

ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD CON ENFOQUE TRANSCULTURAL
A LAS GESTANTES, RESGUARDO INDIGENA
RIO NEGRO, IQUIRA, HUILA. 2009

JUAN CAMILO CALDERÓN FARFÁN
TANIA CAMILA LIZARAZO BURBANO
DEILIVER ORTIZ SAAVEDRA
NANCY MARCELA RODRÍGUEZ ORTIZ
MARÍA FERNANDA TORREJANO DELGADO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2009

ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD CON ENFOQUE TRANSCULTURAL
A LAS GESTANTES, RESGUARDO INDIGENA
RIO NEGRO, IQUIRA, HUILA. 2009

JUAN CAMILO CALDERÓN FARFÁN
TANIA CAMILA LIZARAZO BURBANO
DEILIVER ORTIZ SAAVEDRA
NANCY MARCELA RODRÍGUEZ ORTIZ
MARÍA FERNANDA TORREJANO DELGADO

Asesora:

DANNY QUINTERO DE PERDOMO
Magíster en Educación y Desarrollo Comunitaria

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermera (o)

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2009

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 16 de diciembre del 2009

DEDICATORIA

A DIOS por permitirnos vivir día a día y darnos la capacidad para cumplir esta investigación que nos llena de satisfacción. A nuestros padres Maria Amalia Ortiz, Alba Luz Delgado y Noel Torrejano, Aminta Farfán y Mabell Patricia Calderón, Ana Ligia Burbano y Arnulfo Lizarazo. Rocío Ortiz y Jairo Rodríguez por ser forjadores de nuestro camino y nuestro apoyo incondicional

Deiliver
Maria Fernanda
Juan Camilo
Tania Camila
Nancy Marcela

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos

A Dios por permitirnos cumplir con este proyecto y enriquecernos con el conocimiento de los indígenas.

Al consejo regional indígena del Huila, al comité de salud y en general a todo el resguardo de Río Negro por su acogida, colaboración y por su disposición al compartir su sabiduría con nosotros.

A la ESE Maria Auxiliadora por su interés en implementación nuestra estrategia y compromiso en mejorar la salud de la comunidad indígena.

A nuestros padres, por su amor incondicional representado en su esfuerzo y acompañamiento emocional, espiritual y económico para llevar a cabo al feliz término de la investigación.

A nuestra asesora Danny Quintero de Perdomo por su apoyo y motivación permanente; a los asesores y compañeros por sus recomendaciones y aportes durante todo este proceso.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GENERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. MARCO DE REFERENCIA	19
5. DISEÑO METODOLÓGICO	33
5.1 TIPO DE ESTUDIO	33
5.2 POBLACIÓN	33
5.3 MUESTRA	33
5.4 TIPO DE MUESTREO	33
5.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
5.5.1 Método	34
5.5.2 Técnica	35
5.5.3 Instrumentos	35
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
5.7 RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
5.7.1 Recolección de la información	38

	Pág.
5.7.2 Procesamiento de la información	39
5.7.3 Análisis de la información	40
6. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	42
6.1 Confiabilidad y validez de variables cuantitativas	42
6.2 Confiabilidad y validez de variables cualitativas	43
6.3 Validez de la observación participante	45
7. RESULTADOS	46
7.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	46
7.2 CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES	47
7.2.1 Dominios	47
7.2.2 Taxonomías	50
7.2.3 Componentes	58
7.2.4 Temas	61
7.2.4.1 La gestante en la familia y la comunidad	61
7.2.4.2 Atención en salud durante el embarazo y parto	63
7.2.4.3 Sentimientos de la gestante	67
7.3 ESTRATEGIA TRANSCULTURAL DE ATENCIÓN DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO A LAS GESTANTES DEL RESGUARDO INDÍGENAS RÍO NEGRO. IQUIRA. HUILA. 2009.	68
7.3.1 Descripción de la estrategia	69
7.3.2 Objetivo general	69

7.3.3 Beneficiarios	70
	Pág.
7.3.4 Plan de actividades para la implementación de la estrategia	70
8. CONCLUSIONES	73
9. RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	80

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A CONSENTIMIENTO INFORMADO	81
Anexo B CUESTIONARIO BASE PARA LA FORMULACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCION EN SALUD CON ENFOQUE TRANSCULTURAL	82
Anexo C CUESTIONARIO GUIA PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA	85
Anexo D MODELO DE FORMATO PARA TOMA DE NOTAS DE OBSERVACIÓN. GUIA DEL DIARIO DE CAMPO	87
Anexo E OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	88

INTRODUCCION

Colombia alberga diferentes poblaciones y grupos étnicos, entre estos los indígenas, que constituyen el 3.43%, (1.392.623 personas)¹ de la población colombiana y de ellos el 49.6% son mujeres. No se encontraron indicadores de morbi-mortalidad de este grupo poblacional en el ámbito departamental y nacional. Esta situación puede deberse al aislamiento social, cultural, geográfico y político; la hegemonía de la medicina occidental y las barreras culturales originadas por la historia y cultura individual de los profesionales de la salud, aspecto que contribuye al incumplimiento de políticas nacionales e internacionales en salud como los Objetivos del Milenio², el componente “maternidad segura³” de la política de Salud sexual y reproductiva, la segunda prioridad del Plan Nacional Salud Pública (Salud sexual y reproductiva).

Respecto al tema de Embarazo y parto, en Comunidades indígenas se han desarrollado investigaciones como: “la gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo⁴”; “significado del cuidado en el parto⁵”; “Estudio Sociocultural de la mortalidad materna en Urabá⁶” y “Bases para la construcción de un modelo de atención prenatal para indígenas Arhuacas de la Sierra Nevada De Santa Marta año 2003 – 2006⁷”.

En el Departamento del Huila, este es el primer estudio fundamentado en la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, encaminado a resolver el siguiente interrogante

¹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Dirección de censos y demografía. República Nacional de Colombia. “Colombia: Una Nación Multicultural; Población Étnica Y Censo General 2005”. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

² “METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015” Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública República de Colombia. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

⁴ HERNANDEZ, Luz Mery. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). 2008. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_10.pdf

⁵ GIRALDO Montoya, Dora Isabel. Significado del cuidado en el parto. 2007. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_10.pdf

⁶ DAVID HERNÁNDEZ CARMONA, Estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá. 2006. memorias del Simposio Intervenciones que Salvan Vidas la Salud Materna e Infantil en Antioquia.2006. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/simposio2006/5.pdf>

⁷ MARIA AUXILIADORA IZQUIERDO PEREZ., Bases para la construcción de un modelo de atención prenatal para indígenas Arhuacas de la Sierra Nevada de Santa Marta 2003-2006. memorias del “XVII Congreso Nacional de Enfermería: el cuidado con calidad un reto permanente para enfermería” ANEC. Barranquilla. 2007.

¿Cuáles son las características sociodemográficas y culturales que influyen en la atención en salud de las gestantes durante el embarazo y parto en el resguardo indígena de Río Negro, municipio Iquira, (Huila), 2009?.

Esta investigación permitirá proponer estrategias para facilitar la adherencia de las gestantes a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad propios de su condición y dar cumplimiento a las políticas Nacionales e Internacionales incluyendo las específicas para este grupo cultural como la ley 691 del 2001 que reglamenta la participación de los indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia y el acuerdo 326 del 2006 que hace referencia a algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas; también responde a uno de los principios de la práctica profesional (ley 266 de 1996) y del código deontológico para el ejercicio de la profesión (ley 911 del 2004). Finalmente, se considera que los resultados finales ayudarán a justificar la necesidad de incluir el tema de la transculturalidad en el plan de estudios. El estudio es factible porque es una investigación sin riesgo y se cuenta con el consentimiento y apoyo de la comunidad indígena de Río Negro y del Hospital María Auxiliadora del municipio de Iquira.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia es un país multicultural y pluriétnico, en el que se encuentra la población indígena, que constituye el 3,43% (1.392.623 personas) de la población del país⁸, donde el 49.6% equivale a mujeres que presentan una problemática visible relacionada con la mortalidad materna; Aunque no se encontraron estadísticas de este evento en dicha población, el Ministerio de la Protección Social notificó en el 2003 que en Colombia se presentaron 67.7 casos de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; situación que se relaciona con una atención en Salud desarticulada del contexto cultural de la población, incumpliendo el artículo 7 de la constitución política de Colombia que establece "El Estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana". Esta problemática ha sido causada por un sin número de factores, entre estos se encuentra el aislamiento social, cultural, geográfico y político que se ha presentado a través del tiempo; Otro agente causal es la hegemonía de las ciencias biomédicas que desde tiempos remotos ha implantado un modelo de atención en salud en el que los profesionales de esta área se centra en el tratamiento y asistencia de las enfermedades bajo parámetros biológicos. Como factor agravante de esta verticalidad, los profesionales cuentan con su propia individualidad, historia y cultura, originando barreras culturales entre estos y la persona dando como resultado un cuidado deficiente o de calidad dudosa. Lo anterior ha ocasionado en Enfermería el aislamiento de dimensiones (económicas, políticas, sociales, psicológicas y culturales) de la persona (objeto de cuidado) lo cual limita la asistencia de un cuidado holístico.

Desde la academia se ha acentuado dicha situación por la falta de sustentación de la práctica en modelos de cuidado de Enfermería, causado por la ausencia de aplicación de herramientas conceptuales, a pesar de que se cuenten con ellas, ocasionando que el profesional de enfermería adquiera empíricamente las competencias del cuidado transcultural para orientar su ejercicio.

La exclusión cultural en la prestación de servicios de salud, fomenta el aislamiento social y cultural de la población indígena, evidenciándose en la inasistencia a controles prenatales y programas de salud sexual y reproductiva, además desconocimiento de casos de muertes maternas y perinatales, lo que dificulta el cumplimiento del quinto objetivo del milenio⁹ (mejorar la salud materna), el

⁸ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. "Colombia: Una Nación Multicultural; Población Étnica Y Censo General 2005". Dirección de censos y demografía. República Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

⁹ "METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015" Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación

componente “maternidad segura¹⁰” de la política de Salud Sexual y Reproductiva, la segunda prioridad del Plan Nacional Salud Pública (Salud Sexual y Reproductiva).

Se han desarrollado estudios, como el realizado por la Enfermera Luz Mery Hernández¹¹: “gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo”, en el que resalta la necesidad de afianzar la competencia de saber comunicar para entender la relación intercultural de los cuidados de las gestantes, además destaca que los profesionales de Enfermería deberán evaluar su propia cultura para evitar interferencias en las actividades de cuidados a realizar con la gestante, y con respecto a la formación de los futuros profesionales recomienda implementar conocimientos y prácticas de técnicas de investigación como la Etnoenfermería para reconocer y valorar el alcance de la cultura y su incidencia en los cuidados de vida de la población.

En la investigación titulada “*En los últimos días del embarazo, uno ya no es la misma persona de antes: vivencias de la gestante en el parto*” Dora Isabel Giraldo Montoya¹², concluye que la gestante realiza acciones tendientes a combatir las situaciones en el parto, así como las formas para controlar sus sentimientos durante el mismo, los que deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de Enfermería en la atención obstétrica, por lo cual sugiere la construcción de un modelo de cuidado fundamentado en el modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger.

El “*Estudio Sociocultural de la mortalidad materna en Urabá*”, desarrollado por David Hernández Carmona¹³, establece como intervenciones urgentes: “crear espacios permanentes de diálogo de saberes entre biomedicina y medicina tradicional mediante el fortalecimiento de la comunicación entre instituciones de salud y comunidad; elaborar diagnósticos participativos de políticas públicas en salud a nivel local; fortalecer el registro de la morbilidad materna y perinatal en las comunidades indígenas; replantear la posición actual con respecto a las parteras con miras a formalizar su práctica y elaborar un nuevo programa de

¹⁰ MATERNIDAD SEGURA: reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal. Tomado de: “POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.

¹¹ Especialista en materno perinatal de la universidad Nacional de Colombia. Especialista en administración hospitalaria, escuela de administración de negocios. Magister en enfermería UN. Profesora asistente de la facultad de enfermería UN.

¹² Especialista en enfermería neonatal. Magister en enfermería materno- perinatal. Docente de la facultad de Enfermería. Universidad Pontificia Bolivariana Medellín.

¹³ Historiador y candidato a Magister en historia de la Universidad Nacional, catedrático de la Universidad de Antioquia y de la Universidad de Medellín, coordinador del estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá que adelanta Nacer, Salud Sexual y Reproductiva -Centro Asociado al CLAP/SMR -OPS/OMS de la Universidad de Antioquia.

capacitación para éstas en temas de atención, planificación familiar, demanda inducida, en salud sexual y reproductiva y articulación entre la comunidad y el sistema de salud”¹⁴.

La investigación denominada “Bases para la construcción de un modelo de atención prenatal para indígenas Arhuacas de la Sierra Nevada de Santa Marta año 2003 – 2006” realizada por María Auxiliadora Izquierdo Pérez¹⁵, establece las causas de la falta de adherencia a la asistencia en salud occidental (biomédica) durante la gestación y parto entre las cuales se resaltan las consideraciones Culturales Internas como: fenómenos sobrenaturales, concepto sobre el uso de medicamentos, implicaciones culturales de algunas prácticas gineco-obstétricas, educativas, comunicativas, organización comunitaria y ubicación de las familias respecto al centro de atención, sumado a esto, los profesionales de la salud no poseen una preparación humanística y cultural adecuada que permita disminuir los factores que generan la inasistencia de las gestantes indígenas a los controles prenatales, lo que influye en la falta de aplicación de la guía de atención en el embarazo establecidas en la Resolución 412 del 2000¹⁶.

En el programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana, no se han realizado investigaciones con base en la teoría de la Universalidad y Diversidad de los Cuidados Culturales. Frente a esta situación, una alternativa de solución a la problemática es brindar el cuidado de la salud desde la perspectiva de la teoría del Cuidado Cultural, de Leininger, por tal motivo se plantea la necesidad de realizar la práctica de enfermería mediante el cuidado transcultural que permite abordar al ser humano como ser individual e integro, contribuyendo en el mejoramiento de su calidad de vida, por tanto surge el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características demográficas y socioculturales que influyen en la atención en salud a las gestantes del resguardo indígena de Río Negro durante el embarazo y parto, que permitan establecer una estrategia de atención con enfoque transcultural, Iquira, (Huila), 2009?

¹⁴ Estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá. NAC.ER Salud Sexual y reproductiva. Centro asociado al CLAP/ SMR OMS/OPS. Universidad De Antioquia

¹⁵ Enfermera Universidad Popular del Cesar. Chopa48@hotmail.com

¹⁶ Ministerio de la Protección Social, disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo9774DocumentNo95.ZIP>

2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio resulta novedoso ya que genera un impacto muy positivo en el ámbito social, pretendiendo establecer un plan de mejoramiento en salud que responda a las necesidades de la comunidad indígena específicamente a la de las gestantes; dicha población se abordará mediante la aplicación del modelo de cuidado de enfermería del Sol Naciente, basado en la teoría de la universalidad y diversidad de Madeleine Leininger.

Es la primera vez que enfermería abordará a un grupo tan singular, con tanta especificidad cultural, pero a su vez tan vulnerable, y sobretodo que se realizará desde un enfoque transcultural, el cual ha sido aplicado en otras poblaciones como desplazados y ancianos donde se han dado resultados positivos, mejorando la calidad de vida de estas personas.

Al trabajar la dimensión transcultural se aborda el sello humanístico que potencia el descubrimiento de las perspectivas culturales de los indígenas, de sus prácticas y valores asociados al cuidado, los cuales, al ser considerados, pueden sensibilizar hasta las personas más difíciles de tratar, y es aquí precisamente donde enfermería juega un papel primordial, ya que cuenta con los suficientes referentes teóricos para abordar al ser humano en toda su complejidad, enfocándose en el fin de la profesión, “el cuidado”, por este motivo se debe salir de aquellos contextos que siempre se trabajan, se deben buscar nuevos horizontes en los cuales se ponga en práctica la teoría tan exquisita y amplia que posee la profesión, con el fin de brindar grandes aportes no solo a las comunidades objeto de cuidado sino también a la profesión.

Es útil porque permite crear estrategias nuevas para dar abordaje a dicha población, la cual ha presentado falta de adherencia a los programas de salud, como crecimiento y desarrollo, vacunación, control prenatal, planificación familiar, detección temprana de cáncer de cuello uterino, entre otros, reflejado en el aumento de los índices de mortalidad. Dichas estrategias a su vez darán cumplimiento a diferentes planes que se han creado con el fin de optimizar la salud de los colombianos, entre ellas, los Objetivos del Milenio, específicamente al número cinco, donde se busca mejorar la salud sexual y reproductiva, a través de la disminución de la mortalidad materna, para lo cual existe la política de salud sexual y reproductiva, además contribuye al cumplimiento del plan nacional de salud pública, que destina igualmente la segunda prioridad para dicho fin.

Además este estudio responde a la solicitud de la comunidad indígena que requiere atención urgente en salud por medio de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en concertación con la autoridad tradicional para diseñar estrategias que den solución a la situación actual y asegurar la cobertura total de la población a los servicios de salud; así mismo se estará dando aplicación la ley 691 del 2001 la cual reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, específicamente de los indígenas y al acuerdo 326 del 2006 en donde se hace referencia a algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.

Así mismo permite dar cumplimiento al quehacer integral de Enfermería, adoptando los principios valores y responsabilidades establecidos en la ley 911 de 2004¹⁷ y específicamente a lo consagrado en el artículo 1 de la misma. “El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería”. De igual manera a los principios de la práctica profesional de Enfermería establecidos en la ley 266 de 1996¹⁸.

Por último, cuenta con el consentimiento y el apoyo de la comunidad indígena de Rio Negro, la ESE María Auxiliadora del municipio de Iquira y algunos integrantes de la secretaria de salud departamental.

¹⁷ Ley 911 de octubre 5 de 2004, Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <http://www.anec.org.co/docs/Ley911de2004.pdf>

¹⁸ Ley 266 de enero 25 1996, por la cual se reglamenta la profesión de la profesión de enfermería en Colombia, disponible en: <http://www.anec.org.co/marco.htm>

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la estrategia de atención integral con enfoque transcultural en salud para las gestantes del resguardo indígena de Rio Negro (Iquira), que permita al equipo de salud del hospital María Auxiliadora del municipio de Iquira mejorar la atención durante el embarazo y el parto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas en las gestantes indígenas del resguardo de Rio Negro, Iquira (Huila).
- Identificar las características socioculturales frente al embarazo y parto en las gestantes indígenas del resguardo de Rio Negro, Iquira (Huila) mediante la aplicación del modelo del sol naciente.
- Diseñar una estrategia de atención en salud con enfoque transcultural que permita mejorar la atención de salud durante el embarazo y parto

4. MARCO DE REFERENCIA

Para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia es conveniente recordar que “su esencia es el acto de cuidado y que se fundamenta en sus propias teorías, el cual se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional y el ser humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno”¹⁹, lo que implica “un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”²⁰.

Enfermería cuenta desde tiempos remotos con teorías y modelos que se remontan al año de 1859²¹, cuando Florence Nightingale expuso por primera vez sus ideas sobre Enfermería, del mismo modo, otros actores de esta disciplina tienen una idea única y específica de la práctica de la profesión que influye en sus decisiones y en la forma de realizar sus acciones. De esta manera se han creado Teorías entendidas como “conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, que se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional”²², las cuales se complementan con Modelos Conceptuales que son más generales y complejos, que “otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la Enfermería como: el autocuidado, la promoción de la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación, entre otros”²³.

Además de estos elementos necesarios para orientar el cuidado, también se encuentran los modelos, “que realizan una representación esquemática de ciertos aspectos de la realidad y son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre éstos, además permiten que los conceptos sean operados en el papel antes de ser confrontados con la realidad”.

