

**PERCEPCIONES INTERGENERACIONALES SOBRE EL EMBARAZO A
TEMPRANA EDAD DE MUJERES DEL RESGUARDO INDÍGENA DE
CUMBAL**

**CARLOS ARBEY CHAVES GUERRERO
WILLIAM OVIDIO MITIS CANDO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2019**

**PERCEPCIONES INTERGENERACIONALES SOBRE EL EMBARAZO A
TEMPRANA EDAD DE MUJERES DEL RESGUARDO INDÍGENA DE
CUMBAL**

**CARLOS ARBEY CHAVES GUERRERO
WILLIAM OVIDIO MITIS CANDO**

**Trabajo de grado para optar el título de:
Magister en Salud Pública
Universidad de Nariño**

**Asesora:
Mg. MELISSA RICAURTE CEPEDA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2019**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo, son responsabilidad exclusiva de sus autores”

Artículo 1 del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, junio 2019

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

La presente investigación se logró gracias a las contribuciones de diferentes instituciones y personas, en especial nuestros docentes y maestros que con sus conocimientos y experiencias aportaron en su construcción y nos permitieron un aprendizaje continuo y en el caso de la comunidad indígena, un dialogo de saberes. Nuestro profundo sentido de gratitud a: Cabildo Indígena del Resguardo de Cumbal, Ips Indígena de los Cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, Hospital Cumbal, Alcaldía Municipal de Cumbal, Mallamas Eps Indígena Universidad de Nariño, Centro de Estudios en Salud - CESUN.

Los autores también agradecen por su valiosa revisión crítica del contenido y asesoría permanente a la Magister en Psicología Comunitaria Melissa Ricaurte Cepeda

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. TITULO	16
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GENERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3. MARCO REFERENCIAL.....	18
3.1.1 Contexto Sociocultural.	18
3.1.2 Embarazo a Temprana Edad.	20
3.1.3. Embarazo a Temprana Edad en Comunidades Indígenas.	23
3.1.4 Transmisión Intergeneracional en Comunidades Indígenas.	25
3.2 MARCO DE ANTECEDENTES.....	26
4. MÉTODO	32
4.1 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN	32
4.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	32
4.3 PARTICIPANTES	32
4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	33
4.4.1 Entrevista en Profundidad.....	33
4.4.2. Grupo Focal.	33
4.4.3. Revisión Documental.	33

4.5 PROCEDIMIENTO.....	34
4.6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	36
4.7 ELEMENTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS.....	38
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
5.1 ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL RESGUARDO DE CUMBAL.....	40
5.1.1. Contexto Histórico, Geográfico y Cultural.	40
5.1.1.1 Reconocimiento de los Derechos de las Comunidades Indígenas.	41
5.1.1.2 Cosmovisión y su relación con el embarazo en la comunidad.....	42
5.1.1.3 Medicina Tradicional y Atención en Salud con Enfoque Etnocultural.	47
5.2 EXPERIENCIAS FRENTE AL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD.....	52
5.2.1 Percepciones sobre la Sexualidad.....	52
5.2.1.1. La Sexualidad como un aspecto desconocido y negado.	53
5.2.1.2. La sexualidad como un Tabú.	54
5.2.1.3. Contextos de Aprendizaje.	55
5.2.2. Significados en torno al Ser Mujer en la comunidad.	57
5.2.3 Significados relacionados con el embarazo.	60
5.2.3.1. El desarrollo del embarazo y la atención sanitaria.	62
5.2.3.2. Redes de apoyo; el embarazo como una construcción colectiva.....	64
5.2.3.3. Implicaciones del Embarazo.	65
5.2.4. El Alumbramiento.....	66
5.2.4.1. Prácticas culturales y la atención sanitaria	68
5.2.4.2. Rituales en torno al Nacimiento.	70

5.2.5. Puerperio	72
5.2.5.1. Acompañamiento de las Promotoras de Salud	74
5.2.6. Anticoncepción.....	75
5.3. PERCEPCIONES INTERGENERACIONALES DE MUJERES FRENTE AL EMBARAZO A TEMPRANA.....	77
5.3.1. Embarazo desde las Diferentes Generaciones.....	77
5.3.1.1. Número de Hijos	79
5.3.1.2. Tipos de Familia.....	80
6. CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS.....	94

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Participantes de investigación.....	37
Tabla 2. Categorías de Investigación.....	37
Tabla 3. Percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad.....	81

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Proceso de investigación	35
Figura 2. Ubicación del Pueblo de los Pastos.....	40
Figura 3. Pictografía del pensamiento indígena del Resguardo de Cumbal	43
Figura 4. Trazando el Shaquiñan para el cuidado de la salud.	48
Figura 5. Shaquiñan de atención de la gestación y espera.	49
Figura 6. Modelo de Atención en Salud Propio e Intercultural.	50
Figura 7. Percepción intergeneracional del embarazo a temprana edad.....	86

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	95
ANEXO 2. GUÍA DE PREGUNTAS ENTREVISTA Y GRUPO FOCAL.....	97

RESUMEN

El embarazo a temprana edad es un problema de salud pública que influye directamente en la calidad de vida de las poblaciones por las consecuencias a nivel de salud en las jóvenes madres y en los niños, además de los impactos en el desarrollo psicosocial al cambiar las expectativas de vida e indirectamente exigir la inmersión en el mundo laboral y de responsabilidades, sin contar con la madurez y competencias necesarias. Sin embargo, la percepción de embarazo a temprana edad cambia según la cultura, como es el caso de las comunidades indígenas, desde las cuales, se da más relevancia al nacimiento como oportunidad de preservar la cultura, que a las consecuencias en la salud y en el entorno familiar, comunitario y social de la joven madre. Por lo anterior, el presente estudio se enfocó en comprender las percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad de mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal.

La investigación se desarrolló desde el paradigma cualitativo de investigación, conjugando los enfoques fenomenología hermenéutica e interaccionismo simbólico, las técnicas de recolección de información que se desarrollaron fueron la entrevista en profundidad y grupo focal, dirigida a las mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal, conformada por tres grupos etarios, divididos de la siguiente manera: mujeres menores de 18 años de edad, mayores de 40 años de edad y mayores de 60 años de edad. El análisis de los resultados se realizó a través de la técnica de comparación constante que consiste en comparar estos resultados con los objetivos y la teoría. Se establecieron tres categorías deductivas iniciales: (a) El contexto sociocultural; (b) Embarazo a temprana edad y (c) Trasmisión intergeneracional. Estas categorías permitieron emerger categorías inductivas, entre la cuales se resalta: contextos de aprendizaje sobre la sexualidad, inicio de vida sexual, cambio de niña de mujer, mujer símbolo de fertilidad, embarazo proceso natural y divino, rituales del parto y puerperio, apoyo familiar en el embarazo, mujer cuidadora de hijos.

Los resultados muestran que las percepciones culturales en torno al embarazo a temprana edad en la comunidad indígena han cambiado a través del tiempo por la inmersión de los avances tecnológicos, el acceso a los servicios de salud y educación, sin embargo, se mantienen las creencias del embarazo como un proceso natural y divino que debe respetarse para garantizar la descendencia y la transmisión de saberes culturales, además algunas costumbres y ritos se continúan realizando con el objetivo de preservar la salud de la joven madre y el niño, de ahí que la necesidad de que la asistencia médica se realice acompañada de las recomendaciones de las parteras o médicos tradicionales.

Palabras clave: comunidad indígena, relaciones intergeneracionales, embarazo a temprana edad

ABSTRACT

Early pregnancy is a public health problem that directly affects the quality of life of the population due to the health consequences of young mothers and babies, as well as the impact on psychosocial development by changing expectations. of life and indirectly require immersion in the workplace and responsibilities, without having the necessary maturity and skills. However, the perception of pregnancy at a young age changes according to culture, as is the case of indigenous communities, from which, birth is given more importance as an opportunity to preserve culture, than to health consequences and the family, community and social environment of the young mother. Therefore, the present study focused on understanding intergenerational perceptions of early pregnancy among women of the Cumbal Indigenous Resguardo.

The research was developed from the qualitative research paradigm, with a focus on symbolic interactionism, the information gathering techniques that were developed were the in-depth interview and focal group, aimed at the women of the Indigenous Reservation of Cumbal, formed by three groups age, divided as follows: women under 18 years of age, over 40 years of age and over 60 years of age.

The analysis of the results was carried out through the constant comparison technique that consists of comparing these results with the objectives and the theory. Three initial deductive categories were established: (a) The sociocultural context; (b) Pregnancy at an early age and (c) Intergenerational transmission. These categories allowed the emergence of inductive categories, among which are highlighted: contexts of learning about sexuality, beginning of sexual life, change of girl of woman, woman symbol of fertility, pregnancy natural and divine process, rituals of childbirth and puerperium, family support in pregnancy, a woman who takes care of children.

The results show that the cultural perceptions about pregnancy at an early age in the indigenous community have changed over time due to the immersion of technological advances, access to health services and education, however, the beliefs of the pregnancy as a natural and divine process that must be respected to guarantee the offspring and the transmission of cultural knowledge, in addition some customs and rituals are continued with the aim of preserving the health of the young mother and baby, hence the need for that medical assistance is carried out accompanied by the recommendations of midwives or traditional doctors.

Key words: indigenous community, intergenerational relationships, pregnancy to early age.

INTRODUCCIÓN

El embarazo a temprana edad trae consigo dificultades sociales, económicas y de salud tanto para los jóvenes como para sus hijos, sus familias y comunidad, razón por la cual se considera un problema de salud pública, que necesita prevenirse para mejorar la calidad de vida de las personas y por ende el desarrollo de la sociedad (1).

América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más elevada de fecundidad en adolescentes, de 66,5 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años en el período, aproximadamente el 15% de los embarazos son de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, estas niñas por lo general sufren consecuencias adversas como: hipertensión (preeclampsia), placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas y otras circunstancias durante el embarazo y el nacimiento; en este sentido hay un riesgo tanto para la vida y el desarrollo del niño como para la salud y bienestar de la madre (2) (3).

Además de los problemas de salud que conlleva el embarazo a temprana edad, se presenta desequilibrio en el bienestar y desajustes en las expectativas de vida de los jóvenes, dado que deben cambiar su proyecto de vida, al limitar las oportunidades de estudio, las vivencias con pares propias de la juventud, el crecimiento profesional, asumir condiciones de subempleo, inestabilidad laboral, informalidad y otras formas precarias de inserción productiva, que dificultan la situación social y económica de los jóvenes, lo cual repercute directamente en la calidad de vida (3).

Una de las razones del embarazo a temprana edad es el inicio prematuro de actividad sexual. En Colombia el promedio de edad de la primera relación sexual es 18 años. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010, el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años), lo cual se puede explicar por la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva y el acceso restringido a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como métodos de anticoncepción (3)(2).

De acuerdo con los datos estadísticos de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia, 2010), en Colombia el embarazo adolescente empezó a disminuir en el país (de 20.5% en 2005 a 19.5%, en 2010, equivalente a 1 punto porcentual), estas cifras siguen siendo altas en relación con los países latinoamericanos, de ahí la necesidad de trabajar este tema y proponer

alternativas para mitigar las consecuencias tanto a nivel individual como familiar y comunitario (4).

Específicamente en la comunidad indígena, los embarazos a temprana edad son mayormente aceptados, puesto que hay menores niveles de educación y desde niña prepararan a la mujer para conformar una familia y preservar la descendencia, es decir, la fecundidad se comprende en el contexto más amplio del buen vivir indígena; en esta comunidad, los hijos representan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural continuamente amenazada; no en vano, los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza, donde todo es sexuado: masculino y femenino. Una fecundidad alta es por lo tanto, un valor y un recurso vinculado al tamaño ideal del hogar, al rol económico de los hijos, a la supervivencia del grupo y al bienestar en general (5).

Considerando que la percepción e implicaciones del embarazo difieren de acuerdo a la cultura y que, en las comunidades indígenas, la relación entre su cultura y la sociedad actual han impactado en la concepción de problemáticas de salud pública como el embarazo a temprana edad, esta investigación tuvo como objetivo comprender las percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad de mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal.

Esta investigación se realizó desde el paradigma cualitativo de investigación, el cual se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres humanos y sus formas de organización, los enfoques de investigación fueron la fenomenología hermenéutica y el interaccionismo simbólico, desde los cuales se interpretó las percepciones intergeneracionales frente al embarazo(6).

Al realizar esta investigación se logró tener una perspectiva más amplia frente a la percepción del embarazo temprano en las diferentes generaciones de la comunidad indígena, considerando la influencia de la sociedad actual, los avances tecnológicos, los medios de comunicación, la inserción educativa y el acceso a servicios de salud, la atención del embarazo en contextos hospitalarios y la educación sexual desde el hogar y la escuela.

Se espera que la información y logros de esta investigación, sean una herramienta útil para la evaluación y monitoreo de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, destinadas a los pueblos indígenas, así como para la elaboración de propuestas que consideren el derecho ciudadano al mejor nivel de salud, garantizando al mismo tiempo su autonomía e integralidad, y asegurando su derecho a mantener y desarrollar la medicinas tradicionales o prácticas locales como parte de su bienestar general.

1. TITULO

“PERCEPCIONES INTERGENERACIONALES SOBRE EL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD DE MUJERES DEL RESGUARDO INDÍGENA DE CUMBAL”.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender las percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad de mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los aspectos socioculturales asociados al embarazo a temprana edad en la Comunidad Indígena del Resguardo de Cumbal.

Reconocer las experiencias frente al embarazo a temprana edad en mujeres de tres generaciones de la Comunidad Indígena del Resguardo de Cumbal.

Contrastar las percepciones intergeneracionales de mujeres frente al embarazo a temprana edad en la Comunidad Indígena del Resguardo de Cumbal.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Contexto Sociocultural. Para definir contexto sociocultural es necesario en primer lugar reconocer el significado de contexto, sociedad y cultura y posteriormente comprender su interrelación.

Para Cole “El contexto se define como la situación entera, el fondo, o ambiente pertinente a un acontecimiento particular y el ambiente se define como algo que rodea”. Es decir, el contexto entrelaza y da significado a cada vivencia, en este sentido, no puede existir un objeto o acontecimiento sin un contexto, porque el contexto es la base de la interacción entre sujeto- objeto- situación (7).

Por su parte, William Wentworth define el contexto como la interrelación entre los diferentes acontecimientos de una comunidad delimitando espacio y tiempo, es decir, el contexto es el entorno físico y relacional donde tiene lugar la actividad humana. El contexto depende de las herramientas por medio de las cuales el individuo interactúa con el mundo, por lo cual da poder a las instituciones sociales para que creen, mantengan o cambien las reglas de una determinada comunidad (7).

Al hablar de sociedad se reconoce que está conformada por un conjunto de personas unidas moralmente en constante interacción, las cuales intercambian pensamientos, sentimientos y se ajustan mutuamente a unos comportamientos parámetro, es decir, la sociedad no está ni más allá ni más acá de las acciones recíprocas que establecen sus integrantes (8).

La sociedad como entidad cerrada y uniforme deja el espacio a la multiplicidad de las relaciones que ligan a los individuos, de esta manera, dentro de la sociedad los individuos concretan y realizan sus intereses personales y sociales, momentáneos o duraderos, conscientes e inconscientes, dando lugar a tendencias que caracterizan a cada sociedad. Es así que, la vida social se asienta en la conciencia de estar en relación con otros, en las imágenes que tenemos de ellos y de nosotros mismos (8).

La cultura hace referencia a las actitudes, conductas, vivencias, representaciones, simbolismos, tradiciones, formas de enfermar y de sanar, entre otros, producidos a lo largo de la historia por los seres humanos organizados socialmente. La cultura está en constante transformación por las dinámicas internas de las comunidades y por los cambios y avances de la sociedad. De esta manera, se entiende que la cultura es un producto social e

histórico que resulta de la historia de las relaciones sociales, entonces el ser humano es quien construye la cultura a partir de sus relaciones sociales, por lo tanto, es un ser social y cultural (9).

En coherencia con lo anterior, Cole plantea que cultura es un mundo habitado expresado en la religión, el arte, la lengua, las creencias, las prácticas cotidianas, las costumbres...(7)

La cultura se relaciona con los modelos explícitos o implícitos de comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las dinámicas distintivas de grupos humanos, incluyendo su representación en instrumentos. El núcleo esencial de la cultura es dado por las tradiciones que se transmiten de generación en generación.

En este sentido, es importante comprender las dinámicas de la comunidad indígena desde su contexto sociocultural. En Colombia el concepto de comunidad indígena tiene una larga tradición y se aborda tanto entre los indígenas como en la política y la administración Estatales.

La definición legal consta en el decreto 2001 de 1988, artículo 2.18 En esta definición se entiende por comunidad indígena:

[...] el conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen y mantienen rasgos y valores propios de su cultura tradicional como formas de gobierno y control social internos que las distinguen de otras comunidades rurales (10).

La comunidad indígena es un sujeto de derecho colectivo, puesto que desde su cultura mantienen una organización comunitaria para su gobernabilidad, que les permite actuar y realizar demandas populares en pro del bienestar de todos sus miembros(10).

Además, la salud, el bienestar, la enfermedad y todo cambio del ser humano no pueden universalizarse, sino comprenderse desde la estructura simbólica, ideológica y social de cada cultura. Por lo anterior, la percepción del embarazo a temprana edad en mujeres de la comunidad indígena del Resguardo de Cumbal, solamente se pueden comprender desde su contexto sociocultural.

Al respecto se debe considerar que la actividad mental y emocional humana resulta de la interiorización de los significados sociales, de la cultura, los cuales son producto de un proceso histórico, filogenético y ontogenético. Es así que solamente dentro de un contexto sociocultural se pueden reconocer experiencias, percepciones, opiniones, conocimientos, puntos de vista y emociones, en relación con una determinada situación, en este caso el embarazo a temprana edad(11).

3.1.2 Embarazo a Temprana Edad. El embarazo se define como el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual, en la cavidad uterina se forma y desarrolla un feto, generalmente la duración del embarazo es de 280 días, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y 10 días del calendario solar, contando a partir del 1er día de la última menstruación(12).

La mujer gestante experimenta modificaciones en casi todos los órganos, aparatos y sistemas, estas transformaciones son temporales y se suelen recuperar durante el puerperio. Con respecto a los síntomas, inicialmente se presenta la falta de flujo menstrual, los senos se endurecen, son más sensibles y los pezones se oscurecen, necesidad de orinar con más frecuencia, además la mujer experimenta mareos, náuseas y vómitos, estos síntomas orientan al diagnóstico(13).

En el proceso del embarazo, se requieren cuidados indispensables para la madre, por ello, se deben mantener estilos de vida adecuados y ser consciente de cómo afectan los malos hábitos a la salud de las mujeres y a la de sus futuros hijos. Es un tiempo en el que debe priorizarse el cuidado integral, destinar espacios de descanso, mejorar estilos de vida, consumir una alimentación balanceada, establecer relaciones afectivas sanas, contar con una red de apoyo y acceso a los servicios de salud pertinentes (14).

La atención de la salud en el embarazo, parto y puerperio es una prestación que garantiza el sistema de salud, a la que se accede mediante la Atención Primaria y posteriormente medicina general, que posibilite la realización de los exámenes de laboratorio de sangre y orina, para confirmar o no un embarazo, realizar seguimiento a vacunación y valorar el estado general de salud. Asimismo se ordenan los suplementos de ácido fólico, yodo y hierro si lo necesita, y remitirá al servicio especializado de ginecología, que serán quienes lleven a cabo el seguimiento de su gestación, mediante los controles prenatales y la toma de ecografías para monitoreo (15).

Los controles prenatales se realizan periódicamente con el fin de valorar el estado de salud y nutricional de la mujer, además permite detectar tempranamente posibles complicaciones o factores que puedan incidir negativamente en el embarazo y la salud del niño o niña, para actuar oportunamente(14). Las ecografías cobran un papel fundamental ya que con ellas se verifica inicialmente si el embrión está vivo, la edad gestacional, si hay embarazo gemelar, si el embrión está implantado en el lugar correcto, malformaciones fetales, si el crecimiento fetal es el adecuado, en qué posición está el feto y si la placenta funciona correctamente(16).

Con el seguimiento médico se logran identificar factores de riesgo, los cuales se definen como toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta, se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos. Los aspectos

sociodemográficos que se convierten en factores de riesgo son: edad inferior a los 17 años, edad materna mayor a los 35 años, relación peso / talla, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, nivel socioeconómico bajo y riesgo laboral ocupacional (17).

En lo que respecta a la edad antes de los 20 años no es recomendable el embarazo, porque el cuerpo no alcanza su madurez biológica y emocional. La edad previa a los 20 años, es una etapa de construcción del proyecto de vida, por ello, un embarazo puede implicar consecuencias adversas a nivel personal, familiar y social. Asimismo, no se recomienda un embarazo posterior a los 35 años porque se ha comprobado que un número importante de malformaciones ocurren en hijos de madres de esa edad o mayores(13).

Según los reportes de embarazo en adolescentes, este se considera un problema de salud pública, dado los efectos nocivos en la salud física y mental de la adolescente y su hijo, siendo las peores consecuencias la muerte materna o la decisión de practicarse un aborto sin las condiciones de seguridad necesarias. Según la OMS, las principales complicaciones en la madre adolescente que se producen durante la gestación, el parto o el puerperio son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional, las infecciones de transmisión sexual -entre ellas el VIH- y los trastornos psicológicos; y en los hijos, las muertes prenatales o en las primeras semanas de vida, sufrimiento fetal por partos prematuros, bajo peso al nacer, malformaciones y complicaciones cardio-respiratorias (18).

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Desde lo clínico, se ha correlacionado al embarazo adolescente con el aumento de la mortalidad materna, aumento en las cesáreas, la complejidad del parto, en la cantidad de niños prematuros y de bajo peso. Las problemáticas del embarazo en madres adolescentes se suelen incrementar por la mala nutrición, el poco cuidado y falta de controles médicos, lo cual da lugar a complicaciones en el parto, desarrollo psicomotor lento del niño (19).

