeta a disponibilidad de ambas partes) con duración aproximada de 2 a 3 horas, dependiendo el contenido y la modalidad de la sesión (teórico o práctico) y recibiendo por parte de ellxs un apoyo para cubrir el costo del pasaje y alimentación básica de la comunidad (arroz, frijol, tortillas y café).

Proyección de tiempo: indefinida, las sesiones se realizarán hasta que se tenga un reconocimiento propio de avance en su aprendizaje.

Las sesiones fueron guiadas, dependiendo el tema y área de conocimiento por la médica Eva Fonseca López y por la pasante en servicio social Andrea Mansur Pulido y acompañadas en la interpretación al tsotsil por la Lic. en Antropología, Lucía Hernández Vázquez, integrante y coordinadora del Colectivo At'el Antsetik, quien al ser el tsotsil su primer idioma acompañó las sesiones no solo con la traducción, sino integrando conceptos e ideas que no tienen una

traducción literal en el tsotsil y que ayudaron a entender con mayor profundidad, las ideas que se fueron comunicando a lo largo de las sesiones.

A lo largo de las sesiones se planteó en todo momento una dinámica de trabajo en donde existiese horizontalidad -saliendo del esquema de enseñanza médica tradicional académica- buscando que los conocimientos previos y aportes de quien reciba la capacitación sean igual de apreciados y tomados en cuenta para la práctica en salud y que quien facilite en el proceso de aprendizaje sirva como guía y acompañante para que los conocimientos de ambos agentes sean tomados en cuenta e integrados en el tratamiento de acuerdo a la funcionalidad o beneficio a la salud más allá de si estos conocimientos son empíricos/tradicionales o aprendidos en alguna institución técnica o universitaria.

Siguiendo esta lógica es que se puede llegar a un diálogo respetuoso con la cosmovisión de este y otros pueblos indígenas, incluso cuestionando las formas propias de aprendizaje y enseñanza dadas por la práctica médica inserta en la academia, las cuales, en su mayoría guían nuestros métodos pedagógicos, sin dejar lugar al cuestionamiento de estas y reproduciendo lógicas de colonialidad sobre las terapéuticas tradicionales que existen antes que la misma academia.

Fig. 1. Acompañamiento en consulta a px con DM.



*Elaboración propia. 7 de septiembre de 2020

6.4 Reporte y descripción cualitativa de las sesiones

6.4.1 Sesión introductoria: Ficha/registro clínico y anamnesis

Fecha: 14 de septiembre de 2020

Facilitado por: Médica Eva Fonseca, pasante en Fisioterapia Andrea Mansur.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

Materiales: plumón, pizarra, lápiz y papel.

Objetivos:

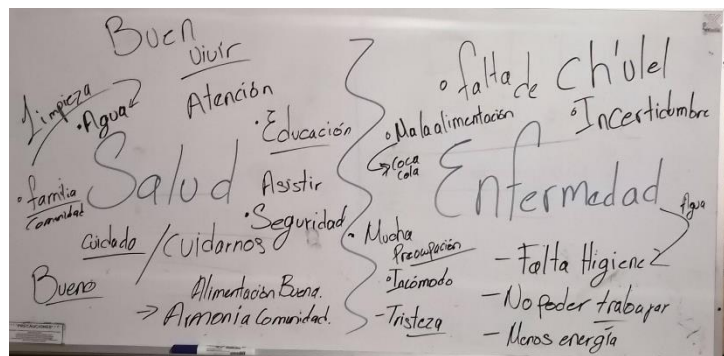
- Conocer las herramientas, terapéuticas y formas de brindar atención en salud de lxs compañerxs promotores.
- Construcción de los conceptos salud/enfermedad de manera colectiva para poder sentar las bases sobre las que queremos trabajar a lo largo de todos los acompañamientos.
- Dar a conocer la importancia de la elaboración de un registro de los datos clínicos del paciente y propuesta de elaboración de una ficha clínica propia, acorde a sus propios criterios y datos que ellxs consideren importantes de registrar de acuerdo a la anamnesis y exploración física que realicen.

En esta primera sesión introductoria, antes de comenzar a hablar de la ficha o historia clínica se comenzó por construir grupalmente los conceptos de **salud/enfermedad** y las asociaciones que se tienen referentes a estos, de esta manera se comenzaron a conocer las primeras impresiones que una pequeña parte de la población tsotsil tiene al respecto. En este ejercicio colectivo se pudo reconocer y resaltar que para ellxs, el “*buen vivir*” está dentro de las palabras que asocian con el **concepto de salud**, además también sobresalieron algunas palabras como alimentación buena, educación y cuidado. Por otro lado, se destacó grupalmente la vinculación de ideas **asociadas a la enfermedad**, como *falta de ch’ulel**, falta de higiene, tristeza, Coca-Cola* preocupación e incertidumbre (Fig. 2).

*El *ch’ulel* es la constitución del sujeto, la *condición de experiencia* que posibilita el florecimiento y madurez de la conciencia, permitiendo la vivencia con la totalidad (...), tener *ch’ulel* implica trabajarlo, enriquecerlo y cuidarlo, (...) el *ch’ulel* nace en lo colectivo. Lo han traducido como *alma o espíritu*; sin embargo, los huixtecos de Jocosic consideran que el *ch’ulel* tiene que ver con el desarrollo (...) de las capacidades del ser, que está relacionado con la conciencia y la madurez. (Bolom, 2011)

* Según datos del INEGI el consumo mínimo por persona en Chiapas es de 3,285 tazas de Coca-Cola al año, lo que equivale a 2.25 lt al día, esto ha llevado a la población a tener uno de los índices más altos de diabetes en el país (UNICH, 2014). Esta problemática se enfrenta a las facilidades que el gobierno federal ha brindado a la empresa FEMSA para la instalación de una de las plantas de producción más grandes del país, la cual extrae sin costo alguno, agua de las faldas del volcán Huitepec a través de dos pozos de los que tiene autorizados 311,040 m³ y 108,734.30 m³ de agua respectivamente, cada año (CONAGUA, 2021). Esto, los precios “accesibles” que la empresa es capaz de otorgar a la población maya tsotsil-tzeltal de los Altos de Chiapas, la importancia que ha adquirido en la vida socio-religiosa de las comunidades y las condiciones de exclusión y vulnerabilidad que viven las poblaciones indígenas hacen que prácticas tan dañinas como el consumo de este refresco puedan persistir con mayor facilidad (Page-Pliego, 2013).

Fig. 2. Ejercicio colectivo de construcción de los conceptos de salud/enfermedad.



*Elaboración propia. 14 de septiembre de 2020.

A continuación, y para empezar a profundizar en la importancia que tiene el registro de datos de lx paciente, se comenzó por hacer preguntas que guían la sesión. Algunas de ellas fueron las siguientes: cuando tienen un paciente, ¿toman nota o escriben en algún lugar los datos que encuentran al hacer la evaluación?, ¿consideran que es importante llevar un registro de sus datos?, ¿por qué?, ¿qué consideran importante registrar cuando reciben a un paciente en su consulta? Guiándonos mediante las respuestas y participaciones de las y los compañerxs se facilitó la primera parte de esta sesión, en la que principalmente se enfatizaron estos puntos de manera grupal:

1. Es importante llevar un registro de los datos clínicos, hallazgos, signos vitales, etc. en un formato físico para así poner en evidencia el hecho de que existe un progreso en lx paciente que está recibiendo la terapia, fármaco, procedimiento, curación, limpia o preparado herbolario está teniendo un progreso o en su defecto si no ha habido muchos avances desde que llegó a la consulta. Esto sirve tanto para quien brinda la atención como para quien la recibe.
2. Es una manera de contar con la mayor cantidad de información posible sobre la condición de salud y su desarrollo y con eso, dar el mejor tratamiento posible.
3. Otrx compañerx promotor puede dar seguimiento adecuado, en caso de que quien regularmente atiende a ese paciente no se encuentre disponible ese día.
4. Para realizar una derivación o interconsulta con otrx promotorx, médicx, terapeuta, clínica u hospital (en casos graves) será más fácil comunicarse entre el personal de salud y así tener un diagnóstico y tratamiento más oportuno por parte de quien brinde la consulta.

5. Es una manera de respaldarse, en un caso desafortunado de que unx paciente no esté conforme con el tratamiento recibido y/o exista una amenaza de denuncia a autoridades comunales por negligencia/mala praxis.

Para poder poner en práctica el **registro de datos de la/el paciente y la evaluación** y para comenzar a adentrarse en la historia clínica se inició preguntando si hacen toma de signos vitales y cuáles, ¿cómo es que notan que un paciente llega en malas condiciones de salud a consulta?, ¿qué consideran importante de observar en unx paciente en los primeros instantes en que se tiene contacto con ellx y qué datos rápidos podemos obtener con la observación?, también se buscó saber qué preguntas le hacen a unx paciente cuando este les comienza a contar sobre su condición de salud actual o motivo de consulta (Fig. 3).