¹⁹ COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA. Ley 911. Octubre 5 de 2004. por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Disponible en:* <http://juriscol.banrep.gov.co:8080/CICPROD/BASIS/infjuric/normas/normas/DDD/LEY%20911%202004%20CONGRESO%20DE%20LA%20REPUBLICA/LEY9112004CONGRESODELAREPUBLICA.doc>.

²⁰ *Ibid.*, p. 9.

²¹ CISNEROS G., Fanny. INTRODUCCION A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Universidad del Cauca. Popayan. 2002

²² *Ibid.*, p.11.

²³ *Ibid.*, p. 12.

Para abordar la Enfermería es indispensable hablar de un determinado modelo, es decir, un modelo de cuidado, el cual remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico al ser humano impulsando el propio conocimiento y desarrollo de la disciplina, fortaleciendo su identidad, liderazgo, mayor autonomía profesional, compromiso entre las diferentes enfermeras que intervienen en los procesos de enseñanza – aprendizaje, promoviendo los valores éticos y un cuidado humanizado en las diferentes áreas. De esta forma, “los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de la Enfermería”.²⁴

Dichos elementos en Enfermería son importantes en el desarrollo de una investigación, pues ayuda a reducir la brecha teórico-práctica que existe en la actualidad, porque proporcionan herramientas para la producción y reestructuración del conocimiento y además sirven de guía con respecto al problema a estudiar, procedimientos, diseño metodológico, instrumento, plan de análisis, en fin todo el proceso investigativo. Es por esta razón que “una investigación guiada bajo el enfoque de una teoría o un modelo conceptual podrá garantizar resultados con posibilidad de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares”²⁵.

Es por ello que este estudio se fundamenta en la “**teoría de la diversidad y la Universalidad de los cuidados culturales**” o Cuidado Transcultural creada en el año 1978 por la Enfermera y antropóloga **Madeleine Leininger**, que entre sus postulados establece que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para construir un plan de cuidados que responda a sus necesidades. Partiendo que la cultura determina los patrones, estilos de vida y que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría “ayuda al enfermero(a) a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista Emic (perspectiva del paciente), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión Étic apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales”²⁶

La interrelación entre cuidado (esencia de Enfermería) y cultura, abre el campo de la **Enfermería Transcultural**; definida como: “*el área formal de estudio y trabajo*

²⁴ ROCHA KUERTEN, Patricia y DO PRADO, Lenise Marta. Modelo De Cuidado ¿Qué Es Y Como Elaborarlo?. Index Enfermería vol.17 n.2 Granada abr.-jun. 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200011&script=sci_arttext

²⁵ CISNEROS, Op cit., p. 16.

²⁶ LILLO Crespo, M. Enfermería Transcultural Aplicada al Proyecto Plan de Choque Intereuropeo-Holandés en Alicante. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en: <http://www.index.com/lascasas/documentos/lc0119.php>

centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte"²⁷. La trascendencia de los cuidados culturales, constituye una contribución ante la perspectiva holística de la vida humana y su existencia a través del tiempo, implicando factores culturales, sociales, la historia, la visión del mundo, los valores culturales, el lenguaje, sistemas de salud o bienestar tradicionales, el contexto ambiental, los modelos populares y profesionales. Esta corriente implica ir más allá del conocimiento de una serie de conceptos e investigaciones teóricas, a una manera o forma diferente de ver la realidad que es lo que en antropología se conoce como *mirada antropológica o relativismo cultural*²⁸. La enfermería transcultural, tiene por meta proporcionar cuidados que sean coherentes con las prácticas culturales, las creencias y los valores, para lograr una mejor adherencia y calidad en el plan de cuidado, sea aplicado a nivel individual, colectivo y comunitario, en los diferentes sectores de actuación de Enfermería, clínico, comunitario, investigativo, etc.

Se debe tener claro que "cultura"²⁹ comprende un sin número de posibilidades, ya que este término ha estado presente a lo largo de toda la historia progresando, para consolidarse como una expresión con repercusiones definitorias en la sociedad actual. Esta palabra se ha transformado, para estar acorde a las necesidades del contexto; inicialmente se utilizaba para designar los cultivos en los campos; posteriormente se tomó como la acción de cuidar la tierra (la agricultura, apicultura y piscicultura); En el siglo XVI, adquiere una connotación metafórica del "cultivo de cualquier facultad". Luego, con el avance de la civilización y en el conocido "Siglo De Las Luces" el término toma sentido figurado, conociéndose como "cultivo del espíritu". Con el paso del tiempo, cultura pasó a ser la formación de la mente, es decir, se convierte en una palabra que designa un estado de la mente humana. Hasta el siglo XVIII, cuando el Romanticismo impuso una diferencia entre civilización y cultura; El primer término se reservaba para nombrar el desarrollo económico y tecnológico, lo material; mientras el segundo para referirse a lo espiritual, es decir, el cultivo de las facultades intelectuales (filosofía, la ciencia, el arte, la religión, etc.). Además, se entendía la cualidad de "culto" no tanto como un rasgo social sino individual, contribuyendo al uso de este término para designar "estilos de vida" y un consecuente fortalecimiento y auge del desarrollo epistemológico del mismo, dando lugar a **la antropología**³⁰ (rama científica derivada de las ciencias sociales la cual se encarga precisamente del estudio comparativo de la cultura). En general, hoy se piensa en cultura como el

²⁷ REVISTA DE ENFERMERÍA. El cuidado cultural: una alternativa frente al cuidado de la salud de la población en condición de DFV. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/editorial15.htm>

²⁸ TARRÉS Chamorro, S. El cuidado del "otro". Diversidad cultural y Enfermería transcultural. Gaceta de antropología 2001 (17): 15.

²⁹ SASTRE, Fernando y NAVARRO, Andrea. CULTURAS Y ESTÉTICAS CONTEMPORÁNEAS; TRABAJO PRÁCTICO. 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/quentend/quentend.shtml>.

³⁰ *Ibid.*, p.19.

“conjunto total de los actos humanos en una comunidad dada, ya sean éstos prácticas económicas, artísticas, científicas o cualesquiera otras. Es decir toda práctica humana que supere la naturaleza biológica es una práctica cultural”³¹.

Muestra de la importancia que toma la cultura en las ciencias del desarrollo social, en el año 1945 se conforma la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura³² (UNESCO), cuyo objetivo es el de construir la paz en la mente de los hombres mediante la educación, la cultura, las ciencias naturales, sociales y la comunicación.

Entre las múltiples definiciones de **Cultura**, una que representa un importante aporte a la Enfermería, es la postulada por Madeleine Leininger, que la establece como: “Conjunto de valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular, que son aprendidas, compartidas, transmitidas y guían el pensamiento, de cómo se decide y cómo se actúa. Establecen modos preferidos de pensar y actuar que prevalecen en el tiempo y que influye en las tomas de decisiones que hacen parte de dicha cultura, por consiguiente posee un gran poder sobre cómo cuidarse”³³, en la que se observa la integración de la cultura en la práctica del cuidado, ampliando el campo de acción profesional y posicionando la profesión como de carácter social; además se apoya y contribuye hacia la consolidación del **multiculturalismo**³⁴, “política donde las diferentes culturas se entienden como un todo homogéneo, conservan, viven y expresan sus diferencias junto a otras culturas en una misma nación. Las culturas coexisten pero no hay superposiciones. Lo que se busca es que exista convivencia política pero manteniendo y protegiendo las diferencias como un valor”, objetivo común al cual deben estar comprometidas todas las disciplinas para un desarrollo social con equidad cultural.

Frente a esto, Colliere³⁵ plantea que las **creencias**³⁶ “son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres. Las costumbres representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto

³¹ Ibid., p.20.

³² Sitio oficial UNESCO. Disponible En: http://portal.unesco.org/culture/es/ev.php-URL_ID=34603&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

³³ WELCH, Z. Alice, ALEXANDER, E. Sr. Judith, BEAGLE, J. Carolyn, Buthler, Pam. Madeleine Leininger: Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad. p. 443. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta Edición, 1999. España: Harcourt Brace.

³⁴ DE VALLESCAR, Diana. *Cultura, Multiculturalismo e Interculturalidad. Hacia una racionalidad intercultural*. Madrid: Perpetuo Socorro, 2000. Disponible en página web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Multiculturalismo>.

³⁵ COLLIERE, Marie- Francoies (1930- 2005). Eminente Enfermera francesa, quien dedico su vida a la ocupación docente, historiadora de los cuidados, como asesora, como aporte valioso a la identidad histórica y liderazgo de la enfermería a nivel mundial. Citado por: CHAMIZO Vega, Carmen. Coordinadora de la Red Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero. IN MEMORIAM; UNA VIDA DE INTENSIDADES. Tomado de: Index Enferm v.14 n.48-49 Granada primavera/verano 2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100017&script=sci_arttext

³⁶ GONZALEZ, Villanueva Purificación. *APROXIMACIÓN AL CONCEPTO CREENCIAS. Artículo E- DUCARE. Enseñando a cuidar*. Universidad Europea de Madrid. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/05/5022.pdf

de formas de hacer, que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida y afectan fundamental e inicialmente a todos los grandes aspectos que aseguran el mantenimiento de la vida” es por esto que tienen practicas relativas a la alimentación, el desarrollo del cuerpo que son de costumbres ancestrales y que son la base de la elaboración de sus comportamientos y actitudes.

Como parte de la contextualización, de las teóricas en enfermería a la realidad latinoamericana y particularmente en Colombia por ser el lugar de aplicación de ésta investigación, resulta importante destacar la diversidad de grupos étnicos que habitan dicho territorio, entendidos como “poblaciones humanas en las que los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos; el término etnia³⁷ comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua, o tradiciones) y biológicos de un grupo humano, la raza específicamente alude a los factores morfológicos distintivos de esos grupos humanos (color de piel, contextura corporal, estatura, rasgos faciales, etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema (clima, altitud, flora, fauna, etc.) a lo largo de varias generaciones”³⁸.

Es por ello que Colombia, es un ejemplo tangible de la diversidad de creencias, es una nación mestiza que reúne tres grandes etnicidades³⁹: la africanidad, la indigenidad y la hispanidad. Según el censo general 2005⁴⁰, en Colombia residen 87 pueblos indígenas identificados plenamente; junto con personas pertenecientes a los otavaleños y a otros pueblos indígenas de Ecuador, Bolivia, Brasil, México, Panamá y Perú. El proceso de afianzamiento e identidad cultural ha conducido a que algunas personas se reconozcan como pertenecientes a etnias ya extinguidas como los Tayronas, Quimbayas, Calima, Yariguíes, Chitareros y Panches.

De acuerdo con la Constitución Política Nacional, el castellano es el idioma oficial de Colombia, pero las lenguas indígenas son también oficiales en sus territorios. En el país, se hablan 64 lenguas amerindias y una diversidad de dialectos que se agrupan en 13 familias lingüísticas. La mayoría de la población indígena se ubica en el área rural del país en los resguardos legalmente constituidos en las parcialidades indígenas o en territorios no delimitados legalmente. Se encuentran ubicados en las regiones naturales como la selva, las sabanas naturales de la Orinoquía, los Andes colombianos, en los valles interandinos y en la planicie del Caribe. La existencia de indígenas, negros y gitanos en Colombia como conglomerados humanos con especificidades particulares que denotan mundos pletóricos de significados contenidos en sus conocimientos, saberes, relaciones y por lo tanto en prácticas sociales diversas que implican formas distintas de ser,

³⁷ Definición Etnia. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Etnia>.

³⁸ Ibid., p. 27.

³⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Op. Cit., p. 1.

⁴⁰ Ibid., p. 29.

sentir y actuar frente a las necesidades, las problemáticas y las posibilidades de concebir la vida, constituye una riqueza inconmensurable en el concierto de la vida nacional.

Ahora bien, en cuanto a la visión del mundo planteada por Madeleine Leininger, la cual hace referencia a “la perspectiva de una persona o grupo en razón a su visión del universo, dependiendo de la estructura social y del contexto ambiental en el que se describe la totalidad de un hecho, una situación y experiencias particulares que permite la presencia de expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos”. Ante este componente de cultura, la necesidad de un abordaje cultural en los ámbitos sociales se constituye como un reto necesario, dada la marcada indiferencia del principio multicultural con la consecuente pérdida de identidad cultural y la generación de “conflictos multiculturalistas⁴¹”, los cuales se relacionan históricamente a la “dialéctica de negación del otro” es decir, “el reconocimiento unilateral de una cultura como válida frente a otras que se les niega legitimidad; ejemplo de esto, es el choque cultural entre la medicina occidental y la indígena. Frente a este tema, Abelardo Ramos⁴², miembro de la comunidad indígena Nasa (descendiente del grupo de Páez), sostiene que “las propias tribus se han encargado de ocultar sus métodos de curación y las medicinas utilizadas, debido a las connotaciones espirituales que tienen”. Además agrega que “la medicina indígena es principalmente de carácter preventivo, responde a problemas emocionales, orgánicos y patológicos. Así, la mayoría de las comunidades indígenas no aceptan que los médicos occidentales se muestren reacios a creencias curativas de las tribus”. La razón es que para los indígenas, la práctica de la chamanería hace parte de sus creencias, su religión, su cultura y tradición⁴³. Este fenómeno, es soportado por el postulado de la enfermera Colliere, en el desarrollo que realiza a la teoría de Leininger que establece: “Los valores están vinculados a las costumbres y las creencias, siendo el valor el grado de importancia y estimación social que se atribuye a las creencias, lo que hace que el grupo necesite protegerla y defenderla para así mantenerla, dando un aporte más global de estos conceptos de valor, creencia y costumbres que llegan a tejer esa gran cultura que cualquier comunidad tiene jerarquizadas e institucionalizadas”⁴⁴.

⁴¹ HOPENHAYN, Martín. El reto de las identidades y la multiculturalidad. PENSAR IBEROAMERICA – Revista de Cultura OEI - Número 0. Disponible en Pagina Web: http://www.almamater.edu.co/Servicios/Integracion_Academica/Diplomado_Cultura_Democratica/Sesiones/Sesion_09/EI_reto_de_las_identidades_y_la_multiculturalidad%20-%20Martin_Hopenhayn.pdf

⁴² GUZMÁN, Agustín. “La visión de la medicina indígena”. ACTUALIDAD ÉTNICA. Disponible en página Web: <http://www.etniasdecolombia.org/actualidadetnica/detalle.asp?cid=5391>

⁴³ Ibid., p. 32.

Desde esta perspectiva cada cultura busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes mediante la aplicación de sus propios métodos y técnicas que no menos importantes constituyen el pilar de su atención en salud; de ahí que en las mujeres que se encuentran en gravidez realizan diversos tipos de cuidados orientados a su buen desarrollo, por ejemplo durante el desarrollo del control prenatal se recomienda realizar ejercicio físico por los múltiples beneficios que trae para el proceso gestacional, es de resaltar que esta recomendación se da desde la perspectiva profesional sin tener en cuenta la perspectiva de la usuaria, de manera que el enfermero debe conocer esos patrones culturales para brindar un cuidado coherente, es decir, conseguir un equilibrio entre el conocimiento genérico (tradicional) y el conocimiento científico.

Para hablar de salud, Leininger plantea que es un “estado de bienestar que se define, valora y practica culturalmente; refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente”. La exclusión de la cultura en la atención en salud es evidente en múltiples investigaciones como es el caso de “Las condiciones de salud en indígenas del mundo son lamentables”⁴⁵, que muestra deplorables condiciones de salud en poblaciones aborígenes de Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, según la publicación médica *The Lancet*⁴⁶; la salud de esta población se encuentran en peores condiciones que los estratos más desprotegidos de la sociedad en Asia, África y América Latina. En dicho estudio, se establece como causas de este fenómeno a las colonizaciones por introducción de extrañas enfermedades en sus ecosistemas y ser desplazados de sus tierras ancestrales; "El colonialismo tuvo un impacto profundo en el sentido conceptual, al crear una imagen de los indígenas de seres primitivos, retrógrados y obstruccionistas de la modernidad", señala la investigación y agrega que, "Sin embargo, han protegido nuestros más preciosos ecosistemas y sus ideas son vitales para la supervivencia de este, del cual todos dependemos". La principal preocupación del grupo de investigadores, dirigido por la Dra. Carolyn Stephens⁴⁷, es que la salud de estas poblaciones no se encuentra registrada en las estadísticas globales, lo cual se relaciona con que estas personas representan una minoría demográfica y están entre los más excluidos del mundo. (Relacionarlo con las deficientes medidas higiénicas existentes en el resguardo para la atención del parto y que se convierten en factor de riesgo para tétanos neonatal)

Los sistemas de salud o bienestar tradicionales se refieren a los cuidados o actividades con significado especial para cada grupo cultural que se realizan en la casa o comunidad, utilizadas para ayudar o asistir a las personas, a su vez se complementan sistemas de salud profesionales que asisten a la cultura, según su

⁴⁵ LOYN, David. “Indígenas, los más pobres del mundo” .Tomado de: www.bbcmundo.com. Disponible en: <http://www.etniasdecolombia.org/actualidadetnica/detalle.asp?cid=3639>

⁴⁶ Ibid., p. 35.

⁴⁷ Ibid., 36.

conocimientos y prácticas en salud, enfermedad, bienestar y otros, que predominan en instituciones profesionales con personal multidisciplinarios. Frente a este postulado, la población indígena colombiana vinculadas a la ACIN (Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca), propone el PROYECTO NASA⁴⁸ que plantea como propósito central: “la unidad comunitaria a fin de fortalecer los procesos organizativos y cohesión social a través de la educación, la formación y los proyectos productivos, de modo que progresivamente se fuera alcanzando una sociedad nueva, sin vicios, respetuosa de sus propios valores y alejada de la politiquería”⁴⁹. En el marco de salud el propósito es mejorar la calidad de vida de acuerdo a la cosmovisión Páez, mediante la implementación del **sistema de salud** que fortalezca la medicina indígena⁵⁰, recogiendo el **saber tradicional** de parteras, sobanderos, pulseadoras y médicos tradicionales cuyos saberes se complementan con los aportes de la medicina occidental de las enfermeras, auxiliares y promotores de salud de la ACIN; situación que hace pensar que esta población cuenta con diferencias en el sistema y manejo de la salud en la cual, la armonía con la naturaleza y medio ambiente juega un papel crucial; aspectos que se deben determinar durante el desarrollo del estudio a partir de la fundamentación de la teoría de la Diversidad y Universalidad Cultural que se desarrolla en el presente documento.

