AUTOCUIDADO MATERNO-INFANTIL EN UNA COMUNIDAD DE NATIVOS RESIDENTES EN LIMA-PERÚ: MEMORIAS Y ADAPTACIÓN[1]

AUTORES:

CHAVEZ ALVAREZ ROCIO[2],
ARCAYA MONCADA MARIA [3],
GARCIA ARIAS GLADYS[4]
INFANTE CONTRERAS MARIA[5]

"Prepared for delivery at the 2007 Congress of the Latin American Studies Association, Montréal, Canada September 5-8, 2007".

1 Proyecto Piloto con Comunidades Nativas. UNMSM-2006.

2 Master Degree in pediatric nursing from the University of Sao Paulo, Brasil. Invited Professor at University of San Marcos- Master Nursing. Professor at the Health Institute San Pablo. Lima-Peru. Email: jeromiangis@yahoo.com

3 Master Degree in Education nursing from the University of San Marcos, Lima-Peru. Nursing Professor at the University of San Marcos. Lima-Peru. Email: marcayam@yahoo.com

4 Graduate and Registered Nurse. Nursing Profesor at the University of San Marcos. Lima-Peru. Email: gladysfeliz@gmail.com

5 Master Degree in Education nursing from the University of San Marcos, Lima-Peru. Nursing Professor at the University of San Marcos. Lima-Peru. Email: marivinlife@yahoo.es

Resumen estructurado

Este estudio cualitativo exploratorio y analítico, abordó aspectos del autocuidado materno-infantil vivenciados por una comunidad nativa que radica en la capital hace cinco años, la comunidad Shipibo-Conibo. El objetivo fue explorar y analizar sus memorias y adaptación en el autocuidado de su salud, basado en la Salud Intercultural con enfoque humanista. Participaron mujeres y varones en sesiones grupales, durante los meses de mayo y junio del 2006. Se utilizo la técnica de la entrevista semi-estructurada y las temáticas abordadas fueron el autocuidado en: *la gestación, el parto, el puerperio, el recién nacido y el niño menor de cinco años*. Los hallazgos principales fueron la discontinuidad de prácticas de autocuidado materno-infantil valiosas provenientes de los saberes tradicionales, la escasa orientación y apoyo profesional de salud en su adaptación cultural y la aceptación forzada de la medicina occidental por necesidades y limitaciones. Consideramos importante que el autocuidado de la salud materno-infantil de los pueblos indígenas debe encontrar soporte y aceptación en los profesionales de salud ya que, debidamente orientados, podrían generar cambios positivos en el sistema actual de salud y disminuir riesgos de morbi-mortalidad a bajos costos. Invocamos a la reflexión y sensibilización sobre esta problemática para que la salud intercultural sea un eje integrador del saber tradicional con la medicina occidental con el fin de satisfacer física y mentalmente al usuario y su familia, así como mejorar la calidad de vida de la población multicultural de la capital del país haciéndolos autores de su autocuidado y la resolución de sus problemas de salud.

Palabras Claves: autocuidado materno-infantil, enfermería comunitaria, salud comunitaria, comunidades nativas saludables, promoción de la salud.

INTRODUCCION

Una creciente tasa de morbi-mortalidad materno-infantil es evidente aún en los países en vías de desarrollo, América Latina no está exenta de esta situación de salud, viéndose en mayor grado afectada la población materno-infantil de los lugares más distantes, aislados y excluidos por razones económico-político-sociales y/o ambientales[1-3]. En el caso de Perú, se puede apreciar que familias de poblaciones rurales, andinas y de las comunidades nativas de la Amazonía, afrontan tales adversidades. Hechos que las hacen de interés mayormente a nivel internacional más que a nivel nacional[4], ya que se observan aún serias limitaciones para una intervención efectiva en educación y salud en dichas poblaciones por parte del Estado.

Si bien es cierto, que lo importante es la calidad de vida y estilos de vida saludables de la población[5], el esfuerzo de los profesionales de salud presenta algunas debilidades por diversos factores que van desde los personales, hasta los político-socio-ambientales. Por otro lado, no podemos cerrar los ojos a las poblaciones indígenas amazónicas que tratan con denodados esfuerzos de contribuir en la mejoría de su calidad de vida para conservarse como comunidades nativas saludables. Donde el compromiso de las familias que viven dentro de la comunidad, principalmente las mujeres, hacen uso de lo que tienen aprendido por largas generaciones y su propia cultura, cabe hablar entonces de su medicina tradicional y prácticas de autocuidado de la salud que se transmiten generacionalmente[4, 6].