De acuerdo a las respuestas y reflexiones que surgieron se enfatizaron los siguientes puntos y se puso de manifiesto lo siguiente:

1. Lxs promotorxs realizan toma de signos vitales como la toma de presión arterial, toma de pulsos cardiacos y control de glucemia. Se reforzó la importancia de la toma de temperatura corporal, frecuencia respiratoria (cuando sea necesario).
2. La observación de sus expresiones, por ejemplo, si hay una facie de dolor, si está de buen humor, viene acompañadx, si se queja y su postura son algunos de los datos que lxs compañeros observan.
3. Se complementa su participación, añadiendo que es importante también observar elementos como la coloración de la piel, sudoración, hidratación, heridas o golpes notorios a simple vista; si es acompañadx si quien le acompaña le ayuda a caminar, si hay alguna alteración en la marcha, utiliza ayudas técnicas (bastón, andadera, muletas).

Para comenzar a profundizar en el interrogatorio/anamnesis se realizó a la par un ejercicio en el cual de manera colectiva y de acuerdo a los conocimientos previos y necesidades de lxs promotores se hizo una tabla la cual, servirá como base para que puedan poner en práctica de manera sencilla el registro de datos clínicos.

Fig. 3. Ejemplo de ficha clínica propia

Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Comunidad	Número de hijos	Por qué viene	Otras enfermedades	Estado civil	Ocupación	Tratamiento

*Elaboración propia. 14 de septiembre de 2020.

Dentro de los datos que los promotores destacaron como importantes para incluir dentro de su ficha se encuentran:

- Nombre del usuario/paciente-¿K'usi a bi?
- Edad del paciente-¿Jayib ja bilal?
- Sexo/género-¿Vinik/Ants?
- Comunidad de la que proviene, de dónde es-¿Bula ja vok'?
- Número de hijos-¿Jayi'm vuelta achinoj jabol?
- Por qué viene: (motivo de consulta) dolencia, enfermedad, limpia, etc.-¿Kusi ip cha ava'i?
- Otras enfermedades: azúcar, riñón, vesícula, hígado, presión alta, enfisema pulmonar, etc.
- Estado civil- ¿Mi nupunemot ta ch'uina?
- Fecha de próxima consulta.
- Tratamiento que se le dio: biomagnetismo, limpia, aplicación de suero, medicamento, suplemento, sobada, tratamiento herbolario, etc.

Además, se habló de incluir datos relevantes de su exploración física y toma de signos vitales como control de glucemia, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, así como otros datos relevantes y sugerentes de la condición de salud del paciente, encontrados en la exploración física por segmentos que sean de interés para el tratamiento y seguimiento del caso.

Esta propuesta de ficha pretende ser un producto final de las capacitaciones, la cual está sujeta a ser reconstruida de manera colectiva y posteriormente a decidir su manejo; si prefieren anotar todos los datos de manera ordenada en su libreta, creando una tabla o colaborar en el diseño de una historia propia impresa que contenga también una traducción al tsotsil.

6.4.2 Anamnesis y exploración física

Fecha: 28 de septiembre de 2020

Facilitado por: Médica Eva Fonseca, pasante Ft. SS Andrea Mansur.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

Materiales: plumón, pizarra, lápiz, papel, cama de exploración, estetoscopio.

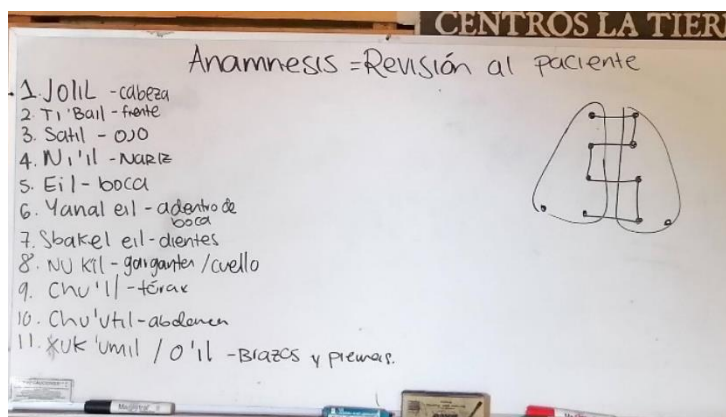
Objetivos:

- Buscar de manera colectiva una forma de evaluación al paciente que interseccione los conocimientos de lxs promotorxs y de lxs facilitadorxs en cuanto a la evaluación y atención centrada en el paciente.
- Conocer la exploración física que lxs promotorxs llevan a cabo y complementar en caso de ser necesario, en cada segmento corporal.

En esta sesión al iniciar se realizó una dinámica por la pasante en fisioterapia, en la que a través de un ejercicio de aprendizaje somático en el que se incentivó a lxs participantes mediante comandos básicos a llevar la atención a cada segmento corporal, haciendo énfasis en la autopercepción y evaluación del estado de bienestar en el que lxs participantes se encontraban ese día; para finalizar la dinámica se realizaron ejercicios de calentamiento como movilizaciones articulares como flexo extensiones y rotaciones de cuello, miembros superiores e inferiores, cadera y tobillos; a través de ello se buscó que el grupo mantuviera un estado de ánimo activo y enfocado para la sesión de capacitación.

Este segundo encuentro se enlazó con la sesión anterior en la cual se comenzó a hablar de anamnesis e interrogatorio y tuvo como objetivo hacer una revisión y refuerzo general sobre la anamnesis al paciente. Al conocer como ellxs realizan la evaluación al paciente, se complementa paso a paso con otros datos de importancia a evaluar/examinar. Se comenzó la revisión clínica de cefálico a caudal y grupalmente se mencionaron los segmentos o partes del cuerpo las cuales ellxs evalúan, se hizo la interpretación a tsotsil para así asegurar que el orden sugerido de examinación fuera recordado y asociado a su lenguaje cotidiano (Fig. 4).

Fig. 4. Anamnesis con traducción al tsotsil



*Elaboración propia. 28 de septiembre de 2020.

Para dinamizar el repaso de los puntos mencionados, e pidió a lxs participantes que demostraran su manera de evaluar por segmento para lograr un ritmo más fluido y en los casos en que fue necesario se añadieron puntos importantes para complementar su exploración. Desde la llegada a la consulta, interrogatorio y exploración física (Fig. 5).

Fig. 5. Demostración de entrevista y evaluación al paciente por uno de lxs promotorxs.



*Elaboración propia. 28 de septiembre de 2020.

Se realizaron observaciones a la par que el promotor realizó su demostración y explicación, reforzando los puntos en que se consideró importante hacer énfasis, algunos de ellos fueron:

- **Revisión de cráneo y cara:** deformidades, protuberancias, heridas abiertas; expresión facial, ojos, piel de la cara, boca y mucosidades, lesiones en tejido tegumentario, integridad de la dentadura e higiene.

- **Exploración física de tórax:** se complementó la palpación que ellxs realizan con los puntos de auscultación y la fisiopatología de los ruidos pulmonares. Esta exploración sirvió como introducción para una sesión posterior en donde se abordó de manera práctica la prevención y tratamiento de enfermedades e infecciones respiratorias (Fig. 6, 7 y 8).

Fig. 6, 7, y 8. Práctica de auscultación de tórax entre las y los promotores.



*Elaboración propia. 28 de septiembre de 2020.

- **Exploración de abdomen:** se complementó la palpación abdominal que ya realizan con otros puntos importantes para el diagnóstico de patologías digestivas algunos de ellos fueron punto de Morris, punto cístico, ovárico. Se realizó un refuerzo sobre el diagnóstico de patologías como colecistitis, enfermedad hepática, apendicitis, colitis y otras condiciones de salud del sistema digestivo, así como diagnóstico prematuro de embarazo y alteraciones urinarias (Fig. 9 y 10).

Figuras 9 y 10. Evaluación de abdomen y repaso de condiciones de salud digestivas.



*Elaboración propia. 28 de septiembre de 2020.

- Por último, se habló de las extremidades: integridad, temperatura, lesiones tisulares, acortamientos musculares, sensibilidad. Se propuso revisar en próximas sesiones evaluación de extremidades.

6.4.3 Dolor y fascia

Fecha: 12 de octubre de 2020

Facilitado por: Médica Eva Fonseca, pasante Ft. SS Andrea Mansur.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

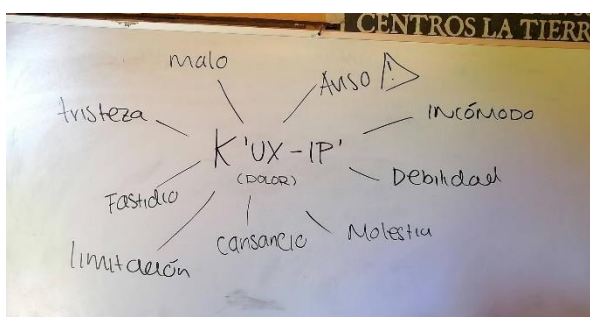
Materiales: plumón, pizarra, lápiz y papel.

Objetivos:

- Realizar una construcción colectiva del concepto de dolor.
- Conocer la fisiología del dolor, tipos de dolor y mecanismo de transmisión a través de la fascia.
- Aprender a distinguir los tipos de dolor y de acuerdo a su cronicidad brindar un tratamiento adecuado.

Para comenzar la sesión se desarrolló una construcción colectiva del concepto de dolor, basándose en las asociaciones que cada unx tiene al respecto del dolor.

Fig. 11. Construcción colectiva del concepto de dolor.