Con base en esta teoría se han formulado diversos modelos de aplicación, sin embargo Leininger patentó el Modelo del Sol Naciente, un modelo que consta de cuatro niveles⁵¹, que van de lo más abstracto a lo menos abstracto; los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes, el **nivel uno**, representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas, micro (los individuos de una cultura); media (factores complejos de una cultura específica) y macro (fenómenos transversales en diversas culturas). El **nivel dos**, proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos y las instituciones en diferentes sistemas de salud; acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de la salud. El **nivel tres**, brinda información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la Enfermería, que actúan dentro de una cultura y permiten la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Finalmente, el **nivel cuatro** determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados, es allí donde se desarrollan los cuidados culturalmente coherentes y se conceptualizan tres formas, de las cuales se debe escoger cual es la más conveniente culturalmente hablando, a fin de guiar juicios para tomar decisiones y posteriormente actuar. Estas formas son las siguientes: la

⁴⁸ ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL NORTE DEL CAUCA- ACIN. Proyecto Nasa. Resguardos de Toribío, San Francisco y Tacuelo. Disponible en: http://www.nasaacin.org/proyectos_vida.htm

⁴⁹ Ibid., 38

⁵⁰ Ibid., p. 39

⁵¹ WESLEY, RL. Teorías y modelos de enfermería. En: Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997. p.119-127.

primera hace referencia al **Mantenimiento o Conservación de los Cuidados Culturales**, aquí el enfermero acepta y es complaciente con las creencias culturales. El segundo tipo de cuidado por el cual se puede optar es el de **Negociación o Adecuación de los Cuidados**, aquí el enfermero planea, negocia y acomoda las preferencias culturalmente específicas, alimentos, actividades y particularidades para obtener resultados sanitarios beneficiosos. La última forma consiste en **Rediseñar o Reestructurar los Cuidados Culturales**, es aquí donde el enfermero es conocedor sobre el cuidado cultural y desarrolla alternativas para la atención de Enfermería respetando los valores culturales y las creencias, ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso al anterior.⁵²

Mediante la aplicación de este modelo, enfermería actúa como un puente entre los sistemas de salud tradicional y occidental, ya que es una profesión que se caracteriza por tener un contacto directo con las personas, identifica sus necesidades más sentidas y actúa ante ellas, es de esta manera como puede llegar a comprometerse a aplicar el modelo del sol naciente, estableciéndose como fin último, la identificación y el conocimiento de la cultura para así optar por conservar los cuidados culturales, brindar educación según se requiera o en caso tal a reestructurarlos, ahora bien, para adoptar este modelo, con el fin de brindar un cuidado cultural integral, se deben identificar cuáles son las esferas que a nivel de salud requieren una atención inmediata en un grupo cultural, pero además se debe aplicar este modelo de cuidados para dar solución a las necesidades de dicha comunidad y así responder a objetivos y estrategias que a nivel del sector salud se plantean para mejorar las condiciones de vida de las persona. Es por ese motivo y considerando que el inicio de la vida es el punto de partida para todo lo creado, el cual ocurre en el maravilloso instante en el que se decide dar vida a otro ser, proceso que ha sido denominado gestación o embarazo; termino que en el 2007 el *Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres* de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lo definió como parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptos en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, y finaliza en un periodo equivalente a unos 9 meses⁵³ con el parto.

A nivel nacional se han creado normas y políticas en salud como las normas técnicas dadas por el Ministerio de la Protección Social para detectar alteraciones

⁵² FERNÁNDEZ GARCÍA, Victoria. Lic. en Enfermería, Consultora de la Fundación Mexicana para la Salud. Perspectiva de la Enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev. Enferm IMSS 2006; 14 (1): 51-55. Disponible En: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/45F1E36C-85DF-4B1F-9822-BECB2E39847A/0/Informacion_Gral4.pdf.

⁵³ Definición dada por el *Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres* de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS; Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>

tempranas en el embarazo⁵⁴ y la guía para brindar atención en el parto⁵⁵. La primera busca Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo, cuyos objetivos son enfocados en vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso, detectar tempranamente las complicaciones del embarazo, orientar el tratamiento adecuado de las mismas y por ultimo ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación⁵⁶. Para dicho cumplimiento el control prenatal consta de diversas actividades, procedimiento e intervenciones que inician con la identificación e inscripción de las gestantes al programa de control prenatal, momento desde el cual se enfatiza en la importancia que tiene la compañía de la pareja, así como también la secuencialidad del control; su consulta inicial es realizada por un médico, quien ordena la toma de laboratorios, se administra el toxoide tetánico, y para garantizar que su atención sea integral, se remite a consulta odontológica, psicológica y nutricional; posteriormente su atención pasa a manos del profesional de enfermería quien realiza los siguientes controles hasta la semana 36 y luego pasa a ser atendida por el médico, hasta que llega al momento del parto, en el cual se aplica la norma técnica de atención del Parto, del Ministerio De La Protección Social; esta recomienda unas seria actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

El objetivo de este a nivel general comprende ofrecer el marco conceptual y técnico-científico para la atención racional del parto, de esta manera, disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer gestante y del producto del embarazo, optimizando el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto. Para contribuir a este objetivo general se han propuesto con dicha norma técnica, disminuir las tasas de

⁵⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas; Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; tomo 1, norma técnica de detección de Alteraciones Tempranas En El Embarazo, pag. 119. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

⁵⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas; Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; tomo 3, norma técnica de protección específica para la atención en el parto; pag 419. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

⁵⁶ Ibid., p. 45.

morbimortalidad materna y perinatal, disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas, disminuir la variabilidad en la práctica clínica; recomendando actividades y procedimientos clínicos basados en evidencia sólida, para reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal⁵⁷.

Estas dos normas técnicas establecen como metas, disminuir la mortalidad materna y perinatal, en un 50% y del 75% para el 2015 respectivamente; propiciar una gestación y parto en mejores condiciones, así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%; fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país⁵⁸. Por lo anterior es urgente que se aborde con pertinencia cultural a toda la población a nivel nacional sin discriminación alguna y así obtener una cobertura total en todo el territorio nacional, para lo cual se deben ajustar algunas políticas en salud ya establecidas teniendo en cuenta el ambiente cultural de poblaciones específicas como es el caso de los indígenas.

Aplicando el modelo del sol Naciente en la ejecución de las actividades, intervenciones y procedimientos de dichas normas técnicas se contribuye a dar soluciones a las necesidades de dicha comunidad; también se da respuesta y cumplimiento al marco legal de la salud de las gestantes, a las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ellas y a la Constitución Política De Colombia; donde se define y se garantiza como un fin del estado los derechos y deberes humanos, dentro de los que se constituyen como fundamentales el derecho a la vida, a la igualdad y a la no discriminación, el respeto de la diversidad racial y étnica, además plantea la atención en salud como un servicio público y de obligatorio cumplimiento por parte del estado que debe tener una vigilancia y control estricto y así medir la concordancia con sus principios establecidos de eficiencia, universalidad, solidaridad.

Para garantizar la atención en salud integral que mejore la situación de la gestante en la comunidad, Colombia en el año 2000 junto con 188 países firmo la declaración del milenio, en la cual se plantea conseguir 8 objetivos, los cuales contribuyen al desarrollo común y por ende favorecerán al mejorar la calidad de vida las personas. Estos objetivos comprenden desde erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la equidad de género y autonomía en la mujer, reducir la mortalidad en menores de 5 años, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH/SIDA, malaria y dengue,

⁵⁷ Ibid., p. 46.

⁵⁸ MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., P. 44.

garantizar la sostenibilidad ambiental, hasta fomentar una sociedad mundial para el desarrollo⁵⁹.

El objetivo número cinco el cual le atañe directamente a la presente investigación, hace referencia a “mejorar la salud sexual y reproductiva⁶⁰”, este hace hincapié en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015, lo que equivale a disminuir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; además de incrementar a un 90% las mujeres que asistan a los controles prenatales en cuatro o en más ocasiones y por último incrementar en un 95% la atención institucional del parto por personal calificado; para el logro de los objetivos del milenio en Colombia se creó el CONPES SOCIAL 91⁶¹, documento en el que se planifican las metas y estrategias para dicho cumplimiento.

En lo concerniente con “salud sexual y reproductiva”, existen 7 estrategias encaminadas al logro de dicha meta; la primera de ellas hace evidente la urgencia de aumentar progresivamente la cobertura en salud a toda la población afiliándola al sistema general de seguridad social en salud, lo cual va a garantizar el acceso a dicho servicio y permitirá así, focalizar los subsidios en mujeres gestantes y en edad fértil en zonas rurales y urbana; la segunda estrategia se basa en garantizar el acceso con calidad en atención prenatal, parto y puerperio de la población afiliada al SGSSS y la población no afiliada; para la consecución de esta meta se implementarán mecanismos de comunicación social, herramientas para facilitar la identificación, orientación y adhesión a intervenciones de detección temprana de alteraciones en el embarazo, parto y puerperio, entre otras como la definición de intervenciones mínimas para aquellas mujeres no afiliadas al sistema durante el evento reproductivo; otra de las tácticas es fortalecer con calidad los servicios obstétricos disponibles en las diferentes regiones del país, promover la utilización de métodos anticonceptivos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud e Incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico – uterina; las últimas dos estrategias buscan desarrollar vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales, así como también fortalecer la vigilancia en salud pública en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés, el acceso y calidad.

Ahora bien, es evidente la relación tan marcada que poseen estos objetivos con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública, el cual se encuentra

⁵⁹ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN; República De Colombia; objetivos de desarrollo del milenio, disponible en: WWW.DNP.GOV.CO

⁶⁰ Ibid., p. 49

⁶¹ El Consejo Nacional de Política Económica y Social — CONPES — fue creado por la Ley 19 de 1958. disponible en <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/tabid/55/Default.aspx>

reglamentado por el decreto 3039 del 2007⁶²; y busca dar prioridades, plantear objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales, como el “Tratado del Milenio”, al cual se le debe dar cumplimiento; para ello se buscara Implementar un plan nacional de desarrollo y a su vez planes de desarrollo territorial, los cuales deben ir acorde a las prioridades en salud, entre las más destacadas se encuentran: El cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), Cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), Las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos de la salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime e impacte de la manera más amplia posible.

Es por todo esto y acorde a los objetivos del milenio que se ha definido unas prioridades nacionales en salud que son: Salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y las lesiones violentas evitables, Enfermedades transmisibles y las zoonosis, Enfermedades crónicas no transmisibles, Nutrición, Seguridad sanitaria y del ambiente, Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, y por último la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial, de las diferentes comunidades y regiones, teniendo en cuenta sus diferencias en religión, etnia y cultura; para lograr estas propuestas se han planteado tácticas como la estrategia de información, educación y comunicación **IEC**, Fortalecimiento de la gestión institucional, Fortalecimiento de la participación social, Potenciación de las redes sociales de apoyo, y Desarrollo de investigación⁶³ como modos de accionar en las comunidades para conseguir la atención ya propuesta.

Ante la necesidad de disminuir los problemas de salud del país, se debe resaltar el abordaje de aquellos grupos que se encuentran en condiciones vulnerables, desplazados, discapacitados y grupos étnicos, como los indígenas, los cuales carecen de cobertura en salud, debido a sus propias condiciones y la falta de interés por parte de las entidades encargadas del tema para solucionar sus

⁶² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto número 3039 de 2007; Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=16573&idcompany=3>

⁶³ Ibid., p. 52.

problemas; dicha población resulta ser una de las más afectadas debido a la pérdida de territorio, destrucción de los recursos naturales y deterioro de medio ambiente, cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional; las dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en sus territorios; pobreza y marginalidad social y otras barreras geográficas y culturales.

Por todo esto se debe garantizar el derecho al acceso y la participación de este grupo en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación” teniendo por objeto cumplir los derechos en salud de los pueblos indígenas ofreciendo protección ante todo a su identidad cultural y su permanencia social como ya se ha establecido en la constitución nacional, a lo cual el presente proyecto contribuirá notablemente.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, etnográfico, realista o mixto, en el que se describen y analizan ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas que ejercen las gestantes durante su embarazo y parto. Según Creswell, 1998, la etnografía implica la descripción e interpretación profundas de un grupo, sistema social o cultura⁶⁴.

Es realista o mixto, porque se recolectaron datos tanto cuantitativos (características sociodemográficas de las gestantes) como cualitativos (características socioculturales) de la cultura, comunidad o grupo de ciertas categorías algunas preconcebidas antes del ingreso al campo y otras no, estas últimas emergieron del trabajo en el campo. “Al final, se describen las categorías y la cultura en términos estadísticos y narrativos. Los datos cualitativos se recogen con instrumentos semiestructurados y estructurados”.⁶⁵

5.2 POBLACIÓN

La población son las gestantes de la comunidad indígena de Rio Negro de Iquira (Huila).

5.3 MUESTRA

Está conformada por las gestantes que se incluyeron mediante la aplicación de los criterios.

5.4 TIPO DE MUESTREO

Fue no probabilístico por conveniencia, pues se seleccionaron los casos disponibles, que cumplieron los criterios:

Criterios de inclusión

- Aceptaron participar en el estudio.

⁶⁴ COLLADO- Fernández Carlos, Baptista Lucio Pilar, Sampieri Hernández Roberto; Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill.

⁶⁵ Ibid,

- Eran múltiparas (para conocer las experiencias de atención que ha tenido durante los partos anteriores)
- Pertenezcan a la comunidad indígena de Rio negro

Criterios de exclusión

- No pertenezcan a la comunidad indígena de rio negro
- Sean primigestantes
- No quieran participar

5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1 Método. Se utilizarán dos formas para recolectar la información, la observación y la encuesta, la primera, Patton 1980, es esencial para describir comunidades, contextos o ambientes, así mismo las actividades que se desarrollan en estos, las personas que participan en tales actividades y los significados de la misma.

Los elementos que se pueden observar según Anastas (2005), Mertens (2005), Rogers y Bouey (2005) y Esterberg (2002) son:

- Ambiente físico: Tamaño, arreglo, señales, acceso, sitios con funciones centrales (iglesias, centros de poder político y económico, instituciones de salud, otros)
- Ambiente social y humano: formas de organización en grupos y subgrupos, patrones de interacción o vinculación (propósitos, redes, dirección de la comunicación, elementos verbales y no verbales, jerarquías y procesos de liderazgos, etc), características de los grupos, subgrupos y participantes (orígenes, edades, ocupaciones, genero, estados maritales, vestimenta, etc), actores claves, lideres y quienes toman las decisiones, costumbres.
- Actividades individuales y colectivas: actividades que realizan los participantes, como, cuando lo hacen, propósitos y funciones de cada una.
- Artefactos que utilizan los participantes y funciones que cumplen.
- Hechos relevantes, eventos e historias (ceremonias religiosas o paganas, desastres, guerras) ocurridas en el ambiente y a los individuos (perdida de un ser querido, matrimonios, etc.). Se puede presentar en una cronología de sucesos o, en otro caso, ordenados por su importancia.

Y en la encuesta (segundo método), se indagarán sobre los cuidados basados en su cultura que las gestantes tienen en su periodo prenatal y la manera en que afecta las diversas dimensiones del parto (lugar en que se realiza, como se lleva a cabo, etc).

5.5.2 Técnica. Las técnicas necesarias en esta investigación comprende la observación participativa activa: Se participa en la mayoría de las actividades; sin embargo, no se mezcla completamente con los participantes, sigue siendo ante todo un observador⁶⁶.

Y la entrevista semiestructurada individual en donde, se intercambiará información entre una persona (el entrevistado) y otra (el entrevistador). Según Janesick 1998, en la entrevista a través de preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. Por ser semiestructurada, se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, es decir, no todas las preguntas están predeterminadas.⁶⁷

5.5.3 Instrumentos. Para la observación participativa activa que será la inmersión inicial en la comunidad se utilizará como herramienta para las anotaciones, la bitácora o diario de campo, con el propósito de registrar allí las descripciones del ambiente, de los participantes, sus relaciones y todo lo que se juzgue relevante. Además se incluirán mapas (del contexto general y de lugares específicos), diagramas, cuadros y esquemas, listado de objetos recogidos en el contexto, así como fotografías y videos que fueron tomados, indicando la fecha, hora, motivo de su recolección y contribución al estudio).⁶⁸

Una de las anotaciones que se realizaran son las directas y las interpretativas, que consiste en realizar descripciones de lo que se esta viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Irán ordenadas de manera cronológica a lo largo del estudio y permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde)⁶⁹, para que en un posterior momento se realicen las interpretaciones de dichos sucesos. Estas anotaciones pueden llevarse en una misma hoja en columnas diferentes o vaciarse en páginas distintas; lo importante es que, si se refieren al mismo

⁶⁶ Ibid., p. 54.

⁶⁷ Ibid., p. 55.

⁶⁸ Ibid., p. 56.

⁶⁹ Ibid., p. 57.

episodio, estén juntas. Posteriormente se clasificará el material por fecha, temas, individuos o cualquier criterio que se considere pertinente de acuerdo con los objetivos del estudio. Luego se resumirá las anotaciones teniendo cuidado de no perder información.

Se transcribirán las anotaciones con interlineado doble y con márgenes amplios, tanto por claridad, como para facilitar posteriores anotaciones como comentarios y/o notas, si después es necesario.

Algunas de las sugerencias que se tendrán en cuenta sobre las anotaciones son:

- No es cuestión de copiar pasivamente lo que ocurrió, sino de interpretar su significado
- No escribir delante de los participantes si las anotaciones interrumpe el flujo de las acciones o atenta contra la naturalidad de la situación (eventos cargados de emociones por ejemplo, el reencuentro de una pareja), aunque resulta indispensable redactarlas lo antes posible.
- Al escribir las notas usar oraciones completas para evitar confusiones posteriores (Esterberg, 2002). Si son abreviadas (con palabras iniciales, incompletas o mnemotécnicas), se debe elaborar más ampliamente a la brevedad posible.
- No olvidar que se debe registrar el tiempo en fechas y horas a los que se hace referencia.
- Si se refieren a un evento, anotar la duración de este.
- Se harán las notas en la bitácora siguiendo un criterio lógico (temporal, por participante, tema, etc.).
- Una vez escritas se leerán para agregar nuevas notas de reflexiones.

Para abordar la segunda técnica, se utilizarán dos cuestionarios, el primero se elaboró teniendo en cuenta la tarjeta SICAPS (Sistema de Información de base comunitaria Para Atención Primaria en Salud), y el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano) formulando preguntas cerradas para abordar características sociodemográficas de los sujetos de estudio, y el segundo, a través de preguntas abiertas, para recolectar información sobre las características socioculturales que influyen en el embarazo y parto. (Ver anexos).

Dado que utilizarán varios métodos e instrumentos se realizará triangulación de métodos, necesaria para el desarrollo de la investigación, se obtendrán datos provenientes de diversas fuentes lo que permitirá tener “una mayor riqueza y profundidad en estos” a igual que proporcionará mayores conocimientos sobre las prácticas y actitudes que posee tanto la gestante en su periodo de gravidez como los demás actores del proceso (esposos, líderes de la comunidad, parteras, médicos tradicionales, promotoras, etc).⁷⁰

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación conforme al artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, corresponde a la denominación de Investigación sin riesgo, ya que la técnica de investigación es observación- participante y entrevista, por lo cual no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participantes del estudio.

La aplicación de esta investigación salvaguardará la dignidad sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental del ejercicio de la Enfermería; No se criticará ni juzgará por opiniones, ni será sometido a condiciones discriminatorias, ni a situaciones ni preguntas que resulten abrumadoras, respeto a la privacidad: La información recolectada con las diferentes técnicas se referirán a la pertinente para la realización del estudio y el logro de los objetivos propuestos, libertad de expresión y sentimientos: No será presionado para lograr la expresión y confidencialidad: La información recolectada únicamente se utilizará para fines investigativos y académicos, respetando la autonomía, conforme a la responsabilidad que nos confiere la ley 911 en su artículo 29.

⁷⁰ Ibid., p. 58.

5.7 RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

5.7.1 Recolección de la información. Para el proceso de recolección de información inicialmente, se contacto al CONCEJO REGIONAL INDÍGENA DEL HUILA (CRIHU), con el fin de informar los objetivos de la investigación a los integrantes del cabildo indígena incluyendo al Gobernador del Resguardo indígena Rio Negro, quienes concedieron estadísticas generales del resguardo en relación con la distribución de la población por sexo y grupos de edad y el numero de las gestantes, que eran, 26, además otorgaron el respectivo permiso para visitar la comunidad.

La primera visita se realizó los días 15 y 16 de marzo del 2009 para identificar a la comunidad e informar los objetivos de la investigación al cabildo indígena y Comité de salud del Resguardo, este ultimo conformado en ese mismo día; La observación participante permitió identificar los diferentes actores de la Medicina tradicional, tales como parteras, médicos tradicionales, sobanderos, pulseadores y agentes comunitarios por veredas (promotoras).