Mantener un estado de salud óptimo, implica para estas comunidades nativas dar continuidad a sus conocimientos y/o saberes tradicionales con habilidades y prácticas de

autocuidado, que les favorezca una atención integral de sus propias necesidades de salud que muchas veces no son satisfechas por los servicios básicos de salud a su disposición, debido a limitados recursos humanos o poco capacitados, escasez logística, de insumos y equipamiento, pero sobre todo nociones débiles de salud intercultural acorde con la realidad de la población[4], pese a que el autocuidado debe en cualquier situación, englobar todos los aspectos de vida del ser humano en lo biológico, emocional, social, espiritual, ecológico, cultural, recreativo y sanitario.

Pero qué sucede cuando estas poblaciones se movilizan fuera de su territorio?, existen razones que sólo ellos pueden explicar. Las condiciones territoriales, ambientales y político-sociales ya no les son tan favorables. Esto ocurre al emigrar a la capital, donde se observa una seria transformación de su cultura, hábitos y costumbres prácticamente forzadas por el medio que los envuelve[7], ya no existe más la naturaleza ni la territorialidad a su favor.

La satisfacción de sus propias necesidades se ve agobiante frente a la dificultad para afrontar el autocuidado de su salud. Siendo preocupante, principalmente el estado actual en que viven los grupos etáreos más vulnerables como son la madre y el niño en dichas comunidades, hoy trasladadas a una urbe o metrópoli, como es la capital. Coexisten entonces en ese contexto dualidades del cuidado donde se combinan las concepciones de la medicina occidental y donde se hace difícil que el conocimiento tradicional del cuidado de la salud se integre.

El objetivo de este estudio radicó en la exploración y análisis de los aspectos relacionados con el autocuidado materno-infantil de una comunidad nativa que vive en la capital, bajo la óptica de sus propias perspectivas de vida.

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Bajo un amplio marco y contexto este estudio se desarrolló en una comunidad de nativos de la étnia Shipibo-conibo (Amazónica) residentes en Lima desde hace cinco años, que por circunstancias y compromisos político-sociales se vieron en la necesidad de radicar en la capital del país.

La comunidad se autodenomina ASHIREL, que significa Asociación de Artesanos Shipibos Residentes en Lima, se caracteriza por ser una comunidad de alto riesgo y vulnerabilidad sanitaria, debido a su agotante esfuerzo y poco resultado en satisfacer sus actuales problemas de salud, además de encontrarse en extrema pobreza, hacinamiento, precariedad, escasez de servicios de agua y desagüe y propensos a enfermedades prevenibles en la madre y el niño, principalmente. Geográficamente están localizados a orillas del río Rimac y a pocas cuadras del Palacio de Gobierno y centro histórico y turístico de la ciudad.

Por medio del enfoque cualitativo sin tratar de juzgar ni refutar las impresiones vertidas por los propios actores sociales, empero, bajo una exploración y comprensión analítica del significado que le atribuyen al autocuidado materno-infantil; se recolectaron los datos con la técnica de la entrevista semi-estructurada en grupos focales, siguiendo una guía de preguntas norteadoras en las temáticas del autocuidado en: la gestación, el parto, el puerperio, el recién nacido y el niño menor de cinco años.

Participaron mujeres y varones de la comunidad en cuatro grupos focales, siendo un total de veintisiete personas entre madres, gestantes y padres de familia. Por lo cual los principios éticos para investigación en salud fueron rigurosamente aplicados, basados en la Declaración de Helsinki siendo nuestra presencia y trabajo aceptado tanto por las autoridades de la comunidad, como por los participantes a quienes se les fue garantizado el sigilo y confidencialidad de sus datos. El centro de coordinaciones, dinámicas motivacionales, actividades de promoción y prevención de la salud y el trabajo de campo en sí, fueron centralizados en el local comunal a voluntad de sus autoridades. Llevándose a cabo varias reuniones entre los meses de mayo y junio del 2006.