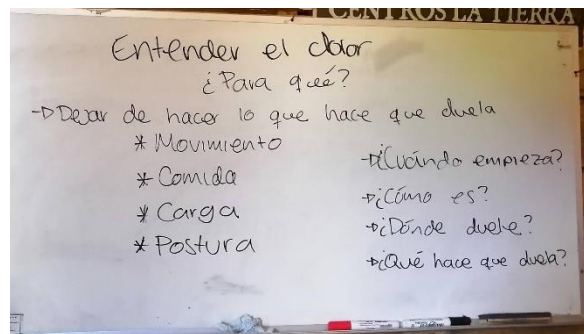
Algunas de ellas fueron incomodidad, tristeza, fastidio, cansancio, debilidad y limitación. Llamando la atención la asociación que se hace de este hecho desagradable con sentimientos subjetivos como la tristeza o fastidio. Poniendo en evidencia la visión integral que se tiene al respecto de la salud (Fig. 11).

*Elaboración propia. 12 de octubre de 2020.

Posteriormente, habiendo entrado en materia, se compartió e invitó a la reflexión del porqué y para qué entender el dolor y su origen es de suma importancia para poder tratar al paciente de

la mejor manera. Se abordaron factores los cuales son desencadenantes de alteraciones que pueden generar dolor, tales como: factores mecanoposturales (posturas prolongadas, movimientos repetitivos, cargas excesivas y mala ejecución del movimiento), estrés, mala alimentación y a ellos se les vinculó a los distintos tipos de dolor; miofascial, neuropático, visceral. Al ir conociendo y profundizando en cada tipo de dolor se dieron preguntas guía las cuales servirán para poder identificar más fácilmente la causa de este malestar y así dar un tratamiento más certero que se dirija a modificar o cambiar estos factores que están desencadenando el evento doloroso. Algunas de estas preguntas fueron: ¿cuándo empezó?-¿k'usi hora jilik?, ¿Cómo es el dolor?, ¿qué lo alivia?-¿k'usi xch'amo sk'uxul?, ¿qué lo empeora?-¿k'usi xk'uxum mas chavai?, ¿se queda en un punto o se mueve?, ¿quema, arde, punza?, ¿se acompaña de otros síntomas como adormecimiento, calambres, “piquetes” ?, ¿en qué momento del día comienza o está presente todo el día? (Fig. 12).

Fig. 12. Preguntas guía para entender el origen del cuadro álgico.



*Elaboración propia. 12 de octubre.

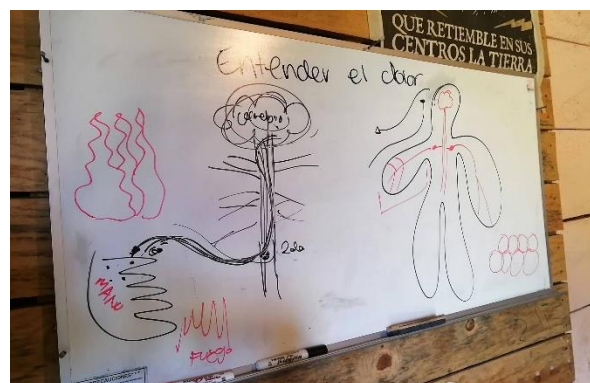
Al hablar de las posibles causas del dolor, se reforzó la idea de que, en la mayoría o muchos casos, estos factores son modificables con el fin de eliminar o reducir en su mayoría este evento doloroso. Poniendo como ejemplo el dolor de origen mecanopostural, en el que no es necesario “eliminar” la actividad o movimiento que genera dolor, más, se vuelve fundamental conocer el **cómo** se realiza este movimiento, carga o postura repetida y/o prolongada para así dar sugerencias para su ejecución y cambiar la dinámica de movimiento y con ello, **reducir o eliminar el dolor**. El ejemplo puntual que se comentó fue el cortar leña con hacha, la cual es una actividad que si dejan de realizar no podrían cocinar ni mantenerse calientes, por lo tanto, se discutió cómo podrían hacer que la persona que corta tenga menos dolor en su hombro o

espalda, algunas de las posibles soluciones fueron: alternando el brazo con el que se realiza, modificando la postura del tronco, tomando descansos entre cada carga de leña, etc.

Se explicó también de manera simplificada la fisiología del dolor, mediante el estímulo de dolor nociceptivo y su mecanismo de transmisión a través de las neuronas de primero, segundo y tercer orden, poniendo como analogías situaciones que podrían suceder en su comunidad.

Para continuar profundizando y de acuerdo a las dudas presentadas por lxs promotorxs, se ahondó en la fisiología del dolor miofascial y la transmisión del dolor a través de la fascia (Fig. 13).

Fig. 13. Fisiología del dolor, neuronas de primer, segundo y tercer orden.



*Elaboración propia. 12 de octubre de 2020.

Al hablar de la fascia se llegó a entender colectivamente como el cuerpo es un conjunto y que las alteraciones de un segmento afectan a otro, y como un desequilibrio en una zona, por ejemplo, la cintura escapular se relaciona con un desbalance muscular con la musculatura lumbar y abdominal; se demostró con otros ejemplos las implicaciones que tiene la fascia en el sistema de movimiento y cómo el conocerla puede hacer que tratar dolores o desequilibrios de tipo miofascial sea más sencillo.

Surgieron dudas particulares al comenzar a hablar de la fascia, como, por ejemplo, la fisiología y tratamiento de ciatalgias, lo cual se aclaró de manera simplificada e ilustrada, explicando la fisiopatología de esta condición de salud. (Fig. 14) Se propuso otra sesión para estudiar más a fondo condiciones como la neuralgia del nervio ciático y otras condiciones de salud de origen mecanopostural, las cuales pueden tener resolución con terapia manual -de la que ellxs de por sí hacen uso- y cambio de patrones de movimiento.

Fig. 14. Introducción a la transmisión del dolor a través de la fascia y explicación sobre la ciatalgia.



*Elaboración propia. 12 de octubre de 2020.

6.4.4 Diabetes Mellitus: fisiopatología, tratamiento y ejercicio

Fecha: 26 de octubre de 2020

Facilitado por: Médica Eva Fonseca, pasante Ft. SS Andrea Mansur.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

Materiales: plumón, pizarra, lápiz, papel.

Objetivos:

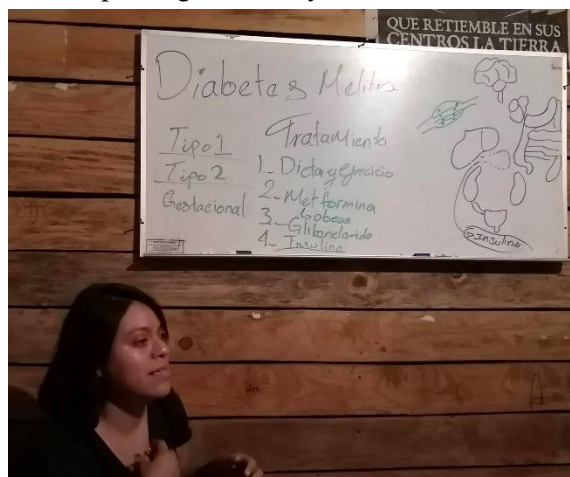
- Dar a conocer la fisiopatología de la Diabetes Mellitus y despejar dudas al respecto de su manejo.
- Enseñar el tratamiento farmacológico haciendo una comparativa entre los fármacos de acuerdo a su uso por tipo de DM.
- Hablar sobre la prevención y más puntualmente sobre el ejercicio como método preventivo y tratamiento de la DM.

Esta sesión fue guiada inicialmente por la médica quien explicó y despejó dudas al respecto de la fisiopatología de la DM y posteriormente la pasante de fisioterapia expuso la importancia del ejercicio como tratamiento y prevención de esta condición de salud. Algunos puntos importantes que fueron repasados en esta sesión fueron:

- **Fisiopatología:** se realizó un repaso de las funciones del páncreas e hígado y la función de la insulina, la manera en que se genera una condición de hiperglucemia en las

distintas clasificaciones de la diabetes (tipo I, II y DG). Se repasó puntualmente la fisiopatología de cada tipo de DM para posteriormente poder dar a conocer a detalle su tratamiento en cada una. Aunque se habló de la prevención a profundidad en la segunda parte de esta sesión, al hablar de la fisiopatología se comenzó a hacer énfasis en cómo prevenir la Diabetes a través de una alimentación balanceada (Fig. 15).

Fig. 15. Fisiopatología de DM y tratamiento farmacológico.

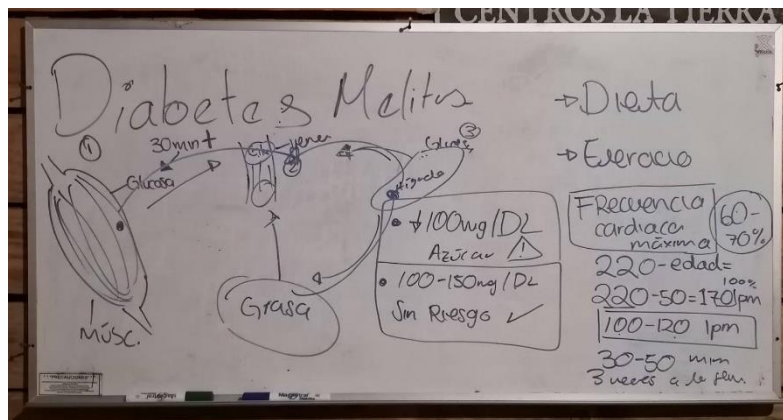


*Elaboración propia. 26 de octubre de 2020.