Desde lo psicosocial, el embarazo adolescente generalmente conduce al abandono escolar, inserción laboral prematura, pérdida de vivencias propias de la adolescencia, conflictos familiares, cambio de proyectos de vida, discriminación, matrimonio servil o a temprana edad, reducción de ingresos y pobreza, desempleo, fracaso en la relación de pareja, al tiempo que disminuye la productividad y el crecimiento económico de una sociedad (18).

En este punto, se debe considerar que la adolescencia es un periodo muy complejo por los cambios que esta conlleva por la construcción de identidad, sensación de invulnerabilidad, cambios hormonales y conductas arriesgadas. De

ahí que en esta etapa tomen decisiones sin analizar sus consecuencias, por ejemplo, iniciar su vida sexual a temprana edad y sin protección, dando lugar a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, además de complicaciones en las relaciones interpersonales y problemas de salud mental (20).

En el embarazo las adolescentes cambia la percepción que tienen frente a la vida, puesto que deben dar otra dirección a su proyecto de vida, donde incluya a su hijo y al progenitor de este, además de experimentar cambios psicológicos relacionados con su historia familiar, sus relaciones interpersonales y su estado actual, el cual muchas veces genera tensiones y angustias, que son mayores en la adolescencia por su inmadurez e inestabilidad socioeconómica al no ser independientes de sus padres y no contar con la preparación suficiente para un trabajo (19).

De ahí que las necesidades adolescentes en relación a la educación sexual no son solo en relación al conocimiento, sino en la toma de decisiones frente a su comportamiento, puesto que existe escasa percepción del riesgo, inadecuada disposición a cumplir con medidas preventivas como el uso de preservativos e ineficacia para exigir protección a la pareja. Por lo anterior, es necesario que se implementen estrategias desde el sector salud y educación para que los jóvenes tengan conocimientos y correctas habilidades para asumir responsablemente su sexualidad, que aporten a evitar el inicio temprano de la vida sexual, embarazos no deseados y las complicaciones que estas situaciones conllevan (1) .

A nivel mundial existe un aumento de la actividad sexual de los adolescentes, y en consecuencia, una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose así la incidencia de partos en mujeres menores de 19 años. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010, en Colombia el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años). Según cifras y datos estadísticos, de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia, 2010), en Colombia el embarazo adolescente empezó a disminuir en el país (de 20.5% en 2005 a 19.5%, en 2010, equivalente a 1 punto porcentual), a pesar de ello estas cifras siguen siendo altas en relación con los países latinoamericanos(4).

La dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública, resalta la atención al tema de embarazo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores. Las metas al 2021 en nuestro país son disminuir al 61 por 1 000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años; aumentar al 80 % la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19

años sexualmente activas y, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15 %(21).

Es importante considerar los factores que inciden en el embarazo a temprana edad, para orientar acciones que lo prevengan o mitiguen su incidencia. Entre los principales determinantes de los embarazos a temprana edad están los determinantes próximos que caracterizan a cada individuo, es decir los factores biológicos como el cambio hormonal y los factores comportamentales que incluyen la actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos; los determinantes intermedios, que incluyen las relaciones interpersonales e intrapersonales, las creencias, educación y los aspectos culturales del contexto; los determinantes estructurales relacionados con las características socioeconómicas e inequidades y las normas sociales e institucionales (18).

En coherencia con lo anterior, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, plantea que la maternidad en niñez y adolescencia se genera por las características individuales, socioculturales y estructurales, que han dado lugar a variables como el matrimonio infantil, la desigualdad de género, los obstáculos en la garantía de los derechos humanos, la pobreza, la violencia y abuso sexual, además de las políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos, la falta de educación sexual, la falta de acceso a educación y a servicios de salud reproductiva, de ahí que en los países subdesarrollados se presenten mayores cifras de embarazos a temprana edad (18).

3.1.3. Embarazo a Temprana Edad en Comunidades Indígenas. Existen patrones culturales tradicionales que afectan las posibilidades de acceso a una educación y atención en salud sexual y reproductiva que permita el uso responsable de métodos anticonceptivos tanto para prevenir el embarazo a temprana edad como las enfermedades de transmisión sexual. En las poblaciones indígenas se identifica una situación de déficit social y económico, por razones estructurales vinculadas con una herencia de racismo y discriminación racial en la Región, hace que se conozca poco de aspectos específicos vinculados a jóvenes indígenas y sus necesidades en materia salud sexual y reproductiva. Por ello, es importante abordar la manera en la que los adolescentes de los pueblos indígenas representan y viven su sexualidad, las prácticas sexuales y la forma en que perciben las infecciones de transmisión sexual, qué saben y cómo valoran las principales acciones preventivas(20).

En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos, toman gran importancia en la última década, considerando los aportes de las Naciones Unidas en los que se reconoce que todas las personas tienen el “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos”, así como “el de adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (22).

En los pueblos indígenas, los derechos sexuales y reproductivos, tienen otra connotación, ya que la fecundidad, se enmarca dentro de un contexto más amplio como es la concepción del buen vivir indígena, los hijos significan la posibilidad de reproducción tanto biológica como cultural, esta última constantemente afectada por la inmersión de la medicina occidental, que incide en la creación de políticas que aseguren el acceso pertinente de los métodos anticonceptivos que los pueblos, parejas y comunidad decida, incluyendo los métodos naturales y tradicionales(23).

Se han relacionado las altas proporciones de maternidad temprana en poblaciones indígenas con los factores de discriminación, que se evidencian en altos niveles de pobreza y menor nivel educativo, entre otros factores. Además se identifica que entre los jóvenes indígenas sobresalen modelos de sexualidad y reproducción tradicionales, que inciden en las tasas de fecundidad más alta, además prevalece la discriminación y desventaja de posición en la estructura social, que se hace evidente en mayores atrasos educacionales de las madres jóvenes indígenas, limita también su acceso a información sobre salud reproductiva y servicios de salud precarios(23).

En lo que respecta a los embarazos a temprana edad, es un tema que poco se ha intervenido y que requiere abordaje pertinente y oportuno, ya que se relaciona con la salud sexual y reproductiva de estas poblaciones y a este respecto, la maternidad indígena requiere de una mayor atención. En Colombia, un análisis en mortalidad materna realizado por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) que incluyó la estimación de las razones de mortalidad materna para el período 1998 a 2011, mostró que Cauca, La Guajira y Nariño, departamentos que concentran el 50% de la población indígena del país, conservaron durante todo el período, razones de mortalidad materna más altas que la razón estimada para el país(22).

La maternidad en las comunidades indígenas tiene una inmersión cultural y tradicional, se relaciona como un proceso normal y cotidiano, hace parte de un ritual, el cual debe ser planeado, desde la decisión de concebir un niño. Además se considera una etapa dentro del ciclo de vida de la mujer, razón por la cual no se visualiza como situación de riesgo o se genera control del mismo, pero si se brinda un acompañamiento desde la comunidad para atender con los preceptos y tradiciones culturales, para que se lleve de la mejor manera garantizando bienestar tanto para la madre como para el hijo(13).

Según la cosmovisión que representa los pueblos indígenas, se concibe la maternidad como algo planeado, que se ve influenciado por aspecto de índole natural, como las fases de la luna, que tienen estrecha relación desde el momento mismo de la concepción y en el desarrollo del nuevo ser humano. El apoyo familiar y social, que reciben las mujeres, es el reconocimiento de su aporte a la comunidad, por ello para su atención se reconocen los diferentes entornos (22).

En la comunidad indígena, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, se evidencia que existe un inicio temprano de la vida sexual, dentro del marco de relaciones establecidas, también se identifica mayores proporciones de maternidad temprana entre las mujeres indígenas y como factor asociado se verifica que los niveles de escolaridad alcanzados por las jóvenes son diversos. Lo anterior en contraste con la comunidad no indígena en la cual el inicio de relaciones sexuales es más tardío y en muchas ocasiones no se producen embarazos en relaciones establecidas(23).

En el mundo indígena la mujer es atendida al momento de parir por la comadrona o partera, quién da masajes en la espalda y la cadera para ayudar en el proceso de parto, que se realiza en cuclillas o parada, lo cual facilita por gravedad el nacimiento(24).

Cuando el niño nace el ombligo y la placenta son entregados a la familia para que se entierren en el campo de siembra o dentro del hogar, o lavados en aguas de ríos o manantial, o colgados de los árboles o incinerados con carbón para esparcir las cenizas en el campo, esto como símbolo de reciprocidad entre la naturaleza y el ser humano(24).

3.1.4 Transmisión Intergeneracional en Comunidades Indígenas. La transmisión intergeneracional es lo que va dando la pauta para que, a través de la vida diaria, el trato normal, los ritos que va llevando a cabo la familia, la interacción marital, la interacción filial y la interacción comunitaria, va construyendo y reconstruyendo una vida hacia delante y hacia atrás. Es decir, se transmiten valores, costumbres, tradiciones y creencias, que influyen en la forma de vida(25).

En este sentido, la transmisión intergeneracional de la cultura, entendida desde un sentido amplio que incluye comportamientos, creencias, comportamientos, significados, entre otros, que se genera a través del tiempo, de una forma natural y pausada, es un proceso histórico fundante que permite la construcción del sentido de comunidad, su mantenimiento y la posibilidad de evolución de los pueblos (25).

En la comunidad indígena, la transmisión intergeneracional juega un papel muy importante al interior de las familias, cuando se presenta un nacimiento, se adquiere un compromiso de transmisión de la cultura ancestral, en estas relaciones y vínculos se facilita el derecho a heredar la identidad de sus padres y de sus antepasados, de esta manera las costumbres, tradiciones, saberes comunitarios y formas de vida de su comunidad, para garantizar una cultura propia (26).

La transmisión de la cultura indígena para las nuevas generaciones, es responsabilidad del entorno familiar, los padres de familia, los abuelos y la

comunidad, para que se logre promover la identidad, en consecuencia, la comunidad, los legitima como miembros de la familia indígena. La transmisión de estos saberes indígenas en el marco del derecho, ha permitido mejorar la relación entre la niñez y los ancianos sabedores, desarrollando el respeto por la cultura propia(26).

La importancia de transmitir el saber indígena radica en que este saber proviene de la creación misma del mundo, de ahí que los miembros de la comunidad le otorgan el valor que merece. Cuando los sabedores de tradición oral comparten sus conocimientos, promulgan al creador de su mundo y su pueblo, luego mencionan a los antepasados, abuelos tíos y a sus padres, de quienes recibieron los conocimientos propios de su cultura, es decir estos conocimientos son una construcción colectiva, que se orienta a la toma de conciencia de la sabiduría que su creador, la cual han recibido para lograr la identidad dentro de las comunidades(26).

Los ancianos y sabedores de la cultura tradicional, son dentro de las comunidades indígenas las voces, mantienen la autoridad comunitaria y se encargan de los consejos, opiniones y recomendaciones, que dentro de la población se identifica como La Palabra Correcta, esta expresión es utilizada para representar que en sus palabras conllevan al conocimiento sobre los temas u objetos que existen. Por ello los sabedores indígenas crean una fuente fundamental del conocimiento tradicional representativo de cada pueblo en particular, estas personas se encargan de tratar las enfermedades o malestares de la población (26).

En relación a la transmisión intergeneracional en el tema específico del embarazo se encuentra la reproducción de la vida corresponde a un orden natural, en tanto se asemeja con el proceso de fertilidad de la tierra, pero también divino en tanto los dioses están presentes durante el embarazo, el parto y el resto de la vida del nuevo ser(24).

Asimismo, en la cultura indígena es común que las mujeres se casen más temprano, además sus patrones culturales legitiman un elevado tamaño de familia, por lo cual se restringe el conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar(27).

3.2 MARCO DE ANTECEDENTES

El marco de antecedentes del presente proyecto tuvo en cuenta un compendio de investigaciones realizadas tanto a nivel internacional como nacional, primero se describen aquellos estudios relacionados con el embarazo a temprana edad en la población general, posteriormente se enfatiza en el embarazo a temprana edad en comunidades indígenas.

A nivel internacional encontramos el estudio de Jorge Luis Calero y Felipe Santana de México, en el año 2001, su objetivo fue determinar las percepciones de un grupo de adolescentes sobre aspectos como: Iniciación sexual, embarazo y aborto, a 399 adolescentes de noveno grado de ambos sexos, de 4 escuelas secundarias seleccionadas ofimáticamente; mediante esta investigación, se pudo constatar que el 72,5 % de los adolescentes varones y el 90,3 % de las adolescentes mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen bien. El 67,7 % de los chicos y el 78,1 % de las chicas advierten riesgos para la salud de la mujer, ante un embarazo en la adolescencia; percibiendo el 63,3 % de los varones y el 78,1 % de las mujeres el aborto como riesgoso para la salud. Se puede concluir que existen diferencias significativas entre las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto; a lo cual la familia ha sido la principal responsable de brindar educación y comunicación diferenciada por género(28).

En la investigación realizada en Argentina por Mariela Barrozo y Graciela Pressiani en el año 2010, cuyo objetivo fue identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años, del departamento de Santa Rosa durante el año 2010. Se contó con la presencia de 130 adolescentes, de las cuales se obtuvo información con técnica de encuestas anónimas, arrojando como resultado: El 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años). Se obtuvo como respuesta el 46,20%, haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción. Del 49,20% de las jóvenes encuestadas, respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar. En la tabulación correspondiente al conocimiento que poseen las jóvenes adolescentes sobre embarazo y sus riesgos, en el 91,50% se observó tener un buen nivel de información (19).

A nivel nacional, encontramos, la investigación de Luis Alfonso Mendoza, Martha Arias, Marly Pedroza y Paul Micolta, en el año 2012, que se denomina: Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana, en la que se plantea que el inicio de la actividad sexual en adolescentes, está asociada a la pobre planificación familiar, mayor tasa de fecundidad y riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual. El objetivo fue evaluar el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad sexual en la adolescencia. Es un estudio de cohorte retrospectiva, en el que participaron 845 adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia y que consultaron a una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Tuluá, Colombia. Los resultados confirman

el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales, por lo que se requiere acciones en programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, que permitirán reducir las cifras encontradas en este estudio (29).

También se encuentra el estudio de Alvarado, Martínez, Baquero, Valencia y Ruiz, en el año 2007, sobre la problemática en torno al embarazo adolescente de 14 a 19 años, en Nocaima, Cundinamarca, esta investigación buscó datos sobre anticoncepción, embarazo y factores relacionados en adolescentes escolarizados, realizando un paralelo entre la población rural y urbana. La comunidad reconoció esta situación como uno de los problemas a intervenir, en consecuencia, el presente trabajo pretendió estudiarlo y analizar medidas de intervención para promover una sexualidad libre y responsable, disminuyendo la ocurrencia del embarazo indeseado en adolescentes. Como resultados, se encuentra que el 88.9% de las participantes se encontraba entre 14 y 17 años. El 66.8% de las adolescentes sabe cómo usar correctamente los métodos anticonceptivos que conocen, y el 28.8% de las mismas ha tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de inicio de 15 años. De las adolescentes encuestadas 11.1% han estado embarazadas en algún momento de su vida. De estos embarazos el 57% terminaron en aborto y el 66,8% de las embarazadas dejaron sus estudios. Luego de establecer jornadas de estudio, revisando los temas asociados al embarazo y los factores inherentes a la actividad sexual en esta etapa, se observó que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública prevenible. Además, se puede sugerir una relación de este problema con el déficit de redes de apoyo familiar y social, y con las carencias en la toma de decisiones a nivel individual (30).

La investigación realizada en el año 2012, por Garnica Lina María, en la Universidad del Rosario, sobre prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes en Colombia, la metodología utilizada fue de corte transversal comparativo a partir de 13,313 adolescentes colombianas respondientes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Se realizaron regresiones multinomiales para comparar el grupo de adolescentes no embarazadas con las que tuvieron uno o varios embarazos y regresión logística para comparar el grupo de embarazo único y el reincidente. Los resultados refieren que el embarazo en adolescentes es uno de los problemas de salud pública relevantes, reconociendo que, en Colombia, las políticas no han sido efectivas para disminuir la tasa de embarazo en edades tempranas, ni para impedir la reincidencia de la gestación. Este estudio caracteriza esta problemática determinando la prevalencia y los factores asociados tanto del embarazo en adolescentes como de su reincidencia (31).

Como otro aporte al proceso de investigación, está el estudio desarrollado por el Ministerio de Cultura, en los municipios de Florencia, Cajibío, Tambo y Timbío (Cauca), publicado en el año 2014, en el que participaron 204 jóvenes oriundos

de estos municipios, con rango de edades entre los 12 y 19 años, entre los cuales 128 fueron mujeres y 76 fueron hombres. Se abordó la percepción de los jóvenes campesinos sobre el embarazo adolescente y la incidencia de la cultura en su proyecto de vida como factor protector para la prevención, busca hacer un análisis sobre la percepción que adolescentes y jóvenes tienen sobre el embarazo adolescente y la incidencia de la cultura en su proyecto de vida como factor protector para la prevención (32).

También está la investigación denominada: El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes, realizada por Quintero y Rojas en el año 2015, el estudio fue cualitativo y tuvo como propósito, el análisis de la situación del embarazo en la adolescencia, a través de una entrevista semiestructurada realizada a 12 adolescentes gestantes o con hijos menores de un año de edad y usando el método de análisis del discurso de los relatos de sus protagonistas, se reconoció al embarazo como ruptura biográfica de las adolescentes donde el aspecto sociocultural más importante es la ausencia de comunicación entre padres e hijos frente al tema de la sexualidad, falta de un proyecto de vida, así como el acceso restringido de los adolescentes a información adecuada y uso de métodos anticonceptivos(4).

El observatorio de la niñez publicó en el año 2015, el estudio de embarazos en adolescentes, generalidades y percepciones, esta publicación se realiza en el marco del convenio No. 1742 de 2013 suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Se documenta una contextualización conceptual de los factores de riesgo que inciden en el embarazo en adolescentes, una descripción estadística de la fecundidad en Colombia, con la identificación de 198 y 278 municipios de mayor incidencia para las madres entre los 10 y 14 años de edad y los 15 a 19 años, respectivamente, los cuales pueden ser priorizados para las intervenciones en materia de prevención; el análisis de las percepciones de los adolescentes según el sondeo de opinión(18).

Por último, en el contexto nacional, está el estudio de Roció Carvajal, Harold Valencia y Reinaldo Rodríguez en el año 2017, sobre factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura en Colombia, cuyo objetivo fue identificar los principales factores asociados al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas, este estudio fue analítico prospectivo de una cohorte de 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad, en colegios públicos y privados de Buenaventura entre los años 2006 y 2007. Los resultados evidencian que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano no sólo están en el nivel individual, sino que abarcan también el ámbito de los pares y la familia de la adolescente, al igual que de los servicios de salud. En términos de salud pública, implica que los esfuerzos que se lleven a cabo para disminuir los embarazos tempranos en Buenaventura deberían enfocarse en dirección hacia estos tres niveles(33).

Centrándonos en la revisión de investigaciones de embarazos a temprana edad en comunidad indígena, encontramos los siguientes estudios. El estudio de fecundidad indígena en México bis a bis la visión de los programas oficiales ¿camino divergentes?, en el año 2004, en este estudio se analiza y confrontan dos esferas: la fecundidad indígena en su concepción y su práctica, así como lo que plantea la ley general de población en materia de fecundidad, que incluye la forma en la que se desarrollan los programas de planificación familiar a las comunidades indígenas. Se analiza si existe rechazo a la política oficial y hasta qué punto se considera la especificidad cultural indígena en los programas oficiales de la población (24).

Asimismo, se encuentra el estudio realizado en Guatemala por López entre el año 2006 y 2007, denominado el arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas Centroamericanas. Esta investigación se realizó sobre el arraigo del embarazo indeseado y sus consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas. Se encontró que el 35,8 % de los embarazos fueron no deseados, lo cual se relaciona con que la mayoría de estos embarazos se dio entre los 15 y 19 años, entre las consecuencias para la joven se describe el abandono de los estudios, el matrimonio apresurado y el incremento de la probabilidad de tener más hijos en comparación con las que retrasan el primer nacimiento(34).

Para abordar las particularidades del embarazo en comunidades indígenas, está el estudio que fue desarrollado en Argentina, por Raquel Irene Drovetta, en el año 2011, denominado experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres indígenas de la punta jujeña: un análisis intergeneracional, el objetivo central de esta investigación fue describir los cambios acontecidos en la atención del embarazo, el parto y el puerperio en dos generaciones de mujeres indígenas, como metodología se utilizó el análisis de entrevistas a profundidad, con la participación de generaciones reproductivas; como resultados se encontró que las mujeres consideran eficaz la medicina alopática, la permanencia de las prácticas terapéuticas tradicionales, responde a una búsqueda de reaseguramiento en el logro de resultados satisfactorios para la salud. Sin embargo, las prácticas médicas tradicionales, se implementan en un espacio no simplemente alternativo, sino marginal del ámbito terapéutico alopático preponderante, e inclusive, son sometidas a la desestimación por parte de los biomédicos, la autora sugiere la necesidad de la implementación de políticas pertinentes en el área de salud(35).

Asimismo, está el estudio denominado, conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural, realizado en Guatemala, por Carlos Calvillo y Andrés Rodríguez en el año 2014. Esta investigación tiene como objetivo identificar conocimientos y comportamientos sobre salud sexual de estudiantes indígenas, es de tipo descriptivo de corte transversal a una muestra aleatoria de 178 estudiantes de una comunidad rural indígena, la recolección de información se

realizó a partir de un cuestionario adaptado y modificado al contexto sociocultural guatemalteco. Como resultados se encontró que los estudiantes tienen insuficientes conocimientos y comportamientos de riesgos en relación con la sexualidad, matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación, donde las inequidades de género añaden un elemento negativo.

Los resultados encontrados ratifican la situación desfavorable que presenta la población indígena de Guatemala en el área de la sexualidad, lo que constituye un grave problema de salud pública (20).