RESULTADOS Y ANALISIS

Los resultados principales del estudio se dividen en dos grandes temas: el primero, memorias del autocuidado materno-infantil tradicional pasado y distante, y segundo, la adaptación a un autocuidado materno-infantil occidental por necesidades y limitaciones.

Sus concepciones de autocuidado, no dejan de lado el recuerdo de sus prácticas pasadas de sus lugares de origen, es decir en la Amazonia Peruana y en sus territorios a donde pertenecían sus comunidades nativas; lugares que recuerdan por la factibilidad de su territorio con amplia gama de recursos para el uso de su medicina tradicional, sus hábitos y costumbres ancestrales y transmitidos de abuelas a madres e hijas.

Concepciones que están aun vigentes en sus memorias pero debilitadas en su aplicabilidad, hechos que atribuyen a su actual condición de vida en la ciudad, donde difícilmente pueden tener esos recursos a la mano y el factor económico y posición social en que se encuentran los limita en la obtención de los mismos.

Hacen énfasis en el autocuidado del embarazo de épocas pasadas, de forma ***normal***, donde el trabajo en la chacra, el acarreo de animales y carga, las faenas de la casa eran acciones que ejecutaban paralelamente. Comenzando su preparación precozmente para un parto rápido y con poco dolor a través de la ingesta de alimentos encontrados en su habitat como variedad de pescados entre ellos el paiche; tubérculos como la yuca, frutas típicas de la Región o zumos de plantas cuyos nombres guardan celosamente (*piripiris*) u otras sustancias innocuas tanto para la madre como para el feto y que eran preparadas por las mamás, abuelas, tías o parteras preferentemente para esos fines.

Mientras que en la ciudad ellas pasan a confiar en el sistema de cuidado hospitalario durante el embarazo y el parto, aunque a veces se sienten avergonzadas por ver sus cuerpos expuestos físicamente y sometidas a constantes manipulaciones por los profesionales de salud. Dichos aspectos se pueden apreciar en los relatos que expresan de sus memorias y adaptación en el autocuidado durante el embarazo y el parto.

“Pienso que dar a luz en la casa era mejor para no ser manoseada tanto en el hospital o la posta (…)” (M1)

“(…) yo sentí vergüenza cuando mis tres últimos hijos nacieron en Lima (…) aunque me atendieron bien. (M12)

“Algunas escogimos dar a luz en el hospital, es más seguro. Pero otras la casa por la vergüenza”(…) ya que hay hombres y son mañosos. (M3)

“(…)Pero aquí en la ciudad ya no tomamos esos piripiris,… pues tampoco hay paiche, es difícil traer de allá, además todo pasamos a confiar en el hospital.” (M5)

También debemos resaltar el apoyo que encontraron en el esposo o algún miembro de su familia al momento del parto y durante el puerperio, y el resguardo de su pudor y la calidez con que fueron atendidas varias de ellas en sus comunidades de origen por las parteras. Su alimentación en épocas de embarazo y después del parto, se basaba en carnes de ave y pescado de su crianza o caza, además de verduras y frutas de la región o estación, por su fácil cultivo, acceso y muy bajo costo. Ya que su relación con el entorno natural les facilitaba tales prácticas, mientras que su adaptación cultural en el cuidado de su salud en la ciudad, se vio limitada por no poder hacer uso de sus plantas, alimentos y remedios tradicionales por diversos factores entre ellos los económicos y ambientales. Sus narrativas reflejan parte de sus vivencias relacionadas con sus prácticas pasadas y la sensación de carencia actual.

“(…) allá ayuda el esposo en el parto, te apoya por atrás mientras uno está sentadita con las piernas abiertas pero tapaditas.” (M4)

“(…) los esposos de las parturientas sí podían estar presentes en el momento del parto, es más, ayudan a sus esposas a bajar la barriguita, las empujan desde atrás (…)” (P2)

“Cuando la gestante está anémica las abuelitas preparaban un té cargado de hierbas para tomar y recuperarse, ahora ellas se han quedado allá” (M9)

Cabe mencionar que los cuidados eran mayores en la madre después del parto y se prolongaban por casi por un mes, evitando faenas fuertes como la chacra, tocar agua fría, contacto con corrientes de aire, y donde la familia en las comunidades era un soporte principal de compañía y ayuda. Hoy en día, las madres se ven escasamente apoyadas por su propia familia por el simple hecho de no estar más cerca de ellas por diversas situaciones.