- **Tratamiento farmacológico:** se revisaron los mecanismos de acción de fármacos como la metformina, glibenclámido e insulina y su prescripción de acuerdo a la condición de salud del paciente. Se revisó cada uno, pero se hizo mayor énfasis en los fármacos que ellos usan normalmente para tratar la DM tipo II que es la más frecuente en su consulta diaria (Fig. 15).
- **Ejercicio:** se expusieron las implicaciones fisiológicas del ejercicio y su efecto sobre la glucosa, se habló de la utilización de esta durante la actividad física, consumiendo la glucosa del músculo, hasta la reserva del hígado, de esta manera se fue demostrando el papel clave que tiene el ejercicio para esta patología. Se ahondó en cómo prescribir el ejercicio de acuerdo al tratamiento medicamentoso y a los niveles de glicemia; 100-150 mg/dL, si es **menor a 100mg/dL**, aconsejar consumo de alguna fuente de glucosa como una manzana. Se explicaron otros beneficios para la salud del paciente diabético como la prevención de enfermedades cardiovasculares, pérdida de peso, mejora en el estado de ánimo, etc.; ejemplos de ejercicios para pacientes con diabetes como caminatas

enérgicas, baile, ciclismo moderado o montañismo (Fig. 16 y 17). Se habló de cuáles actividades físicas están desaconsejadas debido al bajo consumo de glucosa y producción de hormonas de contrarregulación que aumentan la producción de glucosa del hígado, algunas de ellas son boxeo, algunas artes marciales, buceo, etc. Por último, se demostró el uso de la frecuencia cardíaca máxima para prescribir el ejercicio.

Fig. 16 y 17. Ejercicio como tratamiento y prevención en Diabetes Mellitus, prescripción simple del ejercicio.



*Elaboración propia. 26 de octubre de 2020.

6.4.5 Enfermedades e infecciones respiratorias: fisiopatología, prevención, tratamiento médico y fisioterapéutico

Fecha: 16 de noviembre de 2020.

Facilitado por: Médica Eva Fonseca, pasante Ft. SS Andrea Mansur.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

Materiales: plumón, pizarra, lápiz, papel.

Objetivos:

- Dar a conocer la fisiopatología y prevención de las enfermedades e infecciones respiratorias más comunes.
- Explicar el manejo medicamentoso y fisioterapéutico de estas condiciones de salud.
- Enfatizar la importancia y prevención de estas condiciones de salud.

En esta sesión, en su mayoría facilitada por la fisioterapeuta pasante se dio inicio explicando la diferencia entre enfermedades e infecciones de las vías respiratorias, fisiopatología de los padecimientos más comunes, prevención, manejo médico y fisioterapéutico y señales de alerta. A continuación, se desarrollan a profundidad cada uno de los puntos que se vieron en esta sesión:

- **Diferencia entre enfermedad e infección** de las vías respiratorias, se comienza por nombrar cada una: EPOC, asma, neumonía, bronquitis/bronquiolitis, resfriado común, laringitis, faringitis, rinitis. Se profundizó en la fisiopatología de cada una y se habló de cómo la sobreexposición a agentes alérgenos o cuadros repetidos de patologías obstructivas pueden ser condicionantes para padecer en un futuro enfermedades como asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Así mismo se habló del Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) y los mecanismos de broncoconstricción.
- Al hablar de los **mecanismos de broncoconstricción y fisiopatología** de las enfermedades e infecciones anteriores, se aclaró la diferencia entre condiciones de salud respiratoria con patrón obstructivo y restrictivo.
- **Importancia de la prevención.** Al conocer algunos de los factores además de los virus y bacterias, tales como exposición al humo de tabaco, humo de fogón, agroquímicos, polvo, pelo de algunos animales, entre otros, se pudo concientizar en la prevenibilidad de estas condiciones de salud. Algunas de las medidas de prevención que se puntualizan fueron:
 1. No fumar. Si una persona de la familia fuma, deberá hacerlo afuera y después lavar sus manos y cambiar su ropa si está en contacto con un niño o bebé.
 2. Evitar la sobreexposición a humo de fogón. Si el fogón está dentro de casa, intentar que el humo siempre tenga salida.
 3. Evitar la exposición a agroquímicos como pesticidas. Si no se puede evitar, usar cubrebocas rígido y cambio de ropa.
 4. Al exponerse a bajas temperaturas cubrir boca y nariz.
 5. Si se tienen animales en casa evitar que estén sobre la cama, de no ser así mantener higiene en todo momento.
 6. Lavado de manos frecuente después de estar en espacios públicos.
- **Manejo médico:** se enfatizaron puntos importantes a tomar en cuenta al momento de realizar la prescripción de algún fármaco (antibióticos, antipiréticos, antihistamínicos o antiinflamatorios y broncodilatadores). Para infecciones respiratorias agudas, se

analizaron criterios como la presencia de fiebre (tiempo y duración del cuadro febril), faringe eritematosa y/o amígdalas purulentas, dolor corporal y de cabeza intenso (Fig. 18).

Para IRAs bajas, se analizaron criterios como presencia de sibilancias, dificultad respiratoria, presencia de secreciones abundantes con mecanismo de tos insuficiente, cuadros febriles de más de 38°. Estos y varios síntomas fueron discutidos y analizados como criterios para administrar o no, alguno de los fármacos anteriormente mencionados, se enfatizó en qué caso no sería necesario prescribir ningún tipo de fármaco y en cuales sí.

Fig. 18. Fisiopatología de IRAs altas, manejo de esquema medicamentoso de acuerdo a sintomatología.



*Elaboración propia. 16 de noviembre de 2020.

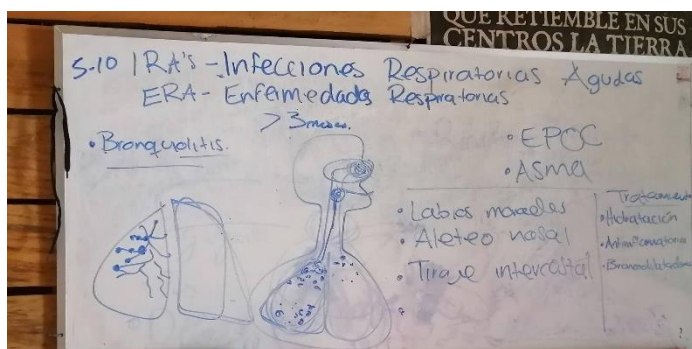
Así mismo, se puntualizó que muchas de las IRAs son causadas por virus y que en muy pocos casos se deben resolver mediante antibióticos (explicando la diferencia con la sintomatología de las que son ocasionadas por bacterias) y las cuales deberían ser tratadas con reposo, abundante líquido y con algún medicamento para disminuir sintomatología como dolor de cabeza, cuerpo cortado, fiebre (Fig. 18).

- **Manejo fisioterapéutico:** tanto en IRAs altas y bajas y ERAs se habló siempre de la importancia de un manejo integral. Se complementó el tratamiento medicamentoso con tratamiento y recomendaciones kinesiológicas, las cuales en algunos casos serían suficiente para el manejo de estas condiciones de salud y en otros casos se

complementarán con el esquema farmacológico prescrito. Algunas de las recomendaciones mencionadas fueron: toma de abundantes líquidos para lubricación de mucosas respiratorias, higiene de espacios y no exposición al humo, herbolaria para despejar vías aéreas, aseo nasal con solución fisiológica, reposo, uso de broncodilatadores en caso de sibilancias audibles u otros ruidos que indiquen broncoconstricción o edema bronquial y/o antiinflamatorios para control de edema (Fig. 19). Todo esto a criterio de la sintomatología presentada por el paciente. Se mencionan técnicas manuales de kinesiólogía respiratoria, para ventilación y aumento de la permeabilidad de la vía aérea, estas técnicas fueron revisadas y demostradas la sesión posterior a esta.

- **Señales de alarma:** se expuso la siguiente sintomatología para tener a consideración en la práctica clínica como graves o que se consideran urgencias, para así hacer una reflexión colectiva, en la que se pueda reconocer, ante qué casos es o no pertinente actuar y en cuales la opción más certera sería derivar a otro profesional/institución, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta. Se mencionaron las siguientes:
 - Aleteo nasal
 - Tiraje intercostal
 - Uso visible de musculatura accesoria.
 - Cianosis (labios morados).
 - Sibilancias

Fig. 19. Mecanismos de obstrucción bronquial y señales de alarma en condiciones respiratorias.



*Elaboración propia. 16 de noviembre.

6.4.6 Repaso práctico de técnicas de kinesiología respiratoria

Fecha: 14 de diciembre de 2020

Facilitado por: Fisioterapeuta pasante Andrea Mansur Pulido.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

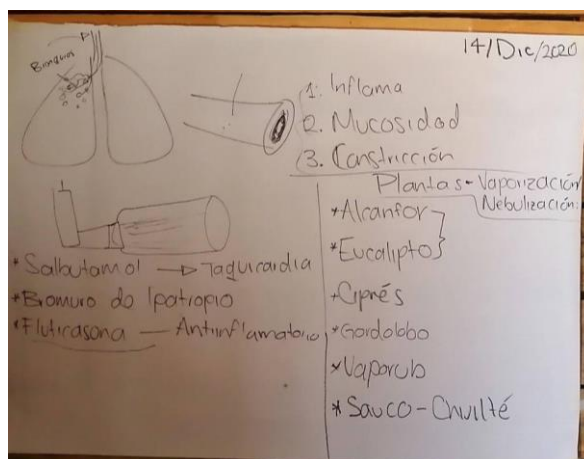
Materiales: plumón, pizarra, lápiz, papel, cama de exploración, jeringa 5 ml, solución fisiológica, salbutamol, estetoscopio.