La segunda visita realizada el 12 de julio tuvo por objetivo aplicar el test para la confiabilidad a las gestantes de la comunidad mediante una reunión con 6 gestantes que teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 2 de ellas que los cumplían, a quienes se les aplicó el consentimiento informado y el primer instrumento de características demográficas, posteriormente el día 26 de julio se realizó la tercera visita, en la cual se aplicó el re-test que permitió primero, determinar una confiabilidad del 95% del instrumento, y segundo obtener un mayor reconocimiento de las gestantes en su entorno geográfico y cultural mediante la observación participante. El 3, 4 y 5 de agosto se realizó la cuarta visita, en la que se llevo a cabo la recolección de la información por medio de visitas a cada gestante para la corroboración de la información demográfica y la posterior entrevista a Profundidad, con la ayuda del instrumento "Cuestionario guía para entrevista semi-estructurada a profundidad", cuya información se recolectó en grabadoras de voz y a través de la observación participante, con registro posterior en las bitácoras; la población participante fueron cuatro gestantes, dos parteras, un miembro del comité de salud, un miembro del resguardo indígena, una representante de las madres comunitarias y tres promotoras de salud. El 9 de noviembre se visitó nuevamente a la comunidad con el fin de dar a conocer los resultados obtenidos durante el proceso de recolección de la información y se validaron los resultados junto con la comunidad en especial con las promotoras y demás agentes de salud.

Una vez se culminó el proceso de recolección de la información mediante los instrumentos, se procesará y analizará, teniendo en cuenta las siguientes fases:

5.7.2 Procesamiento de la información.

Organización de la información. Para el caso de las entrevistas individuales se almacenaron en archivos y se transcribieron, facilitando la comparación con la información recolectada en el diario de campo y los datos sociodemográficos. Estas transcripciones se realizaron mediante la estrategia “palabra por palabra” en un documento Word en computador por medio de un archivo plano (no se debe usar ninguna convención especial, del estilo de negrilla, cursiva o subrayados). Posteriormente se aplicó el método reduccionista⁷¹ mediante el mecanismo de preguntas y frases claves, para facilitar la localización de los mismos dentro de toda la información.

- **Codificación de los participantes:** con el fin de mantener la confidencialidad de los participantes se asignará un código a cada uno de los participantes.

Gestantes	G1, G2, G3, G4
Cabildante	C1
Promotora	R1, R2, R3
Partera	P1, P2
Madre comunitaria	D2

- **Categorización de la información:** esta fase hace posible clasificar conceptualmente la información que es cubierta por un mismo tópico. Estas categorías representan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc.⁷²
- **Codificación de las categorías:** es la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un código propio de la categoría en la que se considera incluida.

Una vez obtenidas estas categorías, se regresará, al contenido para verificar que la información se encuentra correctamente ubicada en la categoría correspondiente, además permitirá la reformulación de categorías si es el caso.⁷³

⁷¹ POLIT-HUNGLER, 1997, Investigación Científica En Ciencias De La Salud, México DF, McGraw-Hill interamericana editores S.A, 126 p

⁷² OSSES BUSTINGORRY Sonia, SÁNCHEZ TAPIA Ingrid, investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052006000100007&script=sci_arttext

⁷³ Ibid., p. 69.

Este sistema de categorías construido cumplirá con las características propuestas por Rodríguez, Gil y García (1996)⁷⁴:

- Exclusión mutua, cada unidad se incluye en una sola categoría.
- Exhaustividad: cubre todas las unidades diferenciadas de los datos.
- Único principio clasificatorio: están ordenadas desde un único criterio de ordenación y clasificación.
- Objetividad, son inteligibles para cada uno de los codificadores.
- Pertinencia: son relevantes respecto de los objetivos del estudio y adecuadas al contenido analizado.

5.7.3 Análisis de la información. Una vez organizada y clasificada la información se aplico el método de análisis de entrevistas etnográficas de Spradley que de acuerdo a Rodríguez Gómez (1990)⁷⁵ cada uno de ellos significa:

- **Análisis por dominios:** un dominio es una categoría de significados culturales que incluye otras subcategorías. Todos los elementos incluidos en una categoría tendrán algún rasgo de significado en común. Descubrir los dominios de una cultura es el primero de los objetivos del análisis en la investigación etnográfica.
- **Análisis de taxonomías:** una taxonomía también es un conjunto de categorías relacionadas sobre la base de una relación semántica. Este análisis muestra la relación entre los términos incluidos, además de presentar diferentes niveles.
- **Análisis de componentes:** el análisis de componentes “Consistirá en un proceso de búsqueda de dimensiones de contraste entre términos que permitan construir paradigmas, y en la verificación de los mismos a través de la entrevista o la observación participante.
- **Análisis de temas:** Este análisis trata de regresar a una visión general de dominios y mostrar las numerosas situaciones dentro de una cultura. Los temas, por lo general, son conceptos usados para conectar dominios culturales. Cada uno de las fases de análisis según Spradley comprende fases para su desarrollo pero en es ultima solo se tendrán en cuenta una serie de estrategias no secuenciales.

- Inmersión

⁷⁴ Ibid., p.70.

⁷⁵ RODRÍGUEZ S Roger, Análisis De La Secuencia De La Investigación Cualitativa, Secuelas SA. 2006. 5 p

- Análisis de componentes aplicado a los dominios
- Búsqueda de Dominio ampliado
- Búsqueda de similitudes entre dimensiones de contraste
- Diagrama Esquemático de la escena cultural
- Búsqueda de temas universales
- Sumario de la Escena cultural

6. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Frente a la confiabilidad y validez, se realizó en dos partes la primera de las variables cuantitativas, que corresponden al instrumento de las características sociodemográficas de la muestra y la segunda parte correspondiente a las variables cualitativas, que constituyen las características socioculturales frente a la gestación y el parto de las indígenas del resguardo Río Negro de Iquira, Periodo B-2009.

6.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE VARIABLES CUANTITATIVAS

La confiabilidad es la exactitud de la medición, independientemente de que uno esté realmente midiendo lo que ha querido medir⁷⁶. Para la medición de esta característica se deben tener en cuenta errores de aplicación del instrumento relacionados con el examinador (relativo a la relación entre el examinador y examinado, y juicios de valor realizados por el examinador ante respuestas del examinado), la situación de recolección (ambiente de la recolección, distractores y estímulos externos que interfieran el proceso de recolección) y adivinación (Probabilidad de acertar en opciones de respuesta múltiple por desconocimiento).

En esta investigación se utilizó el método test- retest, para la confiabilidad del instrumento “Guía de Cuestionario de características sociodemográficas” (Ver anexo C); método que consiste en realizar una segunda administración de la misma técnica a los mismos sujetos, habiendo transcurrido 14 días. Las dos administraciones conformaron dos puntajes independientes que al correlacionarlos entre sí, se encontró un margen mínimo de error entre los dos grupos; Con la aplicación de este método se obtuvo estabilidad en tiempo⁷⁷. Con el fin de reducir los errores del examinador, los instrumentos cuentan como requisito el instructivo, en el cual se establecerá de manera específica la forma de aplicar en instrumento.

El método de validación del instrumento “Guía de Cuestionario de características sociodemográficas” (Ver anexo C) fue por expertos por la Enfermera Elia del Carmen Rosales Rengifo⁷⁸ y la Antropóloga Deisy Molina⁷⁹.

⁷⁶ ANGELI, Esteban. Conceptos básicos sobre confiabilidad en las técnicas de evaluación psicológica. S.M. de Tucumán, Agosto de 2000. Disponible en :

⁷⁷ Ibid., p. 60.

⁷⁸ Enfermera, Universidad del Valle. Especialista en Enfermería Obstétrica, Universidad Paulista de Sao Pablo. Magister en Enfermería de la madre y niño, Universidad del Valle. Magister en Enfermería y Desarrollo comunitario, CINDE. Actualmente, Docente de Planta, Programa de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. Neiva- Huila, Colombia.

6.2 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE VARIABLES CUALITATIVAS

Entre los riesgos que se tuvieron en cuenta para la confiabilidad de esta investigación, se encuentran: La posición o estatus del investigador, la selección particular del participante, la situación social, las condiciones en las cuales se recogió la información, los métodos y procedimientos utilizados para tal fin⁸⁰; Fundamentado en Woods y Catanzaro (1987), la metodología utilizada en esta investigación fue:

El investigador guió el desarrollo del cuestionario socio demográfico en la vivienda de la participante; y la entrevista semiestructurada se realizó a lo largo de las visitas, junto con la aplicación del método observación participante sin interferir en la cotidianidad de la unidad muestral. El uso de diferentes técnicas para la recolección, es un criterio de confiabilidad en la investigación etnográfica (triangulación de métodos), lo cual permitió contrastar la información recolectada en la entrevista, con la observación registrada en las notas de campo.

- La recolección de la información se realizó con la población gestante y agentes de su cotidianidad, por lo cual el papel del investigador fue de observación y participación directa con la población índice o protagonista del fenómeno a estudio.
- La recolección de la información se realizó mediante los instrumentos de guía de entrevista de características socioculturales, (Ver anexo C), con la ayuda de grabadoras de voz y la recolectada de la observación participante fue registrada en los diarios de campo.
- Con el fin conservar la rigurosidad y exactitud en los registros, se conservó la descripción del contexto (físico, social e interpersonal, tiempo y características) de generación de la información en las notas de campo, las cuales se transcriben inmediatamente después de la recolección de datos.
- La transcripción de las entrevistas fue de forma textual después de lo identificado y se contrastó con las notas de campo (espacio de comentarios del investigador en fichas memo durante el proceso de procesamiento de datos).

⁷⁹ Antropóloga investigadora, Universidad del Cauca. Especialista en Docencia universitaria, Universidad Cooperativa de Colombia. Actualmente, Docente de Planta, Departamento de Medicina Social. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana.

⁸⁰ PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA. Universidad Nacional de Colombia. Confiabilidad y Validez de estudios cualitativos. Guía de estudio de Curso: Tesis III. Unidad 2 pag. 4. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005396/unidades/unidad2/guia_2.3.html

- En el proceso de análisis de la información se comparó los resultados obtenidos con estudios publicados que se hayan desarrollado y que constituyan un trabajo similar.

“Una fortaleza de la investigación cualitativa es la validez de los datos. Los datos se comparan y analizan constantemente, para refinar los constructos que aseguren la articulación entre las categorías científicas y la realidad de los participantes”⁸¹. De acuerdo a las técnicas utilizadas en esta investigación se encontró que “La entrevista tiende a parafrasear más de cerca al mundo empírico de los participantes, que otros instrumentos utilizados en otros diseños de investigación”⁸²; para la aplicación de este instrumento se utilizó el método de validación por expertos, a cargo de la Enfermera Elia del Carmen Rosales Rengifo⁸³ y la antropóloga Deisy Molina⁸⁴.

- Los riesgos que afectan la validez de los diseños cualitativos son: “Historia, maduración, Efectos del observador, Selección, regresión y Mortalidad”. Ante estos riesgos, la presente investigación utilizó como mecanismo de reducción de riesgos, los siguientes:
- El cambio del estado Gestacional se constituye un riesgo en la aplicación de la investigación; por lo cual se seleccionó a gestantes que se encontraran entre el segundo y tercer trimestre de gestación.
- Mediante la aplicación de la entrevista y la observación participante fue posible identificar aspectos en la gestación y parto a nivel individual, a los cuales se les realizó un análisis.
- La triangulación de métodos (encuesta y observación- participante), permitió la corroboración con múltiples participantes, observación y análisis de casos discrepantes, con el fin de identificar los factores de causalidad ante dicha diferencia.

⁸¹ PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA. Universidad Nacional de Colombia. Confiabilidad y Validez de estudios cualitativos. Guía de estudio de Curso: Tesis III. Unidad 2. p. 5. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005396/unidades/unidad2/guia_2.3.html

⁸² Ibid., p. 5.

⁸³ Enfermera, Universidad del Valle. Especialista en Enfermería Obstétrica, Universidad Paulista de Sao Pablo. Magíster en Enfermería de la madre y niño, Universidad del Valle. Magíster en Enfermería y Desarrollo comunitario, CINDE. Actualmente, Docente de Planta, Programa de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. Neiva- Huila, Colombia.

⁸⁴ Antropóloga investigadora, Universidad del Cauca. Especialista en Docencia universitaria, Universidad Cooperativa de Colombia. Actualmente, Docente de Planta, Departamento de Medicina Social. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana.

- Las inferencias de la investigación, se sometieron a consideración de los participantes (grupo focal) para validar los datos, además contrastados con la teoría existente.
- La información recolectada, fue de acuerdo a experiencias de gestaciones y partos anteriores, razón por la cual se estableció como criterio de inclusión: ser multíparas, para la selección de la muestra.
- El investigador profundizó con el fin de esclarecer los significados de los participantes durante el desarrollo de la encuesta y la observación participante (en este caso ante prácticas o términos desconocidos), con el fin de reducir las inferencias del investigador durante la recolección.
- Durante todo el proceso, se recordó a los participantes que ellos son los expertos en el tema (realimentación), manteniendo la facilidad para que comunicaran sus inquietudes frente al estudio.

6.3 VALIDEZ DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Para La validez y confiabilidad de la observación participante⁸⁵, en el presente estudio se utilizó:

- Triangulación de métodos⁸⁶, entre la observación participante y entrevista individual semiestructurada.
- Probar los conceptos importantes, identificados o elaborados en el curso de la investigación, contra su uso actual en la vida cotidiana de los actores sociales involucrados.
- Validación de resultados mediante grupos focales con participantes del estudio.

⁸⁵ WISEMAN (1970). LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. Citado por: SANDOVAL, CASILIMAS. Carlos A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. p.143 Programa en especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. COLOMBIA: 1996.

⁸⁶ DENZIN (1988). TRIANGULACIÓN DE MÉTODOS. Citado por: SANDOVAL, CASILIMAS, CARLOS A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. p. 143. Programa en especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. COLOMBIA: 1996.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Se encontró que todas se posicionan en el periodo adulto joven del Ciclo vital individual; entre los 22 y 28 años, edad fértil para la reproducción. El 100% proviene del Cauca desde 1994, año en que ocurrió el desborde del Rio Páez, con una desmovilización territorial que representa un fuerte impacto a nivel sociocultural para esta comunidad, hallazgo que tiene relación con que el 50% vive hace 14 y 15 años en el resguardo. La unión libre en las gestantes como modalidad de convivencia con sus parejas es el más incidente con un 75%, seguido de un 25% que son separadas; por lo que se infiere la aceptabilidad sociocultural de esta modalidad para la constitución de las familias en la comunidad. El 50% de las gestantes desarrolló la secundaria sin culminarla, seguido de un 25% que tiene primaria culminada y un 25% restante primaria no culminada; situación que refleja un factor de riesgo en la gestación, pues el nivel de conocimientos incide directamente en la asimilación y aplicación de información dirigida a su autocuidado.

De los antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes indígenas, resalta un 75% que ha tenido 3 gestaciones o más. Un 75% ha tenido 2 partos o más, que en su totalidad fueron atendidos en sus casas y corresponde al mismo número de hijos vivos, lo cual descarta muertes perinatales en la muestra; no se presentaron casos de Abortos ni cesáreas. Un 75% se encontraba en el tercer trimestre de gestación y un 25% en el segundo. Al interrogar sobre la fecha de la última menstruación (F.U.M.), se encontró que el 75 % la desconocía; por lo que se infiere que el conocimiento de la fecha de la última menstruación (FUM) no fue un indicador determinante para establecer el embarazo, en estas mujeres.

Con respecto al número de personas que habitan en las viviendas con las gestantes, en un 50% viven 5 personas en la casa (incluida gestante), un 25% 4 personas y un 25% 3 personas. En cuanto al tipo de familias, un 75% habita con su familia nuclear y un 25% con su familia extensa que corresponde a la gestante que refirió estar separada. Entre las actividades económicas de las gestantes se encontraron actividades del hogar y agrícolas en un 75% y de madre comunitaria en un 25%; cifras que se relacionan con actividades desempeñadas por el compañero de la gestante, se observa un 75% de actividades agrícolas, práctica que es desempeñada por ambos para su sustento diario y un 25% de los compañeros de las gestantes trabaja fuera de la comunidad. Frente a las actividades de los hijos, se observa que el 75% estudian en el colegio y un 25% permanece en la casa. La seguridad social de los indígenas del resguardo es la

Asociación Indígena del Cauca (AIC) que tiene contrato con el Hospital María Auxiliadora de Iquira.

El 100% de la vivienda en las que habitan las gestantes son tipo casa; los materiales son en un 62,5% en material prefabricado, 25% de madera burda y 12,5% de bahareque. El material del techo es en un 75% de Eternit y un 25% de Zinc. El material del piso en un 62,5% es de cemento y un 37,5% de tierra, aspecto importante en la atención del parto vertical, pues representa un factor de riesgo para el tétanos, e infecciones respiratorias para la gestante y su familia, esta última tiene como agregado fuente de humo en todas las viviendas producto de la cocción con leña. En el 100% de las familias duermen más de tres personas por dormitorio, que es considerado por la encuesta SICAPS⁸⁷ como hacinamiento crítico, sin embargo en la comunidad no es reconocido como tal, dado que el número de habitaciones por casa es de 2 en su mayoría.

El 100% de las viviendas de las gestantes cuenta con inodoro conectado a pozo séptico, que brinda condiciones higiénicas aceptables y es un factor protector para infecciones de transmisión oro-fecal. El tipo de alumbrado de las viviendas es en un 75% de fuente eléctrica, y un 25% con vela que corresponde a una vivienda alejada de la vereda San Miguel. Con la disposición de los residuos sólidos, en el 100% desechan los residuos inorgánicos quemándolos y los desechos orgánicos lo entierran para abonar las tierras. Un 75% de viviendas tienen animales como gallinas, perros y cerdos, considerados los dos últimos como factores de riesgo para toxoplasmosis.

7.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

7.2.1. Dominio. Para identificar los aspectos socioculturales que influyen durante el embarazo y parto, se recolectó información de la comunidad de Río Negro (gestantes, parteras, promotoras, agentes comunitarios), lo que permitió establecer 13 dominios, es decir características con significado cultural que se relacionan con el embarazo y parto:

- Cosmovisión Conjunto de percepciones y conocimientos históricos transmitidos que orientan y fundamentan sus prácticas, como las creencias religiosas, “el ser supremo es el Tehuala y lo protege de que no le pase nada malo”, culturales “La mujer y la tierra dan la vida por eso la llamamos madre tierra, ella nos parió, ella vuelve y nos recibe” y las percepciones durante el embarazo y parto y del proceso salud enfermedad.

⁸⁷ Sistema de información Comunitaria en Atención Primaria de Salud.

- Organización de la comunidad. Es la Estructura de la sociedad compuesta por el Comité de salud, coordinado por Sor Adriana (Franciscana), promotoras, parteros(as), y médicos tradicionales; la educación (Hogares de bienestar, FAMI, y Colegio de educación básica y secundaria), a nivel de mando el cabildo conformado por el gobernador, los cabildantes (fiscales, tesoreros, alguaciles, secretarios, consejeros) quienes hacen cumplir las normas básicas de convivencia.

- La normatividad de la comunidad Comprende los aspectos legales: normas básicas de convivencia como: respetar a la esposa, fidelidad, no robar, no matar y no violar entre otras, y también las sanciones por el incumplimiento de cada una de ellas como, dar juete, multas, trabajo, cepo, para favorecer el real mantenimiento de la armonía familiar y comunitaria. “A las gestante no se les castiga hasta que se desembaracen”

- Atención en salud en la comunidad. Son las actividades que realiza la partera, el médico tradicional, y demás agentes de salud tradicional de la comunidad orientadas a mantener la salud, curar y dar tratamiento a las enfermedades que se presentan; además incluye componentes y criterios del proceso Salud-Enfermedad, tipos de enfermedades emanadas de la cosmovisión cultural y mecanismos de atención en salud.