4. MÉTODO

4.1 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación adoptó el paradigma cualitativo de investigación, el cual se fundamenta en una perspectiva interpretativa, centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres humanos y sus formas de organización. Cabe destacar que dentro de este paradigma existe una variedad de concepciones o marcos de interpretación, pero en todos ellos hay un común denominador que Colby (1996) lo ha denominado patrón cultural, el cual parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender situaciones y eventos, de ahí la importancia de comprender cada significado y situación en su contexto sociocultural(6).

Considerando lo anterior, es fundamental comprender las percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad de mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal desde su cultura y contexto social.

4.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrolló desde dos enfoques de la metodología cualitativa: (a) La fenomenología hermenéutica desde la cual se pretende descubrir el significado de la existencia de los seres humanos mediante la descripción y comprensión de sus vivencias, y b) Interaccionismo Simbólico, el cual según Blumer (1962) explica que los seres humanos actúan sobre las bases de los significados que las cosas tienen para ellos, significados que se construyen en la interacción social y que dependen y se modifican a través de un proceso interpretativo usado por la persona en su trato con las cosas que encuentra(36).

Para el caso específico se pretendió conocer las percepciones frente al embarazo a temprana edad de mujeres indígenas del resguardo de Cumbal a través de la comprensión de una serie de elementos simbólicos propios de la cultura de este resguardo que constituyen a la postre, un sistema de significados intersubjetivos construido con la participación de los actores directamente implicados en el problema de estudio.

4.3 PARTICIPANTES

Las participantes fueron mujeres del resguardo indígena de Cumbal que experimentan o experimentaron la situación de embarazo antes de cumplir 18 años de edad. La unidad de trabajo estuvo conformada por 12 mujeres, cuatro

menores de 18 años, cuatro mayores de 40 años y cuatro mayores de 60 años que accedieron a participar voluntariamente.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Dentro de la investigación se utilizó como técnicas de recolección de información la entrevista en profundidad y grupo focal, las cuales son coherentes con el interaccionismo simbólico y la fenomenología, y permitieron obtener información desde la perspectiva de la comunidad investigada.

4.4.1 Entrevista en Profundidad. La entrevista es uno de los métodos más importantes usados en la investigación cualitativa, proporciona conversaciones para el intercambio de información verbal y analógica, que implica un proceso de develar sentimientos, deseos, problemas, creencias, experiencias y comportamientos personales, teniendo como propósito el desarrollo del conocimiento, ya que al interpretarse los datos proporcionan una información valiosa para comprender un dilema(36).

Para efectos del presente estudio se realizaron nueve entrevistas en profundidad con mujeres indígenas pertenecientes al resguardo de Cumbal, con el fin de conocer sus percepciones, creencias y prácticas frente al embarazo a temprana edad. Tres mujeres eran menores de 18 años, tres entre 30 a 40 años y tres mayores de 50 años, todas ellas experimentan o experimentaron la situación de embarazo antes de cumplir 18 años de edad.

4.4.2. Grupo Focal. El grupo focal se centra en la pluralidad y variedad de reflexiones, experiencias, percepciones, actitudes y creencias respecto al tema propuesto, involucrando muchos niveles de sentimientos y experiencias, en donde se focaliza la atención e interés en un tema específico de estudio e investigación (36).

En el desarrollo del presente estudio se realizó un grupo focal con tres mujeres que experimentaron o experimentan el embarazo antes de los 18 años, un menor de 18 años, otra de más de cuarenta años y la última de más de sesenta años. El grupo focal permitió la detección de las dimensiones y categorías de interés para el estudio del embarazo a temprana edad en mujeres indígenas, así como también se pudo profundizar en la opinión y percepción de los sujetos de estudio frente a la problemática planteada.

4.4.3. Revisión Documental. La revisión documental es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos,

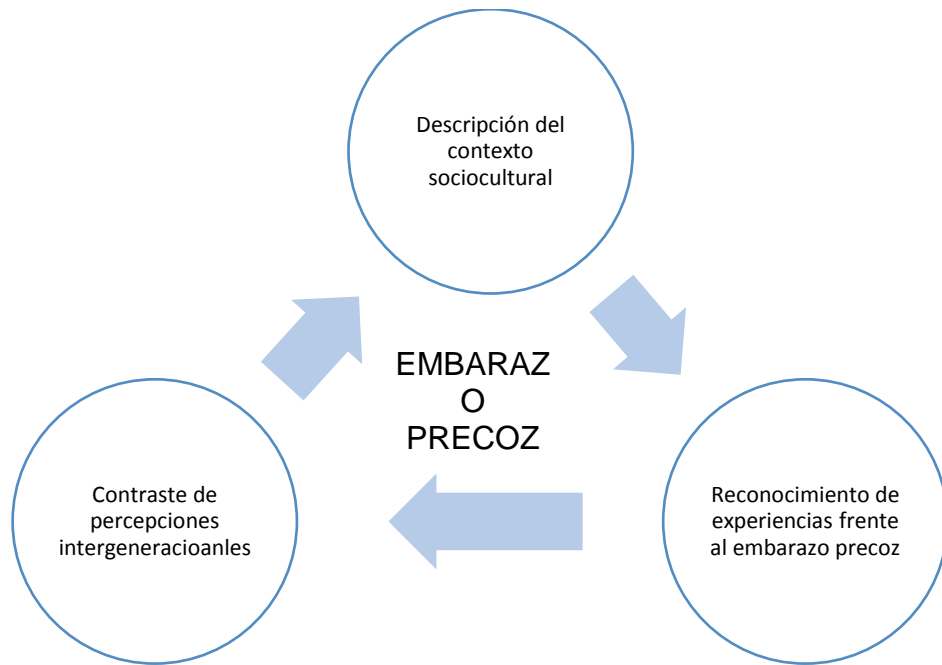
videos, entre otros, que debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y válida; permitiendo recolectar un contenido que leído e interpretado adecuadamente abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social(36).

Es así como en el presente estudio se realizó la revisión documental de documentos institucionales del resguardo de Cumbal, Mallamas E.P.S, políticas en salud nacionales y artículos científicos relacionados con el tema. Esta revisión tuvo como propósito conocer las características sociodemográficas de la población sujeto de investigación, el proceso de atención materno perinatal de la población indígena en Cumbal y en el país, y ampliar la comprensión de los significados asociados con el embarazo en pueblos indígenas.

4.5 PROCEDIMIENTO

La investigación se orientó a través de un proceso circular que implicó el reconocimiento del contexto sociocultural, el desarrollo de las técnicas de investigación y la reflexión permanente frente a los aspectos generacionales e intergeneracionales reconocidos en el discurso de las participantes.

Figura 1. Proceso de investigación



Fuente: Esta investigación.

Las etapas de desarrollo del estudio fueron:

Etapa 1. Preparación: en esta etapa se realizó una revisión de investigaciones relacionadas con el tema de investigación. Para orientar el desarrollo de este proceso, se diseñó el protocolo para el desarrollo de entrevistas y grupo focal. Se identificaron en la comunidad las mujeres que cumplan con los criterios para esta investigación, una vez convocadas se brindó la explicación del tema y se procedió a la firma de consentimientos informados.

La guía de grupo focal fue construida teniendo en cuenta las categorías deductivas: Contexto histórico, geográfico, social y cultural; Percepciones sobre la sexualidad; Significados en torno al ser mujer en la comunidad; Significados relacionados con el embarazo; Alumbramiento; El puerperio; Anticoncepción y Embarazo desde las diferentes generaciones. Estas categorías resultaron de la revisión documental realizada de manera previa. Se realizó una prueba piloto de la guía de grupo focal y entrevista con 7 mujeres del Resguardo Indígena, esto permitió ajustar las preguntas y tópicos a abordar a las características socioculturales de las participantes.

En el caso de la entrevista en profundidad, es necesario señalar que, por las características de la técnica, la guía solo contempló tópicos generales: Aspectos

socioculturales asociados al embarazo; Experiencias frente al embarazo a temprana edad y Percepciones frente al embarazo a temprana edad. Las preguntas emergieron del discurso de las participantes.

Etapa 2. Recolección de información: para la recolección de información se utilizaron tres técnicas que fueron la entrevista en profundidad, la cual se desarrolló con nueve mujeres indígenas pertenecientes al resguardo de Cumbal, un grupo focal, con tres mujeres que experimentaron o experimentan el embarazo antes de los 18 años, de los diferentes grupos etarios: mujeres menores de 18 años, mujeres entre 30 a 40 años y mujeres mayores de 50 años; la revisión documental de textos institucionales del resguardo de Cumbal y artículos científicos relacionados con el tema.

Etapa 3. Análisis de información: La información obtenida a partir del desarrollo de las entrevistas y el grupo focal, se ingresó en el software de análisis Atlas-Ti, con ello se logró establecer las categorías deductivas e inductivas de acuerdo con las percepciones de las participantes.

Etapa 4. Devolución de resultados: Una vez finalizada la investigación, se realizó la socialización de los resultados obtenidos a los representantes del Cabildo Indígena y de la ESE Municipal de Cumbal, con el fin de que se tenga en consideración las particularidades de esta comunidad en el tema de salud sexual y reproductiva y se pueda realizar una atención oportuna y pertinente, en los casos de embarazo a temprana edad.

4.6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el análisis cualitativo se hizo un vaciado constante de información en las categorías deductivas e inductivas o emergentes, y se aplicó la técnica de comparación constante que consiste en comparar estos resultados con los objetivos y la teoría. Finalmente se realizaron proposiciones que sinteticen los resultados. Como herramienta para el análisis de la información cualitativa se utilizó el programa informático Atlas-Ti.

Tabla 1. Participantes de investigación

	Participantes entrevistadas	Participantes grupo focal
Menores de 18 años	Participante E1, Participante E2, Participante E3	Participante GF4
Mayores de 40 años	Participante E5, Participante E6, Participante E7	Participante GF8
Mayores de 60 años	Participante E9, Participante E10, Participante E11	Participante GF12

Fuente: Esta investigación.

A continuación, se presentan las categorías que orientaron el análisis de la información

Tabla 2. Categorías de Investigación

Objetivos específicos	Categorías deductivas	Categorías inductivas
Aspectos socioculturales asociados al embarazo	Contexto histórico, geográfico, social y cultural	Reconocimiento de los derechos de las comunidades indígenas.
		Cosmovisión y su relación con el embarazo en la comunidad.
		Medicina tradicional y atención en salud con un enfoque etnocultural.
Experiencias frente al embarazo a temprana edad	Percepciones sobre la sexualidad	La sexualidad como un aspecto desconocido y negado
		La sexualidad como un tabú
		Contextos de aprendizaje

Tabla 2. (Continuación).

	Significados en torno al ser mujer en la comunidad	La menarquia como símbolo de transición a la vida adulta y de temor
	Significados relacionados con el embarazo	El desarrollo del embarazo y la atención sanitaria Redes de apoyo; el embarazo como construcción colectiva Implicaciones del embarazo
	Alumbramiento	Atención sanitaria y parto en la comunidad Rituales en torno al nacimiento
	El puerperio	Acompañamiento de promotoras de salud
	Anticoncepción	Anticoncepción
Percepciones intergeneracionales frente al embarazo a temprana edad	Embarazo desde las diferentes generaciones	Número de hijos Tipos de familia

Fuente: Esta investigación.

4.7 ELEMENTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Nariño y se orientó desde los principios éticos básicos de la investigación de la resolución 8430 de 1993 (37), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El comité de ética identificó los potenciales riesgos del estudio y los beneficios para los participantes, determinando la factibilidad de la investigación.

Los investigadores brindaron a las participantes información necesaria y suficiente sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas en relación a la investigación, orientando a la toma de una decisión libre y autónoma que se sustenta en el consentimiento informado que firmaron voluntariamente.

En el consentimiento informado se describen los objetivos, procedimiento, justificación, riesgos de la investigación y se aclara la participación voluntaria y que podían retirarse del estudio en cualquier momento si así lo deseaban, así mismo se da a conocer que la información recolectada será manejada bajo el principio de confidencialidad.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD EN LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL RESGUARDO DE CUMBAL

5.1.1. Contexto Histórico, Geográfico y Cultural. Para establecer el contexto histórico y geográfico del Resguardo Indígena del Gran Cumbal, es necesario ubicar sus referentes desde el origen y cosmovisión del Gran Pueblo de Los Pastos al cual pertenece. Los Pastos son un pueblo indígena ancestral que ocupaba y ocupa el territorio del hoy denominado nudo de los Pastos, ocupando principalmente el territorio norte de la provincia del Carchi en Ecuador y la exprovincia de Obando al sur del departamento de Nariño en Colombia.

Figura 2. Ubicación del Pueblo de los Pastos.



Fuente: Plan Binacional para el Nudo de los Pastos, 2006.

De acuerdo a los estudios realizados por Mamian, se establece una delimitación más precisa de la siguiente manera: "el territorio tradicional de Los Pastos limita hacia el sur con los Caranquis, hacia el oriente con Los Cofanes, hacia el norte con los Quillacingas y Abades y hacia el occidente con diversos grupos selváticos genéricamente denominados Barbacoas como los Masteles, Puises, Nulpes, Tangales." De acuerdo a estas investigaciones y la memoria oral

recreada por líderes de la comunidad, los Pastos comprenden que su territorio ancestral abarcó desde los límites con el pacífico hasta el pie de monte amazónico y como centro el Nudo de Los Pastos o el Nudo de Huaca, esta última denominación se encuentra plasmada en el plan de vida de los Pastos, desarrollado por la asociación de cabildos de los Pastos en el marco del plan de vida de los Pastos(38).

Actualmente los comuneros del Pueblo Pasto perviven a través de estructuras organizativas denominadas resguardos en el lado colombiano y cantones en Ecuador. En Colombia existen 21 resguardos Pastos reconocidos por las instituciones del Estado Colombiano y cinco que están en un proceso de constitución y reconocimiento. Dentro de dichos resguardos, se encuentra el Resguardo Indígena del Gran Cumbal, cuyas características socioculturales y geográficas describiremos a continuación: En primer lugar cabe precisar que el Resguardo Indígena del Gran Cumbal se ubica dentro de la jurisdicción del municipio de Cumbal, que está situado al Sur Occidente del Departamento de Nariño con una temperatura promedio de 11°C y una altura de 3.050 m.s.n.m, localizada a 00 54"de latitud norte y 770 47" latitud oeste, con una superficie aproximadamente de 677 Km², limita al norte con el Municipio de Ricaurte y el Municipio de Mallama, al este con el Municipio de Guachucal y el Municipio de Cuaspud - Carlosama, al oeste con el Municipio de Ricaurte; cuenta con una población aproximada de 20.839 habitantes y está dividido en nueve veredas: Guan, Tasmag, Cuaical, Quilismal, Cuetial, Boyera, Cuaspud, Miraflores – San Martín y Llano de Piedras(39).

5.1.1.1 Reconocimiento de los Derechos de las Comunidades Indígenas. El territorio Ancestral del Gran Cumbal, a partir de la expedición de la constitución del 1991 ha enfrentado varios cambios positivos tales como: el reconocimiento a la diversidad étnica y cultural art (7), derecho a una formación que respete y desarrolle la identidad cultural art (68), derecho especial sobre el patrimonio cultural art (72), derecho a ejercer funciones judiciales art (246), derecho a tener una entidad territorial indígena art (286), derecho a la propiedad colectiva del Resguardo art (329), derecho a diseñar políticas, planes y programas para su propio desarrollo económico y social art (330) y demás derechos consagrados en la ley como es el caso de los derechos territoriales (ley 89 de 1890, decreto 2164 de 1995, ley 21 de 1991, decreto 4633 de 2011) y otros derechos consagrados en la ley 48 de 1993, ley 270 de 1996, decreto 1953 de 2014 y demás legislación concordante con el tema; lo anterior junto a lo dispuesto en el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, la Declaración Americana, la Declaración de Durban y demás(39).

Estos avances normativos, al interior de las comunidades son aplicables a los usos, costumbres y tradiciones que hacen parte del Derecho Mayor como derecho propio de las comunidades indígenas, lo que ha permitido profundizar

en el conocimiento para la aplicación de los componentes normativos en el marco del Derecho Propio con el fin mejorar el desempeño de las autoridades indígenas en cuanto a la administración de justicia, fortalecimiento de la identidad cultural, ejercicio de la Autonomía, fortalecimiento de la Gobernabilidad y demás según los usos y costumbres propios.

5.1.1.2 Cosmovisión y su relación con el embarazo en la comunidad. En relación a su cosmovisión, es decir la manera de interpretar el mundo que los rodea, desde su origen o cosmogonía, se entiende desde un referente conceptual de la dualidad, como una visión integral, permite la comprensión de la cultura y educación como dos aspectos complementarios, recíprocos y desarrollables de manera conjunta; para la comunidad indígena el concepto de cultura, al igual que para el pueblo de los Pastos, se representa en el marco de la dualidad cósmica del adentro (el bien) y del afuera (el mal), el mundo de arriba y el mundo de abajo, lo femenino y lo masculino, estos conceptos se han mostrado durante todos los tiempos y se ha reconocido en los diferentes petroglifos y representaciones simbólicas, hoy en día explicadas desde las palabras de sus sabedores ancestrales, como el caso del ex Senador y autoridad tradicional Tayta Felix Efren Tarapues, quien nos habla que los conocimientos milenarios en los tiempos de adelante (refiriéndose al conocimientos de los ancestros Pastos) se practicaron sobre la ley natural, ley de origen y el derecho mayor, lo que permite que el conocimiento adquirido por las madres y padres es trasferido a las siguientes generaciones, al recrear la ley natural, a través de los mitos y leyendas, los abuelos transmiten el conocimiento que permite el respeto hacia la pareja y los hijos, a ser responsables con su hogar, a cultivar la tierra, estos valores le permiten a una persona tomar una decisión de tener un hijo y conformar una familia, más allá de su edad, es contar con la claridad mental de poder formar un hogar, nuestros mayores son muy estrictos con el respeto por la familia y su estructura.

A continuación, se muestra una pictografía en la que se describe el pensamiento del indígena del Resguardo de Cumbal.

Figura 3. Pictografía del pensamiento indígena del Resguardo de Cumbal



Fuente: Plan Binacional para el Fortalecimiento Cultural, Natural y Ambiental del Nudo de los Pastos – Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales del Nudo de los Pastos SHAQUIÑAN documento técnico, 2006.

La figura se muestra como centro el símbolo del sol de los pastos, cuyo petroglifo se encuentra en el Resguardo Indígena de Cumbal y sobre el cual se celebra la fiesta al sol “Inti raimi”, esta celebración que se realiza en todos los pueblos indígenas Andinos (Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador) congrega a toda la población en torno a rituales, que dan el inicio al año solar según el calendario pasto, cada 21 de junio es el día cero, el inicio de un nuevo ciclo solar, es un tiempo para recrear las palabras, para recrear los mitos de origen, para transmitir a los guaguas (niños y niñas) a los guanbras (adolescentes) y a los chiquillos (jóvenes) los conocimientos de los mayores, la ley natural y la ley de origen, enseñan a respetar la Mama Pacha (madre tierra), su fecundidad y la fecundidad de la mujer, como dadora de vida y poseedora de conocimientos para lograr que sus hijos crezcan saludables y conozcan su cultura y cuando sean jóvenes o chiquillos respeten a su compañera y estén preparados para engendrar un hijo y comprometerse a formar un hogar y transferir ese conocimiento a sus hijos y de esta manera preservar la identidad, los principios y valores de la cultura indígena, cuando una mujer queda en gestación y no tiene el acompañamiento de su pareja durante la gestación y el niño crece sin su padre, la mujer de la cultura Pasto y por ende las mujeres del Resguardo de Cumbal consideran un

fracaso, que la joven madre no haya logrado que su descendencia perpetúe las tradiciones y enseñanzas de una cultura.

Continuando con la explicación que los sabedores brindan sobre la grafía de la cultura Pasto, presente en el Resguardo de Cumbal, se muestra que alrededor del símbolo del “Sol de Los Pastos” se representan las dimensiones del conocimiento ancestral indígena del Pueblo de los Pastos, a saber: (40).

En el desarrollo y vivencias de estas dimensiones, de acuerdo con los anteriores fundamentos de la cultura, se encuentra unos referentes de la identidad cultural y se entienden como principios orientadores y de enseñanza de la educación indígena.

a. Comunidades culturales en relación con otras culturas

Para el caso de la dimensión 1, comunidades ancestrales y la relación con otras culturas, en el Resguardo de Cumbal, se tiene una Ley de Origen: que desde su mitología muestra la génesis, la formación y evolución de la creación, los mayores o autoridades tradicionales narran el origen desde el huracán del cielo y el movimiento de la tierra como momentos complementarios, así también dan a conocer el origen del hombre, de la vida, del cosmos y de la cultura, es decir nos hablan de La Ley Natural, como un principio base de la enseñanza, comprendida como la ley de las energías que regulan la naturaleza y el cosmos, y permite mantener el equilibrio de todos los fenómenos naturales, los seres vivos y sus relaciones, como en un tejido vivo; así mismo, el Territorio, como cimiento de la cultura y el saber, de esta manera el territorio es concebido como la “Pacha Mama” o “Madre tierra” que da sustento de vida para todo lo existente; de donde cada indígena nace y donde tiene que volver, de ahí que uno de los hitos más importantes de gestación y el parto es el ritual de enterrar la placenta en el “umbral de la casa” o en la entrada, para que los hijos pervivan en su territorio, respeten la Ley Natural y la Ley de Origen, respeten la estructura de la familia, aprendan a trabajar y sean responsables de los actos en su vida, como el caso de tomar la decisión de tener un hijo y brindarle un hogar.