En esta sesión, precedida por lo repasado en la sesión anterior, se demostraron de manera práctica técnicas de kinesiología respiratoria. Para ello, se habló de los efectos fisiológicos de la terapia manual sobre patologías respiratorias, casos en los que se pueden aplicar y casos en los que existen contraindicaciones o precauciones a su uso. A continuación, se desarrollan cada una de las partes vistas y discutidas en esta sesión.

- Se realizó un repaso breve de las condiciones respiratorias de salud e infecciones, su fisiología y manejo, vistos en la sesión anterior. Se recapitula recordando principalmente la sintomatología, señales de alarma, prevención y tratamiento para así entrar en materia de cómo y cuándo es pertinente hacer uso de técnicas de kinesiología respiratoria y los momentos en los que está totalmente contraindicado (Fig. 21). Esto permitió identificar los recursos (técnicos y materiales) con los que se cuenta en la consulta los cuales pueden ser una limitante o una ventaja ante el tratamiento de estas condiciones de salud.
- Se realizó un repaso y refuerzo a los mecanismos de obstrucción bronquial (inflamación/edema, mucosidad, broncoconstricción) para contar cada vez con más información útil para el tratamiento.

Posterior a ello se demostró físicamente el uso de medicamentos inhalados como el Salbutamol, Bromuro de Ipratropio y Fluticasona; se explicó la diferencia en el mecanismo de acción de cada uno y en qué casos se utiliza cada uno (Fig. 20).

Fig. 20 Mecanismos de obstrucción bronquial/ Uso de medicamentos inhalados y herbolaria.



*Elaboración propia. 14 de diciembre de 2020.

- Se hizo a modo de charla grupal un reconocimiento de las terapéuticas herbolarias con las cuales ellxs trabajan o podrían trabajar en el manejo de IRAs y ERAs, tales como vaporizaciones, emplastos, infusiones de las cuales destacan el uso de plantas medicinales como el ciprés, alcanfor o eucalipto, gordolobo, vaporub, chijilté (sauco). La vía de administración de las plantas va desde vaporizaciones (que son fisiológicamente muy parecidas a una nebulización), vía oral en infusión o decocción, cocción de la planta aplicada directamente en el tórax (cataplasma) o *sobada* con un alcohol con extracto de planta. Se analizó colectivamente en qué caso es beneficioso usar cada tipo de tratamiento herbolario, por ejemplo, en una persona con un exceso de secreciones se podría indicar una vaporización con eucalipto y gordolobo dos veces al día y toma de infusiones calientes con miel para generar hidratación y lubricación en las vías aéreas.
- **Práctica de técnicas manuales:** posterior a haber realizado un repaso de las condiciones de salud, mecanismos de obstrucción, uso de inhaladores y herbolaria, se dio inicio a la parte práctica en la que se demostraron las siguientes técnicas:

-Manipulación miofascial de diafragma: se dio a conocer la importancia del diafragma, se dio un breve repaso anatómico del origen e inserción de sus fibras y la distribución de las mismas, su papel clave en la respiración y la movilidad, su relación con la

musculatura abdominal, pélvica y lumbar y se demostró la técnica de manipulación miofascial, explicando su efecto sobre la dinámica respiratoria (Fig. 21).

Fig. 21. Demostración de técnica de liberación miofascial de diafragma.



*Elaboración propia. 14 de diciembre de 2020.

-Bloqueos torácicos y Drenaje Autógeno (DA): se dieron las bases fisiológicas de las técnicas de kinesiología respiratoria, explicando su efecto sobre el desplazamiento de las secreciones bronquiales y los aspectos técnicos de la ejecución de estas dos técnicas en específico, demostrándolo con una paciente pediátrica (Fig. 22 y 23).

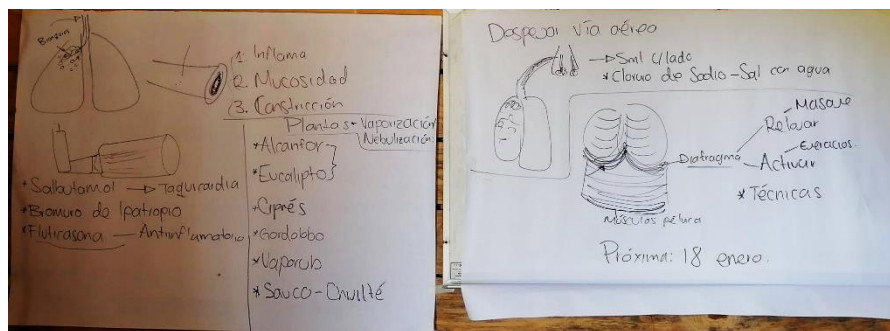
Fig. 22 y 23. Demostración y explicación de Bloqueos Torácicos y Drenaje Autógeno.



*Elaboración propia. 14 de diciembre de 2020

-Aseo nasal con solución fisiológica: se dio a conocer la importancia del aseo nasal en el cuidado de las IRAs, especialmente los casos pediátricos en los que hay muy poca distancia entre la cavidad nasal y la laringe y por lo cual es importante mantener despejada la vía aérea superior. Se demostró físicamente con la ayuda de una jeringa y solución fisiológica en una paciente pediátrica.

Fig. 24 Resumen de sesión (mecanismos de obstrucción, medicamentos, herbolaria, aseo nasal, resumen de técnicas respiratorias).



*Elaboración propia. 14 de diciembre de 2020

6.4.7 Terapia manual: fascia, movimiento, manipulaciones miofasciales básicas.

Fecha: 18 de enero de 2021

Facilitado por: Fisioterapeuta pasante Andrea Mansur Pulido.

Intérprete: Lic. en antropología e intérprete tsotsil-español, Lucía Hernández Vázquez.

Materiales: plumón, pizarra, lápiz, papel, cama de exploración, aceite/pomada para masaje.

Objetivos:

- Reconocer la fascia como un tejido fundamental para el sistema de movimiento corporal.
- Entender la relación entre órganos y distintos segmentos corporales, como un sistema interconectado en el que una variación en la función de uno de estos tiene consecuencia en el otro.
- Repasar técnicas de terapia manual para manipulación miofascial incluidas las técnicas usadas previamente por lxs promotores.

Debido al tiempo transcurrido entre esta y la sesión anterior, se comienza por recapitular lo visto anteriormente, dando inicio con un breve repaso de las condiciones de salud respiratorias, el uso, indicaciones y contraindicaciones de las técnicas de kinesiología respiratoria y algunas de ellas fueron demostradas de manera práctica; Drenaje Autógeno (DA), bloqueos torácicos y liberación miofascial de diafragma; agregando la demostración de la Espiración Lenta Prolongada (ELPR) y técnicas de espiración forzada (TEF) (Fig. 25 y 26).

Fig. 25 y 26. Repaso práctico de técnicas de kinesiología respiratoria.



*Elaboración propia. 18 de enero de 2021.

Al iniciar a hablar de la fascia, se recordó y recapituló lo visto en la tercera sesión (12 de octubre de 2020) en la que se abordó de manera introductoria la fascia y su relación con el dolor. Se repasaron y dialogaron los siguientes puntos para entender de manera más profunda este sistema:

- La fascia es una estructura continua de tejido conectivo que se encuentra envolviendo nuestros órganos y sistemas. De manera simple se divide en fascia superficial y profunda, es un tejido que da soporte y permite el movimiento y deslizamiento de la gran mayoría de estructuras corporales.
- Su papel es de sostén y movimiento, rodea órganos, músculos, nervios y vasos.
- Es continua a lo largo de todo el cuerpo, pudiendo encontrarla desde el cráneo (aponeurosis epicraneal) hasta la planta del pie (fascia plantar).

A la par que se comenzó a hablar de esta estructura, se fue demostrando físicamente con un miembro inferior de pollo (pierna), de esta manera fue más sencillo para las y los compañerxs comprender cómo la fascia se distribuye entre y a través de las estructuras corporales (Fig. 27 y 28).

Figs. 27 y 28. Demostración anatómica de la fascia con miembro inferior de pollo.



*Elaboración propia. 18 de enero de 2021.

Se explicaron también los mecanismos de disfunción de la fascia, utilizando lenguaje en el cual ellxs pudiesen vincularlo más fácilmente a su cotidianidad:

- **Golpes, heridas, cirugías e infecciones:** todos estos mecanismos pueden dar lugar a una cicatriz, la cual es la forma que tiene el cuerpo de reconstruir y reparar el lugar en donde se generó el daño. Este proceso de reparación se da a través de un aumento de la sangre (vascularización), llegada de células (liberación de mediadores y activación de sistema de coagulación) para formar un tapón y para finalmente regenerar y remodelar de la herida (proliferación de fibrina y colágeno y reabsorción). Posterior a este proceso de reconstrucción de los tejidos y en algunos casos la cicatrización puede generar adherencias y cambios en la plasticidad, elasticidad y viscosidad de los tejidos y fluidos en las que, por consecuencia, el movimiento y funcionamiento de los tejidos se altera.
- **Alteraciones posturales y del movimiento (biomecánicas):** lesiones musculoesqueléticas, alteraciones de la postura (cifosis, escoliosis, lumbalgia, etc.), espasmos, acortamientos musculares, etc., y en general, condiciones en las que el movimiento corporal humano se vea reducido o alterado, la fascia sufrirá una reducción de su mecánica, evitando que los distintos segmentos musculares se deslicen

correctamente. Al ser un tejido continuo que se distribuye a lo largo de todo el cuerpo, las alteraciones biomecánicas encontradas en un segmento, afectan directamente a otros segmentos adyacentes. Por ejemplo, es común encontrar, después de encontrar tensión y/o acortamiento de la musculatura trapecoidal superior y elevadores de la escápula, detectar también puntos gatillo o restricciones miofasciales en la musculatura romboidea y paravertebral.