- Educación de los agentes de salud a las gestante. Es la Información que recibe las gestantes para evitar complicaciones durante embarazo y mejorar la calidad de vida de los integrantes de la familia; es brindada a nivel occidental por el personal de salud del hospital de Iquira quienes realizan grupalmente talleres sobre el embarazo, preeclampsia y los signos de alarma por los que deben asistir al médico, e individualmente, las promotoras ejecutan visitas domiciliarias en las que indican los cuidados con los RN y las vacunas que deben recibir.

- Asistencia en los controles prenatales
Es la asistencia de las gestantes a los CPN en los embarazos anteriores o durante el actual, influenciado por la presencia de personal capacitado para la ejecución de los controles y la disposición de las gestantes con el embarazo

- Rol y prácticas de la gestante

El rol de la gestantes son las funciones como: madre, ama de casa, educación a los hijos, trabajar en los cultivos. No recibe ningún trato especial por parte de la pareja, “El hombre siempre manda en la casa” y “La mujer tiene que trabajar más que el marido”, es por esto que se apoya en los hogares de bienestar para cuidar a los hijos; y las practicas, son las actividades desarrolladas en su cotidianidad durante el embarazo y parto, incluyendo las recomendaciones dadas por agentes de Salud tradicional, adoptadas por ellas, que pueden incidir en su estado de salud y el de su hijo

➤ Practicas económicas de la gestantes

Son las actividades que realizan las gestantes y/o su familia para conseguir el “sustento del diario vivir”; siendo la principal actividad el trabajo de la tierra y la posterior venta del producto. Para algunas el dinero no satisface todas sus necesidades, para otra es suficiente “pa’la remesa”

➤ Sentimientos de la gestante

Son los sentimientos y pensamientos generados alrededor del embarazo, de “sentirse feliz”, “afrentar algo nuevo”, “de sorpresa sin haberlo planeado”, definen “estar bien” cuando están libres de dolor, el poder trabajar y realizar sus actividades diarias. Piensan que tener más hijos es como una compañía entre ellos mismos, pero sienten la necesidad de controlarlo por la situación económica de la familia.

➤ Actividades de la partera y médico tradicional en el embarazo

Son las acciones realizadas por las Parteras y los Médicos Tradicionales en el proceso de gestación, para brindar orientación y tratamiento cuando ellas lo consultan algunas como: “Cuando se desacomoda el niño y siente dolor; las acuesto bien y les acomodo el niño y siente provecho después del arreglo”; “se hace rituales para que el niño no nazca enfermo”.

➤ Actividades de las parteras y el médico tradicional durante el parto

Se incluyen practicas y costumbres que han sido transmitidas del legado cultural de esta población y que permiten que las gestantes se sientan cómodas y seguras al momento de la atención del parto; además la estabilidad emocional que se genera por la compañía familiar y la importancia de la placenta como símbolo de unión familiar entre otros atributos

➤ Elementos para la atención en salud de la comunidad

Incluye los elementos que están en la comunidad y que la población considera útiles para la atención en salud occidental.

- Elementos necesarios para la atención a la embarazada y parto
De acuerdo a la experiencia y conocimientos de la comunidad se describen las necesidades sentidas de la comunidad en cuanto a los elementos que se creen necesarios para la atención en salud en el embarazo y parto

7.2.2. Taxonomías. A partir de estos dominios, se seleccionaron las características que confluyeran en cada uno de estos para conformar las taxonomías de la siguiente manera:

➤ **Cosmovisión:**

CREENCIAS RELIGIOSAS:

- “No influye dios en el embarazo porque las encargadas son las promotoras”D2
- Confiando en dios uno lo puede tener en la casa. P2
- Si porque se encomienda a dios y a la virgen cuando se va a atender un parto P1
- “acá no se dice que las enfermedades son un castigo noD2”
- El Tehuala lo protege de que no le pase nada malo D2.
- Religión es creer en dios P1
- religión es creer que Dios está en el cielo, cuando uno creen en Dios no puede mentir en nada, ni hacer cosas malas. G4
- La religión que practican es la católica G4
- Se practican las religiones, católica creyente, evangélicas, alienistas, pentecostales, asonasa y alianza cristiana. R3
- “El ser supremo es el Tehuala”D2
- “uno siempre acude a él (Tehuala) por la salud de uno de la salud de los bebes inclusive hasta por velar por el resguardo”C2
- Dios es el dueño de la vida R1
- Uno siempre acude al dios por saludD2.
- El origen de la vida está relacionado con “Dios que es el que regala la vida y el niño que estoy esperando”G2.
- El ser supremo es Dios, quien nos ayuda a que todo salga bien, que no se enferme el niño ni yo, si no nos ayuda no podemos vivir G4.
- La religión que practican es la católica. G4

PERCEPCIONES CULTURALES:

- El don de la partera y el médico. G2

- Hay rituales como el refrescamiento y armonización. R3
- El médico tradicional realiza rituales que no conoce la comunidad P1
- "Igual cuando la persona tiene les hacen un rituales, para que el camino que empieza para que el ser supremo los lleve por el buen camino,"D2
- Si hay rituales, pero si uno va está obrando en contra de dios.P2
- Los rituales se realizan para que la comunidad no se disperse, no hallan problemas y esté siempre unida. R3
- Si se enferman hacen rituales. R3
- Cultura es lo que se hace hoy, desde ayer, como la comida, vestuario, lengua, rituales, costumbres, creencias en la cual se debe inculcar a los hijos. P2
- Vida es un proceso dentro del que uno esta, uno nace, crece y vive igual que una plantaP2.
- La mujer y la tierra dan la vida por eso la llamamos madre tierra. R3
- La madre tierra nos parió, ella vuelve y nos recibe (Al morir)- R3
- Cultura es vivir las costumbres indígenas , la comida, tejer bolsas y el lenguaje G3
- Cultura es hacer mochilas, ruanas, es hacer todo lo que lo abuelitos nos han enseñado G4
- La muerte es cumplir un ciclo. R3

PERCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD:

- Salud es vivir en armonía con nuestra madre tierra. R3
- "La salud es la forma en que nuestro organismo está completamente bien, uno puede realizar las actividades que diariamente uno hace"D2
- Enfermedad es " dar dolor y sentirse enfermo"
- "Salud es estar bien, hacer cosas"D2
- Vida es algo nuevo R1 G4
- La muerte es cumplir un ciclo. R3

PERCEPCIONES DURANTE EL EMBARAZO:

- Es niño cuando el estomago crece muy poco, cuando al momento del parto el partero ve la luna llena, no dan antojos, no se enferma la gestante, se enferma la pareja G1
- Cuando es niña viceversa G1
- Se dan cuenta que están embarazadas porque no llega el periodo, sienten pataditas, mareos y ascos con la comida. G1
- Al inicio del embarazo siente mareos y ascos con la comida G2
- La comunidad creen y respetan los nacimientos de agua y las lagunas. R3
- Al inicio del embarazo siente mareos y ascos con la comida, como cuando uno quiero vomitar G4
- Sabe que va a tener niño el estomago crece muy poco y cuando el niña es mas barrigona G4

➤ **Organización de la comunidad:**

- El Cabildo indígena da leyes, cuando se comete algún error.P2
- El Comité de Salud tienen también decisiones y son respetadas por que el comité de salud, es nombrado por toda la comunidad y el cabildo (se compone por: coordinadora o presidente, tesorero, secretario y fiscal). R3
- La autoridad la ejerce la comunidad, el cabildo y el gobernador. R3
- Hogares, colegio, profesores mestizos e indígenas, les enseñan los dos idiomas.
- A las gestantes no se les castiga. R3
- Las gestantes no se ven beneficiadas por parte de la organización de su comunidad. P2

➤ **La normatividad de la comunidad:**

- La gestante no recibe ningún beneficio por parte de la organización de mando de la comunidad.P2
- A las embarazadas se les tiene respeto; no se les ponen trabajos pesados.R3
- Hay leyes y decretos para cuando se cometan errores, pero para el parto no hay. G3
- “las normas son las mismas que maneja la comunidad mestiza, como peleas asesinatos de pronto chismes maltrato intrafamiliar abortos” C2
- Ya no las obligan a trabajar, lo hacen porque ellas quieren.R3
- “si el cabildo le queda grande alguna solución entonces se tiene que convocar a una reunión de cabildo de mayores y se toman decisiones con ayuda de los todos antiguos gobernadores y el capitán que es la persona que ha sido varias veces gobernador porque él tiene mejores ideas”D2
- “El castigo mayor va con cepo, juete y multas”C2
- Las normas de la comunidad son: Respetar a la esposa, fidelidad, no robar y no violarP1
- “Pues acá el que nos gobierna es el cabildo mayor, representado por el gobernador seguido por la gobernadora suplente, el fiscal, tesoreros, secretario, alguacil, hasta ahí no mas y cada uno con primero y segundo tercero”.P2
- No asesinar, no pelear, no maltrato intrafamiliar, abortosG2.
- “Ellas en el momento que estén embarazadas no se les puede hacer nada”D2
- Lo cuelga, lo juelean, lo encierran, el cepo, les ponen multa, trabajo.P2
- A las embarazadas no se les castiga, se espera hasta que se desembaracen. R1
- A las gestantes no se les castiga.P2
- Las gestantes no se ven beneficiadas por parte de la organización de su comunidad.P2

- Las normas de comportamiento de la comunidad son no pelear, no robar, no matar, no decir cosas malas, no mentir, no engañar al marido y las hace cumplir el gobernador G4
- Las normas de comportamiento de la comunidad son no pelear, no robar, no matar, no decir cosas malas, no mentir, no engañar al marido y las hace cumplir el gobernador y los cabildantes R1
- Cuando es grave le dan juete con un viril de toro, si es muy grave lo cuelgan en el cepo, le ponen trabajo o lo cuelgan y le dan juete R1
- Lo cuelgan, lo juegan, lo encierran, el cepo, les ponen multa, trabajo. P2
- “el gobernador ejerce la autoridad y manda a los cabildantes, fiscal, tesorero, alguacil, secretario”D2
- Los castigos aca son el cepo, le dan juete, o le ponen castigos, le ponen trabajos. G4

➤ **Atención en salud de la comunidad:**

- Salud es vivir en armonía con nuestra madre tierra. R3
- La salud es la forma en que nuestro organismo está completamente bien, uno puede realizar las actividades que diariamente uno hace. P2
- Enfermedad es cuando se siente dolor y malestar en el cuerpo. P2
- Enfermedad es cuando uno se siente mal, cuando tiene gripa o fiebre G4
- Enfermedad es “ dar dolor y sentirse enfermo”
- Salud es estar bien, hacer cosas y cuidar de uno mismo. P2
- Alguien se enferma cuando no come bien, le da por dormir, está muy caliente, se queja no sale a trabajar (R3, P2)
- Hay enfermedades afueranas (llevar al hospital) y propias (atiende el médico tradicional que ellos saben cuáles son las enfermedades propias y afueranas). R3
- Cuando alguien se enferma va al médico tradicional, si es un mal propio se hace una especie de ritual y le da plantas si no lo puede curar, lo manda para el hospital. R3
- El Comité de Salud tienen también decisiones y son respetadas por que el comité de salud, es nombrado por toda la comunidad y el cabildo (se compone por: coordinadora o presidente, tesorero, secretario y fiscal). R3
- Dar remedios, poner pañitos, llevar al puesto, dar yerbas que dice el Md tradicional es lo que se hace con una persona enferma. R3
- Una persona está enfermo cuando siente dolor, frio, calor, esta malo, no se siente bien y no puede hacer nada P1

➤ **Educación de los agentes de salud a las gestante**

- Embarazadas que usen ropa cómoda, no tacones, no aguantar hambre. R1
- Las promotoras enseñan como tomar las pastillas. G1

- En Iquira (Hospital), dan talleres sobre embarazo, preeclampsia, cuando ir al médico. P2
- Charlas individuales (a casas) y colectivas, por las promotoras sobre Vacunas, cuidados al recién nacido. R3
- La partera influye culturalmente porque indica que durante el embarazo y parto “no debe consumir tantos químicos, comer lo que sembramos”. R3
- Nos enseñan a tomar hierbas, miel de abeja con aguardiente pa’ que salga el frío G1
- Tenemos que estar quietas, no ver televisión, ni tejer, no tomar pastillas pa el dolor de cabeza porque el niño sale enfermo. G1
- se hace lo que diga la partera G3
- No se debe pasar por nacimientos de agua o quebrada por que trae problemas al bebe y a la mamá. R3
- Comer comidas calientes como arracacha, gallina, y no comer comidas frías como tomate, repollo mexicano y papa amarilla. R3
- “Cuando uno está en embarazo no puede salir por la noche porque se enferma, al duende no le gusta que uno salga de noche o después de las 6 de la tarde porque el cuida la tierra y se pone bravo si una mujer embarazada sale por la noche, se le mete frío y dolor de cabeza” R1y G4
- Una gestante no se tomo las pastillas porque “la partera dijo que los niños se engordaban y hacen sufrir mucho cuando va a tener G1
- El objetivo de ellas (embarazadas) es que si se quedan quietas, el niño se crece mucho y se engordan, entonces ellas se la pasan en continuo movimiento. R3

➤ **Asistencia en los controles prenatales:**

- Dos gestantes no asisten y no han asistido a los CPN G3 y G4
- Una gestante asistió a los CPN durante los anteriores embarazos, pero no asistió durante el actual “porque a mí me daba pena la barriga, no quería que nadie la mirara por eso estaba dentro no mas, yo no salía, y doña Irma me dijo acérquese al control para que el niño sea bien, dijo así. ¿Con los otros embarazos ha ido a los controles? Si cuando yo me estaba en embarazo de los otros niños si iba. ¿Cada cuanto iba? Pues yo no sé, no me acuerdo; Pero cuando recién embarazada así, cuando está saliendo la barriga, o sea uno cuando quiere quedarse en embarazo, uno se pone la leche, entonces uno ya sabe, entonces uno se acerca al control”. G1
- Una gestante no asistió a los CPN durante los anteriores embarazos porque “antes no había eso y hasta ahora me invitaron al control. Pero una vez fui. No volví porque no habían medico. G2
- A la gestante le gusta asistir a los controles prenatales porque le tocan la barriga y le decían como estaba el niño G1

➤ **Rol y prácticas de la gestante:**

- La familia está conformada por marido, mujer y luego llegan los hijos.P2
- “la función del papá es trabajar, igual que la mamá, ellos van juntos de trabajar. Algunos dicen que las mujeres son solo para la casa, estar pendientes de la hora en que lleguen los niños; pero yo digo que uno no hace eso: todos trabajan y los hijos estudian.”P2
- El hombre, siempre manda en la casa. P2
- “Pues acá lo que se ve es el machismo purito porque la mujer tiene que trabajar con el esposo echando machete, y andando detrás de él cogiendo café” D2
- “El hombre siempre manda en la casa” C2
- Los hijos quedan a cargo del más grande tenemos hogares de bienestar para dejarlos. R3
- Acudo donde las parteras para hacerme sobar cuando se desacomoda el niño y siento dolor me dan agua de yerbitas G1
- Hago lo que me diga la partera G3
- Uno come lo mismo durante el embarazo G4
- La dieta es igual en el embarazo G2
- Los días anteriores al parto sigue todo igual hasta cuando me dan los dolores, entonces llamo al partero G4
- Uno trabaja en la casa en el cultivo y uno cuida a los niños eso uno hace G3
- Los días anteriores al parto sigue todo igual hasta cuando me dan los dolores, entonces llamo al partero G1
- Mi marido y yo trabajamos pa poder comer y educar a mi hija G4

➤ **Prácticas económicas de la gestantes:**

- La plata llega es de mi compañero que está trabajando en Neiva G1
- Si alcanza pa la remesa G1
- Trabajamos en el lote y todos los domingos sacamos cosecha y vamos al pueblo y la vendemos G4
- No alcanza el dinero pa pagar todo y comer G4

➤ **Sentimientos de la gestante:**

- Las gestante no querían quedar en embarazadas porque: no hay plata no alcanza pa la comida G4, G1
- Para las gestantes el embarazo fue una sorpresa, no sabían que estaban embarazadas y una planificaba con el dispositivo G2
- Estar embarazada es estar feliz, ser madre, tener algo hay que se mueve, una vida nueva, otro hijo G1
- Si lo quieren tener porque “ya está ahí, porque es mío y ya lo quiero” G2 Y G4

- Una gestante quiere tener más hijos porque es sola y no tiene a nadie para ir a visitar. “Es mejor tener más hijos para que tengan más hermanos y no sufran de eso”G1
- “Ya no alcanza pa tener más hijos no hay plata” G3
- Estar bien en el embarazo es no sentir dolor, vivir feliz, poder trabajar, hacer todas las cosas, no tener vómitos, ni mareos, ni dolor bajito G1 Y G2
- Estar bien en el embarazo es casi no estar enfermas, No tener vomito, ni mareos, ni unos dolores que a veces dan aquí abajito en la barriga y poder trabajar y que a uno no le duela nada. G4
- Las relaciones intrafamiliares de una gestante se ha visto afectada por los problemas que se han desencadenado por el embarazo G1
- Vida es estar con la familiar. P2
- Si, las relaciones no cambian G3.
- Todo sigue igual en el embarazo G3
- Las gestantes no reciben ningún trato especial durante su embarazo por parte del esposo G1
- Me compran zapatos, frutas y me lavan la cobija. G1

➤ **Actividades de la partera y médico tradicional en el embarazo:**

- Se hacen rituales para que el niño no nazca enfermo. P2
- Se realiza el ritual para tener el niño normal (lo hace el médico tradicional). R3
- Se hace refrescamiento para que el niño nazca bien
- Primero va donde el médico tradicional y luego donde las parteras.P2
- Acude donde las parteras para hacerse sobar y le dan agua de yerbitas G1
- Cuando tienen dolor de espalada, yo le digo tome agua de hojas de mango y arracacha cocida. P2
- Cuando se desacomoda el niño y siente dolor; las acuesto bien y les acomodo el niño y siente provecho después del arreglo.P2
- Chumbe para mantener en la posición o en el sitio donde debe estar el bebé, “si el bebé está muy bajito”.P2
- Cuando sentía dolor en el estomago yo me iba para donde la partera y ella simplemente lo arreglaba, lo dejaba arreglado” G1
- Cuando tiene Dolores o está botando líquidos sin ser el tiempo, es un parto que no puede ser en la casa. P2

➤ **Actividades de las parteras y el médico tradicional durante el parto:**

- Espero los dolores y ahí si uno llama a la partera G3
- Si se enferman hacen rituales. R3
- “El parto en la mayoría de las comunidades indígenas no se hace como en el occidental donde esta acostada y todo el mundo la toca. Nosotros no nos acostamos si no que ponemos un chumbe allá colgado y siempre vamos a

estar de rodillas nadie lo toca nadie lo mira y la partera esta ayudándole a sobarla y la indígena es la que hace todo y sus partes intimas no son miradas ni tocadas ni por la partera, la mujer indígena es muy celosas con eso, es por eso la dificultad que se presenta allá cuando se lleva al hospital porque uno no está acostumbrado a eso” D2