“Me siento alegre y feliz de ser madre, orgullosa(…) porque soy padre y madre para mi hija...” (M11)

“Allá ayudan las mamas o los esposos (…) después del parto se descansa dos semanas (…) no haces faenas ni vas a la chacra”. (M21)

“ (…) cuando no te salía tu leche la mamá hacia masato (jugo) de yuca calientito y al tomar tenias mucha leche en tus pechos (…)” (M16)

Ya los cuidados del recién nacido presentaban mayor riesgo en el pasado, pero hacían lo posible para evitarlos con los recursos que tenían a su alcance. En la atención y cuidados que brindaban al bebé, la partera o las hermanas y mamás de las parturientas, prestaban ayuda importante. Ahora ellas extrañan y sienten nostalgia de esa condición, pero se van a adaptando poco a poco al medio de salud occidental por necesidad.

“Allá cortan el cordón umbilical con tijeras, que hierven y amarran con hilo de algodón natural para no infectarse.” (M23)

“En la selva alguien te ayuda a dar a luz,(…) a mí fue mi mamá, la partera también ayuda y el bebé nació cuando me arrodillé y grité” (M3)

El niño menor de cinco años por lo contrario estaba propenso a diversas enfermedades sea de índole orgánico o psicológico debido al contacto con otros seres reales o imaginarios o con el entorno natural, como los sustos, miedos, mal de ojo, mal de aire, entre otros; y que muchas veces se manifestaban por el llanto, falta de apetito en el niño, insomnio, vómitos, fiebre. Por la que trataban de contrarrestarlas con curas tradicionales y/o espirituales, como el uso de plantas o sesiones de cura espiritual, donde el medio ambiente cobraba gran influencia para el desarrollo de tales males en los niños.

“(…) también con un piripiri mezclado con canela se cura al niño, porque sino el ***susto*** *lo puede matar.” (M14)*

“Los niños son los más afectados con la hechicería, (…) para protegerlos a ellos se les baña con agua y hojas de mango o rosas (…)” (P1)

Una vez más las madres ponen a sus hijos durante su convivencia en la capital, a disposición y cuidados otorgados por los profesionales de salud en los diversos establecimientos de salud, pero aún sienten recelos por la forma de tratamiento que reciben sus hijos y donde la explicación y comprensión de sus temores pasa a un segundo plano.

Hechos que se comprueban al referirse a las vacunas, pero con escasa noción y dudas sobre las mismas, al punto de pensar muchas veces que si existiera la posibilidad ellas podrían traer plantas o frutos de sus comunidades en la selva para que sus hijos puedan curarse de algún mal, empero, esta ilusión pierde sus esperanzas al verse ellos mismos en situación de pobreza y escasos recursos económicos que no les permite darse ese lujo, teniendo que aceptar finalmente los cuidados que les son otorgados por los profesionales de salud, a quienes perciben de forma fría, con trato amable pero superficial, rápidos y poco claros en sus indicaciones.

“Aquí cuando nace en la posta ya sale al mes porque lo tienen que vacunar,(…) dicen que para que no se enferme, no sea débil, no tenga gripe (…)” (M14)

“Allá para los gusanos, parásitos le damos paico por la mañana antes del desayuno.(…) pero aquí no hay eso.”(M22)

“Algunos problemas de salud se deben a la pobreza en que vivimos (…) falta de conocimiento de las madres, (…) además que tienen la creencia que el suero oral hace más daño a sus niños. (P3).