- **Relación músculo-órgano-fascia:** según la osteopatía y mucho del conocimiento empírico de comunidades y médicos tradicionales hay una relación muy estrecha entre las disfunciones de los órganos y las tensiones o sobrecargas musculares. Según las técnicas de manipulación visceral desarrolladas por Jean-Pierre Barral (Alison Harvey, Manipulación Visceral, 2012) es posible corregir ciertas disfunciones orgánicas causadas (en algunas ocasiones) por alteraciones en el tono de músculos y ligamentos; se citan ejemplos como el aumento del tono en el psoas iliaco tiene una relación directa con un estado inflamatorio intestinal, pudiendo ser esta la causa de un aumento de tono en el psoas o viceversa, otro ejemplo más cercano al contexto es el caso del *empacho** el cual para muchas culturas originarias se resuelve haciendo un masaje en la región abdominal y tirando la piel de la región lumbar hasta escuchar como “trueno” y masajeando también, el cuadrado lumbar. El razonamiento de este proceder es que, los músculos de la región lumbar entran en tensión como reflejo al espasmo de los intestinos, a esto suma la inervación compartida a través de las metámeras lumbares; por lo tanto, al movilizar la fascia toracolumbar, el músculo cuadrado lumbar y la aponeurosis y órganos abdominales, se favorece la movilidad y genera una liberación de espacio y relajación de la zona.

Luego de haber discutido acerca de los componentes de la fascia, sus alteraciones y relación entre los músculos y órganos, se realizó la parte práctica en la que se tuvieron los primeros acercamientos para la movilización de tejidos. Un primer momento fue el intercambio y diálogo (práctico) acerca de cómo ellos manipulan las vísceras abdominales. Una de las promotoras compartió al resto de qué manera ella actúa ante un dolor abdominal (empacho) (Fig. 29). Al

* El empacho como entidad nosológica ha sido estudiado y conceptualizado por diversos científicos mexicanos. En 1873 el Dr. Gregorio Vargas la definió en su tesis como el conjunto de “desórdenes ocasionados por la detención de materias diversas, ingeridas en el tubo gastrointestinal”, de igual manera se ha definido como una “indigestión causada por el detenimiento de sustancias en alguna porción del tubo intestinal”. Dentro de sus causas se encuentra un abuso en la cantidad de alimentos, alimentos de difícil digestión para la edad (en infantes) e ingesta de alimentos no asimilables (cabello, fibras textiles o tierra). Las principales manifestaciones clínicas son diarrea, dolor abdominal, hipertermia, inquietud, tumoración y matidez en abdomen, náuseas, vómito, anorexia y meteorismo. La finalidad del tratamiento se basa en expulsar el elemento que se encuentra obstruyendo el tracto gastrointestinal, los principales tratamientos son las plantas medicinales (añil flor, manzanilla, linaza hojas de naranjo), preparados farmacéuticos (purgantes como aceite de ricino, higuera y oliva), maniobras físicas (titulación de la úvula, masaje de abdomen, golpes en la región sacra), y dieta (Campos-Navarro y Coronado 2009)

momento de realizar esta práctica se pusieron otros ejemplos de cómo la tensión en musculatura como el diafragma y el psoas iliaco puede alterar la motilidad intestinal.

Fig. 30. Movilización visceral abdominal.



*Elaboración propia 18 de enero de 2021.

La segunda parte práctica consistió en aprender a identificar restricciones de movilidad miofascial en musculatura escapular y torácica; siendo estas, zonas en las que comúnmente encontramos limitación y/o alteración de la función:

1. Se examinaron músculos como el trapecio en su porción superior, elevador de la escápula, esplenio, esternocleidomastoideo, infraespinoso, romboides y redondos mayor y menor, paravertebrales y cuadrado lumbar. (Fig. 30)
2. Se logró aprender a reconocer a través del tacto las zonas con mayor limitación de la movilidad, encontrar puntos gatillo y zonas de tensión muscular (Fig. 30).
3. Se revisaron técnicas manuales para aumentar la movilidad de los tejidos, tales como: amasamientos, skin rolling, técnicas de fricción y roce (tanto como para aumentar la movilidad como para detectar limitación de la misma). De la misma manera se revisaron técnicas tales como masaje transversal y punto gatillo para el tratamiento de puntos o zonas específicas de dolor/disfunción de los segmentos (Fig. 31 y 32).

Fig. 30. Identificación de zonas con restricción de movilidad



*Elaboración propia. 18 de enero de 2021.

Fig. 31 y 32. y técnicas básicas de fricción y *Skin rolling* o rodamiento de piel.



*Elaboración propia. 18 de enero de 2021.

Al finalizar la séptima sesión se realizó un diálogo con lxs promotores acerca de los conocimientos recibidos hasta la fecha, usando preguntas como estas: ¿cómo han sentido/recibido los temas vistos a lo largo de estas sesiones?, ¿sienten que necesitan/quieren recibir más temas?, ¿les gustaría que la dinámica fuera más práctica?, ¿hay algún otro tema en concreto que quieran saber o reforzar? A ello, lxs promotores se mostraron interesadxs en recibir más sesiones, haciendo énfasis en querer y necesitar una dinámica de enseñanza con más práctica. Después de dialogar acerca de qué otras temáticas abordar, se llegó a la

conclusión de querer hacer sesiones enfocadas a la elaboración de preparados medicinales y productos los cuales les puedan ser de utilidad en su consulta diaria. Se acordó realizar una próxima sesión en la que ellxs, a modo de intercambio, enseñarán la extracción de resina de madera de ocote la cual -según sus usos y costumbres- tiene usos medicinales como analgésico, antiinflamatorio, cicatrizante y alivio de la dermatitis y afecciones de la piel (como picaduras de insectos). A partir de aprender esta extracción, se elaborará una pomada analgésica a base de otras plantas analgésicas como la Milenrama (*Achillea millefolium*), Caléndula (*Caléndula officinalis*), Ruda (*Ruta graveolens*), Lavanda (*Lavándula angustifolia*), Romero (*Salvia rosmarinus*), Hierba del pollo (*Commelina coelestis*), Hierba del cáncer (*Cuphea aequipetala*), Cancerina (*Semialarium mexicanum*) y Valeriana (*Valeriana officinalis*).

6.4.8 Elaboración de pomada analgésica. Intercambio de saberes con la comunidad.

Fecha: 8 de febrero de 2021

Facilitado por: Promotores de la Comunidad de Mitzitón en complemento con Fisioterapeuta pasante Andrea Mansur Pulido.

Intérprete: María López Meza, integrante del colectivo At'el Antsetik. Hablante de tsotsil y tseltal.

Materiales: vaselina, plantas medicinales secas: Milenrama (*Achillea millefolium*), Caléndula (*Calendula officinalis*), Ruda (*Ruta graveolens*), Lavanda (*Lavandula angustifolia*), Romero (*Salvia rosmarinus*), Hierba del pollo (*Commelina coelestis*), Hierba del cáncer (*Cuphea aequipetala*), Cancerina (*Semialarium mexicanum*) y Valeriana (*Valeriana officinalis*), madera de ocote (*Pinus* sp.), ollas, malla de alambre, leña (*Pinus* sp.), aceite de almendra, aceite alcanforado y recipientes para pomada.

Objetivos:

- Realizar un intercambio de saberes con lxs compañerxs promotores, quienes enseñarán un método de elaboración de un remedio analgésico a partir de la extracción de resina de madera de ocote.
- Complementar el método anterior con conocimientos acerca de plantas medicinales analgésicas y finalizar elaborando una pomada/ungüento analgésico.

La primera y mayor parte del tiempo del taller fue destinado a la extracción de la resina, lo cual fue facilitado por lxs promotores de Mitzitón. Se añadirán los registros fotográficos y explicará paso a paso el método.