- “Dentro del resguardo la mujer es muy cuidadosa con la placenta, porque no puede ser tirada por ahí, sino que tiene que ser enterrada en un lugar seco dentro de la casa y cierta profundidad y todo lo que salga del parto es ubicado en un solo lugar, y el ombligo es enterrado debajo de la hornilla en una profundidad media, que para los dientes... que la placenta para no coger frio ni las enfermedades”D2
- “En el momento del parto es que ella recibe un pocillo de agua con yerbas y lo bañan con agua tibia y para la pieza, en cambio en el hospital el mismo día que nace el niño lo bañan con agua fría y llegan ellas y se quejan de mucho dolor de cabeza y se sienten mal porque están acostumbradas al parto tradicional, que se ponen frías”D2
- “En el piso se pone caucho y encima una cobija para el frío y el reguero después”C2
- La partera le acomoda la matriz y luego uno se amarra con el chumbe y el bebé también se enchumba para que no se lastime y para el frío para que ellos en la formación sean bien y ayudarles a formar los huesitos, no se críe todo abierto y sea fuerte. R3
- Se cuelga lazo al techo y uno se coge para hacer fuerza G2.
- Tome arto aire y empuje sino hasta cuando le dé el momento del pujo. R1
- Lo atiende la partera o el partero G1
- Lo acomoda, le ponen a uno un chumbe y lo amarra a un palo en el techo, y uno queda de rodillas, luego lo toca y le soba la barriga hasta que el niño naceG4
- Estamos vestidas con una bata hasta las rodillas G1
- No el no nos toca G4
- La placenta la entrega en una bolsa y uno la entierra, Allá en el lote que tenemos, porque allá trabajamos y de allá comemos G4
- La placenta la enterramos porque así nos enseñaron los abuelitos y ellos lo hacían para que los niños ni nosotras nos enfermemos, ni ellos se vayan de de la casa G4
- Dan agua caliente de ajo y chocolate caliente con ajo, eso es pa´ estar caliente y que pueda tener el niño. G4
- Si el niño esta desacomodado lo acomoda para que nazca P1
- Dan agua caliente de ajo y chocolate caliente con ajo, eso es pa´ estar caliente y que pueda tener el niño. G1
- Dan agua de ruda con miel de abeja para que el niño salga rápido G1
- Partera: Me lavo las manos bien, hago un caldito de ajo. P2

- Cojo al bebé corto el ombligo, con un cascaron de guadua lo limpio bien, le saco filo.P2
- Médico tradicional está afuera del cuarto imaginando, si se puede tener el bebé en la casa o no.P2
- Masaje en la pelota que queda cuando sale el bebé. P2
- Con una cosita de guadua cortan el cordón. R1
- La placenta la entregan en una bolsa y uno la entierra allá en el lotecito que tenemos, porque de allá trabajamos y comemos. Así lo enseñan los abuelitos para que los niños no se enfermen ni ellos se vayan de la casaG2
- Toca caminar cuando ya está bajando sangre lo hacía con esos asienticos sentar, lo arreglaba así como un bañito y cuando ya sí está bajando harta sangre, lo dejaba recostar en la cama y las piernas abiertas, ya para hacer fuerza cuando tiene que salir, luego meto el trapo en boca, grito y pujo. G1
- Dejan que el esposo y la mamá estén acá G1
- Lo bueno del parto en la casa es el cuidado. P2
- 40 días después del parto uno no puede salir de la casa. R3
- Darle agua de ajo caliente. P2
- Se entierra la placenta y el ombligo. R3
- Baño a la mujer dos días después del parto, con plantas calientes: ruda, tamiza, farendela y brevo. R3
- Se entierra lo que sale del parto para no coger frío ni enfermedades (placenta) dientes (ombligo) y porque desde hay comienzan los lazos de la familiaG3
- Camino, tomo agua bien negra pa´ que me baje rápido el niño, “no me gusta que me cuelguen ni que me abracen” G1

➤ **Elementos para la atención en salud de la comunidad:**

- Computador en el puesto de Salud que no se sabe manejar, y la camioneta, pero siempre permanece dañada.R3

➤ **Elementos necesarios para la atención a la embarazada y parto:**

- Equipo para atender el parto, oxígeno, aparato para la toma de exámenes, camilla ginecológica. R1
- Algo para hacer llamadas, para pedir ambulancia. P2
- Ecógrafo, ambulancia, radio comunitaria, medios de comunicación en lagunas veredas, una ginecóloga y un médico todo el tiempo. R3
- Debería entrar la ambulancia y haber transporte más seguido. G1

7.2.3 Componentes. Luego de identificar todas aquellas taxonomías, se empieza a interrelacionar entre estas (componentes) para hacer un análisis de la situación cultural con respecto al embarazo y parto, es decir en las características de cada dominio se asocian con otros dominios, obteniendo:

- El Cabildo indígena es el agente que crea y vigila las normas de la comunidad, que son: respetar a la esposa, fidelidad, no robar, no violar, no matar, no pelear, no maltrato intrafamiliar, no abortar, no mentir y no engañar al marido; cuando se incumplen se dan castigos como colgar en el cepo, los juecian, los encierran, les ponen multa y trabajo, estas son la forma de mantener la estabilidad en la comunidad indígena; sin embargo a las embarazadas no se les castiga, pues esperan hasta que se desembaracen.
- A las gestantes ya no las obligan a trabajar porque se les tiene respeto, lo hacen porque ellas quieren; ya que “No alcanza el dinero pa` pagar todo y comer”, además está relacionado con la percepción de salud, que es poder realizar las actividades que diariamente ella hace (trabajo liviano) y la práctica de estar en movimiento hace que el niño no se engorde y la mujer no sufra en el momento del parto.
- Una de las enfermedades propias (tratada en la comunidad), en el embarazo y parto es “el frío”, que les causa dolor de cabeza y problemas. El frío puede darse por: salir en la noche lo relacionan “porque al duende no le gusta que uno salga de noche (después de las 6 pm), porque él cuida la tierra y se pone bravo, entonces se le mete frío”; también “al pasar por nacimientos de agua o quebrada” y por comer comidas frías como tomate, repollo mexicano y papa amarilla.
- El hombre siempre manda en la casa y no trata de manera especial a la gestante, sin embargo, es indispensable para ellas trabajar con él echando machete, cogiendo café, además de cumplir con las funciones caseras (estar en la casa pendiente de los niños, de las tareas, del oficio, de la comida) por lo tanto trabaja más que el marido y no cambian sus relaciones intrafamiliares, durante la gestación.
- Para evitar que les entre frío las parteras les enseñan:
 - En el embarazo a comer comidas calientes como arracacha, gallina; ya para el parto ellas recomiendan bañar con agua tibia después dan un pocillado de agua caliente con yerbas, ajo, chocolate caliente con ajo, también en el piso se pone un caucho y encima una cobija, todo esto para estar caliente y que pueda tener el niño, para no coger frío ni enfermedades.
 - Y después del parto se baña a la mujer dos días después con plantas calientes como ruda, tamiza, farendela, brevo, además se entierra placenta, los dientes del niño, el ombligo del recién nacido para mantener la unión familiar.

- Cuando se les mete el frío, la partera les recomienda tomar hierbas, miel de abeja con aguardiente para que les salga.
- Las promotoras enseñan a las gestantes a tomarse las pastillas (micronutrientes), sin embargo algunas no se las toman por que las parteras les enseñan que “los niños se engordan y hacen sufrir mucho cuando se va a tener”.
- Las gestantes no han asistido y no asisten a los CPN porque ellas acuden donde las parteras para hacerse sobar, tomar agua de yerbitas para disminuir el dolor.
- Las prácticas económicas de la gestante se relaciona con el trabajo desempeñado por ellas para obtener ingresos para sus gastos y con el mantenimiento de la salud que para ellas es “la forma en que nuestro organismo está completamente bien, uno puede realizar las actividades que diariamente uno hace”.
- En el Colegio se enseñan dos idiomas (español y el Nasayuwe), porque se relacionan con personas que hablan español luego del acontecimiento natural que produjo el traslado de la comunidad a Iquira; sin embargo, entre indígenas se habla el idioma tradicional y es enseñado desde las casa a sus descendientes, para conservar su cultura e identidad.
- Las gestantes no asistían o no asisten a lo CPN porque: antes no había eso y ahora “porque a mí me da pena la barriga”.
- A las gestantes asisten a los controles prenatales porque les dicen como está el niño y le tocan la barriga.
- Cuando se ha perdido la salud (vivir en armonía con la madre tierra; estar completamente bien y realizar actividades que diariamente se hacen), se realizan actividades como, poner pañitos y dar yerbas que dice el médico tradicional.
- Alguien está enfermo cuando siente dolor, malestar en el cuerpo, le da por dormir, está muy caliente, no sale a trabajar y no puede hacer nada, y entonces va al médico tradicional ellos saben cuándo es una enfermedad propia y afuerana; si es propia se hace una especie de ritual y le da plantas si no lo puede curar, y es afueran lo mandan para el hospital.
- Cuando las gestantes tienen dolor de espalda y de estomago, en algunos casoses porque “se desacomoda el niño”, van donde las parteras para que

las soben, las acuestan bien, les acomodan el niño, le dan agua de yerbitas y le ponen el Chumbe para mantener en la posición, al tiempo ellas sienten provecho y el médico tradicional hace refrescamiento y rituales para que el niño nazca bien y normal.

- “Lo bueno del parto en la casa es el cuidado” y que “Dejan que el esposo y la mamá estén acá”; El parto lo atiende la partera o el partero, ellos se lavan las manos bien, y hacen el caldo de ajo, Si el niño está desacomodado lo acomodan para que nazca; para esto, las gestantes se encuentran vestidas con una bata hasta las rodillas, “luego le ponen a uno un chumbe y lo amarra a un palo al techo, y uno se coge para hacer fuerza”; en el piso se pone caucho y encima una cobija para el frío y para el reguero de después, uno queda de rodillas; ellas dan agua caliente de ajo y chocolate caliente con ajo, eso es para estar caliente y que pueda tener el niño y agua de ruda con miel de abeja para que el niño salga rápido. Luego las bañan con agua tibia, Las parteras les dicen: “Tome arto aire y puje hasta cuando le dé el momento del pujo”. Mientras, el Médico tradicional está afuera del cuarto imaginando, si se puede tener el bebé en la casa o no. La partera Coge al bebé corta el ombligo, con un cascarrón de guadua que lo limpia bien (con alcohol), y le saca filo; Ella, “Masajea en la pelota que queda cuando sale el bebé”. “El bebé se enchumba como un tabaco, para que no se lastime y para el frío para que ellos en la formación sean bien y ayudarles a formar los huesitos, no se críe todo abierto y sea fuerte”.
- Baño a la mujer dos días después del parto, con plantas calientes: ruda, tamiza, farendela y brevo. Hasta los 40 días después del parto uno no puede salir de la casa.
- Se entierra lo que sale del parto, como la placenta y el ombligo, en el lotecito que tenemos, porque de allá trabajamos y comemos, o bajo el fogón de la casa, por que los abuelitos lo enseñaron para no coger frío ni enfermedades y porque desde ese momento comienzan los lazos de la familia para que los niños no se vayan de la casa.

7.2.4 Temas. A partir del análisis por dominios, taxonomías y componentes, emergieron los siguientes temas: Atención en salud, La gestante en la familia y la comunidad y Sentimientos de la gestante, que se describirán a continuación.

7.2.4.1 La gestante en la familia y la comunidad. La comunidad del Resguardo indígena Río Negro, consta de una organización conformada por el Cabildo indígena, el sector educativo y el comité de salud. El primero, crea y vigila las normas de la comunidad, y se ha establecido a partir de criterios equitativos que consiste en asignar a número determinado de personas la responsabilidad de

pertenecer a dicha organización por sucesión, es decir “todos en la comunidad en algún momento de su vida hace parte del cabildo” (R1).

Como normas se han establecido respetar a la esposa, fidelidad, no robar, no violar, no matar, no pelear, no maltrato intrafamiliar, no abortar, no mentir y no engañar al marido; estas son dirigidas a conservar la unión familiar y dar orden a la sociedad por lo cual su incumplimiento conlleva a castigos como colgar en el cepo, juetear, al encierro, multas y trabajo extra que no son ejecutados con las gestantes porque ellas en su condición “darán origen a un ser humano por lo que se les respeta”(R3), además se relaciona con la concepción que poseen sobre el origen de la vida, en el cual revelan la primordial función de la mujer relacionada con la tierra: “La mujer y la tierra dan la vida por eso la llamamos madre tierra, ella nos parió, ella vuelve y nos recibe.” (R3). Es por esto que a las gestantes no se les castiga hasta que culmine su proceso de gestación.

Otro de los beneficios que reciben las gestantes se relaciona con el trabajo, pues según algunos miembros de la comunidad ellas no tienen como obligación realizar funciones laborales: “A las gestantes ya no las obligan a trabajar porque se les tiene respeto” (R1), aunque no se cumple por diversos motivos como los económicos y de cosmovisión. Entre Los motivos económicos se encuentra los deficientes recursos económicos que devengan las parejas de las gestantes,” No alcanza el dinero pa pagar todo y comer” (G3) y en otros casos, depende de las responsabilidades adquiridas con la familia extensa y en donde no hay figura paterna: “aquí trabajo yo, papa y mama viejos y no trabajan y los hijos estudian.” (G2).

Por cosmovisión, se piensa que culturalmente se debe trabajar para estar cerca de la pareja porque en esta comunidad el que dirige los hogares familiares es el hombre: “La mujer tiene que trabajar con el esposo echando machete, anda detrás de él cogiendo café.”(D2); y también se relaciona con el concepto de salud referido por ellas, pues esta es reconocida como la capacidad de realizar las actividades cotidianas que brindara beneficios en el parto: “Salud es hacer las actividades que diariamente uno hace y cuando me muevo hace que el niño no se engorde y no sufra en el parto” (G1).

Por lo anterior se justifica que las gestantes son el eje de la familia pues cumplen funciones laborales y caseras que desarrollan durante toda su vida lo que conlleva a que las relaciones intrafamiliares sean las mismas durante el ciclo vital de la mujer, siempre y cuando estas no hayan tenido contacto cercano con una cultura diferente (occidentalizada) o no presente ningún proceso patológico

tradicional u occidental que pueda afectar los estilos de vida y modificar las prácticas de las gestantes.

Con respecto a la estructura organizativa de la educación, esta se conforma por los hogares de bienestar, que se establecieron a partir de la influencia cultural occidentalizada y en el cual ejecutan nuevos roles las gestantes como madres comunitarias y el colegio en el que se enseñan dos idiomas para preservar su identidad cultura.

Por último, el Comité de salud está conformado por promotoras de salud, parteras, médicos tradicionales, sobanderos, pulsadores y agentes comunitarios, de los cuales solo los dos primeros realizan actividades individuales específicas con las embarazadas para mejorar su calidad de vida, a pesar que la organización no tiene funciones definidas.

7.2.4.2 Atención en salud durante el embarazo y parto. En todas las comunidades y grupos sociales se encuentran conocimientos, valores, costumbres, practicas e instalaciones físicas que constituyen el sistema de salud y desde allí se establece la forma como se concibe el proceso salud-enfermedad, de manera que el cuidado de la gestante se origina y se estructura en este saber cultural. Los aspectos que contiene la cosmovisión incluyen todo lo que el hombre mismo puede concebir dentro de su grupo social, de manera que fundamenta cada una de los aspectos de la comunidad relacionados con la atención en salud.

Para conocer las actividades en salud se deben determinar los conceptos de salud enfermedad ya que hacia estos se encuentra enfocada las actividades que se realizan a la gestante, por tanto, se identificó que la salud es “vivir en armonía con la madre tierra”; “es la forma en que nuestro organismo está completamente bien y “realizar actividades que diariamente se hacen” identificando su relación directa con la naturaleza a quien se le atribuye un poder mágico religioso que se refleja en aspectos de la vida cotidiana, porque es el lugar sagrado donde viven, que les aporta identidad y pertenencia. Igualmente se observa la similitud en el concepto de salud porque incluye aspectos elementales como estado del organismo completamente bien, entendiendo que pueden estar incluidas las diferentes esferas que componen al ser humano (biológica, social, psicológica), además, se incluye la capacidad de funcionar expresado cuando enuncian que tienen salud en la medida en que puede hacer las actividades que diariamente hacen. Por otro lado, es importante resaltar las características de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se pueden encontrar inmersas en “cuidarse uno mismo”.

Ya dentro de la enfermedad ellas la conciben como “sentir dolor, malestar en el cuerpo, le da por dormir, está muy caliente, no sale a trabajar y no puede hacer nada”, refleja la importancia de la actividad como estado de salud de manera que la enfermedad es la incapacidad de realizarlas, y es allí cuando va al médico tradicional y estos identifican si la enfermedad es “propia”, es decir, conocidas en la comunidad y tratadas por medio de rituales y bebidas de plantas, o enfermedades “afueranas” que son conocidas pero no se pueden tratar allí y por lo tanto remitidas al hacia el hospital del municipio. Así como se tiene esta secuencia de atención con respecto a la perdida de salud, así mismo se trata a cada una de las personas en cualquier etapa de su ciclo vital, como también aquellas mujeres que están gestando que son valoradas, educadas y tratadas por agentes como: la partera, promotora y el médico tradicional.

La partera es un elemento fundamental para el óptimo desarrollo del embarazo y parto debido a que ella cuenta con el legado de conocimientos culturales ancestrales que han logrado la permanencia de la comunidad y una aceptación social del beneficio de sus recomendaciones y tratamientos alrededor del embarazo y el parto, motivo por el cual crea confianza, seguridad en las gestantes y adherencia en todas sus enseñanzas e indicaciones. Es por esto, que cuando las gestantes tienen malestares recurren a las parteras en busca de una solución ya sea por enfermedades propias o afueranas. Dentro de las enfermedades propias en las gestantes se encuentra el “frio”, que durante el embarazo y parto genera dolores de cabeza y problemas, mal que es causado por salir en la noche, ya que el duende que cuida las montañas, no está de acuerdo que salgan en la noche, pues él traerá el “frio”, otras causa es el hecho de pasar por nacimientos de agua o quebrada y consumir alimentos fríos como tomate, repollo mexicano, papa amarilla.

Para evitar que les entre el frio las parteras les enseñan durante el embarazo a “comer comidas calientes como arracacha, gallina; ya para el parto ellas dan un pocillado de agua caliente con yerbas, ajo, chocolate caliente con ajo, también en el piso se pone un caucho y encima una cobija, todo esto para estar caliente y que pueda tener el niño, para no coger frió ni enfermedades” (G3) “Y después del parto se baña a la mujer dentro de los dos días después con plantas calientes como ruda, tamiza, farendela, brevo. Y cuando esta enfermedad se ha instaurado “se les mete el frio”, la partera les recomienda tomar hierbas, miel de abeja con aguardiente para que se les salga y no traiga complicaciones” (G3) En relación con el desarrollo del embarazo, para algunas, un signo indicador del inicio de este estado son los movimientos fetales dado que no prestan mucha atención a su

periodo menstrual excepto cuando están planificando con un método de anticoncepción que no modifica los patrones de su menstruación.

Si durante el embarazo la gestante tiene algún padecimiento acuden donde las parteras en busca de solución, es decir, cuando el niño esta desacomodado y ellas sienten dolor de estomago, la partera las acuesta bien y acomoda utilizando maniobras especificas para cada caso y “sienten provecho después del arreglo” en otros términos podría describirse como una maniobra eficaz, eficiente y efectiva, sin embargo hay no termina las actividades para esta situación porque en algunos casos la partera aplica un chumbe para mantener al niño en la posición adecuada “si está muy bajito”, ya para el dolor de espalda la partera recomienda tomar hojas de mango y arracacha cocida. Otro mecanismo que se realiza en pro del bienestar primero del niño y luego de la madre son los rituales “se hacen rituales para que el niño no nazca enfermo”, “se hace refrescamiento para que el niño nazca bien”, “se realiza el ritual para tener el niño normal” que demuestra el interés de la las gestantes por la normalidad tanto del parto (vaginal) y de las características del niño, este tipo de rituales refrescamiento son realizados por el médico tradicional.