Finalmente en esta dimensión se encuentra el Derecho Mayor, como principio de la Cosmocracia: entendido como modelo de la gobernabilidad, según la grafía cósmica, un mundo de arriba y un mundo de abajo, un principio que fundamenta el respeto por los antepasados y los espíritus mayores que involucra el mundo de abajo y las autoridades tradicionales, consejo mayor, gobernador indígena y regidores representan y hacen respetar el derecho mayor en el mundo de arriba, el mundo de los vivos; de tal modo que dentro del reglamento interno del Resguardo de Cumbal, para llegar a ser autoridad tradicional se debe cumplir unos requisitos, por ejemplo ser una persona responsable con su hogar, ser líder y demostrar valores y principios con la familia y la comunidad, en otros casos como la parcialidad de Mayasquer, que hace parte del Resguardo de Cumbal, para ser una autoridad del cabildo indígena, se requiere estar casado o convivir

en el hogar junto con su pareja y los hijos, de esta manera la autoridad tradicional alimenta los principios de responsabilidad y respeto por la familia y el hogar(40).

b. Ejercicio de los usos y costumbres

En el ejercicio de los usos y costumbres; es donde más vivencial es la cultura del Resguardo de Cumbal, con una dinámica permanente de recrear la palabra y las enseñanzas de los mayores, ha permitido transferir un el conocimiento de manera intergeneracional, mediante la **Oralidad**, como el sistema de aprender, de comunicarse con la palabra, la palabra mayor, fresca y dulce, palabra viva, mutante y caminante, como la describen los sabios del Resguardo de Cumbal; **Indumentaria**, o vestimenta tradicional, como la enseñanza en la expresión estética de la grafía del territorio y la diferencia en la diversidad entre culturas andinas, se expresada en el vestir de los indígenas y demás tradiciones; la **Alimentación**, que se recrea y se define como la manera propia de alimentarse los indígenas con la percepción de que nutra cuerpo, mente y espíritu; para que el indígena pueda tomar buenas decisiones, su cuerpo debe tener una alimentación natural, libre de productos químicos que dañan su mente, en la mujer la alimentación juega un papel fundamental, las parteras del Resguardo consideran que mientras una mujer tenga una alimentación natural, sus ciclos menstruales serán regulares y bajo esas condiciones funcionan los métodos naturales para planificación. **La Shagra**, como otro referente cultural, es el modelo productivo orgánico, biológico y biodinámico; es considerado el espacio donde se recrea la memoria y el conocimiento del cosmos; de las plantas medicinales o las plantas poder, plantas de la sabiduría para la relación con los espíritus, como es conocida por los médicos tradicionales del Resguardo de Cumbal; mismas plantas que se activan o se armonizan mediante el ritual, como espacio y momento donde la sagralidad se manifiesta para el encuentro con los espíritus, que nos permite comprender la siguiente dimensión(40).

c. Uso de la ritualidad autónoma

Uso de la ritualidad, la cual se recrea en todo momento, desde el hogar, al realizar o conmemoran un hito de la vida, como la llegada de un hijo, la pérdida de un ser querido, en el entorno de la comunidad, al dar apertura a una sesión del cabildo indígena o para iniciar una minga de la comunidad y principalmente en rituales de sanación o armonización, como practicas dentro del modelo de salud propia del Resguardo de Cumbal(40).

d. Mundo del Yachao – Kuraca – Chaman

Tiene que ver con los llamados Kuracas o médicos tradicionales la comprendemos como parte fundamental del plan de vida del Resguardo de Cumbal, como se encuentra consagrado en un documento de construcción permanente y legitimización con la comunidad indígena, esta dimensión se

vivencia mediante de los modelos de salud propia de la E.P.S Indígena Mallamas, que garantiza el aseguramiento y la gestión del riesgo en salud y el modelo de atención intercultural de I.P.S Indígena de los Cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer(40).

e. Dimensión mundo de los dioses

El mundo espiritual; es el sustento de la tradición oral y la recreación de la palabra, de las creencias un mundo espiritual que guía a las autoridades y orienta a la comunidad, mediante este mundo espiritual se recrea la ley de origen y la cosmovisión como Resguardo Indígena y como Pueblo Pasto (41).

Según el Modelo de Atención en Salud Propio e Intercultural IPS indígena de los cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer 2014, existen algunos mitos que explican el origen del Resguardo Indígena Pastos, los cuales se describen a continuación:

1. MITO LA WAKAMULLA: *“En lodo y oro broto la vida, así del vientre de la madre Volcán eructó la existencia; se dice que el volcán Cumbal tuvo relaciones con la laguna de Cumbal y los residuos de la placenta están petrificados en la piedra de la Wuakamulla. Así mismo se dice que de ahí nacieron los Cuaicales, Quilismales, Tapies, Alpalas, de igual forma nacieron los Taramuel, Guadir, Cumbalaza, Chinguad. En el lodo y el oro esta nuestro ADN Andino, esa es la explicación de nuestra Ley de Origen, hace miles de años fue que surgió la vida y en ella nuestra Identidad”*(41).
2. MITO EL KAMUR: *“Cuna del florecimiento de los Cumbales, loma de la kanhahua donde las heladas no afectan, aquí están los huesos de las centenas de generaciones, de aquí nacerían todos los Kumbes. Este lugar mágico, sagrado, es el Testigo de los Derechos de la Ley de origen Altura, fiesta, poder”*(41).
3. LA TUTA: *“Lugar sagrado del origen, es un camino como una espiral o churo que desde el páramo llega al mar, por este camino del inframundo surgieron, nacieron, aparecieron conducidos en el dragón de tres cabezas, las tres parcialidades que habitan la Madre Territorio. De aquí nacieron los Tarapues, Nazate, Puenayan. Por ello cuando estamos en los socavones evocamos al Mito del Origen. Esa es nuestra legitimidad, nuestra pertenencia, Nuestra legalidad, esa es la raíz, la semilla, nuestro Gen de la Ley”*(41).
4. LA PAILA DE SIETE OREJAS: *“La laguna de la bolsa, madre progenitora de los Cumbales fue el santuario donde se refrendaba el pago a las Deidades del cosmos y la paila es la nave que flota en el espacio y sobre ella el Kumbe y sus espíritus ofrecen la Reciprocidad por la Vida. Por lo anterior las lagunas son los ojos de la Madre Territorio donde reposa*

nuestra ley de origen”(41).

5. MITO DE LAS PERDICES: *“este mundo no fue así como lo que es ahora, lo que estuvo para adentro quedó para afuera; sucedió cuando eructaron los volcanes, es por ello que el pueblo nuevo de Cumbal está sobre las rocas de la erupción del Volcán Cumbal. Las perdices son las divinidades genésicas del origen de la cultura Pasto y en ello la Cumbaltar, son dos mujeres míticas las que originan la vida y la cultura. La Blanca y la Negra simbolizando el día como fuerza masculina – Taita Sol y la noche la sombra como fuerza Femenina - La Luna. Así entonces las perdices fueron bailando, bailando y fueron fundando los pueblos dejando unos para arriba y otros para abajo”(41).*
6. SHISPAS HUANHAS Y EL CASIQUE KUMBE: *“A las doce del día se dice que se sintió un gran estruendo, los poderosos se citaron en las planicies, en la pamba de Shimanhual o Huamialamag o Panamal con el fin de voltear o moldear el mundo como quindes llevaron a la velocidad de la luz y se pusieron a pelear. Luego como tigres llenados en canasto, luego como boas enroscadas. El shispas que venía del Putumayo, El Huashas del Pacífico y el Kumbe del Páramo; entonces el mito evoca a las fuerzas energéticas que deambulan por el espacio de la madre Territorio, así el Agua, Aire, y las demás energías son transformadas en Hielo sobre los Picos, Nevados de la Madre Volcán y todos los cerros y los páramos. Ese origen Terreno de percepción nos da el Derecho Milenario de leer y releer a las energías de la vida”(41).*

El recrear los mitos de origen, permiten vivenciar la identidad cultural, fortalecer la cosmovisión y cosmogonía, y de esta manera, pervivir en el tiempo como Pueblo Indígena.

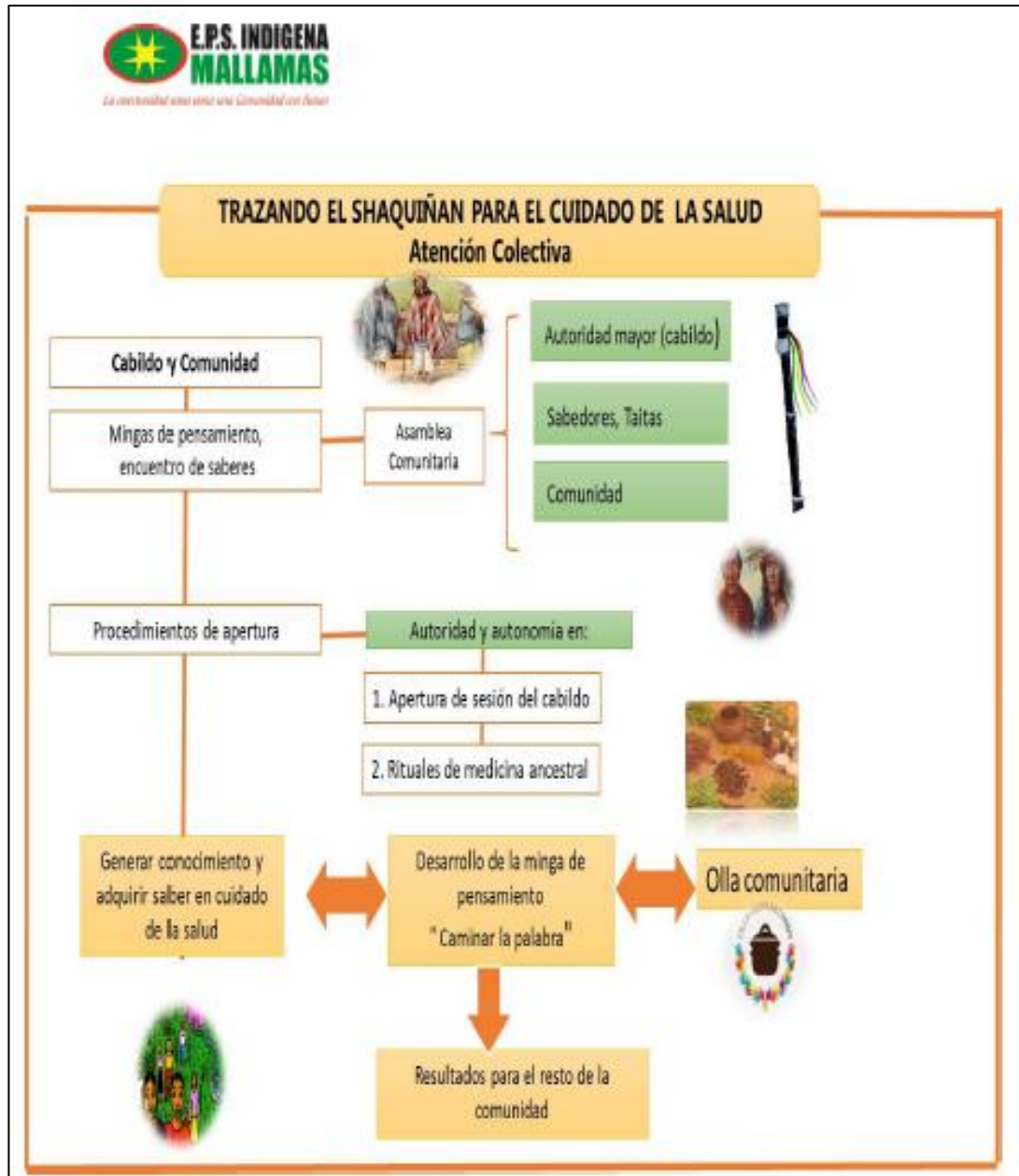
Estas dimensiones se encuentran dentro del plan de vida del Resguardo del Gran Cumbal y están fundamentadas en la cosmovisión e identidad del Pueblo Pasto, que ha logrado su autonomía en administración de justicia mediante su reglamento interno, el fortalecimiento de su identidad, etnoeducación, escuela de líderes y la implementación gradual de un sistema de salud propia e intercultural en el marco normativo actual del modelo de salud del sistema de salud colombiano(41).

5.1.1.3 Medicina Tradicional y Atención en Salud con Enfoque Etnocultural.

En relación al modelo de atención con enfoque etnocultural, desarrollado por la E.P.S Indígena de Mallamas, como principal gestor del Riesgo en el Resguardo de Cumbal, se concibe como un modelo concertado por las autoridades tradicionales y la comunidad en general, mediante espacios donde sus representantes y delegados a la junta directiva, aprueban el trabajo realizado por el área de adecuación socio cultural de la E.P.S Indígena, como resultado de

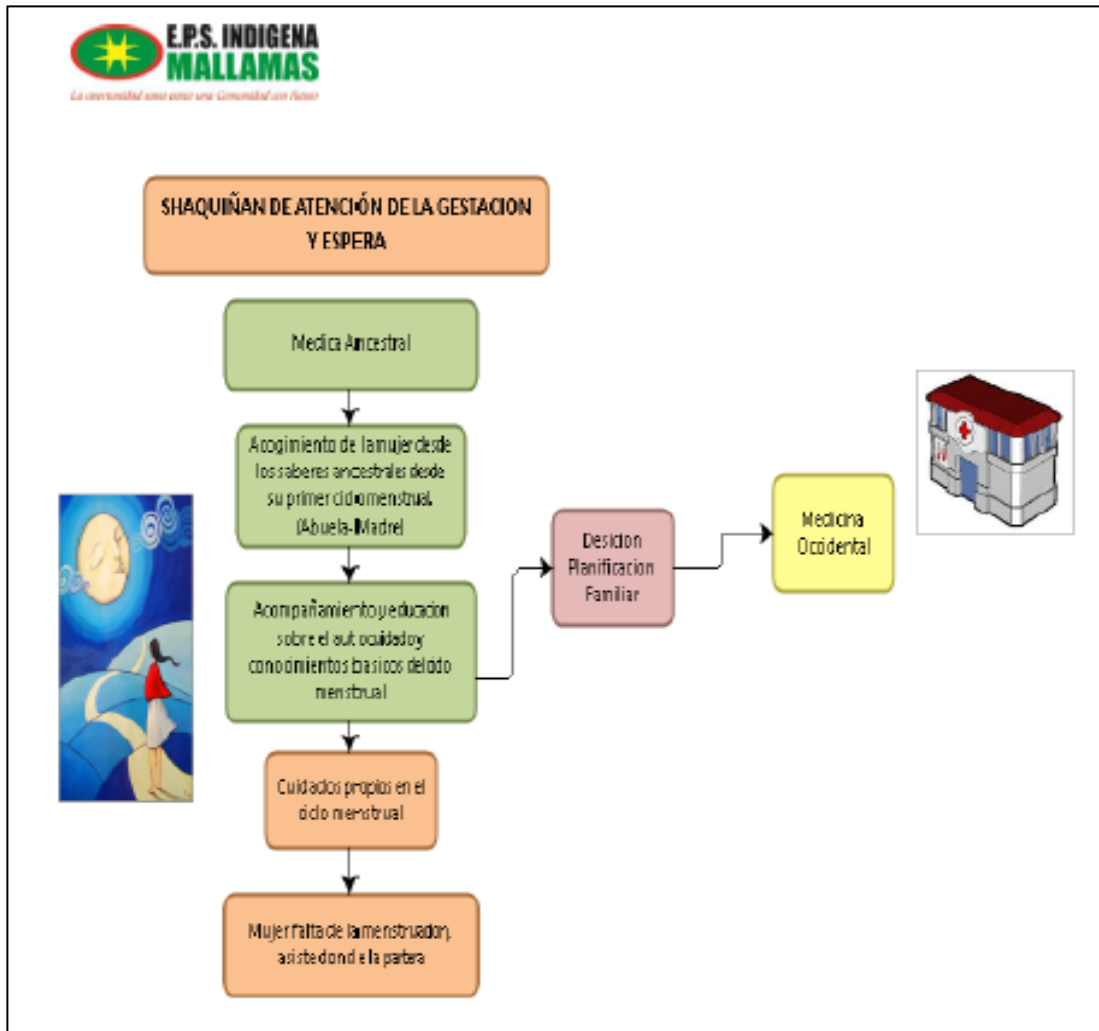
este proceso, Mollamas adopta un modelo de atención articulado con el plan de vida del Resguardo y según su cosmovisión, a continuación se presenta un gráfico que resume los principales componente del actual modelo denominado: Tejido del Modelo Propio Intercultural de Atención en Salud para El Buen Vivir “Suma Kausay” EPS Indígena MALLAMAS(42).

Figura 4. Trazando el Shaquiñan para el cuidado de la salud.



Fuente: Tejido del modelo propio intercultural de atención en salud para el buen vivir “Suma Kausay” E.P.S Indígena MALLAMAS, 2016.

Figura 5. Shaquiñan de atención de la gestación y espera.



Fuente: Tejido del modelo propio intercultural de atención en salud para el buen vivir “SUMA KAUSAY” E.P.S INDIGENA MALLAMAS, 2016.

En los gráficos se muestra un ejemplo de las rutas de atención dentro del modelo intercultural, es decir que hay una complementariedad en la prestación del servicio de salud o en la atención por medicina tradicional; en la primera grafica denominada “Trazando el Shaquiñan para el Cuidado de la Salud – Atención Colectiva”, la palabra Shaquiñan, vocablo del Pueblo Pasto, tiene un significado de camino, o caminos, en esta ruta, inicia con una convocatoria por la autoridad tradicional o cabildo, para lograr una minga de pensamiento y construir o generar conocimiento para el cuidado de la salud, se recrea rituales, se comparte conocimientos y el resultado es un compromiso comunitario para trabajar en la salud colectiva. En la segunda grafica que una ruta más específica denominada: “Trazando el Shaquiñan de Atención de la Gestación y la Espera” esta ruta o camino, inicia por la medicina ancestral, dado que las mujeres

reconocen la existencia un médico tradicional o partera que orienta con conocimientos y prácticas desde la primera menstruación, planificación familiar y el momento que requiera puede dirigirse a la institución de salud para complementar su atención.

De esta manera existe un Shaquiñan o una ruta para cada curso de vida, el cual para lograr su atención es articulado con el modelo de atención intercultural de la I.P.S Indígena del Gran Cumbal, para el caso de la población del Resguardo de Cumbal y por las respectivas I.P.S Indígenas donde se encuentra la población afiliada a la E.P.S Indígena Mallamas.

Por su parte la I.P.S indígena del Gran Cumbal, ha concertado un modelo de prestación de similar manera concertado con las autoridades tradicionales que representan a la comunidad y son la junta directiva de esta Institución de salud, a continuación, se presenta los principales componentes o dimensiones del dicho modelo.

Figura 6. Modelo de Atención en Salud Propio e Intercultural.



Fuente: Modelo de Atención en Salud Propio e Intercultural. I.P.S Indígena de los Cabildo de Cumbal, Chiles, Panan y Mayasquer, 2014.

El alcance del modelo de atención en salud propio e intercultural es implementar programas donde se tenga en cuenta la medicina ancestral indígena y se trabaje con la familia de forma integral, fortaleciendo la salud espiritual, salud mental y la seguridad alimentaria de los diferentes grupos poblacionales, para ello, este modelo desarrolla diversas estrategias de trabajo comunitario de las cuales se destacan, visitas domiciliarias, dialogo de saberes interculturales, mingas de conocimiento, fortalecimiento de la Shagra, desarrollo de servicios de salud interculturales.

Su componente operativo se realiza mediante programas como el denominado: “Cultivando la Pacha Mama y Mejorando el Vivir Bien”, cuyo objetivo es mejorar la salud de la Población del Municipio de Cumbal afiliada a la E.P.S Indígena Mallamas, teniendo en cuenta los conocimientos ancestrales y el cultivo de la pacha mama para así mejorar el vivir bien de las comunidades Indígenas; para esto, desarrollan las siguientes actividades más relevantes:

- Implementar semilleros en los Resguardos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.
- Distribución de plántulas para repoblar las chagras de las familias beneficiarias.
- Desarrollar el “Mindala” en los Resguardos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer
- Realizar mingas de conocimiento con las familias de los Resguardos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer sobre los beneficios nutricionales de los productos de la chagra y su forma de preparación(41).

El segundo programa que compone el modelo se denomina: “Ciencia y Medicina Ancestral Indígena”, su objetivo es fortalecer la salud integral de las comunidades de los Resguardos Indígenas de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer a través de la práctica de la Medicina Ancestral indígena y la organización de procesos productivos de plantas medicinales y aromáticas, en sus actividades más relevantes se encuentran:

- Diagnóstico situacional sobre la siembra y utilización de plantas medicinales
- Capacitación a grupos organizados en el cultivo de plantas medicinales y aromáticas.
- Capacitar a grupos organizados en prevención de enfermedades a través de la medicina ancestral indígena.
- Cultivo técnico de plantas medicinales y aromáticas en grupos organizados.
- Mingas de sanación espiritual, mental y corporal.
- Estructurar el sistema de medicina tradicional (41).

De esta manera es como se articulan Mallamas E.P.S Indígena con el modelo de prestación con enfoque intercultural “SUMA KAUSAY”, que traducido de la

lengua pasto al castellano, sería el buen vivir y el modelo de salud propia e intercultural de la I.P.S Indígena Gran Cumbal, quien realiza las prestaciones y operativiza el modelo de la E.P.S.

5.2 EXPERIENCIAS FRENTE AL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD

5.2.1 Percepciones sobre la Sexualidad. En la comunidad del Resguardo de Cumbal se reconocen algunas apreciaciones frente a la sexualidad, las participantes de esta investigación, perciben que *“es lo que hay entre un hombre y una mujer, lo entiendo yo, pues de una pareja, lo que se tiene en la intimidad”* (PE6), lo anterior permite considerar que para algunas personas la sexualidad se asocia con el sexo, percepciones que limitan la comprensión del concepto hacia otras esferas de la vida humana, de igual manera, y teniendo en cuenta esta concepción de la sexualidad, para algunas participantes, su función está relacionada con la posibilidad de concebir: *“la intimidad que tienen las parejas y la posibilidad de engendrar hijos”*(PE5).

Por otra parte, se reconoció a la sexualidad como un aspecto inherente a la vida humana, tal como lo manifiesta una participante mayor de 60 años: *“La sexualidad no es cosa rara de todos, es para todos los seres humanos, más bien yo diría es algo que ya viene dentro de nosotros, no es ninguna adición o un valor, no, es algo que ya viene con nosotros”* (PE10), esta perspectiva amplía la noción de sexualidad humana, entendida como un aspecto esencial de las personas en la relación con otros y consigo mismo.