1. Se hace un hoyo en la tierra de aproximadamente 50 cm de profundidad y 20 cm de diámetro. Este hueco debe ser lo suficientemente grande para poder colocar la olla de barro, que recibirá la resina:



2. Se coloca la madera de ocote cortada en trozos medianos en otra olla de barro:



3. Se le coloca una malla fijada con alambre en la parte superior (boca) de la olla, para evitar que los trozos de madera salgan:



4. Se coloca una olla dentro de la tierra y la olla con ocote volteada, encima de la otra; de manera que el contenido de la segunda, se vierta sobre la primera:



5. Se coloca la leña alrededor y posteriormente se enciende:



6. Durante el proceso de extracción de la resina se comienza a derretir la vaselina junto con los aceites y dejar reposar con las plantas medicinales anteriormente mencionadas:



7. Se retira la olla de ocote del fuego y tras obtener la resina, se mezcla con el resto de plantas previamente reposadas:



8. Resultado final: se obtiene una pomada/ungüento, de consistencia oleosa, con aroma a ocote y notas de plantas y de cualidad “caliente”:



A partir de este último encuentro se pudo realizar un intercambio satisfactorio en el que lxs promotores de la comunidad de Mitzitón, compartieron con las integrantes de At’el Antsetik, un método de extracción de la resina medicinal, el cual es propio de la comunidad, con ello también se habló de los usos medicinales que la resina de ocote (*Pinus sp.*), entre los que para ellxs destacan: antiinflamatorio, analgésico, cicatrizante, contra dermatitis y para tratamiento de la tos; dichos efectos están documentados en trabajos científicos que mencionan sus diversos usos en la medicina tradicional mexicana, como antirreumático, expectorante, contra la bronquitis aguda, dermatitis, antiséptico y diurético, en los estados de Jalisco, Durango, Michoacán, Tlaxcala; en dichos estudio se han encontrado efectos antiinflamatorios (Márquez *et al.*, 2008). De igual manera se reportan usos por los tsotsiles de Zinacantán de Los Altos de Chiapas (en donde también se le nombra como *juncia*), quienes la consideran una planta de cualidad caliente y la usan contra el *aire* en baños de cuerpo, vaporizaciones e infusiones acompañada de rezos (UNAM, 2009). En Guerrero, Oaxaca y Chiapas se emplea contra el asma bronquial haciendo una cocción de la corteza y administrado por vía oral. En casos de pulmonía se prescribe tomar diariamente una píldora hecha con resina de ocote. Para la tos se aconseja hervir la resina con hojas de eucalipto (*Eucalyptus globulus*) y tapar al enfermx con una toalla alrededor de la olla para que respire el vapor de la cocción (UNAM, 2009).

Para complementar la realización de la pomada y buscar una potencialización de los efectos analgésicos, antiinflamatorios y cicatrizantes de la resina de ocote, se complementó con las

siguientes plantas medicinales, las cuales fueron reconocidas y discutidas en cuanto a sus usos; dichas plantas se describen a continuación:

- a) **Caléndula (*Caléndula officinalis*):** dentro de sus usos populares más comunes se utiliza contra la amigdalitis, tos, contusiones, torceduras, dolor de estómago y además se utiliza como desinfectante y desinflamante de heridas. Se ha demostrado que el aceite esencial y el extracto acuoso y etanólico de la flor tiene actividad antibiótica contra *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Candida albicans*, *Sarcina lutea*, *Streptococcus faecalis* y *Trichomonas vaginalis*, se observó también actividad depresora del sistema nervioso, anticonvulsiva, antiinflamatoria y antiespasmódica (UNAM, 2009).
- b) **Cancerina (*Hippocratea excelsa Kunth*):** Se aprovecha la raíz preparada en cocimiento, administrado por vía oral para tratar las úlceras; y por vía local para lavar heridas. Su actividad antiinflamatoria se ha demostrado en estudios en ratas (UNAM, 2009).
- c) **Hierba del cáncer (*Cuphea aequipetala Cav.*):** en Michoacán y Morelos se le emplea en el tratamiento del cáncer y el dolor de los tumores. En otros estados se utiliza en males que involucran procesos inflamatorios e infecciosos como heridas (contusas o infectadas), golpes o hinchazón en general, tumores o padecimientos de la piel (granos, llagas, rozadura), en este caso se aplican fomentos en la zona afectada, entre otros usos. Desde la época prehispánica hasta la actualidad se indican los usos medicinales en diversas afecciones. Ninguna investigación experimental se ha realizado sobre esta planta por lo que constituye un tema de enorme interés a los ojos de la ciencia actual (UNAM, 2009).
- d) **Hierba del pollo (*Commelina coelestis Willd.*):** se le utiliza principalmente para detener hemorragias, aplicando una infusión en la parte afectada y para evitar hemorragias cuando se extraen piezas dentales, sangrado de encía, nariz y oído. Se usa para sanar heridas y hematomas de forma tópica. Se ha experimentado el efecto antihemorrágico en animales con algún miembro amputado colocando las ramas machacadas (UNAM, 2009).
- e) **Lavanda (*Lavandula officinalis*):** a esta planta se le atribuyen usos como relajante, sedante, repelente de mosquito, para facilitar el sueño, como analgésico, ansiolítico y para el cuidado de la piel. Se ha demostrado que la lavanda produce una disminución

de la actividad excitatoria del sistema Nervioso Central (SNC) por medio de los efectos sedantes y ansiolíticos (López, F. et al., 2013).

- f) **Milenrama (*Achillea millefolium*):** sus usos populares van desde dolor de oído, dolor de cabeza, diarrea, cólicos, insomnio, contusiones, golpes, dolor menstrual. En diversos estudios en roedores se han reportado efectos antiinflamatorios, anticonvulsivos, antipiréticos, estimulación de contracciones uterinas y antiespasmódico (UNAM, 2009).
- g) **Romero (*Rosmarinus officinalis*):** sus usos más socorridos incluyen trastornos digestivos como dolor de estómago, indigestión, bilis, diarrea, gastritis, colitis. En Oaxaca se utiliza para hacer lavados después del parto, en Hidalgo, Michoacán, Morelos y Puebla, se utiliza contra infección vaginal. También se utiliza como cicatrizante, para el cuidado del cabello. Se usa en dolores musculares e inflamación articular, así como en enfermedades respiratorias como resfriado, amigdalitis y bronquitis. Se han demostrado experimentalmente los efectos antiespasmódicos, antihepatotóxicos, y antibióticos de esta planta en trastornos que incluyen dolores provocados por espasmos o contracciones gastrointestinales y en condiciones hepáticas de salud (UNAM, 2009).
- h) **Ruda (*Ruta graveolens L.*):** Es usada principalmente para el dolor estomacal consumida en cocimiento de las ramas y en condiciones de salud ginecológica como cólicos menstruales, para facilitar el parto, regularizar la menstruación, como abortiva y espasmolítica. También se utiliza en dolores musculares (*dolores de aire*) haciendo masaje con extracción alcohólica. De esta planta se han realizado un gran número de estudios farmacológicos que demuestran sus acciones antihelmínticas, estimulante uterina, relajante del músculo liso, antiinflamatoria, inhibitoria de la implantación del óvulo fecundado, antiespasmódica en intestino y antibiótica, que, aunada a la información histórica de los usos, validan la efectividad de varias de las aplicaciones terapéuticas tradicionales actuales (UNAM, 2009).
- i) **Valeriana (*Valeriana officinalis*):** Se utiliza como sedante nervioso, en malestares tales como dolor de cabeza, ansiedad, insomnio, colon irritable, cólicos gastrointestinales, asma y trastornos asociados a la menopausia. Su efecto sedante está avalado por estudios clínicos. Su efecto en dolores gastrointestinales de origen nervioso tiene alguna evidencia científica (MINSAL).

7. Discusión

Se puede constatar a través del acompañamiento realizado con los promotores de salud de la comunidad de Mitzitón, la puesta en práctica de un programa de RBC, en este caso, comprendido como un programa de acompañamiento en educación para la salud. Dicho proyecto comunitario, se sustentó a través de bases como la interculturalidad e integración de valores y conocimientos tradicionales de salud por parte de la población objetivo, así como métodos pedagógicos basados en la educación popular, teniendo como fin generar una dinámica horizontal de traspaso e intercambio de saberes, dicha metodología también sustentada en los conceptos de la RBC, la cual, según Díaz-Aristizábal et al. debe ser aplicada a través de esfuerzos en conjunto de las personas de la comunidad, familias, agentes sanitarios y promotores de salud comunitarios. Así mismo Díaz-Aristizábal et al. aportan, que la RBC no puede limitarse a ser definida como un método, puesto que su aplicación debe adaptarse a las necesidades de la comunidad; se puede reconocer que dichos fundamentos fueron aplicados en la ejecución de este proyecto, pues la temática de las sesiones de acompañamiento, fue proyectada a partir de las necesidades y panorama epidemiológico expresado por los promotores de salud de la comunidad. Se contrasta este proyecto con un programa de RBC de la Fundación Arquidiocesana Padre Ignacio Zalles (FAPIZ) aplicado en municipios del departamento de Cochabamba, Bolivia, país el cual es reconocido como multiétnico y plurinacional. Dicho programa, al trabajar con personas con discapacidad (PD), incluye algunas de las siguientes actividades: concientización y sensibilización a la comunidad, al respecto de las PD, capacitación a promotores de salud, familias de PD y maestros, rehabilitación a través de fisioterapia y terapia ocupacional, integración e inclusión laboral y monitoreo de los programas. Cada programa varía de acuerdo al contexto de cada municipio y comunidad con la que se trabaje. Díaz-Aristizábal, U. et al. mencionan, que la sostenibilidad en este y cualquier otro plan de trabajo de RBC se basa en la participación de la comunidad a lo largo de todo el desarrollo del mismo, haciéndose necesario que dicho proyecto le de un sentido de pertenencia a las personas que participan de él. Otro de los factores clave para que un programa de esta índole sea efectivo es que participen dirigentes y promotores de la comunidad, siendo otro componente importante, que dichos agentes posean cierta influencia en las decisiones de la comunidad. Esto último y la participación de la comunidad, fueron esenciales en la puesta en marcha de las sesiones de acompañamiento educativo, puesto que en primera instancia, las capacitaciones no se hubieran realizado de no ser porque los y las promotores de la comunidad de Mitzitón, expresaron sus necesidades de fortalecer sus