De acuerdo a otras recomendaciones de la partera, al realizar ejercicio durante el embarazo se puede evitar que se “engorde el niño” y así “no sufra ella en el parto”; de manera que está afín con su concepción de salud que incluye la capacidad de realizar actividades cotidianas, incluido el trabajo diario y las del hogar; además ellas indican que durante el embarazo y parto “no debe consumir tantos químicos” dado que el número de niños con alteración genéticas (síndrome de Down) han aumentado en los últimos tiempos situación que es atribuida al aumento del consumo de sustancias de esta índole, por tanto, una medida para hacer frente a la situación es “comer lo que sembramos” teniendo en cuenta las condiciones de naturalidad de los cultivos de la comunidad. Las promotoras de salud han tenido un mayor contacto con comunidades diferentes por su preparación como auxiliares de enfermería, y como agentes de salud en la comunidad le indican a las gestantes como deben tomarse las pastillas (micronutrientes) sin embargo algunas parteras las indican a las gestantes no tomarlas porque se engorda el niño y ella sufre en el parto por esto que debe se deben orientar hacia ellas las actividades que buscan mejorar el bienestar de la gestante.

Ya en la atención del parto, la parteras recomiendan tener el parto en la casa ya que lo mejor es el “cuido”, también la compañía del esposo y de la mamá; antes de empezar el proceso de atención, las parteras se lavan bien las manos, hacen el caldo de ajo, “acomodan al niño si esta desacomodado” realizado para que puede nacer en la posición debida, luego ellas visten a la gestante con una bata hasta las rodillas proporcionole tranquilidad e intimidad, seguido ella coge el chumbe que

se utiliza en el embarazo para mantener al bebé en su posición después que lo soban, y lo utilizan para amarrarlo al techo y que ellas se sujete para ayudarse a hacer fuerza en cada contracción y durante el puerperio lo utilizan para fajar al recién nacido y en la madre después de realizarle un “masaje en la pelota” la amarra para fijarla y en el bebé “para que no se lastime y para el frío para que ellos en la formación sean bien y ayudarles a formar los huesitos, no se críe todo abierto y sea fuerte”. Seguidamente ella coloca un caucho en el piso, “encima una cobija para el frío, para el reguero” después ponen a la gestante de rodillas, les dan “agua caliente de ajo y chocolate caliente con ajo eso es pa’ estar caliente”, y las orientan sobre como respirar y pujar, ella le dice “Tome arto aire y empuje hasta cuando le dé el momento del pujo”; Mientras, el médico tradicional está afuera del cuarto imaginando, si se puede tener el bebé en la casa o no.

La partera al recibir el recién nacido ella “cojo al bebé le corto el ombligo con un cascarrón de guadua que lo limpio bien, y le saca filo”, luego lo envuelven con el chumbe con el objetivo que anteriormente se señalo. Ya en el momento del alumbramiento ellas tienen un manejo especial con la placenta y los cotiledones pues ellas nos dice “Se entierra lo que sale del parto, como la placenta y el ombligo, en el lotecito que tenemos, porque de allá trabajamos y comemos, o bajo el fogón de la casa, por que los abuelitos lo enseñaron para no coger frío ni enfermedades y porque desde ese momento comienzan los lazos de la familia para que los niños no se vayan de la casa”, como se demuestra allí el valor cultural y de unión familiar para ellos este tipo de práctica en donde es algo fundamental perpetuarla a través del tiempo. Después la partera da unas pautas de enseñanza en el posparto, indicando a las gestantes que el baño debe ser dos días después del parto, con agua caliente y con plantas como: ruda, tamiza, farendela y brevo; además que no debe salir de la casa hasta los 40 días después del parto.

Lo bueno del parto en la casa es el “cuido” y que Dejan que el esposo y la mamá estén acá; El parto lo atiende la partera o el partero, ellos se lavan las manos bien, y hacen el caldo de ajo, Si el niño está desacomodado lo acomodan para que nazca; para esto, las gestantes se encuentran vestidas con una bata hasta las rodillas”. Luego le ponen a uno un chumbe y lo amarra a un palo al techo, y uno se coge para hacer fuerza; en el piso se pone caucho y encima una cobija para el frío y para el reguero de después, uno queda de rodillas; ellas dan agua caliente de ajo y chocolate caliente con ajo, eso es pa’ estar caliente y que pueda tener el niño y agua de ruda con miel de abeja para que el niño salga rápido. Luego las bañan con agua tibia, Las parteras les dicen: “Tome arto aire y empuje hasta cuando le dé el momento del pujo”. Mientras, el Médico tradicional está afuera del cuarto imaginando, si se puede tener el bebé en la casa o no. La partera Coge al bebé corta el ombligo, con un cascarrón de guadua que lo limpia bien, y le saca

filo; Ella, Masaje en la pelota que queda cuando sale el bebé. El bebé se enchumba para que no se lastime y para el frío para que ellos en la formación sean bien y ayudarles a formar los huesitos, no se críe todo abierto y sea fuerte. Baño a la mujer dos días después del parto, con plantas calientes: ruda, tamiza, farendela y brevo. Hasta los 40 días después del parto uno no puede salir de la casa

Se entierra lo que sale del parto, como la placenta y el ombligo, en el lotecito que tenemos, porque de allá trabajamos y comemos, o bajo el fogón de la casa, por que los abuelitos lo enseñaron para no coger frió ni enfermedades y porque desde ese momento comienzan los lazos de la familia para que los niños no se vayan de la casa.

7.2.4.3 Sentimientos de la gestante. Este tema agrupa todos los sentimientos que se generan en las gestantes durante su embarazo y parto; inicialmente durante el periodo de gestación se evidencian sentimientos de sorpresa por su embarazo ya que estos nos son planeados, y en algunos casos las mujeres se encontraban planificando, posteriormente en ellas surge preocupación debido a que los recursos económicos de las familias no son suficientes para satisfacer todas sus necesidades básicas ya que “la plata no alcanza pa’ la comida.”(G4) y ese es el motivo que lleva a algunas gestantes indígenas a no querer tener más hijos, aunque para otra a pesar de su situación económica desean tener más hijos ya que es “sola”, hija única y no tiene a nadie para ir a visitar, por ese motivo dice que “Es mejor tener más hijos para que tengan más hermanos y no sufran de eso (soledad)”(G1); pero todos esos sentimientos iniciales se contrastan con lo que se producen cuando ya aceptan su condición de embarazadas y se originan sentimientos de amor, apego y pertenencia, lo que lleva a las madres a querer tener el bebe que esperan porque “ya está ahí, porque es mío y ya lo quiero” (G2), además de que para ellas estar embarazadas es “estar feliz, ser madre, tener algo hay que se mueve, una vida nueva, otro hijo” (G1); además que para ellas durante todo el periodo de gestación estar bien agrupa una aserie de sentimientos como “no sentir dolor, vivir feliz, poder trabajar, hacer todas las cosas, no tener vómitos, ni mareos, ni dolor bajito”(G1 y G2).

Se pueden encontrar dos tipos de percepciones con respecto a los sentimientos que se generan en el entorno familiar, con respecto al embarazo y parto; una de ellas se observa en aquellas mujeres que tienen un arraigo muy fuerte a su cultura para las cuales el hecho de estar embarazadas no altera en nada sus relaciones intrafamiliares, ya para la comunidad indígena el proceso de gestación en un acontecimiento normal en el transcurso de la vida por lo cual continúan realizando sus actividades cotidianas y no reciben un trato especial por parte de sus

compañeros. La segunda percepción se identifica en los indígenas que han tenido de alguna forma contacto con otras culturas, como la occidental donde para ellas las relaciones intrafamiliares se ha visto afectada por los problemas que se han desencadenado por el embarazo y además se evidencia un trato diferente y especial que ellas reciben por parte de sus parejas ya que le colaboran mas con oficios de la casa, “me compran zapatos, frutas y me lavan la cobija” (G1).

Los sentimientos generados en torno al momento de la atención del parto radica principalmente en el entorno familiar, partiendo de la importancia que tiene el parto atendido en su propia casa y por una partera; ya que para ellas lo más importante es el “cuido” haciendo referencia al cuidado que se da en la casa, lo cual genera sentimientos de comodidad y seguridad a la gestante ya que la atención la está brindando alguien que comparte su cultura y por ende su cosmovisión, que además reconoce la importancia del respeto a la intimidad pues le permite usar una bata larga durante el trabajo de parto, y si a esto se le suma el valor sentimental que tiene la compañía y la unión familiar relacionado respectivamente con el acompañamiento durante el parto de uno de sus familiares, madre o compañero y el atributo que ellos le conceden “a todo lo que sale del parto (placenta)”, y la importancia de poseerlo para posteriormente enterrarlo en su casa o tierra para así asegurar la unión familiar, entre otros aspectos.

7.3 ESTRATEGIA TRANSCULTURAL DE ATENCIÓN DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO A LAS GESTANTES DEL RESGUARDO INDÍGENAS RÍO NEGRO. IQUIRA. HUILA. 2009.

Con el fin de promover y fortalecer la adherencia en la atención de salud de las gestante del resguardo indígena de Río Negro durante el embarazo y parto, se plantea la Estrategia de adecuación y humanización transcultural, como solución a la exclusión cultural en la prestación de estos servicios, fenómeno que genera aislamiento social y cultural de las indígenas, inasistencia a Controles prenatales y demás programas de Protección específica y detección temprana, y un desconocimiento del comportamiento epidemiológico de la morbi-mortalidad materno-perinatal en esta población, dando cumplimiento al marco normativo que comprende el quinto objetivo del milenio⁸⁸: Mejorar la salud materna, el componente “maternidad segura⁸⁹” de la política de Salud sexual y reproductiva, la

⁸⁸ “METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015” Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación

⁸⁹ MATERNIDAD SEGURA: reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal. Tomado de: “POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.

segunda prioridad del Plan Nacional Salud Pública (Salud sexual y reproductiva), y Código Deontológico de Enfermería.

7.3.1. Descripción de la estrategia. Con el fin de favorecer las prácticas y creencias culturales de las gestantes, se hace necesario un abordaje de la competencia intercultural en el personal encargado de la atención en el Hospital María Auxiliadora de Iquira, la cual debe ser brindada respetando sus principios, prácticas y cosmovisión frente al embarazo y parto; razón por la cual la estrategia está orientada a disminuir las barreras culturales⁹⁰ que se presenta en este proceso, que se agrupan en 4 niveles:

- Las que se presentan desde la estructura y los servicios (sistema).
- En el establecimiento o espacio de salud (infraestructura).
- En la población usuaria.
- En el personal prestador de servicios de salud.

Teniendo en cuenta que entre los hallazgos de la investigación, los aspectos de comunicación interpersonal representan una barrera significativa en la Atención en Salud, se tomó a los **Sistema de información**⁹¹, como un componente agregado a la clasificación anteriormente descrita.

7.3.2 Objetivo general. Mejorar la atención a las mujeres indígenas del resguardo Río Negro en la gestación y parto, disminuyendo las barreras culturales, integrando la atención de las parteras y médicos tradicionales, con la atención ofertada por el Hospital María Auxiliadora de Iquira, mediante el diálogo, enriquecimiento mutuo y acuerdos concertados.

⁹⁰ Dirección General de Planeación de desarrollo en Salud. Dirección de medicina tradicional y Desarrollo intercultural. "Metodología intercultural para la realización de consultas informadas". Clasificación modificada de: Matamala M I, Berlagosky F, Salazar G, NúñezL. Calidad de la Atención. Género. Salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile: COMUSAMS – ACHNU, 1995.

⁹¹ Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Banco Interamericano de Desarrollo. Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud. Ecuador. 2006. p.57.

7.3.3 Beneficiarios.

- Mujeres gestantes del Resguardo. Las cuales recibirán una atención en salud que respete sus creencias, costumbres y prácticas durante el proceso natural de su gestación y parto.
- Comunidad del Resguardo indígena Río Negro, al ser reconocida como una cultura con identidad propia.
- Equipo de salud, el cual se capacitará en atención intercultural.
- La maternidad en su conjunto, a través de la incorporación de un modelo de atención del parto más humanizado que atiende a las necesidades específicas de cada madre, incluyendo la perspectiva cultural.

7.3.4 Plan de actividades para la implementación de la estrategia

- Adecuar la infraestructura del Hospital María Auxiliadora de Iquira, destinada a la atención a la gestantes indígenas, con el fin de adaptarla a sus necesidades culturales
 - Adquisición de mesa de parto vertical y ambientación de sala de parto para la atención del parto vertical a las gestantes que deseen tenerlo a nivel institucional o sean remitidas del sistema de salud tradicional.
 - Disponer institucionalmente de plantas que utiliza la partera y la gestante durante el embarazo y el parto, mediante elaboración de Huerta medica tradicional hecha por los indígenas, en el Hospital.
 - Establecer un espacio de albergue de estancia corta para los acompañantes de pacientes de parto y post-parto (compañero y/o madre).
 - Adecuar la casa materna para el albergue de las gestantes indígenas de riesgo moderado o que quieran ser atendidas en la institución y sus parteras.
- Fortalecer las prácticas culturales y el conocimiento de derechos en Salud de los indígenas, por medio del diálogo y respeto por su identidad cultural.
 - Capacitar a la comunidad sobre derechos indígenas en salud y la maternidad segura, con el enfoque transcultural.
 - Fomentar las prácticas de médicos y parteras, mediante Encuentros Internos de Enriquecimiento cultural entre parteras y médicos tradicionales de la Comunidad.

- Promover la competencia transcultural en el Hospital de Iquira, para humanizar la atención en salud a las gestantes indígenas del resguardo Indígena Río Negro.
 - Sensibilización al personal de Salud de Iquira, que brinde una atención a partir de las prácticas culturales de las gestantes en los controles prenatales y responda a las necesidades de la atención del parto.
 - Permitir y respetar los rituales que el médico tradicional realice a la gestante.
 - Reconocer el saber indígena mediante la integración de las prácticas y tratamientos tradicionales de la partera, en la atención del embarazo (CPN), parto y postparto.
 - El personal de Salud de Iquira debe Consultar previamente y respetar decisión de la gestante sobre la toma de Ecografías, exámenes y otras actividades que requieran el traslado de las gestantes, para lo cual se debe disponer de transporte y coordinar con las promotoras.
 - Enriquecer interculturalmente la dieta hospitalaria, mediante el previo acuerdo en Encuentros de enriquecimiento mutuo.
 - Respetar las percepciones culturales de las gestantes sobre las actividades que previenen el frío y otras enfermedades propias.
 - Entregar la Placenta a las mujeres después del parto por su importancia simbólica, pues según su cultura, ésta se entierra para promover la unión familiar y prevenir enfermedades tradicionales.
 - Capacitar transculturalmente las parteras, sobre el uso de instrumental, técnica aséptica y signos de alarma, para la atención del parto en la comunidad.

- Establecer Acuerdos conjuntos que integren los conocimientos y prácticas en la atención del embarazo y parto, por el sistema tradicional de Salud en la comunidad y el Personal del Hospital de Iquira para beneficio mutuo que mejoren la atención a las gestantes.
 - Encuentros de Enriquecimiento mutuo entre el personal del Hospital María Auxiliadora y el sistema de salud tradicional del Resguardo Indígena Río Negro.
 - Promover la vinculación paulatina del personal de salud del Hospital Ma. Auxiliadora con el comité de Salud de la Comunidad indígena; mediante la aplicación del principio de encuentro de saberes.

- Establecer sistemas de información efectivos, que promuevan la inclusión de la cultura en las acciones dirigidas a las Gestantes del Resguardo.
 - Incluir en la atención de salud un traductor de la comunidad para facilitar la comunicación entre el profesional de salud y la gestante además que permita la orientación de los tramites que se deben realizar con las aseguradora.

- Ubicar Señales pictográficas bilingües (Nassa Yuwe) en el Puesto de Salud “Benjamín Dindicué” y Hospital Maria Auxiliadora (Iquirá).
- Elaborar y Socializar el Material educativo sobre los cuidados en el embarazo para las gestantes en el lenguaje Nassa Yuwe, concertados en el Encuentro de Enriquecimiento mutuo.
- Capacitar a las promotoras y parteras, como replicadoras de información, sobre FR presentes durante la atención del parto en casa, signos de alarma que ponen en peligro a la madre y bebé.

8. CONCLUSIONES

La comunidad indígena de Rio Negro ha experimentado un gran cambio no solo cultural sino también social, geográfico y político debido al desplazamiento que realizaron debido al desbordamiento del río Páez en el año 1994.

Las gestantes tienen edades entre 22 y 28 años de edad.

El 75% de las gestantes indígenas están casadas y el 25% separadas.

El nivel educativo de las gestantes es inferior a la secundaria e inclusive inferior a la básica primaria.

Las gestantes han tenido entre 3 y 4 gestaciones, (incluyendo el actual) y entre 2 y 3 partos atendidos en su totalidad en la casa, con igual número de hijos vivos, evidenciando la ausencia de abortos y mortalidad materna y perinatal.

El 75% de las gestantes desconoce la fecha de la última menstruación.

Las principales actividades económicas que realizan las gestantes son las de la agricultura, realizadas por su cosmovisión en donde la mujer debe acompañar a su pareja en su labor que es la agricultura, añadida a esta responsabilidad ella debe responder por sus actividades del hogar y con sus hijos.

La teoría de la transculturalidad y el modelo de Madeleine Leininger permitieron determinar los factores socioculturales y demográficos que intervienen en la atención durante el embarazo y parto.

Los factores que intervienen en la inasistencia CPN, de las gestantes indígenas del Resguardo son:

- Poco valor predictivo de la FUR como indicador de embarazo (no hay detección inmediata de la gestación en las gestantes).

- Poco tiempo para la asistencia a controles por Rol laboral y actividad de la gestante y el hombre manda en la casa.
- Ausencia de cultura de control por la gestante; pues Acuden a las parteras solo en caso de molestias.
- Diferencias en técnicas de atención: las parteras lo hacen con plantas; mientras que el occidental con pastas (percepción de poco valor curativo).
- Poco entendimiento de la gestante en el control por barrera cultural del examinador.
- Poco valor y conocimiento a las “enfermedades propias” por el examinador, en los controles prenatales.
- Concepción de salud (“realizar actividades que diariamente se hacen”); diferente a las recomendaciones del control de aguardar reposo, y no sobreesforzarse.
- Percepción de las gestantes de que las “pastas” (Micronutrientes: Ácido fólico, sulfato ferroso, calcio), hacen engordar al niño y dificulta el parto.

Los factores que intervienen en la atención del parto institucional son:

- El cuidado de la partera le genera seguridad y confianza a la gestantes; ausencia de esta figura en el parto institucional.
- No hay entendimiento ni conocimiento de las enfermedades culturales, en el Hospital.
- La posición del parto no es vertical con la madre tierra.
- Ausencia del fogoncito, que mantiene caliente al bebé y a la madre.
- Pérdida de la intimidad (posición ginecológica, tactos vaginales).
- No permiten compañía de la familia en el momento del parto (Pérdida de calor familiar- Concepto de vida: vivir en familia).
- Lo mejor del parto en la casa es el “Cuido”(Es decir que en el Hospital no se cuida en cosas como: baño con plantas, alimentación en comidas calientes después del parto).

- Exposición al “frio”, durante y después (transporte a la casa) del parto (Enfermedad propia)por: no comer comidas calientes en el parto (chocolate con ajo), no enterrar la placenta (provienen enfermedades y no conserva la unión de la familia), baño al siguiente día con agua fría, salir al ambiente (práctica de encierro durante el puerperio).
- Miedo de las gestantes a la cesárea

La comunidad indígena es un grupo poblacional que merece un abordaje que responda a sus necesidades, distinto al modelo de atención biomédico.

El modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger, brinda un abordaje teórico amplio del contexto cultural, sin embargo, no establece una metodología para las intervenciones en Salud Colectiva.