Para las participantes, la sexualidad también se asoció con el autocuidado y la prevención de conductas de riesgo, que posibilite mayores oportunidades de vida para el futuro: *“Es manejarse bien, cuidarse a sí mismos, no tener relaciones sexuales, para evitar enfermedades, evitar embarazos, planear cuantos hijos tener, según lo que puedan criar y educar”* (PGF8).

No se puede desconocer que la actividad sexual es, en gran medida, experimental y de exploración para la mayoría de los jóvenes, de ahí que independientemente de la cultura muchos adolescentes inician su vida sexual de forma precoz y sin tener las precauciones necesarias, dando lugar a embarazos a temprana edad y no deseados.

Por lo general, los jóvenes con fuertes restricciones y sin disponibilidad de información sobre la sexualidad son los que inician prematuramente su vida sexual, tal como se evidencio en las entrevistas a las mujeres indígenas del resguardo de Cumbal, quienes manifestaron que sus embarazos se presentaron principalmente por no tener los conocimientos necesarios sobre cómo protegerse, ni la aprobación de sus padres para tener un noviazgo, entonces los encuentros clandestinos facilitaron las relaciones sexuales prematuras dando

como resultado el embarazo.

Barrozo, plantea que los jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que aquellas que presentan una guía atenta por parte de sus padres. De ahí la importancia que desde el sector salud y educación se articulen esfuerzos para sensibilizar a los padres sobre la importancia de la educación sexual y brindar a los jóvenes, estrategias que les permitan tener los conocimientos y cuidados necesarios frente a su sexualidad (19).

5.2.1.1. La Sexualidad como un aspecto desconocido y negado. Para las mujeres de más de 60 años, la sexualidad fue un aspecto desconocido, marcado por diferentes creencias, entre ellas, la de honorabilidad y respeto, así como la del temor: *“por ejemplo más adelante decían mi papá y mi mamá no se vayan hacer tocar de la chalina, peor de la mano de un hombre ajeno peor, era prohibido tocar ni los hermanos, ni primos ni.... Nadie, peor desconocidos”* (PE10).

El desconocimiento frente a la sexualidad orientó diferentes creencias sobre el embarazo relacionadas con la interacción con un hombre: *“Una vez hubo un caso mío porque vera yo era señorita pero me sentía era niña ya de 17 años (...) hubo un joven sentados así y me coge la rodilla y decía como se llama, ya le dije y me dijo yo quiero conversar pero solamente usted y yo, me dio miedo no ve que ya dos veces así, imagínese para mí que susto le dije vea no me vuelva a tocar más que ya van dos veces y voy a tener dos hijos suyos entonces me dijo porque pues ellos decían que apenas la tocaban pues uno ya iba a tener un hijo”*(PE10).

A partir de la información obtenida, es posible considerar que las creencias en torno a la sexualidad en este grupo etario, pudieron influir en la relación de las participantes con su propio cuerpo, así como con la relación que establecieron con los hombres, basadas principalmente en el desconocimiento y el temor, siguiendo unos patrones culturales que orientan el rol de la mujer hacia la maternidad.

Las participantes mayores, manifestaron que no tuvieron suficiente información antes de iniciar su vida sexual, dado que *“en el colegio anteriormente no se hablaba de esos temas y en la casa era incomodo preguntar”* (PE7); *“En ese tiempo, no es como ahora, no se sabía, por el miedo de los papases que eran jodidos, entonces no se sabía nada”* (PE11). Las participantes manifestaron que el acceso a la información sobre la sexualidad y el sexo se daba a partir de la experiencia con sus parejas, situación que ocurría a temprana edad y que tuvo en la mayoría de los casos como consecuencia, el embarazo.

Lo anterior, está relacionado dentro de un panorama más extenso como es el de América Latina que según estudios plantea que el 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos, quienes en la mayoría de ocasiones no cuentan con los conocimientos suficientes sobre su sexualidad, el cuidado de su cuerpo, el acceso a servicios de salud y las consecuencias de una sexualidad no responsable, esto conlleva a que incrementa un problema de salud pública, teniendo en cuenta que el inicio precoz de las relaciones sexuales pone a esta población en riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA(23).

5.2.1.2. La sexualidad como un Tabú. Las participantes mayores de 40 años, manifestaron que la sexualidad era un tema que no se trataba en sus hogares, debido a que, por la influencia de la religión, se consideraba como algo pecaminoso que podía ocasionar castigos: *“había recelo en ese tema, era pecado, si se escuchaba alguna conversación así nos castigaban, además no se contaba con acceso a información como en la actualidad”* (PE6). Se manifestó además que el acceso a la información era restringido y las explicaciones frente a las inquietudes que pudieran surgir sobre ese tema, eran confusas: *“de eso sí había mucho cuidado, como decir que no se podía hablar, de cosas de la sexualidad, de las relaciones sexuales, eso era como un pecado”* (PGF8); las explicaciones no eran claras y tampoco tenían orientación en el entorno escolar o el difícil acceso a la educación limitaba acceder al conocimiento sobre aspectos sexuales.

Las participantes de mayor edad manifestaron que la sexualidad al interior de las familias, era considerado como un tema restringido a los adultos: *“los padres de familia antes eran muy autoritarios, no permitían que los hijos sepan cosas de adultos, no se sabía nada y los padres asignaban tareas del hogar o trabajo para que estén ocupados”* (PE11). Lo anterior permite considerar que la sexualidad en este grupo etario tuvo una connotación negativa, marcada por la culpa y el pecado, propios de la religión.

De esta manera, se puede evidenciar que el comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera, (a) una sociedad represiva que niega la sexualidad, aceptándola sólo con fines procreativos; (b) una sociedad permisiva que tolera ampliamente la sexualidad, permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial; (c) una sociedad alentadora, para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, (43).

Las comunidades indígenas, entre las cuales está el resguardo de Cumbal se caracterizan por ser represivas frente a la sexualidad, puesto que son restrictivas, tienen tendencia a limitar la sexualidad, aconsejan la castidad prematrimonial, no permiten hablar abiertamente de temas sexuales, consideran

que las mujeres deben permanecer en el hogar de sus padres hasta que conforme su propio hogar por medio del matrimonio y su deber es atender al marido y cuidar a los hijos, tal como lo refieren las mujeres entrevistadas en esta investigación.

En este punto, es conveniente resaltar que es un deber social trabajar el embarazo a temprana edad involucrando a varios sectores, principalmente el sector salud y protección para generar estrategias y programas que eduquen a los jóvenes en la prevención del embarazo, de las enfermedades de transmisión sexual y todas aquellas consecuencias de tener relaciones sexuales a temprana edad y sin protección.

En Colombia la primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ETS). Las estadísticas nos muestran que el inicio de la actividad sexual ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes(29). Según la encuesta nacional de demografía y salud, el 31% de las mujeres y el 16% de los hombres de 20 a 24 años tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años(44). El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón(29).

Lo anterior, explica la situación que experimentaron las participantes de esta investigación, quienes por aspectos socioculturales que incidieron en la falta de información y confianza a sus padres, iniciaron su vida sexual prematuramente, aquellas que habían estado planificando no contaban con toda la información sobre el uso del método y por eso este no fue efectivo.

5.2.1.3. Contextos de Aprendizaje. Los contextos de aprendizaje sobre la sexualidad para las participantes menores de 18 años, fueron principalmente las instituciones educativas, dado que desde 1994 con la ley 115, se estableció la educación sexual como obligatoria y por ello se aborda en los contenidos curriculares de algunas asignaturas, tales como ciencias naturales y ética, como refieren las participantes: *“una en el colegio y materias que nos daban así, ósea hablaban más o menos de eso”* (PE3), *“ nos explicaban que es que es la sexualidad, que un principio no es tener relaciones sexuales, no es sexo, nos decían que respetarnos unos a otros, sabernos cuidar”*(PE2), sin embargo, las explicaciones era muy generales y por el misterio frente al tema, los estudiantes no preguntaban sus inquietudes a los docentes, sino que se quedaban la información que les brindaban sus compañeros.

Algunos de los temas que se abordaban en el colegio sobre sexualidad eran las funciones del aparato reproductor, la protección al iniciar la vida sexual para

prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, el cuidado del cuerpo, entre otros, pero por lo general, no se habla de las emociones, el control de impulsos, la toma de decisiones y el proyecto de vida.

Por otra parte, las participantes consideran que también aprendieron de sus parejas, a través de la experiencia, no obstante, este aprendizaje se dio a partir del primer embarazo, el cual, por lo general, no fue planeado.

Las participantes manifestaron que en la familia no se abordaba el tema de sexualidad porque se consideraba *“un tabú o es difícil dar orientaciones claras”* (PE7), *“mi mamá decía hay que cuidarse y darse a respetar”* (PE6), en este sentido, al evitarse el tema o ser ambiguos en las recomendaciones, no se deja otra alternativa que aprender de la experiencia o dejarse llevar por la información que brindaban los pares, quienes muchas veces hablan más del placer que de las consecuencias de tener una vida sexual activa a temprana edad *“mis amigas que ya habían estado con el novio contaban”*(PGF4).

La familia en la educación sexual debe ejercer un papel más activo, pues generalmente, se limita a dar una información básica que consiste en creencias culturales basadas en el miedo y en las prohibiciones, sin llegar a transmitir y fomentar la responsabilidad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que implican relaciones sexuales saludables y sin riesgos a una edad adecuada para que no se altere el desarrollo físico ni emocional de la persona. Desde la familia se requiere una educación sexual integral desde la armonía, el respeto y las responsabilidades (45).

Las principales fuentes de información sobre la sexualidad son los pares y los medios de comunicación, quienes en muchas ocasiones no entregan información veraz, que favorezca el desarrollo cognitivo, afectivo y conductual de la persona(43). Más aun en los contextos de las comunidades indígenas se maneja el tema sexual como un tabú, de tal manera que los jóvenes solamente aprenden a partir de sus errores, de ahí la importancia de fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

Dado la cantidad de problemáticas, como las mencionadas anteriormente, por falta de una adecuada educación sexual, desde la Ley 1620 de 2013, se busca una educación integral para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, de tal manera que se formen personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos, sexuales y reproductivos, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que dé lugar a la construcción de un proyecto de vida y por ende mejorar la calidad de vida (46).

Asimismo, en el Plan Decenal de Salud Pública establecido para el período 2012 – 2021, se plantea la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, para lo cual consideran pertinentes

acciones coordinadas intersectoriales para garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial (21). Es decir, plantea considerar el contexto, creencias y cultura de las comunidades para garantizar la efectividad de las diferentes estrategias.

Es preciso recalcar que las necesidades de los adolescentes no están solo en el área del conocimiento, sino en la esfera de los comportamientos, dados por la escasa percepción del riesgo los lleva a tomar decisiones por el placer sin medir las consecuencias; de ahí que se requiere una preparación adecuada para la utilización de los métodos anticonceptivos y toma de otras medidas de protección desde las correctas habilidades para asumir la sexualidad (20).

Sin lugar a dudas, es necesario la participación activa de los padres al momento de abordar la sexualidad, dejando de lado la vergüenza para tratar el tema y hablando abiertamente, de tal manera que puedan orientar en valores y principios que tiendan a la protección personal y del otro, además que les permita afrontar situaciones difíciles de la vida y tener la capacidad de tomar sus propias decisiones (32) (4).

5.2.2. Significados en torno al Ser Mujer en la comunidad. Las participantes mencionaron que hay diferencias de género en su comunidad, ser mujer implica *“ser delicada, sencilla, pero tampoco quiere decir que ser mujer no es tener los mismos derechos que los hombres, porque el hecho que nosotros tengamos un niño, que lo criemos por ser mujeres, no, porque ellos también son responsables de eso”* (PE6). Desde la infancia se generaban diferencias de género, *“los niños tenían carros, jugaban en la calle y las niñas con muñecos y cocinar”* (PGF8), además, *“uno sabe que es más delicada, los hombres son más toscos, uno se da cuenta, uno es sensible uno llora, los hombres no”* (PGF12).

Los estereotipos mencionados anteriormente dan cuenta que en la cultura del resguardo indígena de Cumbal, aún existe una marcada diferencia entre el rol de hombre y mujer, es así que se espera que *“una mujer sea trabajadora, que aprenda algún oficio, que cuide los animales, que se aprenda tejido para hacer ropa a los hijos, costura para arreglar la ropa en casa, todo eso para realizarse como mujer”* (PE10). Además, debe contar con características como *“ser una persona respetuosa, ser de buen carácter, tener más confianza y tolerancia”* (PE6), lo anterior con el fin de desempeñar un rol de madre que protege y cuida a sus hijos, formándolos integralmente para que puedan actuar independientemente cuando crezcan.

En este sentido, ser mujer para las participantes *“es tener la valentía, enfrentar los problemas en el hogar, los hijos mismos”* (PE5), *“cuando uno es madre, tiene que estar puesta la cabeza en sus hijos, uno como mujer, porque ellos no los entienden, es la que está más pendiente del hogar”* (PE9), es decir, la mujer es

el centro de la familia, el pilar del hogar pues *“de ella depende la crianza y educación, que sea por el camino correcto”* (PE6).

Por otra parte, está el significado de ser mujer cuando se deja de ser niña, es decir, cuando le llega el periodo menstrual, dado que desde ese momento tiene la capacidad de engendrar vida y por ende de formar una familia, tal como lo mencionan las participantes: *“una vez las mujeres ya estén criadas, se busca a alguien con quien pasar toda la vida y tener hijos”*(PE9), en este punto cabe resaltar que hablar de mujeres criadas comprende tanto el crecimiento biológico como el emocional, es decir, no solo se debe pensar la llegada del primer periodo menstrual, sino en la madurez del cuerpo y de la mente, la cual se alcanza después de la adolescencia, aproximadamente a los 20 años.

Al respecto, las participantes mayores de 60 años refieren que una mujer tiene la madurez para ser madre después de los 20 años *“ya puede ser para comprenderse, a los 20 años o más y se forma su familia”* (PE9), esto dado que antes se es dependiente de los padres y no se analizan adecuadamente las decisiones, además a esa edad ya se cuenta con más elementos para cuidar bien a los hijos y ser buena esposa para atender el hogar.

De acuerdo con lo expresado por las participantes, el ser mujer en la comunidad indígena implica asumir un rol fundamental en su organización social, como dadora de vida, aspecto que asociado con su cosmovisión indígena guarda una estrecha relación con la tierra y la posibilidad de concebir. De igual manera, se les ha otorgado a las mujeres, el rol de sostenimiento del hogar, protección y formación de los hijos.

Desde la cosmovisión indígena, la comunidad y la familia giran en torno a la mujer, puesto que ella es asemejada con la Pacha Mama por su fertilidad, es la encargada de dar vida; de ahí que, hecha para la reproducción y el fruto, la niña debe ser cuidadosamente protegida y educada. Es así que la madre la orienta hacía a la casa como su lugar propio y casi exclusivo, ubicándola en el término de la oposición al trabajo que está más allá de la casa, a ella le corresponde lo domestico, lo cerrado (24)(47).

De esta manera, lo femenino evoca e invoca el hijo desde la fertilidad, por cuanto, solo ella puede tenerlo, entonces su poder de procrear es un acto divino en tanto los dioses están presentes durante el embarazo, el parto y la vida del otro ser (24). Hoy en día se le sigue dando ese valor a la mujer por ser la encargada de dar vida, sin embargo, al entrevistar a las mujeres de las diferentes generaciones se apreció que el rol de la mujer ha ido evolucionando a través del tiempo, antes se dedicaba exclusivamente al hogar, ahora se preocupa por su hogar, pero también se dedica a otras actividades para aportar económicamente y mejorar las condiciones de vida de los hijos.

En este sentido, se corrobora que la cultura impone significados, mandatos, normas y prohibiciones que organizan la sexualidad y crean condiciones de diferencias entre mujeres y varones. Sin embargo, cada generación es recibida en una cultura modificada, enriquecida o pasterizada a causa de su relación con otras culturas, exigencias políticas o por propias crisis que la deterioran; esto es evidente en las culturas indígenas, que desde época de la conquista reciben una fuerte influencia del mundo mestizo, lo cual las enriquece y al mismo tiempo las pone en crisis porque se tiene mayores conocimientos y estrategias de cuidado personal y social, pero se pierde lo antiguo que para ellos es muy significativo (47).

Los roles de género han marcado el lugar y el comportamiento individual y grupal tanto de hombres como de mujeres, específicamente en los pueblos indígenas se encuentran bien definidos, es así como las uniones matrimoniales son duraderas y se dan con la finalidad de la construcción de familia. Sin embargo, con las relaciones de la cultura indígena con otras culturas se han perdido algunas características, valores y tradiciones que ubicaban la constitución de la unidad familiar por encima la obtención del placer(48).

Es así como se puede evidenciar que la cultura del resguardo indígena de Cumbal ha recibido la influencia de la sociedad urbana actual, posibilitando la resignificación de sus creencias, y con ello, la relación mujer-matrimonio-familia, en este sentido, fue posible reconocer la concepción de la sexualidad para el placer y su vivencia más libre, el madre-solterismo, así como nuevos roles de las mujeres en su comunidad.

5.2.2.1 La Menarquia como símbolo de transición a la vida adulta y de temor. Frente a la menarquia, las participantes reconocieron algunas prácticas de su comunidad para retrasar este proceso, entre ellas, tomar algunas bebidas y baños con plantas: *“nos decían que la mujer hay que cuidarse hay que tomarse la agüita de las plantas, hay que bañarse con agüita de las plantas, para que no nos vengan a temprana edad la menstruación ósea ellos no llamaban la menstruación en ese tiempo llamada la novedad”* (PE11).

Para las mujeres adultas entrevistadas, la menarquia fue una situación que generó diferentes emociones como vergüenza, miedo y asombro, debido al desconocimiento frente a este proceso natural de su cuerpo: *“la primera vez que vergüenza y miedo, pensé donde sería que me golpie”* (PE9), de igual manera: *“yo estaba en la cama y no me quise levantar de ahí hasta que todos se fueron”* (PGF12). Algunas recomendaciones frente al cuidado de la mujer en este periodo eran *“estar atentas al dolor de ombligo, la rabadilla o que les daba pereza y mucho sueño”* (PE6).

La edad en la cual se presentó la menarquia en las participantes fue entre los 9 y 15 años, para algunas se ocasionó de manera natural, cuando ya se contaba

con conocimientos previos. En estos casos, la madre fue quien brindó recomendaciones frente a los cuidados de las mujeres: *“los cuidados ya que la llegada del periodo, si, mis hermanas siempre me decían que pues que cuando ya a nosotras nos venía el periodo podíamos estar con nuestra pareja podíamos quedar también en embarazo”* (PE3).

En épocas anteriores, dado que la menarquia se trataba como un tema privado, las mujeres no podían preguntar abiertamente sus inquietudes y muchas veces asociaban la llegada de esta con el convertirse en mujer y por ende iniciaban su vida sexual sin tomar precauciones y pensar en las consecuencias.

5.2.3 Significados relacionados con el embarazo. El embarazo a temprana edad es un problema de salud pública por las dificultades sociales, económicas y de salud que este conlleva, para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad. Por lo general, los embarazos a temprana edad son no deseados, cambian el proyecto de vida de la joven madre, al limitar las oportunidades de estudio, las vivencias con pares propias de la juventud y el crecimiento profesional, lo cual repercute directamente en la calidad de vida (4).

Esta situación no es ajena al resguardo indígena de Cumbal, situación por la cual es conveniente analizar esta problemática y proponer acciones de prevención del embarazo o mitigación de sus efectos pensando en la calidad de vida de las nuevas generaciones.

Las mujeres entrevistadas refirieron que cuando el embarazo ocurre *“dentro del matrimonio se considera algo natural”* (PE11), normal, porque *“es la finalidad en una relación de pareja, deben estar pendientes de sus hijos, para que se forme la familia”* (PE5). Cabe destacar que en las generaciones pasadas las mujeres se casaban a temprana edad y su proyecto de vida se encaminaba a la maternidad y vida en familia, independientemente de la edad y las implicaciones psicológicas, físicas y sociales de ser madre a temprana edad.

Por otra parte, las entrevistadas consideran que *“la maternidad está íntimamente relacionada con la madre tierra, las mujeres tienen la posibilidad de dar a luz, crear vida, la tierra da sus frutos para el bienestar de las personas”* (PE11). Es así que la maternidad se considera algo sagrado, por lo cual se venera el rol de la mujer y su posibilidad de generar vida, educar a sus hijos de manera correcta para que aporten a las nuevas generaciones, preservando sus tradiciones y cultura.

Contrario a lo que se espera muchas veces a las mujeres, se les asigna el rol de cumplir con todos los oficios de la casa, *“jabonar, cocinar, arreglar, dar a luz, sin embargo, no se le da la importancia que necesita, se la maltrata y no se consideran sus aportes”* (PGF12). Es así como la mujer se siente relegada y muchas veces frustrada al dejar de lado su proyecto de vida personal, por

ocuparse de su familia, sin recibir reconocimiento y gratitud desde su rol de esposa y madre.

Si el embarazo se da fuera del matrimonio *“es deber de los padres obligar a la pareja a casarse y a conformar la familia (PE6)*, de ahí que las participantes mencionen que se casaron o *“se juntaron cuando se enteraron de su embarazo” (PGF8)*.

En la comunidad indígena del resguardo de Cumbal, se considera que el embarazo se debe dar dentro del matrimonio, es decir cuando se tenga estabilidad familiar con una pareja y que esta unión se haya dado según las costumbres y tradiciones, siendo aceptada por la familia de las dos personas; por eso cuando una mujer se embaraza sin estar casada los padres buscan al novio y los persuaden para que conformen formalmente la familia.