CONSIDERACIONES FINALES

Urge la necesidad de colocar en consideración aspectos importantes vertidos del análisis de los propios actores sociales, quienes claramente han expuesto sus ideas para un mejor entendimiento de esta investigación. Siendo las siguientes:

- Las prácticas materno-infantiles de autocuidado tradicional actualmente se ven discontinuadas en su cotidiano por diversos factores que influyen negativamente, entre los que destacan la escasa interacción con el profesional de salud, sintiéndose muchas veces confundidos, atemorizados y avergonzados.
- Existen limitaciones serias en su adaptación a la ciudad, en los aspectos primordiales socioeconómicos, políticos y culturales, por lo que su salud se ve afectada al no poder traer consigo algunas plantas medicinales, que bien podrían utilizar paralelamente al sistema de salud occidental que los acoge.
- Su estado de pobreza no ha mejorado en todo el tiempo que viven en la capital y eso los hace una comunidad en riesgo y vulnerable de afectar su salud, por lo que se ven casi obligados a aceptar la atención que les proporcionan en los centros de salud y hospitales de la ciudad, aunque sientan dudas frente a ello.
- Por lo tanto, reiteramos nuestra preocupación y llamamos a la reflexión, tanto de los profesionales de la salud, educación y ciencias sociales para prestar mayor interés a las comunidades que emigran a las ciudades, con el fin de ser entes receptores e integradores y elevar la calidad de vida de dichas poblaciones, poniendo mayor énfasis en la madre y el niño, como focos de nuestra atención e interrelacionando a la sociedad-cultura-salud para tales fines, con amplio respeto por los usuarios de salud.[9]
- Un adecuado y organizado manejo de las situaciones del proceso salud-enfermedad con dichas comunidades haciéndolos parte integrante de las acciones a desarrollar en beneficio de ellos mismos, con la participación de sus recursos humanos como la partera, los padres durante el parto[9], generará mayor confianza en la medicina occidental, desterrando la idea de ser autoritarios, fríos e impositivos en nuestro quehacer profesional[7] así como también contribuirá a ampliar nuestros conocimientos en salud intercultural con enfoque integral de la madre, el niño, la familia y la comunidad.
- Es evidente que con intervenciones simples de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, en las comunidades nativas residentes en la ciudad, se pueden lograr objetivos comunes de mejoría en la situación de salud de la población que atendemos[8]. Esto permitirá aunque lentamente, reducir algunos costos que demandan por el contrario una recuperación y rehabilitación de los pacientes enfermos, como logística, insumos, medicamentos, equipo y recursos humanos de alta complejidad o sofisticados, que definitivamente son inalcanzables para estas comunidades por sus limitaciones económicas principalmente.
- Finalmente, no podemos permitir la pérdida de la identidad cultural de dichas comunidades nativas, por el simple hecho de verse movilizadas a otra realidad que no tiene los aspectos fundamentales de su cosmovisión, ya que estaríamos contribuyendo contrariamente a la ruptura y disgregación de dichas comunidades de forma silenciosa, desinteresada e involuntaria.[4]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud /OPS-OMS. Reunión de trabajo sobre políticas de salud y pueblos indígenas del 25-27 Nov-1996, Quito. Ecuador. 1997 In: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/12-span-politicas-salud.doc

2. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de trabajo sobre pueblos indígenas y salud. Promoviendo la salud en las Américas: Iniciativa Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Winnipeg. Manitota. Canadá. 13-17.04.1993.
3. UNICEF. Perú en Acción: Programa Subregional Amazónico. In: http://www.unicef.org/peru/
4. Reategui Silva Juan. Las políticas de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana. AIDESEP-Revista de los Pueblos Indígenas del Perú: Voz Indígena. Año 1. Nº 1. 2000.
5. MINSA. Ministerio de Salud/Dirección Regional de Salud Ucayali. Una experiencia de salud integral en comunidades indígenas. Tahuanía-Ucayali. Perú. 2002.
6. Salazar Ligia de, Velez Vidal Jenny Andrea. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Ciênc. saúde coletiva vol.9 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2004. (On Line-SCIELO).
7. Morales Fidel. Alcance de las medicinas alternativas y su impacto en la familia. In: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar. Autores: Jáuregui César, Suárez Paulina. 2da Ed. Edit. Médica Panamericana. Bogotá. 2004.
8. Arenas Monreal Luz, Paulo Maya Alfredo. Apuntes sobre cultura y promoción de la salud. Bol. Mex. His. Fil. Med. 2001; 4(1): 6-9.
9. Pelcastre Blanca, Villegas Norma, León Verónica de, Díaz Agustín, Ortega Doris, Santillanas Manuel et. all. Embarazo, parto y puerperio: creencias y parcticass de parteras en San Luis de Potosí, Mexico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(4): 375-82.