El modelo de Adecuación intercultural en Salud, establece una metodología detallada para establecer intervenciones colectivas, acorde a las necesidades culturales de una Población.

La Transculturalidad e interculturalidad, como corrientes filosóficas responden a las necesidades culturales en Salud de una comunidad y por consiguiente a la humanización de los servicios.

La efectividad en las medidas de adecuación intercultural, dependen directamente de que sean aprobados en los encuentros de enriquecimiento mutuo por ambas partes.

La implementación exitosa de la estrategia transcultural depende, de la voluntad política en el marco de Salud para su ejecución.

9. RECOMENDACIONES

Implementar la Estrategia de Atención en salud con enfoque Transcultural, en resguardo Rio Negro a partir de los Encuentros de Enriquecimiento mutuo.

Realizar mas investigaciones con el enfoque transcultural a diferentes grupos culturales y fenómenos socioculturales que tengan incidencia en la proceso de Salud.

Utilizar la interculturalidad y la transculturalidad para abordar los ciclos vitales y las diferentes condiciones de vida del ser humano, como la infancia, la vejez, la discapacidad.

Utilizar la interculturalidad, como herramienta para el diseño de actividades de adecuación cultural dirigidas a colectivos.

Incluir el componente de transculturalidad en la formación de los profesionales en las ciencias de la Salud.

La adecuación cultural debe ser un componente a tener en cuenta en la acreditación de las instituciones en salud; pues representa un criterio de calidad de la atención en salud.

La competencia transcultural del personal de Salud, debe ser un requisito para la atención en Salud a grupos étnicos.

Implementar le estrategia de atención en salud con enfoque transcultural para el desarrollo de estrategias ya establecidas como IAMI o AIEPI en diferentes grupos culturales.

Realiza dialogo de saberes entre culturas para implementar estrategias de atención en salud con enfoque transcultural.

Diseñar material educativo en salud para las comunidades indígenas en su lengua nativa.

Respetar las percepciones y prácticas de las comunidades indígenas ya que estas hacen parte de su cosmovisión e individualidad cultural.

Se debe establecer una comunicación asertiva y continúa entre los comités de salud con el fin de identificar necesidades y disminuir las barreras culturales.

La aprobación de las medidas de adecuación cultural depende de los acuerdos que se realicen en los encuentros de enriquecimiento mutuo.

La implementación exitosa de la estrategia transcultural depende, de la voluntad política en el marco de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL NORTE DEL CAUCA- ACIN. Proyecto Nasa. Resguardos de Toribío, San Francisco y Tacuelo. Disponible en: http://www.nasaacin.org/proyectos_vida.htm

CISNEROS G., Fanny. INTRODUCCION A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Popayán. Universidad del Cauca. 2002

COLLADO- FERNÁNDEZ Carlos, Baptista Lucio Pilar, Sampieri Hernández Roberto; Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill.

DE VALLESCAR, Diana, Cultura, Multiculturalismo e Interculturalidad. Hacia una racionalidad intercultural. Madrid: Perpetuo Socorro, 2000. Disponible en página web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Multiculturalismo>.

DENZIN (1988). TRIANGULACIÓN DE MÉTODOS. Citado por: SANDOVAL, CASILIMAS, Carlos A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. p. 143. Programa en especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. COLOMBIA: 1996.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. "Colombia: Una Nación Multicultural; Población Étnica Y Censo General 2005". Dirección de censos y demografía. República Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Metas Y Estrategias De Colombia Para El Logro De Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio – 2015. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Disponible en: WWW.DNP.GOV.CO

Estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá. NAC.ER Salud Sexual y reproductiva. Centro asociado al CLAP/ SMR OMS/OPS. Universidad De Antioquia.

FERNÁNDEZ-GARCÍA, Victoria. Lic en Enfermería, Consultora de la Fundación Mexicana para la Salud. Perspectiva de la Enfermería transcultural en el contexto mexicano. IMSS 2006. Disponible En: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/45F1E36C-85DF-4B1F-9822-BECB2E39847A/0/Informacion_Gral4.pdf.

GUZMÁN, Agustín. "La visión de la medicina indígena". ACTUALIDAD ÉTNICA. Disponible en página Web: <http://www.etniasdecolombia.org/actualidadetnica/detalle.asp?cid=5391>

HOPENHAYN, Martín. El reto de las identidades y la multiculturalidad. PENSAR IBEROAMERICA – Revista de Cultura OEI - Número 0. Disponible en Pagina Web: http://www.almamater.edu.co/Servicios/Integracion_Academica/Diplomado_Cultura_Democratica/Sesiones/Sesion_09/El_reto_de_las_identidades_y_la_multiculturalidad%20-%20Martin_Hopenhayn.pdf

LILLO Crespo, M. Enfermería Transcultural Aplicada al Proyecto Plan de Choque Intereuropeo-Holandés en Alicante. Biblioteca Las casas, 2006; Disponible en: <http://www.index.com/lascasas/documentos/lc0119.php>

MILESMB, Huberman, qualitative data analysis. Sage, Londres, 1994. Disponible en : <http://www.unu.edu/Unupress/food2/UIN13S/uin13s0f.htm>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas; Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; tomo 1, Guía 3 detección Alteraciones Tempranas En El Embarazo, pág. 119. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

POLIT-HUNGLER, investigación científica en ciencias de la salud, México DF, 1997, McGraw-Hill interamericana editores S.A,

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA. Universidad Nacional de Colombia. Confiabilidad y Validez de estudios cualitativos. Guía de estudio de Curso: Tesis III. Unidad 2. Disponible en:

http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005396/unidades/unidad2/guia_2.3.html

REVISTA DE ENFERMERÍA. El cuidado cultural: una alternativa frente al cuidado de la salud de la población en condición de DFV. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/editorial15.htm>

ROCHA KUERTEN, Patricia y DO PRADO, Lenise Marta. Modelo De Cuidado ¿Qué Es Y Como Elaborarlo?. Index Enfermería vol.17 n.2 Granada abr.-jun. 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200011&script=sci_arttext

RODRÍGUEZ S, Roger. Análisis de la secuencia de la investigación cualitativa, Secuelas SA. 2006.

SASTRE, Fernando y NAVARRO, Andrea. CULTURAS Y ESTÉTICAS CONTEMPORÁNEAS; TRABAJO PRÁCTICO. 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/quentend/quentend.shtml>.

TARRÉS CHAMORRO, S. El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y Enfermería transcultural. Gaceta de antropología 2001

WELCH Z, Alice. BEAGLE, Jdith y BUTHLER PAM, Carolyn. Madeliene Leiniger: Cuidados culturales: Teoría de La Diversidad Y La Universalidad. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta Edición, 1999. España: Harcourt Brace

WESLEY, RI. Teorías y modelos de enfermería. En: Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.

WISEMAN (1970). LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. Citado por: SANDOVAL, CASILIMAS, CARLOS A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Programa en especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. COLOMBIA: 1996.

ANEXOS

Anexo A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con documento de identidad No. _____ de _____ después de haber obtenido explicación clara y completa sobre:

Los objetivos de la investigación atención en salud con enfoque transcultural a las gestante en el resguardo indígena de río negro Iquira, Huila
Los procedimientos realizados en la misma.
Los beneficios derivados de la investigación
La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de dudas acerca de los beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
La libertad de retirarme en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios.
La seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida.

Acepto de manera voluntaria y sin coacción alguna participar en el desarrollo del proyecto “Atención En Salud Con Enfoque Transcultural A Las Gestante En El Resguardo Indígena De Rio Negro Iquira, Huila”

Nombre y firma del participante
C.C.

Nombre y firma del investigador
C.C.

Anexo B CUESTIONARIO BASE PARA LA FORMULACION DE UNA GUIA DE ATENCION EN SALUD CON ENFOQUE TRANSCULTURAL

Este cuestionario tiene como objetivo determinar características biológicas y socio demográficas de las gestantes. Esperamos que responda con la mayor sinceridad posible.

Marque con una **X** y/o responda cada una de las preguntas.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1. Lugar de nacimiento: _____
2. ¿Cuántos años tiene usted? _____
3. Procedencia _____ ¿cuál es la Dirección de la residencia? _____
4. Hace _____ cuanto vive aquí y por que? _____
5. Es usted:
Casada _____ Soltera _____ Viviendo en Unión libre _____ Viuda _____
Separada _____ Otro _____ Cual? _____
6. ¿usted ha estudiado? SI _____ NO _____ ¿cuál fue el último grado?
Primaria completa _____ incompleta _____ secundaria completa _____ incompleta _____
Universitaria completa _____ incompleta _____ Otro _____ cual? _____
7. ¿Ha estado usted antes embarazada? SI _____ NO _____ ¿Cuántas veces?

8. ¿Cuántos partos ha tenido usted? _____ ¿en donde fueron atendidos? _____
9. Algunos embarazos terminan en aborto, dígame por favor, si usted tuvo algún embarazo que no llegara a su fin SI _____ NO _____ ¿Cuántos? _____
10. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
11. ¿Tiene hijos fallecidos (muertos)? SI _____ NO _____ ¿Cuántos? _____
¿Cuántos años tenían cuando fallecieron?

12. ¿Cuánto tiempo (semanas) tiene de embarazo? _____
F.U.R.: _____
13. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

14. Integrantes de familia

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	SGSSS		OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
			SI	NO		

15. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

19.1. Tipo de vivienda: Casa, apto _____ Cuarto(s) _____
Improvisada _____

19.2. Tenencia de vivienda: Propia _____ En arriendo _____ Otra _____
¿Cual? _____.

19.3. Material predominante:

19.3.1 En paredes:

Sin paredes _____ Zinc, tela, cartón, latas o desechos _____ Guadua,
caña o esterilla _____ Madera burda _____ Bahareque _____ Tapia
pisada o Adobe _____ Bloque, ladrillo, piedra o material
prefabricado _____.

19.3.2. En Piso:

tierra _____ madera Burda, tabla _____ cemento _____
baldosa, vinilo, tableta o ladrillo _____ Alfombra o tapete _____ Mármol o
madera pulida _____ otro, ¿cuál? _____

19.3.3. En techo:

Desechos (latas, cartón) _____ Paja o palma _____ Teja de barro _____
Zinc _____ Madera _____ cemento _____ Eternit _____ sin cielo raso _____
Con cielo raso _____.

19.4. ¿En algunos de los dormitorios de la vivienda duermen tres o más personas?
Si _____ NO _____

20. SERVICIOS BÁSICOS

20.1. El servicio sanitario que utilizan es:

No hay servicio sanitario _____ Letrina _____ Inodoro conectado a pozo
séptico _____ Inodoro conectado a alcantarillado _____.

20.2. El tipo de alumbrado principalmente es:

Vela _____ Kerosene, petróleo, gasolina _____ Eléctrico _____ otro
cual? _____

20.3. ¿Hay humo dentro de la vivienda? Si _____ No _____
¿Fuente? _____

20.4. ¿De dónde se toma el agua para consumo humano?

Acueducto _____ Pozo _____ Lluvia _____ Río _____ Laguna _____
Manantial _____ Tanques _____ Otra _____
¿Cual? _____

20.5. Tipo de tratamiento casero del agua

Sin tratamiento _____ Clorada _____ Filtrada _____ Hervida _____

20.5.1. Tratamiento de agua en la fuente

Sin tratamiento _____ Clorada _____ Filtrada _____ Hervida _____

20.6. Los desechos caseros son:

Recogidos___ Contenedor___ Quemada___ Tirada___
Enterrada___
Otra___ ¿Cuál?_____.

20.7. ¿Hay animales dentro de la vivienda? NO___ SI___ ¿Cuántos y especies?_____.

Anexo C CUESTIONARIO GUIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

Fecha: _____ **Hora:** _____

Nombre de la participante: _____

1. ¿Para usted qué es familia?
2. ¿Para usted qué es cultura?
3. ¿Cómo influye la cultura durante su embarazo y parto?
4. ¿Qué función cumple cada integrante en la familia?
5. ¿Cómo son las relaciones con su familia durante el embarazo?
6. ¿Qué es vida para usted?
7. ¿Para usted cual es el origen de la vida? ¿qué relación tiene con el embarazo?
8. ¿Para usted qué es la muerte?
9. ¿Qué es Enfermedad? ¿Cuándo dicen ustedes que alguien está enfermo?
¿Para usted cuando alguien en su familia se enferma, que hacen?
10. ¿Qué es para usted Salud?
11. ¿para usted que es estar saludable?
12. ¿Qué es para usted religión?
13. ¿Que religión practican?
14. ¿Cuáles con sus dioses?
15. ¿Para ustedes quién es el ser supremo?
16. ¿En su familia o comunidad se realizan rituales? Cuales? Que fiestas celebran?
17. ¿Qué papel juega la religión durante la enfermedad?
18. ¿Qué significa para ustedes una mujer embarazada?
19. ¿Deseó usted quedar en embarazo? SI____ NO____
por qué? _____
20. ¿Desea tener el hijo que espera? SI____ NO____ por
qué? _____
21. ¿Desea usted tener más hijos? SI____ NO____ ¿Por
qué? _____
22. ¿Ha asistido a control en el embarazo? ¿Cómo la atendieron y quien la
atendió?
23. ¿En esos controles prenatales quien más la ha atendido? ¿El enfermero, el
medico, el psicólogo, el odontólogo?
24. ¿Le han tomado exámenes como ecografía, de sangre, citología, de rayos X,
de orina entre otros? ¿Qué opina de estos?
25. ¿Le han formulado pastas (medicamentos), toxoide tetánico, micronutrientes y
demás? ¿le han dicho como tomárselas? ¿Que hacen con las pastas?
26. ¿Cuáles son las creencias durante el embarazo? ¿Cuando esta embarazada
que deja de hacer? ¿o que hace de más?
27. ¿Cuáles son las costumbres que realiza durante el embarazo?

28. ¿Ustedes cómo se cuidan durante el embarazo? ¿Su pareja la cuida? ¿cómo?
29. ¿Qué no tiene que hacer durante el embarazo y por qué?
30. ¿Cómo se alimenta durante el embarazo? ¿Es igual que antes? ¿Que desayuna? ¿Cual es su almuerzo? ¿Cual es su comida?
31. ¿Cómo sabe que está embarazada? ¿O va a tener un niño o niña?
32. ¿Qué sintió en el comienzo del embarazo?
33. ¿Cómo se prepara usted para el parto? ¿Qué hace los días anteriores al parto como preparación?
34. ¿Quien atiende el parto en su comunidad y como lo hace?
35. ¿Qué sistema de salud (tradicional y occidental) le presta mejor atención durante el embarazo y parto? ¿Por qué? Es decir, ¿Donde se siente mejor atendida durante el embarazo y el parto?
36. ¿Se siente satisfecha con la atención que le brinda el servicio de salud tradicional durante el embarazo y parto, por qué?
37. ¿Qué educación recibe de los agentes del sistema de salud tradicional sobre el embarazo y parto?
38. ¿Como es la organización de mando en su comunidad? ¿Su cabildo tiene gobernador? ¿Que otros cargos hay? ¿cómo esta organizada su comunidad? ¿Quien ejerce la autoridad?
39. ¿Como se ha visto beneficiada por ésta?
40. ¿Cuáles son las normas de comportamiento de la comunidad, quién las hace cumplir?
41. ¿Cómo castigan en su comunidad las faltas?
42. ¿Cuáles son las actividades que realizan en su hogar para obtener dinero?
43. ¿La cantidad de dinero que recibe, suple las necesidades de su hogar? ¿Cuanto gana al mes?
44. ¿Cómo está organizada la educación en la comunidad indígena? ¿Como se educan los niños de su comunidad?
45. ¿Con qué instrumentos y aparatos electrónicos (tecnología) cuentan en la comunidad?
46. ¿Qué tipo de instrumentos y aparatos electrónicos (tecnología) les hace falta?
47. ¿Les gustaría tener más instrumentos y aparatos electrónicos (tecnología) en la comunidad y por qué?

Anexo E OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Características demográficas	Características que definen una población, las cuales son de carácter cuantitativo	Edad	Número de años cumplidos.	Razón
		Estado civil	Casada Soltera Unión libre Otro	Nominal
		Grado de escolaridad	Ultimo grado de estudio	Nominal
		Historia ginecobstetrica	GoPoAo - Numero de hijos nacidos vivo - Numero de vivos - Numero de hijos muertos	Nominal
		Gestación	Numero de semana de embarazo	Nominal
		Características familiar	Numero de integrantes Edad Ocupación de cada uno.	Nominal
		Característica de la vivienda.	Material: - Cemento - Madera - Bareque - Techo - Zinc - Eternit - Madera - Palma Servicios públicos: - Agua potable - Alcantarillado - energía - otros	Nominal

CATEGORIZACION DE VARIABLES SOCIOCULTURALES

Características familiares	Conjunto de personas de un mismo hogar o linaje, donde se llevan a cabo relaciones y transmisión de creencias valores u costumbres, atreves de las generaciones, junto con las interacciones en la comunidad.	¿Que es familia? ¿Como fortalece la cultura su familia? ¿Qué función cumple cada uno en la familia? ¿Como son las relaciones en su familia?.
Características filosóficas y religiosas	Características que determinan su pensamiento, percepción del mundo o cosmovisión; creencias individuales o sociales que buscan darle respuesta o explicación a acontecimientos místicos mediante la espiritualidad, desarrollados por medio del culto.	¿Cuál es el origen de la vida? ¿Que es vida? ¿Qué es muerte? ¿Qué es enfermedad? ¿Qué es salud? ¿Quién es el ser supremo? ¿A quién adoran? ¿Qué rituales realizan? ¿Qué papel juega la religión durante la enfermedad?
Características culturales y estilos de vida	Conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida, aprendidos, compartidos y trasmitidos, dentro de la comunidad que orientan su comportamiento, razonamiento, decisiones y acciones.	¿Cuáles son las creencias durante la gestión? ¿Cuáles son las costumbres que realiza? ¿Qué entiende usted por embarazo? ¿Cómo se cuidan las gestantes? ¿Qué no tiene que hacer durante el embarazo y por qué? ¿Cómo se alimenta durante el embarazo?, es igual que antes? ¿Cómo se dan cuenta que embarazada? ¿Qué sintió en el comienzo del embarazo?
Características políticas y legales	Organización y estructura de la comunidad en relaciona a jerarquías, representaciones, poder u soporte legal de esta.	¿Cómo es la organización de mando en su comunidad? ¿Cómo se ha visto beneficiada por ésta? ¿Cuáles son las normas de comportamiento de la comunidad, quién las hace cumplir ¿qué tipo de castigo recibe?
Características económicas	Conjunto de ingresos que fundamentan sustento o mantenimiento de la familia y la comunidad.	¿Cuáles son las actividades que realizan para obtener ingresos?, ¿La cantidad de dinero que recibe suple sus necesidades?
Características educativas	Proceso de socialización de los miembros más jóvenes de una comunidad, a fin de integrarse a las norma y valores imperantes de ella.	¿Cómo está organizada la educación en la comunidad?

Características tecnológicas	Presencia, disponibilidad y acceso sin restricción a los aparatos electrónicos que contribuyan al beneficio de la comunidad.	¿Con qué tecnología cuentan en la comunidad? ¿Qué tipo de tecnología les hace falta? ¿Les gustaría tener más tecnología en la comunidad y por qué?
Características del servicio de salud.	Percepción de los servicios recibidos por parte del sistema de salud	¿Qué sistema de salud (tradicional y occidental) le presta mejor atención durante el embarazo y parto? ¿Por qué? ¿Se siente satisfecha con el servicio de salud tradicional, por qué? ¿Se siente satisfecha con el servicio de salud occidental, por qué? ¿Qué educación recibe de los agentes del sistema de salud sobre el embarazo y parto?