Al enterarse del embarazo las participantes, quienes en su mayoría eran solteras manifestaron que las invadió una sensación de temor, *“no sabía cómo avisarles a mis padres, pensaba que me iban a rechazar” (PE3)* *“no me sentía preparada y pensaba en la reacción de mis papas, porque los estaba defraudando” (PE6)*, porque de alguna manera se estaba defraudando a la familia al ser madres menores de edad, no estar casadas y tener que cambiar su proyecto de vida, porque se dificultaba ir a estudiar, tenían que conformar una nueva familia, atender a su esposo y responsabilizarse de su hijo, en palabras de las participantes *“para una mujer joven es como que se acaban las expectativas, pero por los hijos toca seguir y esforzarse” (PE11)*.

Respetando las tradiciones indígenas, entre los jóvenes indígenas hay una tendencia mayor que entre los no indígenas a iniciar la vida sexual en el marco de relaciones de pareja establecidas. Esta situación se relaciona con los patrones de sexualidad tradicionales, en los que el inicio temprano de la vida sexual de estos jóvenes no solo está libre de estigmatizaciones, sino que cuenta con la aprobación comunitaria, en los marcos de relaciones de pareja más o menos formalizadas(23).

Las participantes mencionaron que al conformar una familia con su pareja e hijos se genera estabilidad emocional, porque hay apoyo y comprensión, además *“juntos van guiando a los hijos por el mejor camino” (PGF12)*. En este sentido, consideran que *“a pesar de que los hijos lleguen muy pronto, si se está acompañado de la pareja se puede salir adelante” (PE7)*. Las participantes de esta investigación mencionan que, por lo general *“los padres no aprueban las relaciones de las mujeres jóvenes y por eso lo encuentran con el pretendiente o novio son a escondidas, hasta que deciden formalizar cansándose o cuando se presenta una condición especial como es el embarazo” (PE6)*.

En esta investigación se logró evidenciar que las madres adolescentes contaron con el apoyo de sus parejas: En las primeras generaciones el embarazo se

presentó dentro matrimonio, es decir se casaron antes de los 18 años, en ese entonces solo estudiaban la primaria y después las preparaban para conformar una familia. Las participantes de la segunda y tercera generación se embarazaron antes de casarse, por lo cual sus padres las obligaron a convivir con sus parejas y a conformar una nueva familia, la cual muchas veces vivió necesidades económicas y problemas de pareja relacionados con la falta de oportunidades laborales e inmadurez de los jóvenes padres, quienes aún no contaban con las competencias necesarias para ser padres y mantener un hogar.

Dentro de los principios culturales y sociales en la comunidad, anteriormente se consideraba que el embarazo implicaba el establecimiento de una relación de pareja y la conformación de una familia, por ello, las participantes mayores de 60 años manifestaron que se casaron inmediatamente se enteraron de embarazo, *“si después ya me ajunte, así a vivir con él ya que estaba en embarazo nos aguantamos a vivir luego ya nos casamos después”* (PGF12); las mayores de 40 años refieren que en esa época ya no las obligaban a casarse, *“nos juntamos para compartir las responsabilidades del niño”* (PE5); las menores de 18 años aún viven con sus padres, *“estoy con el papá de mi hijo, el viene cada 8 días”* (PE2), *“el me llama seguido pero trabaja en Tulcán ”* (PE2), mantienen una relación con sus parejas, quienes trabajan para su sustento. En este sentido, se evidencia que hay una transformación en las concepciones individuales y sociales, debido a que en la actualidad existen otras posibilidades para hacerle frente al embarazo conviviendo o no con la pareja.

Las emociones que emergen con el embarazo son comunes en las participantes, sin importar la edad refieren: *“me sentía bien saber que iba a tener mi primer hijo, era lo más hermoso, aunque fue duro, fue muy hermoso”* (PE3), se identifican las implicaciones y cambios que ocurren con la llegada de un hijo a sus vidas. Se reconoció que el apoyo de su pareja o personas cercanas es esencial. Otras mujeres reconocieron al embarazo como parte del ciclo familiar, una posibilidad de trascender en las próximas generaciones, aportando de alguna manera en la sociedad: *“felicidad, porque es lindo tener un bebé y cumplir con este anhelo para la familia”* (PE6) también representa *“felicidad, que llegue otro miembro a la familia”* (PE7), *“un hijo se convierte en algo divino, como mamá se debe hacer lo posible por educarlos bien, que sean inteligentes y obedientes”* (PE9).

Las mujeres de las tres generaciones reconocieron la posibilidad de concebir, como un aspecto positivo relacionado con el fortalecimiento y la perpetuación de las familias, valor cultural de la comunidad.

5.2.3.1. El desarrollo del embarazo y la atención sanitaria. Los síntomas del embarazo se presentan durante los primeros meses de gestación, dependen de las características personales, culturales y sociales de las mujeres, en ocasiones

interfieren con el desarrollo de las actividades cotidianas como el estudio y el trabajo, *“se siente mal o incomodo, porque el vómito es constante”* (PE1), *“dormidera pues, aunque se quiera hacer cosas en el embarazo el sueño lo domina”* (PE5), *“por esa debilidad no se puede hacer fuerzas”* (PE7), se puede presentar *“malestar general y recurrentes infecciones urinarias”*(PGF8). Las participantes manifestaron que el embarazo a temprana edad es complicado debido a que el organismo en muchas ocasiones no ha culminado su proceso madurativo y porque no se cuenta con la responsabilidad frente al establecimiento de hábitos saludables, por lo cual, se requiere de cuidados especiales, *“como no hacer fuerza, guardar reposo, tomar aguas aromáticas, comer bien, no hacerse dar el frio”* (PE11), para cuidar la salud de la madre y el niño, aportando a que el proceso de embarazo sea adecuado y no se ocasionen consecuencias al momento del parto.

En la atención al embarazo es en donde se muestra más claramente la presencia de creencias, conceptos y prácticas en las cuales se entrecruzan los tres modelos de atención a la salud, integrando concepciones y prescripciones, que varían de acuerdo con la etapa gestacional en que se encuentre la mujer. Para la gestante, la cultura médica no es ni la verdadera, ni la única que genera salud, por lo cual se tienen en cuenta las diferentes recomendaciones tanto de los médicos como de las personas mayores (15).

En lo que respecta a las atenciones en salud que se brindan en el embarazo, estas han tenido una serie de transformaciones que benefician a la comunidad, disminuyen los riesgos y permitiendo una atención integral de calidad. Actualmente se evidencia mayor difusión, acceso y seguimiento a las mujeres embarazadas, los partos se realizan en el hospital, las menores de 18 años refieren que asisten a *“control médico, citas con especialistas, ponen vacunas y revisan, se hace monitoreo constante de las madres y del niño”* (PGF4); lo cual no ocurría tiempos atrás, como refieren las participantes mayores de 40 y 60 años quienes mencionan que en su tiempo no les hablaron de riesgos en el embarazo y *“afortunadamente no sufrieron complicaciones, las primeras tuvieron a los bebés en su casa con ayuda de una partera”* (PGF12), algunas accedieron al hospital cuando ya no se lograba una atención en casa o era de difícil manejo.

Por otra parte, se deben considerar los riesgos que conlleva el embarazo a temprana edad, tales como bajo peso al nacer, mortalidad materno infantil, abortos espontáneos, preclamsia, malformaciones, dado que hay inmadurez (19).

Toda mujer tiene la libertad de decidir sobre las indicaciones frente al embarazo y cuándo puede realizarlas, porque existen varias formas de cuidar del embarazo, ya sea por recomendaciones médicas, por tradiciones familiares o culturales y todas ellas son valiosas en la medida que produzcan beneficios a la madre y a su niño. Como es el caso de la utilización de los remedios caseros, como un recurso para resolver situaciones transitorias y de baja complejidad, a

través del uso de plantas naturales, masajes de acomodado del niño. Por otra parte, están las evaluaciones constantes de su apariencia física, las interferencias de los síntomas en sus actividades y los controles prenatales establecidos por el sistema de salud. Tanto las prescripciones médicas o prácticas médicas no oficiales son consideradas con el mismo valor e incluso pueden ser contempladas como únicas o complementarias(15).

Específicamente en el resguardo indígena de Cumbal, se realiza la atención del embarazo desde un modelo intercultural de atención en salud para el buen vivir, desde el cual se vincula la medicina ancestral con la occidental para brindar la atención de la gestación y espera, primero se da acogida a la mujer desde los saberes ancestrales a partir de su primer ciclo menstrual, luego sigue el acompañamiento y educación sobre el autocuidado, los cuidados propios en el ciclo menstrual y señales de alerta frente a un posible el embarazo, destacándose la falta de menstruación, situación que requiere la visita a una partera y al médico occidental, continuando con el acompañamiento de los dos durante el desarrollo del embarazo (41).

5.2.3.2. Redes de apoyo; el embarazo como una construcción colectiva. El principal apoyo que se evidencia en la gestación fue el de la pareja, seguido por el apoyo de los padres y familiares cercanos, quienes conviven en el mismo núcleo familiar, lo que se relaciona con una protección de la descendencia, como se considera en las comunidades indígenas el embarazo no es algo individual sino que trasciende a un plano colectivo, en el cual la comunidad también se implica, *“sí recibí el apoyo de mi madre de mis familiares”*(PE5), dicho apoyo contribuye a que el embarazo se desarrolle satisfactoriamente y sin complicaciones asociadas al malestar emocional de la madre.

En la mayoría de los casos, los padres de las jóvenes madres las apoyan sin abandonarlas a la suerte, justificando que de alguna manera se sienten responsables de lo sucedido por no hablar del tema de manera clara, brindar recomendaciones de cuidado o permitirles acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva que dentro del municipio se ofrecen. Es así que les ofrecen la colaboración para que se superen y sigan adelante, pero bajo las reglas establecidas en el hogar.

En algunos casos se presentan comentarios y críticas desde la comunidad y el entorno social frente a la joven madre y es ahí donde se requiere el mayor apoyo de la pareja y fortalecimiento de las redes familiares, lo cual se evidencia como un aspecto positivo que se fortalece en la comunidad indígena de Cumbal.

En este punto, es importante que desde la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, planteado en el plan decenal de salud pública, las entidades promotoras de salud (EPS) se trazan los lineamientos para que las Instituciones prestadores de Salud (IPS) y en conjunto se pueda cumplir con

metas como la reducción de la tasa de fecundidad específica en menores de 18 años. En el Resguardo Indígena de Cumbal, para lograr impactar en este indicador, para el año 2018, Mallamas EPS Indígena cumpliendo con su enfoque intercultural desde la coordinación de salud pública y la líder de la dimensión de sexualidad se planteó una estrategia en conjunto con las IPS y las Instituciones de salud, para fortalecer los conocimientos propios sobre sexualidad y permitir que los jóvenes indígenas desarrollen un proyecto de vida acorde a los principios de la comunidad indígena.

En relación al papel de las Instituciones Prestadoras de Salud, siguiendo los lineamientos desde la EPS, se ha implementado los programas para valoración del adolescentes y jóvenes, donde se dispone de un consultorio adecuado sobre temáticas para jóvenes y se programa consulta de acuerdo a las bases de datos enviadas por EPS, el formato para la consulta incluye asesoría sobre planificación familiar, detección de factores de riesgo, exámenes paraclínicos para detección de alteraciones en pacientes sanos, entre otros. Estos espacios han permitido que los jóvenes reciban educación sexual y conozcan sus derechos sexuales y reproductivos.

5.2.3.3. Implicaciones del Embarazo. El embarazo a temprana edad cambió la vida de las participantes, con ello, los proyectos de vida que se tenían como estudiar, tener hijos cuando se alcance estabilidad económica, emocional y de pareja, garantizar un bienestar para su familia. Por el embarazo tuvieron que *“asumir mayores responsabilidades con los hijos y el esposo”* (PGF8), para las mujeres que establecieron una relación de pareja debido a su embarazo, los cambios en su forma de vida fueron aún mayores, porque tuvieron que asumir un nuevo rol en la familia, responder a unas necesidades en sus hogares que demandan no solo la atención a los hijos sino a su pareja, además las tareas del hogar se deben cumplir. Para las mujeres jóvenes el cambio en su proyecto de vida, principalmente por las demandas sociales y educativas, se identificó como un limitante para su desarrollo personal, profesional y familiar, *“me retiraron del colegio y abandone mis planes de realizar una carrera profesional”* (PE5), otra consecuencia fue: *“el distanciamiento de las amigas, el dedicarse exclusivamente al cuidado de los hijos y la atención del esposo”* (PE7).

Las adolescentes solteras embarazadas tienen que hacer frente a situaciones que psicológicamente son muy difíciles, dado que en esta etapa aún no se cuenta con los elementos físicos y psicológicos para asumir esta responsabilidad. Muchas no cuentan con el apoyo económico y emocional del padre del niño, o si lo tienen, es insuficiente debido a que frecuentemente la responsabilidad sobre el embarazo se otorga casi exclusivamente a las madres; sin tener en cuenta que el hombre tiene la misma responsabilidad en esta situación, pues en la relación sexual han participado los dos. Además, la reacción de los padres de las adolescentes no siempre es favorable, en ese sentido tienen que asumir su rechazo o exigencias además de responsabilizarse

del niño que viene en camino(45).

Las implicaciones de los embarazos y la maternidad a temprana edad son múltiples, puesto que cambian las actividades propias de la adolescencia modificando y poniendo en riesgo el futuro deseado pensado por estas, entre estos la construcción de un proyecto de vida, porque implica centrar la atención en los cuidados y necesidades de ese nuevo ser, alterando los planes que esta tenía, aunque la proyección y las decisiones que tomen acerca de lo que quieren ser y hacer más adelante estará determinado por factores personales y sociales, es decir, que se hace importante la presencia, apoyo y motivación tanto de la familia de origen, como de la pareja, para así poder dar continuidad a sus actividades cotidianas, entre ellas continuar con los estudios como la más cercana a sus necesidades en el inmediato futuro(4).

5.2.4. El Alumbramiento. En el momento del alumbramiento son muchas las percepciones e imaginarios que la comunidad crea frente a la preparación de la madre y la llegada del hijo, las participantes mayores manifestaron que cerca de los días de parto se recomendaba por parte de las mujeres que ya tenían experiencia sean las madres o las abuelas, que debían: *“bañarse en la mañana con agua de arrayan, manzanilla y caléndula, esto para evitar que los dolores fueran más intensos y fuertes”* (PE10). Los consejos que seguían eran: *“alimentarse bien cuando le den los dolores en el estómago y la rabadilla, cuando sienta ganas de ir al baño, debe consumir huevos batidos con panela, y aguas de plantas medicinales y se debía mantener parada encima de la batea de plantas”* (PE7). Los cuidados en esta etapa se relacionan con la mediación de la medicina tradicional en la que prevalece el uso de plantas medicinales, que son accesibles en su entorno natural y en su territorio.

La medicina tradicional también cobra importancia en la asistencia al parto como lo refieren las mujeres entrevistadas de más de 60 años, para ellas, el parto de sus hijos se realizó mediante parteras en sus casa, *“se buscaba la atención de médicos tradicionales, que se ocupaban de esta labor, ellos tenían conocimientos sobre enfermería”* (Participantes E9) ayudaban en el nacimiento, el poder que se otorga a este tipo de asistencia se debe a que era el principal acceso para la atención, además se disponen de experiencias previas en las cuales han intervenido y los resultados han sido satisfactorios. El reconocimiento a las parteras, médicos tradicionales con sus saberes empíricos en las comunidades indígenas es un elemento de valor y de apoyo para atender las necesidades de atención en salud que brindan bienestar a la población.

Los embarazos para las mujeres mayores de 60 años se atendían en casa, *“pues en ese tiempo, había las parteras, yo por ejemplo no fui al hospital, doña Dolora, Doña Florinda”* (PE10), las curaciones que ellas hacían consistían en acomodar el niño en el vientre por medio de masajes *“nos acomodan, para que estén bien, para que nos acomodan, porque de pronto en veces nos dolía duro*

el estómago, entonces venia la partera y nos acomodaba”(PE11), *“mandaban aguas para botar el frio”* (PE9), lo anterior se explica porque en esa época era difícil el acceso a servicios de salud y tanto el cuidado del embarazo como el parto se daban en las casas.

Alguno de los cuidados que eran recomendados por las parteras o médicos tradicionales eran las aguas medicinales, masajes en el vientre, aplicación de cremas, el protegerse del frío, como lo manifiestan las participantes: *“para mejorar los nervios se brindaba aguas medicinales, masajes y acomodados para que el niño este en buena posición, también se aplicaban cremas para que salga el líquido, para que le baje y no se dificulte el parto”* (PE10). Actualmente se siguen algunas de estas recomendaciones, pero acompañadas de controles médicos.

El trabajo de las parteras en la comunidad es bien valorado, las entrevistadas consideran que *“a ellas Dios les ha dado una sabiduría, por eso si se cree en ellas”* (PE10), *“porque sentía un dolor a un lado, y mi Mamá decía que era porque él bebe estaba metido ahí. Por eso fui donde una partera, al momento de ir a uno lo fiegran o lo soban”* (PE11). Es así que, hasta la actualidad las mujeres de la comunidad indígena de Cumbal recurren a las parteras para que les acomoden el niño o les brinden recomendaciones de cuidado en el embarazo cuando tienen alguna molestia, pero el parto ya se realiza exclusivamente en contexto hospitalario.

En Colombia, las parteras tradicionales atienden cerca de 30% de los partos que se presentan en las zonas urbanas marginadas y rurales. En Quinchía, una población de la zona cafetera de Colombia, 40% de los partos son atendidos en el domicilio y de estos 63% son atendidos por parteras. En Quinchía 55% de las parteras son empíricas y el 45% se han capacitado a través de los cursos ofrecidos por el Ministerio de Salud. A pesar que las parteras capacitadas tienen conocimientos más apropiados que las no capacitadas en la atención del embarazo, aún persisten muchas prácticas inadecuadas que atentan contra la salud de la madre y el niño (49).

Las participantes de las primeras generaciones manifestaron que sus partos fueron atendidos por parteras o familiares, muchas veces sin tener las precauciones necesarias. En el caso de las participantes más jóvenes, la atención del parto se realizó en una institución de salud por la percepción de seguridad que esta les generó.

Se debe tener en cuenta que el cambio de atención en el parto por parteras al contexto hospitalario se da porque actualmente existe mayor cobertura del sistema de salud, además las comunidades han comprendido que la atención del parto con la partera, se convierte en *“riesgosa no es como cuando se enferma en manos del doctor, que es bien el aseo e higiene”* (PGF12), porque en las casas no se cuenta con los elementos necesarios para atender

adecuadamente las labores del parto, ni las parteras tienen el conocimiento necesario para atender complicaciones médicas como *“evitar que los niños se ahoguen, también cuando la mujer es demasiado estrecha, el niño está en mala posición o hay infecciones, además es más doloroso porque no se aplican medicamentos”* (PE9).

Para las mujeres de 40 años y las mujeres jóvenes son pocos los conocimientos frente a la medicina tradicional, ellas prefieren la atención médica como control prenatal, controles con ginecólogos y seguir las recomendaciones del personal de salud.

5.2.4.1. Prácticas culturales y la atención sanitaria. En Colombia los servicios de salud sexual y reproductiva, para la población indígena están por debajo de lo que presentan la población no indígena, lo que puede estar mostrando una dificultad de acceso físico a los centros de salud, como también puede sugerir una menor accesibilidad cultural, posiblemente asociada a una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil. En esa medida es importante trabajar en la aplicación de políticas de inclusión de procesos en cuánto al servicio de salud. Ello ha logrado que el número de mujeres indígenas reciban atención profesional durante y después del parto respetando sus concepciones culturales (50).

Lo anterior implica que la menor atención profesional y menor control pre y post natal de las mujeres indígenas no sólo es un indicador de la dificultad en el acceso físico a los centros de salud, sino que también hace referencia a una menor accesibilidad cultural porque le dan mayor prevalencia a sus tradiciones sobre cuidados caseros en el embarazo y la atención al recién nacido (5). De ahí que actualmente se esté implementado un modelo de salud intercultural, desde el cual se integra la atención ancestral y occidental para brindar una atención integral sin desconocer la cultura y tradición(41).

Con los avances tecnológicos y la ampliación de cobertura en el sector salud, se garantiza el derecho a la salud de toda la población, permitiendo el acceso a los servicios, para lo referente al tema de atención en el parto, tal como lo refieren las mujeres entrevistadas, con el paso del tiempo el personal de salud cobra un papel relevante en la asistencia, cuando los hijos nacían en la casa, *“se comunicaba de inmediato a la promotora de salud, quien asistía en el corte del cordón umbilical, llevaba los utensilios disponibles y tenía los conocimientos en salud”*(PE9), el corte se hacía *“a la medida de tres dedos si es niña y cuatro o cinco dedos si es niño, porque es para que tenga fuerza de trabajar”* (PGF12), de esta manera se relaciona también con los saberes populares sobre la percepción de género que se crea en la comunidad.

Generalmente las mujeres de 40 años, refirieron que el parto ya se produjo en el hospital, se ha conocido que los avances médicos han permitido pasar de una atención de partos en casa a los hospitales, previamente las mujeres conocen los servicios que se ofrecen la asesoría que brindan, el seguimiento a su proceso de gestación y la atención en el parto: *“en el hospital de Ipiales, porque estaba con complicaciones”* (PE5), *“en el hospital me llevaron me dieron dolores y ya nació”*(PE6), *“en el hospital fue que ya tuve mis hijos, en la casa no”* (PGF8), lo anterior permite la reducción de riesgos al generar una atención médica con personal especializado, la introducción de la asepsia y la anestesia epidural han convertido el parto en un acontecimiento seguro, además permite a la mujer decidir cómo vivir ese momento. Aunque algunos rituales tradicionales, tienden a desaparecer como lo es el de la placenta y el ombligo, *“en el hospital enterraba eso un señor en el patio, pero no se lo veía”* (PE5), *“la placenta si quedo en el hospital”* (PGF8), porque científicamente no se considera que sea necesario, además ya no se presentan las características del contexto y no es un procedimiento higiénico.