conocimientos en salud; en segundo lugar, los promotores, al tener un consultorio básico de salud, reciben un flujo de pacientes diario, con lo cual pueden incidir directamente en una parte de la comunidad a nivel de atención y promoción de la salud; además de que los promotores están involucrados directamente en la toma de decisiones de su comunidad, puesto que participan de las asambleas y reuniones realizadas mes con mes con respecto a los asuntos de Mitzitón. Así mismo Díaz-Aristizábal y colaboradores mencionan que uno de los objetivos finales de un programa de RBC será, en el caso de las PD, lograr un cambio de actitud por parte de la comunidad que favorezca la inclusión y no únicamente la imposición y asimilación de la lógica de la biomedicina, lo cual, en el caso de las sesiones de acompañamiento en la comunidad de Mitzitón, fue una de las bases y metas del proyecto, haciendo que las herramientas de la biomedicina se ajustaran al contexto y no al revés, al tiempo que se integraran y tomaran en cuenta las lógicas de conocimiento en salud que tiene dicha comunidad indígena, teniendo como resultado la elaboración de un manual de consulta de salud comunitaria, adaptado al contexto, con aproximaciones al tsotsil, la cual es la lengua materna de las y los promotores de salud de la comunidad de Mitzitón. Dichos ajustes permitieron una mayor aceptación e integración de los conocimientos por parte de la comunidad.

8. Conclusión

Este proyecto es llevado a cabo en conjunto con las/los promotores de salud de la comunidad de Mitzitón en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, con base en las necesidades expresadas en cuanto a su formación en salud y al panorama epidemiológico de su comunidad. Ello permitió elaborar una planeación basada en dichas necesidades, tomando en cuenta el contexto y las características de la cultura indígena maya-tsotsil, en el cual se desarrolló este proyecto.

El resultado de dicha planeación fue una serie de sesiones de capacitación donde surgieron retos, como el propio sistema de conocimiento de la biomedicina académica, el cual fue adaptado al contexto de la población con la que se trabajó para así entablar un diálogo respetuoso con la cosmovisión y lógicas de conocimiento de la comunidad. Se volvió necesario, por parte de quien facilitó los acompañamientos, deconstruir la lógica biomédica hegemónica, para dar lugar a un intercambio de saberes en el cual, lo transmitido, se logre adaptar a los sistemas de entendimiento de la salud-enfermedad de la población con la cual se trabajó. Fue posible tener una dinámica de trabajo flexible con el contexto, ritmos y particularidades de lxs

promotores, dicha dinámica se pudo adecuar a lo expresado, sesión con sesión por parte de los participantes, de igual manera la calendarización de los acompañamientos se realizó de acuerdo a las actividades de lxs promotores dentro y fuera de la comunidad. Como producto del proyecto se generó un manual de salud comunitaria, el cual sintetiza lo repasado a lo largo de toda la capacitación. Este material, está redactado con lenguaje simple en castellano y con apuntes en el idioma tsotsil para mejor integración de la información. El formato fue elegido por lxs promotores y editado e ilustrado de manera colectiva entre las integrantes del Centro Comunitario At'el Antsetik y encuadernado de manera autogestiva.

En última instancia la realización de este trabajo, incluido el manual de salud, pretenden guiar a otros profesionales de la salud (fisioterapia, enfermería, odontología, nutrición, etc.) que se encuentren ante la posibilidad de trabajar en un contexto comunitario, esperando que lo aquí planteado sea útil para desarrollar proyectos en y con la comunidad.

9. Bibliografía:

1. Bolom M., Una aproximación a la introducción del concepto de desarrollo sostenible en la cosmovisión tsotsil del municipio de Huixtán, Chiapas. UNICH, 2011, disponible en: https://www.uv.mx/personal/jmercon/files/2011/08/Sesion-9-DS_Bolom.pdf. [Revisado en: abril 2021].
2. Campos-Navarro R, Coronado ML. ¡Friegas y friegas, y el empacho pegado! El empacho en México durante el siglo XIX. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2009;47(3):243-250. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745514003.pdf> [Revisado en: marzo 2021]
3. Carrera, B., Ruiz, Z. Prólogo Abya Yala Wawgeykuna. AcerVOS- Colección Textos, Universidad Pablo de Olavide (UPO). 2017. Disponible en: <https://www.upo.es/investiga/enredars/wp-content/uploads/2017/03/Pr%C3%B3logo.pdf> [Revisado en: abril 2021].
4. Comisión Nacional del Agua. Base de Datos del REPDA, CONAGUA, marzo 2021. Disponible en: <https://app.conagua.gob.mx/consultarepda.aspx> [Revisado en: abril 2021]
5. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Pan American Health Organization, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> [Revisado en: en mayo 2021]

6. Díaz-Aristizabal, U. et al., Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):167-177, 2012. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QgGngcD7RyJR6BPVT3YSb9z/?format=pdf&lang=es> [Revisado en: septiembre de 2021]
7. Girard J. & Lamy P., La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud. Academia Nacional de Medicina de México, sin fecha. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/37_pdfsam_la.pdf [Revisado en: julio 2021]
8. Guzmán-Rosas SC. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(31): 10-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgypls15-31.isec> [Revisado en: septiembre 2021]
9. Henríquez, H. Ejidatarios de Mitzitón crean policía comunitaria ecológica. *La Jornada*. 2013. Disponible en: <https://www.jomada.com.mx/2013/10/07/politica/022n1pol> [Revisado en: abril 2021].
10. INEGI, Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEn), Cifras oportunas de noviembre de 2020, Comunicado de prensa núm. 660/20, INEGI, 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/iooe/iooe2020_12.pdf [Revisado en: julio 2021]
11. López, F. et al. Métodos de extracción e identificación de los bioactivos de la *Lavandula officinalis* y su potencial uso como agente sedante. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. *Rev Mex Cienc Farm* 44 (1) 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcf/v44n1/v44n1a8.pdf> [Revisado en: abril 2021].
12. Luna, D. I. Mitzitón, Chiapas: desdibujando las geografías del capital y territorializando la esperanza. *Desinformémonos*. 2010. Disponible en: <https://desinformemonos.org/mitziton-chiapas-desdibujando-las-geografias-del-capital-y-territorializando-esperanza/> [Revisado en: marzo 2021].
13. Ministerio de Salud Chile, Medicamentos Herbarios Tradicionales. Red de Protección Social Gobierno de Chile, sin año. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7d9a8480e08c1613e04001011e01021b.pdf> [Revisado en Abril 2021].
14. Núñez C., Educación Popular: una mirada en conjunto. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Cátedra Paulo Freire, Decisio, Enero-Abril 2005, disponible en: http://www.infodf.org.mx/escuela/curso_capacitadores/educacion_popular/decisio10_saber1.pdf [Revisado en: septiembre 2021]
15. Page-Pliego, J. T., Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula, Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XI, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 118-133 Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas,

- México, disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/745/74527869008.pdf>. [Revisado en: abril 2021]
16. Paz A. & da Rocha V.M, Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. Elsevier Fisioterapia, 2007, Fisioterapia 2008;30(5):244–250, disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-fisioterapia-comunitaria-el-camino-desde-13128853> [Revisado en: septiembre 2021]
 17. Ramírez-Elías A. Atención Primaria a la Salud: a propósito de lo pendiente e importante. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(4):227-31, 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184a.pdf> [Revisado en: mayo 2021]
 18. Universidad Intercultural de Chiapas- Maderas del Pueblo del Sureste A.C, Agua y Territorios indígenas en Chiapas México (El caso de la Coca-Cola en la Región Altos), UNICH, 2014, disponible en: <https://www.unich.edu.mx/wp-content/uploads/2014/01/AguaCocaColaenAltosChis..pdf>. [Revisado en: abril 2021]
 19. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Ocote *Pinus montezumae* Lam., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=pinus-montezumae> [Revisado en: abril 2021].
 20. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Ocote, *Pinus oocarpa* Schiede ex Schlechtendal, UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=pinus-montezumae> [Revisado en: abril 2021].
 21. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Mercadela, *Calendula officinalis* L., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=calendula-officinalis> [Revisado en: abril 2021].
 22. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Milenrama *Achillea millefolium* L., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=achillea-millefolium> [Revisado en: abril 2021].
 23. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Cancerina *Hippocratea excelsa* Kunth., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=hippocratea-excelsa> [Revisado en: abril 2021].
 24. Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Hierba del cáncer *Cuphea aequipetala* Cav., UNAM 2009. Disponible en:

- <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=cuphea-aequipetala> [Revisado en: abril 2021].
- 25.Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Hierba del pollo *Commelina coelestis* Willd., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=commelina-coelestis> [Revisado en: abril 2021].
- 26.Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Ruda *Ruta graveolens* L., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=ruta-graveolens> [Revisado en: abril 2021].
- 27.Universidad Nacional Autónoma de México, Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana: Romero *Rosmarinus officinalis* L., UNAM 2009. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=rosmarinus-officinalis> [Revisado en: abril 2021].