Para las jóvenes que en este momento aún están en su proceso de gestación, han recibido sensibilización de los cuidados en el parto, las condiciones físicas, humanas y sociales de la maternidad ha cambiado, en el hospital se brinda atención por los casos de embarazos múltiples, hay más niños prematuros que sobreviven por los cuidados médicos, razones que incrementan el riesgo y justifican el por qué llevar el parto al hospital. El hospital es visto como una escenario que brinda seguridad tanto para la madre como para el niño, por ello, las mujeres refirieron: *“a mí me gustaría en la clínica donde estoy llevando los controles y que pueda estar presente mi papá que es partero”*(PE2), *“en el hospital ya me explicaron donde tengo que ir y cuando sienta los dolores”* (PE3), para prevención de riesgos *“pues mi mamá dice que en el momento del parto, a veces es complicado porque pues... él bebe no puede estar bien, puede estar la cabeza para arriba o cuando nosotras presentamos síntomas de preclamsia, entonces que es muy difícil tener un parto normal”*(PGF4). La atención médica permite que un equipo de profesionales garantice la capacidad de resolver un imprevisto, que se pueda producir, se cuenta con protocolos y espacios seguros. Las participantes de la segunda y tercera generación reconocieron en la atención sanitaria occidental, mayor percepción de seguridad.

En una revisión sistemática sobre concepción, embarazo, parto y puerperio, Valsiner, señala que, aunque esos eventos están significativamente organizados en todas las culturas, los modos difieren entre distintos grupos étnicos, y en el mismo grupo en diferentes periodos de la historia. Sin duda, hay una gran distancia entre las ideas populares o indígenas del desarrollo fetal y las formas de entenderlo en la medicina científica moderna. Sin embargo, las explicaciones de ambos, una altamente relacionada a sistemas religiosos supernaturales y la otra a la medicina contemporánea de la ciencia racional, son igualmente suficientes para el propósito de darle un significado a los eventos del embarazo y del parto en la mente de las mujeres embarazadas, sus familias y

comunidades(5).

En general, la población indígena es vulnerable a presentar morbimortalidad materna, debido a que su primer embarazo se da a temprana edad y son atendidas de acuerdo a sus creencias y costumbres, siendo la atención de parteras la más utilizada. Es así que salud de la mujer indígena se ha constituido como un compromiso con los países de América Latina y el Caribe, en los objetivos de desarrollo del Milenio número cinco, con ello se pretende ofrecer servicios de salud materna de mayor calidad y pertinencia cultural.

Si bien es cierto que se ha avanzado en mejorar la salud de las comunidades indígenas y conciliar su cultura y tradición con la medicina occidental, aún hay un largo camino por recorrer para garantizar la utilización de los servicios de salud y atención constante de esta población.

Actualmente, los programas que se han implementado para disminuir la mortalidad y morbilidad materno infantil apuntan a crear entornos favorables para la madre y el recién nacido, pensando en la situación actual de la mujer y el hijo, así como también en su salud a futuro. La premisa de estas intervenciones es que la atención es más efectiva cuando se realiza a través de módulos integrados en los momentos críticos del ciclo vital como adolescencia, embarazo, post parto, etapa neonatal, lactancia e infancia, asegurando un entorno propicio que resguarde y promueva sus derechos. En este contexto, se consideran claves los servicios de salud reproductiva de calidad, la atención prenatal adecuada, la asistencia al parto por personal capacitado, los cuidados de emergencia obstétricos y perinatales básicos e integrados y la atención post natal (5).

5.2.4.2. Rituales en torno al Nacimiento. Por otra parte, se encuentran los rituales que realizan los médicos tradicionales o las parteras, está el ritual de la placenta, característico de estas comunidades indígenas, en épocas anteriores, en el parto *“si no botaba de inmediato la placenta, para los partos en casa, debían darle a la mujer 5 huevos crudos, que se los tome, para agilizar su salida”* (PE9). Una vez se tenía la placenta, se cumplía con el ritual *“armonizábamos para que este bien todo, deseándole bien le vamos a entregar la placenta a la madre tierra por que este hijo que vino a pisar la chacana de nuestro padre Dios a este paraíso se... Entonces nosotros le entregábamos todo a la madre tierra que se vaya hacer el hueco de ahí ya se le coloca un arbolito sea de rosa sea de voluca”* (PE10). Además, existía la creencia de que *“los hijos no sean desamorables con su familia, para que crezca bien rectico para que no se vaya hacer ladrón no se vaya hacer desperdiciado”* (PE9), *“encima de la placenta se siembra un arbolito de rosa”* (PE10). *Se escuchaba en la comunidad que “era malo botarla, si se quedaba en otro lugar diferente a la casa los hijos serían muy alejados, no permanecerán junto a la familia”* (PGF12). Estos rituales permitían que las familias se unan para realizarlos y estén al pendiente de la madre y el

recién nacido, además fortalecían los vínculos y generaban una sensación de seguridad porque según las creencias de esta comunidad, protegían al niño de convertirse en una persona mala.

Las participantes de 40 años y menores de 18 manifestaron que no realizaron el ritual porque tuvieron los hijos en el hospital y ya no es una práctica actual, sino que se acogen a los procedimientos médicos y a la decisión de estos frente a la placenta *“no quisiera que me entreguen, de eso se encarga el médico”* (PGF4).

La investigación de Barroso (24) plantea que en el mundo indígena el ombligo y la placenta son enterrados en el campo de siembra o dentro del hogar o lavados en las aguas del río, mar o manantial o colgados en los árboles o incinerados con carbón para luego esparcir las cenizas en el campo de siembra, siempre como ofrenda a los dioses que moran en la naturaleza, como símbolo de reciprocidad entre la naturaleza y el ser humano.

Respecto a esta tradición, las mujeres mayores de 60 años manifestaron que vivieron el ritual de la placenta como símbolo de agradecimiento y para preservar el bienestar de su hijo y su familia, mientras las mujeres de 40 años, habían escuchado sobre el ritual, pero no lo pusieron en práctica.

La occidentalización de la atención sanitaria ha influido en el cambio de las tradiciones culturales de la comunidad de Cumbal, por ello, para las participantes más jóvenes, prácticas como el entierro de la placenta y con ello, las creencias y significados sociales construidos históricamente, han perdido su importancia, dando mayor valor los procedimientos de la medicina occidental.

Otra característica importante de resaltar es el uso de las plantas para aliviar los dolores o complicaciones del embarazo, las cuales aún se recomiendan por las comunidades indígenas, si bien es cierto que se ha disminuido su uso, aún se utilizan y en el embarazo son las abuelas las encargadas de dar las aromáticas a las madres jóvenes porque ellas saben el poder de cada planta.

En el estudio de Valadez, Alfaro y Pozos, lo que respecta a los posibles riesgos a la salud de la madre y del niño, de acuerdo a los resultados obtenidos, el recurso más utilizado en la categoría de remedios caseros fue la herbolaria, presentando un patrón homogéneo. Entre las plantas que más se utilizan por las mujeres, están los vegetales que benefician la salud sexual y reproductiva de la mujer. Dependiendo de los síntomas y de la etapa del embarazo se pueden recetar las plantas en diferentes preparaciones sea de manera individual o combinadas, las personas deben conocer sus contradicciones para que no se afecte su salud o se generen complicaciones, asimismo es conveniente escuchar las recomendaciones relacionadas con los alimentos que se deben consumir para suplir las necesidades nutricionales de la madre gestante, logrando un bienestar físico para la madre y su hijo(15).

Estas recomendaciones de autocuidado hacen parte de las tradiciones socioculturales, que responden a los problemas de salud durante el embarazo, siendo más accesible tanto económicamente y cultural, por ser las enseñanzas de los ancestros, las cuales producen beneficios evidentes. Es posible afirmar que la medicina ancestral, como modelo de atención a la salud de la embarazada se da en forma alternativa con doble función, es una opción por sí misma, y por otro, a partir de ella es como se determinan las acciones a seguir. Lo que explica el resultado del comportamiento de los cuidados alternativos durante el embarazo ante la demanda oportuna de atención médica. Es importante tener en cuenta las creencias, los conceptos y las prácticas que realizan las mujeres, reconocen la importancia de la participación de la medicina tradicional en la atención a la salud de la mujer embarazada y proponer cambios en los programas educativos en salud y en la formación del recurso humano en salud, para facilitar la realización de acciones conjuntas(15).

5.2.5. Puerperio. Una vez se da el proceso de alumbramiento, tanto la madre como el hijo experimentan la fase de puerperio en la cual se genera una reconstitución del aparato reproductor y se induce a la madre a los cuidados del recién nacido, esta recuperación depende mucho de los cuidados que se proporcionen a las mujeres y de las condiciones bajo las cuales se dio el parto, se ocasionan cambios hormonales en las mujeres lo que afecta su estado de ánimo, además la responsabilidad frente a los hijos produce tensión, como refieren las participantes que después del parto *“también arropaban muy bien al recién nacido y no lo bañaban, la madre del niño tampoco debía bañarse, se mantenía acostada”*(PE11), para las mujeres mayores las recomendaciones que seguían era *“permanecer 40 o 45 días en cama, se debe mantener bien tapada la cabeza, la alimentación debe ser consumir gallinas criollas, se evitaba el baño, salir al frío”* (PGF12). Esta etapa corresponde a la llamada dieta, en la cual los cuidados son indispensables para evitar complicaciones de salud de la madre y el niño a futuro, porque el cuerpo de la madre está en recuperación y el niño es muy sensible a los estímulos del ambiente, por ello se debe garantizar protección mientras se da la etapa de adaptación al nuevo contexto.

Las mujeres mayores de 40 años, manifiestan que después del parto se tenían que *“encaderar, esto significa fajarse un poco en el ombligo, para que se organice el cuerpo”* (PE5), para que no haya desequilibrio y el cuerpo regrese a su condición normal, principalmente los huesos de la cadera que se han abierto durante el parto.

Según comentan las entrevistadas, actualmente esto ha cambiado, ahora solo permanecen en casa *“8 O 15 días y ya salieron, los problemas vienen a futuro y el ultimo día es más riesgoso de más cuidado”* (PE6), *“si se cuidan son mujeres más alentadas, no les da dolor de cabeza y no se deforman las manos”* (PGF8). En este período puerperal ocurren grandes cambios en el cuerpo, pues todos los órganos involucrados en el embarazo y el parto regresan a su estado anterior

siempre y cuando se den los cuidados necesarios.

Como tradiciones culturales o costumbres de la comunidad se consideraban algunas indicaciones por parte de los médicos tradicionales, quienes daban atención en el parto y también apoyaban en el puerperio *“la partera lo bañaba por primera vez, recomendaban que no lo vayan hacer ver de otras mujeres embarazadas”* (PE10), esto a razón de que a los recién nacidos les ocasionaba pujos, lo que afecta su estómago y produce gases que no se puede manejar, explicaban que: *“los pañales estén bien lavaditos y escondidos por allá que no los vea las mamas en embarazo”* (PE11).

Con el paso del tiempo, el seguimiento que se brindaba a la mujer después del parto cambió, según lo manifestaron las entrevistadas mayores de 40 años, se daba asesoría en las viviendas por medio de las *“promotoras de salud en el sector rural, ellas explicaban sobre los cuidados del niño, como sacar gases, como cargar al niño, como amamantarlo, bañarlo, los cambios de pañal y cuando se enferman”* (PE7), de igual manera, se introduce los conocimientos científicos y los reportes epidemiológicos de las causas de las enfermedades que se pueden presentar.

Las mujeres del resguardo indígena de Cumbal, hace algunos años solamente seguían las recomendaciones de los médicos tradicionales o de los mayores, porque no tenían acceso a los servicios de salud, dadas las distancias, pero hoy en día en la mayoría de los casos integran la información de la cultura indígena con la medicina occidental y se realizan los controles y atención médica en el puesto de salud, además, prefieren tener el parto en un hospital que, en la casa, como ocurría antes.

En el estudio de los pueblos Tikuna, Kokama, Yagua y Uitoto, en el Municipio de Leticia, según la tradición indígena las gestantes deben guardar algunas restricciones alimenticias y seguir una dieta especial a base caldo de pescado con casabe; no podían comer ají ni carne de monte. Ellas trabajaban normalmente hasta el día que daban a luz. De igual forma es necesario asumir otro tipo de cuidados con el neonato entre los cuales se consideraba que los pañales de los recién nacidos que eran hechos de trapos viejos, cuando se lavaban no se podían retorcer ni secar al sol. El ombligo del recién nacido se secaba en un fogón y se colgaba sin que nadie lo viese, pues el ombligo como centro del ser humano, era muy importante para garantizar que el hijo fuera fuerte (48).

En lo referente a lactancia en el hospital también se realizaba acompañamiento para que se produzca y se brinde adecuadamente, *“cuando ya nació él bebe a mí me atendían así me daban los alimentos me decían hay que darle, no ve que decían de la leche para él bebé no sabe salir, después de 3 días nace la leche entonces ahí decía démosle como ser el caldo de los pescados para que le crie la leche, entonces me daban el caldo de los pescados para que le crie rápido la*

leche sino al niño le daba agüitas con la cucharilla por lo que no tenía la leche” (PE6). Durante el final del embarazo y durante los primeros días del puerperio, existe en los pechos una secreción llamada calostro que gradualmente se irá convirtiendo en leche, que contiene proteínas y anticuerpos frente a las infecciones a la vez que favorece el tránsito intestinal del recién nacido. La producción de leche depende de un estímulo hormonal que tiene su origen en la hipófisis que segrega una hormona llamada prolactina, y por el propio estímulo que provoca la succión del niño. Es por ello que, durante el puerperio, la dieta de la madre debe ser rica en proteínas y calcio y se recomienda la toma de un suplemento vitamínico como en el embarazo(13).

Para las mujeres que recibieron atención en el hospital en el egreso el personal de salud se encarga de brindar las recomendaciones y explicaciones sobre los cuidados, *“llevarlos a las vacunas, bañarlos y cambiarles de pañal”* (PE7), *“estar en cama pues ya poco de ahí ya seguí haciendo las cosas, mi esposo mi madre ella iba a ver me que estaba cerca, mi hermana también, me ayudaban a jabonar”* (PGF8). Las prácticas de cuidado que refirieron las mujeres están orientadas por la familia, especialmente por las mujeres: madres, abuelas y suegras; sobresalen: el uso de algodones en los oídos, pañoleta en la cabeza y no exponerse a fenómenos naturales como el sereno, el sol y la lluvia, para evitar dolor de cabeza, y la reducción de la actividad física para que no se caiga la matriz. Las prácticas de cuidado están orientadas por un conjunto de ritos y tradiciones, que están ligadas a las recomendaciones del personal de salud y en especial el de enfermería, cuando expresan tener en cuenta las orientaciones dadas antes del alta hospitalaria; ejemplo de ello son las prácticas asertivas de higiene y cuidados personales, consumo de medicamentos formulados, no consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

5.2.5.1. Acompañamiento de las Promotoras de Salud. Con el paso del tiempo, el acceso a servicios de salud es más fácil, inicialmente los conocimientos sobre el embarazo, *“era mediante la promotora de salud, Doña Rosa Mitis, ella me hacía visitas, me daba recomendaciones, que vaya a los controles”*(PGF8), en el sector rural anteriormente se asignaban las promotoras de salud rural, quienes se capacitaban en el sector salud hospitales o puestos de salud, ellas cumplían las labores de atención en zonas apartadas, aplicaban inyecciones intramusculares y suturas, las mujeres gestantes reciben seguimiento, *“en los controles y asesoría, para que la atención del parto hospitalaria”* (PE2), *para los casos de alto riesgo “para la madre y el hijo se atiendan bien”* (PE5), las funciones que desarrollan las promotoras en el sector salud son los programas educativos que se relacionan con inmunizaciones, crecimiento y desarrollo de los niños, atención prenatal, citología cervical y cáncer, enfermedades venéreas, hipertensión arterial, planificación de la familia, higiene personal, educación sexual, salud mental y conceptos de saneamiento, tales como quemar o enterrar la basura, hervir el agua, y construir y mantener letrinas, la enseñanza que imparten las promotoras se realiza en casas

particulares de la comunidad mediante charlas educativas, demostraciones y observaciones durante las visitas domiciliarias(51).

5.2.6. Anticoncepción. Anteriormente el difícil acceso a los servicios de salud en el sector rural, dificultaba el conocimiento de la comunidad frente a sus derechos sexuales y reproductivos, como lo manifestaron las mujeres de más de 40 años, era un tema desconocido *“servicios era escaso y no se iba mucho en la comunidad”* (PE7), *“claro, no sabía por eso yo de seguido tuve los 3 después ya me dijeron, ya había la promotora, ella nos decía que había que planificar, la familia decía que a veces era malo estar planificando, que llegaban las enfermedades, por eso, por miedo de no planificar pues a veces crecía mucho la familia”* (PGF8), *“para los hombres no había nada”* (PE6), las promotoras de salud se encargaban de la sensibilización *“hay que planificar la cantidad de hijos”* (PE5), *“en ese tiempo hubiera sabido que... de planificar hubiera tenido como unito o dositos nomas”* (PE7). Lo anterior hace evidente que los programas en salud en el pasado, se orientaban más a la atención, restringiendo la planificación a las mujeres que ya tuvieron hijos, con el fin de reducir los índices de natalidad. A partir de los resultados de esta investigación, se reconoce que las acciones en salud no se enfocaban en desarrollar procesos de prevención en la población joven que aún no han experimentado el embarazo.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades, es por ello que en la actualidad ya se generan planes en el tema de salud sexual y reproductiva en los contextos de salud y educativos, fortaleciendo el acceso a más población.

Las mujeres menores de 18 años, si han recibido información por parte de: *“las instituciones educativas, como planificar las mujeres pastillas y los hombres condón”* (PE2); *“en charlas del puesto de salud”* (PGF4), también en la familia, advertían que *“si ya tenían relaciones sexuales se cuiden”*(PE1), pero las concepciones a su alrededor sobre esto inciden en la decisión, por ejemplo *“yo no fui al puesto de salud por vergüenza yo sabía de muchas que planificaban, pero en mi caso no lo hice, me daba vergüenza”*(PE2) *“las pastillas las compraba en la droguería”*(PE2) *“si sabía pero no tome nada”*(PE1), *“a nosotros nos hablaron sobre el condón, sobre de pastillas anticonceptivas”* (PGF4), algunas personas refieren el conocimiento sobre el implante subdérmico, las inyecciones.

Se evidencia que a pesar de la información con la que cuentan las mujeres, por vergüenza o por miedo a ser criticados o juzgados, y por la falta de confianza en las instituciones de salud, prefieren no acceder a métodos anticonceptivos desde una orientación especializada, la cual puede garantizar seguimiento a la efectividad y asimilación del método de anticoncepción elegido.

Según la edad, las mujeres reflejan en la construcción de sus trayectorias reproductivas, la incidencia de políticas sanitarias locales, específicamente a través de la atención que brinda por el Estado a través de la Atención Primaria en Salud, por medio de los promotores de salud. A partir del fortalecimiento de esta atención, las mujeres comenzaron a ser motivadas a realizar controles prenatales, institucionalizar sus partos y abandonar la práctica del parto domiciliario, así como seguir una serie de recomendaciones durante el posparto, entre las que se incluye la adopción de métodos anticonceptivos(35).

Con los métodos anticonceptivos desde el sistema de salud se pretende la regulación de la concepción alrededor del mundo, ésta no siempre ha sido bien recibida por las poblaciones a las cuales va dirigida. Existen referencias que asocian la baja demanda de métodos anticonceptivos y la limitada efectividad de los programas de planificación familiar con el temor a los efectos secundarios, así como con problemas generados por el uso inadecuado. A menudo esas explicaciones culpan a las mujeres, categorizando esos temores como “no científicos”(5).

Es evidente que en las comunidades todavía existe resistencia frente al uso de los métodos anticonceptivos, en las generaciones mayores por desconocimiento y en las mujeres jóvenes por vergüenza y miedo a las críticas, de tal manera que solamente deciden planificar con orientación de profesionales de la salud una vez tienen su primer hijo. El sistema médico estructurado, necesita reconocer abiertamente la existencia del sistema empírico y buscar la forma de integrarlo en la prestación de atención de salud. Es así como la reforma a la salud se propone implementar estrategias que permitan acceder a la atención integral de la salud y garantizar su calidad. Dichas estrategias incluyen tener en cuenta las perspectivas diferenciales e interculturales centradas en las personas, las familias y las comunidades(52).

En este sentido, vale resaltar cómo los agentes sanitarios en su trabajo con las familias de las regiones rurales, se comportan como instrumentos de inserción de las normas biomédicas e higiene y de consolidación de la prevención y promoción de la salud de la madre y el recién nacido. De esta manera, han desarrollado entre la población una función de máxima importancia, al lograr traducir las normas biomédicas en un intento por adecuarlas a la cosmovisión tradicional (35).

El resultado de las interacciones entre usuarias y prestadores de salud, es un profundo cambio en el campo de referencia de la mujer, que anteriormente era influenciado por la experiencia de mujeres cuyos comportamientos eran tomados como modelo, dando lugar a que se reactualizaran a través de las generaciones los usos tradicionales que rodeaban la reproducción. Al no existir ya la reactualización, se rompe con antiguas prácticas y en su reemplazo se adquieren nuevas, pero ya de la mano de los agentes de salud biomédicos y a través de los programas de salud estatales (35).

Es así como se considera prioritario que el sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, desarrolle programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes tal como lo plantea la Ley 1098/2006, art 46, numeral 8 (53).

5.3. PERCEPCIONES INTERGENERACIONALES DE MUJERES FRENTE AL EMBARAZO A TEMPRANA

A través de los resultados de esta investigación, se han abordado las diferentes percepciones de mujeres de tres generaciones del Resguardo Indígena de Cumbal frente a la sexualidad, los significados en torno al ser mujer, las distintas etapas del embarazo, la atención sanitaria, entre otros. A continuación, se abordan algunos aspectos relevantes del embarazo temprano desde el contraste de la visión de las participantes.

5.3.1. Embarazo desde las Diferentes Generaciones. Al hablar del embarazo a temprana edad es importante comprender las percepciones intergeneracionales sobre este, dado que a través del tiempo han cambiado los estilos de vida, las prioridades, las exigencias sociales, las dinámicas familiares y los roles de género, situación que influye en la percepción del embarazo adolescente como un problema o una condición normal propia de la cultura.

En el desarrollo de la presente investigación se tuvo la oportunidad de conocer las perspectivas frente al embarazo temprano en tres generaciones de la comunidad indígena del resguardo de Cumbal, la primera es de mujeres mayores de 60 años, la segunda es de mujeres mayores de 40 años y la tercera de mujeres menores de 18 años.

Las tres generaciones coinciden en que el embarazo es una situación que les cambio la vida, si bien es cierto que *“un hijo es una bendición, implica asumir muchas responsabilidades”* (PE6), *“la verdad a veces como duro, pues todavía; como le digo, no sé cómo criar un niño”* (PGF4). Para ella ser madres jóvenes las tomo por sorpresa porque ninguna había planeado tener un niño, esto afectó su vida a nivel personal, familiar y social, con implicaciones educativas y laborales, tal como lo manifiesta una participante: *“ya no pude acabar de estudiar lo que yo quería”* (PE5), *“no acabe once porque ya estaba embarazada”* (PE3). La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad general, profundamente afectada por la pobreza, donde las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y una gran carga de estrés, especialmente ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen, aun cuando apoya a la nueva familia, no es solvente debido a que en el sector rural aún se evidencia dificultades económicas además se convierten inicialmente en una dura carga

para el núcleo familiar.

Las participantes de la primera generación, el embarazo significó asumir la responsabilidad de consolidar y mantener una familia *“irse a vivir con la pareja y asumir la responsabilidad con su nueva familia”* (PGF12), en este sentido, independientemente de la edad, la mujer embarazada tenía que casarse o irse a vivir con su pareja y formar una familia, en este sentido, es posible evidenciar que la responsabilidad sobre el embarazo y la maternidad, recae principalmente en las mujeres. La percepción y creencias familiares en la comunidad indígena se representan por la preparación de las mujeres en el seno de la familia para que respondan a unas demandas sociales de género como son la procreación y asumir el rol de construir una familia y atender las labores del hogar. En esta generación, el embarazo no se evidencia como problema, estaba inmerso en la figura del matrimonio o la unión libre estable, con capacidad económica de la pareja para levantar una nueva familia.

Por otra parte, es conveniente resaltar las consecuencias del embarazo a temprana edad a lo largo de la vida de la joven madre, puesto un embarazo en la adolescencia supone un conjunto de situaciones que, en algunas ocasiones, comprometen la posibilidad de que las personas materialicen su proyecto de vida deseado o los ideales de sus padres. Dando lugar a la deserción escolar o discriminaciones en los contextos educativos y sociales, vinculación temprana al mercado laboral o cargas domésticas; además de ocasionar tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; comprometiendo la capacidad de los adolescentes y de su familia para insertarse en una senda de desarrollo real y sostenible (45).

En el caso de las participantes se logró identificar que al quedar embarazadas tuvieron que atender su propia familia, dejando de lado su estudio o planes futuros y asumiendo cargas domésticas.

Dado que en estas generaciones no se contaba con información suficiente sobre planificación familiar, predominan las familias con numerosos hijos, además existe la creencia de tener *“los hijos que Dios mande”* (PE10). Para las madres de la generación actual *“el embarazo a temprana edad implica asumir un rol de mujer y responsabilizarse del cuidado del bebé”* (PE3), *“no necesariamente deben casarse, pero si es importante el apoyo de la familia y pareja”* (PE7).

Mientras que las mujeres mayores, en su mayoría analfabetas se formaban en el seno familiar para ser esposas y madres, «mujeres de la casa», con patrones de crianza coercitivos e intolerantes, las futuras generación comenzaron a avanzar en su preparación académica, encontraron un sistema social más abierto y permeado por los cambios de la sociedad, expresado en un porcentaje bajo de analfabetismo, mayor proporción de estudios secundarios y acceso a los servicios de salud.

De esta manera se pudo apreciar que la percepción del embarazo a temprana edad es diferente en las tres generaciones entrevistadas, mientras para las mayores de 60 años era una situación que se da dentro del matrimonio o que conlleva a este, de tal manera que el niño debe nacer en una familia; para las mayores de 40 años el embarazo a temprano también exigía el compartir responsabilidades con el padre y en lo posible dentro del matrimonio, lo cual está en concordancia con el reconocimiento de los derechos de las mujeres y su rol en la sociedad; para las mujeres menores de 18 años la percepción cambia porque si bien es cierto que en la mayoría de ellas comparten responsabilidades con la pareja, no han sido obligadas a casarse ni a vivir juntos, lo cual demuestra que las dinámicas están cambiando y que el hecho de tener un niño en la actualidad no implica conformar una nueva familia para que la mujer se dedique a atender a su esposo e hijos.

A través de este estudio se reconoció un cambio generacional en el significado del embarazo en relación con la pareja, el matrimonio y lo público, debido a que para la primera generación el embarazo a temprana edad se concebía como algo natural asociado a la madurez de la mujer y su capacidad para conformar un hogar legitimado a través del matrimonio. Para la segunda generación el embarazo adquiere una connotación diferente, en estos casos, no se evidencia una marcada relación con la posibilidad de conformar una familia, por el contrario, para las mujeres de la tercera generación, el embarazo se asumió como un limitante en el desarrollo del proyecto de vida de las mujeres. Lo anterior posiblemente permite evidenciar una transformación de la concepción de las mujeres en la comunidad y su rol en ella.

5.3.1.1. Número de Hijos. Las mujeres mayores que participaron en las entrevistas refieren que la cantidad de hijos es menor a la de sus familias de origen, *“en mi familia somos nueve hermanos”* (PE10), *“antes tenían artos hijos, como 12 tiene una tía”* (PE11). El número de hijos se asocia al desconocimiento frente a la planificación familiar y niveles educativos bajos, lo que incidía en el acceso a servicios de salud según sus necesidades, esto ligado a las creencias culturales y religiosas frente a la maternidad como una bendición y una responsabilidad que se debe asumir desde el núcleo familiar, para dar trascendencia y descendencia en su comunidad.

En la actualidad las familias cada vez son más reducidas el número de hijos por familia es de aproximadamente dos, ya que existen mayores posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos, hay sensibilización en salud sexual, la tecnología y situación económica hace que las familias se trasformen en cuanto a composición y roles, la mujer está inmersa en el entorno laboral y se da oportunidad de avanzar en su nivel educativo, ya no solo se visualiza en el rol materno, ahora las familias son más pequeñas, por su parte refirieron: *“vivo yo con mis dos hijitos”* (PE6), *“tengo 3 hijitos”*(PGF8) , *“en mi casa somos cuatro mi esposo, con mis dos hijos y yo”* (PE7).

Las exigencias actuales por atender en todas las necesidades a los hijos, la implementación de métodos anticonceptivos, hace que en las familias se considere un número menor de hijos, el trabajo de los padres fuera de casa, también tienen relación puesto que la mujer está inmersa en el ámbito laboral. Los hijos generalmente están al cuidado de terceros o familiares, pasan más tiempo en entornos educativos, lo que transforma la convivencia familiar(54).

5.3.1.2. Tipos de Familia. Las mujeres que participaron en esta investigación pertenecen a familias en su mayoría *nucleares* “vivo con mis esposo y mis dos hijitos” (PE6), “vivo con mis dos hijos y mi marido” (PE5), “estoy viviendo con mi familia, mi esposo mi hija pequeña y los tres que están estudiando” (PGF8), esto en el caso de las mujeres mayores, lo que responde a unos patrones culturales y sociales de familia, que constituyen la familia nuclear como el ideal de su comunidad, en el cual, el matrimonio y el establecimiento de una relación de pareja para el cuidado y crianza de los hijos es lo que permite una mejor formación. Asimismo, la familia se representa en la comunidad como una entidad social proveedora de amor y protección, en donde, la mujer representa a la madre amorosa, cariñosa y comprensiva, y el hombre como un padre que da protección, también es quien provee el sustento económico en el hogar con sus labores. La estructura familiar de los tiempos de anteriores fue más estable y tradicional, existían pocos divorcios, las mujeres eran más sumisas y se consideraba mejor mantener las relaciones familiares.

En la familia tradicional del sector rural, “la casa” era el principio de organización social, en el que se destacaba el principio de la territorialidad. Sobre la familia tradicional troncal, recaían funciones como la reproductiva, protectora, educativa, trasmisión de creencias y educación religiosa, atención y cuidado de enfermos, así mismo se resaltaba el componente productivo y económico en torno a la familia(54).

La mujer era quien tenía fuerte relación con el hogar, era a quien le correspondía la casa y la familia, se encargaba de la organización doméstica y de los ambientes rurales, las labores del campo. Se reconoce en actividades de cuidado y atención del esposo guardando obediencia y sumisión, en relación con sus hijos sobresalía la protección, crianza y educación. Al hombre le correspondía como esposo el cuidado y la protección de la esposa desde la autoridad, con los hijos servía de ayuda para el autocontrol, implementaba la firmeza y rigidez educativa, se encargaba del mantenimiento del hogar en el sentido económico(54).

La forma en que se concibe el matrimonio, la familia y las relaciones de parentesco ha sido transformada, por los cambios económicos y sociales que cambiaron los patrones familiares que dentro de la comunidad indígena se consideraban como únicos. Se evidencia la transición de una época en que casarse era la finalidad de la mujer y el hombre, generalmente al final de la

adolescencia o a principios de la edad adulta, a otra, en la que hay una creciente minoría que nunca se casará, y en la que las personas aplazan el matrimonio hasta después de los 25 años o incluso hasta más adelante. El matrimonio ya no es más el acontecimiento eje que articula el comienzo de las relaciones sexuales, la procreación, el abandono del hogar paterno, o incluso la formación de un hogar(54).

Por su parte, para las mujeres menores de 18 años, la estructura que prevalece es la familia extensa, generalmente la materna, como refieren las participantes: *“vivo con mi papá, mamá, hermana, sobrino y yo”* (PE2); *“vivo con mis dos hermanas, mi tía y mi abuelita”* (PGF4), en este tipo de familias se garantiza la protección y el acompañamiento a nivel económico, afectivo y social de las madres jóvenes, permitiendo acogerlas en el seno de la familia, debido a que aún no cuentan con las posibilidades de independencia, en este tipo de familia las dificultades de convivencia son relevantes ya que existen diferentes patrones de crianza entre las personas que la conforman.

Frente a la relación entre el matrimonio y la procreación, en la cual se hacían evidentes los roles de género, en las nuevas generaciones ha cambiado, las diferentes conformaciones familiares, permiten que dos personas puedan vivir juntas en pareja, casarse y trabajar, criar hijos mientras la mujer trabaja medio horario, separarse y compartir la crianza de los hijos antes de que uno o ambos se vuelvan a casar, formando una nueva familia e iniciando quizás un nuevo ciclo de diferenciación. Actualmente, no se considera correctas o incorrectas las conformaciones familiares, por el contrario, se convierten en una construcción social que responde a demandas sociales y culturales inmediatas.

Tabla 3. Percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad

Categorías	Menores de 18	Mayores 40	Mayores 60
Contexto histórico, geográfico, social y cultural	Las mujeres en estas edades cuentan con oferta de conocimiento, debido a su posibilidad de educación. Los servicios en el sector salud son accesibles, la tradición cultural indígena se transforma con la inmersión social de la ciencia y los	Para estas mujeres en su contexto social aún prevalece tradiciones culturales y familiares, la figura del matrimonio es aceptada y hay mayor acceso a servicios de salud.	El entorno de crianza para estas mujeres está muy ligado a las tradiciones propias de su cultura, el sentido de comunidad prevalece y el acceso a servicios de salud y educativos es limitado.

Tabla 3. (Continuación).

	avances tecnológicos.		
Percepciones sobre la sexualidad	Se otorga a la sexualidad un carácter integral, en el que se incluyen aspectos sociales, biológicos y afectivos, que permiten concebirla como una cualidad inherente al ser humano, se brinda orientación desde el sector educativo y de salud desde un enfoque preventivo.	Se da un carácter biológico a la sexualidad, con fines reproductivos, se puede acceder a servicios de salud, para su orientación, pero se observan limitantes en la aceptación social de la sexualidad como cualidad humana.	Tiene la sexualidad un carácter privado, se considera un tema tabú, por lo cual las familias no pueden hablar de ello a sus hijos, la información al respecto es restringida y por las creencias religiosas se toma la sexualidad como pecado.
Significados en torno al ser mujer en la comunidad	Las mujeres para esta época en la que se encuentran las participantes, pueden acceder a igual de oportunidades en educación, la inmersión laboral es una de los propósitos y prevalece la toma de decisiones sobre su proyecto de vida.	La mujer tiene el rol de encargarse de la crianza y educación de los hijos, las labores de la casa son su responsabilidad, una vez tiene su primera menarquia pasa de niña a mujer y puede generar vida.	La mujer se concibe como una persona con valores y principios familiares, que es la base de la familia, se encarga de mantener los vínculos al interior de la familia, tiene una función socializadora en su comunidad.
Significados relacionados con el embarazo	Para las mujeres de este grupo, el embarazo se evidencia como una dificultad para alcanzar los planes futuros de estudio y laborales, rompe con los esquemas o expectativas	El embarazo se genera en el marco de la institucionalidad del matrimonio, se cuenta con la aprobación familiar, implica la conformación de una vida de pareja y una	El embarazo es una de las principales responsabilidades dentro de su comunidad, implica la posibilidad de construir nuevas generaciones. Los embarazos

Tabla 3. (Continuación).

	familiares, la responsabilidad paterna no tiene tanta relevancia, el papel de la familia extensa se representa con red de apoyo, la asistencia médica en cuidados y atención es predominante.	la atención en salud limitada que se vincula con patrones culturales.	son atendidos por parteras y la medicina tradicional tiene mayor relevancia en el cuidado, existe un interés colectivo por la salud de la madre y del niño.
Alumbramiento	Las mujeres son atendidas en instituciones de salud y para este momento han seguido las recomendaciones medicas	Las mujeres fueron atendidas en instituciones de salud, para este momento seguían las recomendaciones médicas, pero las de las parteras o médicos tradicionales.	Las mujeres fueron atendidas en su casa por una partera, utilizando la medicina tradicional, principalmente las plantas medicinales.
El puerperio	Se siguen las recomendaciones médicas de cuidado y reposo de la madre y el niño por algunos días.	Se cumple con una dieta de cuidados especiales para la madre y el niño según las recomendaciones médicas y de las abuelas.	La madre y el niño cumplen una dieta rigurosa de 40 o 45 días en cama, con alimentación espacial y sin exponerse al frío, sol o sereno.
Anticoncepción	En las instituciones educativas y de salud se brinda suficiente información al respecto, sin embargo las jóvenes por vergüenza o por no considerar las consecuencias de sus actos no	En las instituciones de salud se brindaba información a las mujeres después de haber tenido su primer hijo. En la familia se evadía el tema de sexualidad.	No se hablaba respecto a anticoncepción. Las familias consideraban que tendrían los hijos que Dios les mande.

Tabla 3. (Continuación).

	acceden a los servicios	
Embarazo desde las diferentes generaciones	El embarazo cambia el proyecto de vida, implica nuevas responsabilidades, pero se puede afrontar con apoyo de la pareja o de la familia. No se obliga el matrimonio, es la familia materna la que brinda mayor apoyo.	Exigía compartir responsabilidades con la pareja dentro del matrimonio, por lo cual debían casarse y conformar una familia, en la cual la mujer se encarga del cuidado de los niños y atención del hogar.

Fuente: Esta investigación.

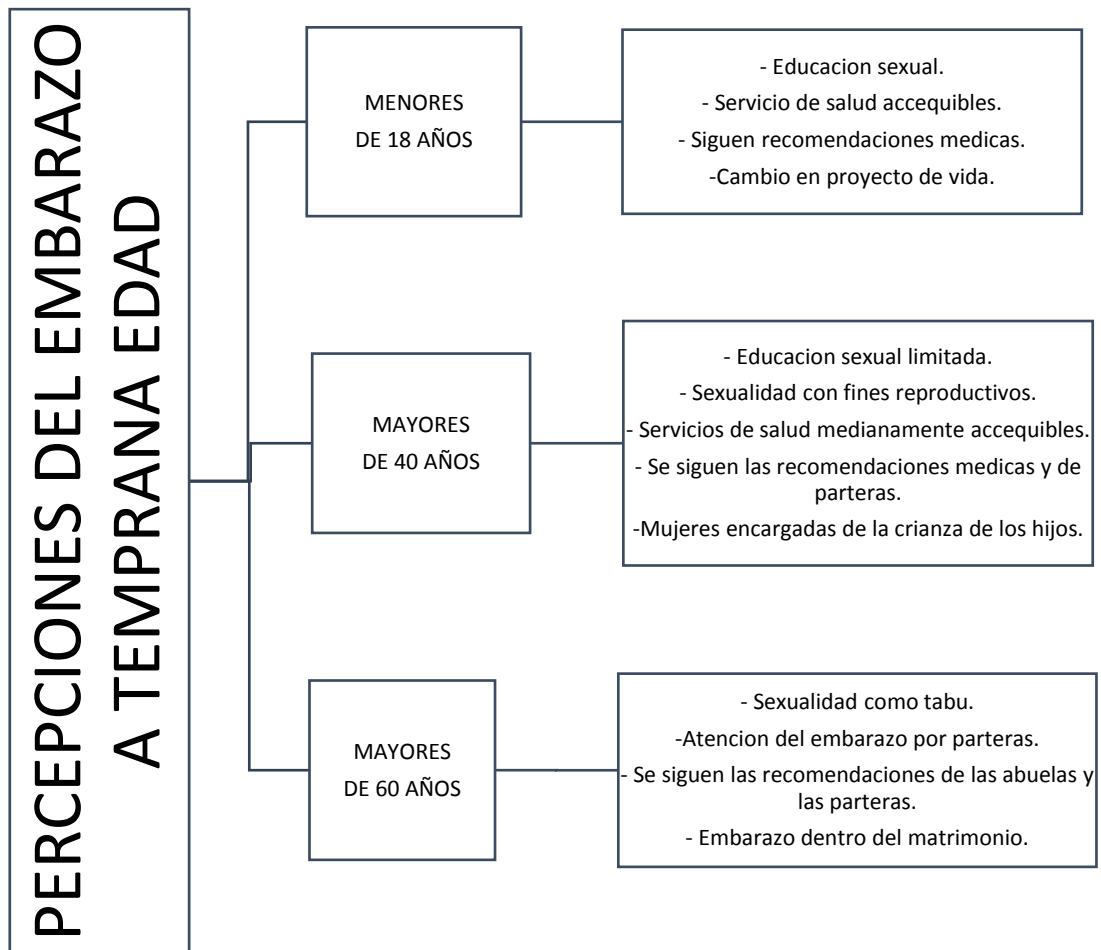
El impacto de las políticas públicas sobre educación sexual y salud reproductiva para el Resguardo de Cumbal han tenido un alcance limitado, frente a los lineamientos establecidos por la ley 1620 del 2013, en las instituciones educativas se desarrollan talleres sobre la biología de la reproducción, educación en métodos de planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, sin embargo estos conocimientos no logran generar cambios en el comportamiento de los estudiantes, de tal manera que las participantes de la generación más reciente recibieron conocimientos sobre sexualidad sin que esto pesara al momento de tomar sus decisiones sobre el uso de anticonceptivos.

Frente a los programas de promoción y prevención la implementación del programa de atención en planificación familiar contenido como norma técnica de la resolución 0412 del 2000, logro un impacto significativo en la reducción de la fecundidad en la generación de mujeres mayores de 40 años, lo cual se debe a que la planificación familiar se planteó como un indicador, que buscaba que gran proporción de mujeres en edad fértil accedan a planificación familiar incluso con métodos definitivos, cabe señalar que en estas metas programáticas no se tuvieron presente las diferencias culturales como la percepción de la comunidad por mantener la pervivencia.

En la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos se planteó la reducción de la fecundidad global y la fecundidad específica en menores de 18 años, como se mencionó en las generaciones de mayores de 40 años a partir de los programas de planificación familiar, para ésta generación se logró la reducción de la fecundidad, según el cubo de datos SISPRO, tenemos que para el 2015 la tasa general de fecundidad para contexto Colombia fue de 53.37 mientras que para MALLAMAS EPS-I fue de 39.03, **en el caso de la tasa de fecundidad específica de 10-14 años**, para el periodo de estudio se registró un

número de 2.55 hijos por 1000 mujeres de 10-14 años, siendo la obtenida para Colombia de 3.13 y la **tasa de fecundidad de 15-19 años**, para población Mallamas EPS-I para el periodo analizado fue de 38.13x1000 mujeres de 15-19 años, mientras que para Colombia fue de 67.44, muy por encima de la tasa obtenida por la EAPB.

Figura 7. Percepción intergeneracional del embarazo a temprana edad.



Fuente: Esta investigación

6. CONCLUSIONES

Dentro de la integridad sociocultural de las comunidades indígenas, la maternidad a edad temprana hace parte de su cosmovisión, que enmarca aspectos que responden a ideales de familia tradicionales como la conformación de un hogar y la garantía de la descendencia en sus comunidades, y con ello, la preservación del legado sociocultural.

La mujer ocupa un espacio central en la familia y la comunidad, por lo tanto, las intervenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas, deben partir del reconocimiento de los significados y prácticas asociadas al carácter histórico y territorial de las poblaciones, que incide en el rol de las mujeres como construcción social, la comprensión de la salud y las acciones de autocuidado.

Los resultados de esta investigación permitieron identificar que el embarazo a temprana edad implicó para las mujeres el establecimiento de dependencia económica hacia la pareja o hacia la familia, debido a que se ocupan principalmente del cuidado de los hijos y de labores domésticas, situación que puede limitar el desarrollo humano, laboral o profesional, acrecienta las inequidades, perpetúa el círculo de la pobreza y se constituye en un factor de riesgo para la violencia de género.

La percepción del embarazo a temprana edad en las diferentes generaciones ha ido cambiando, como resultado de diferentes factores, entre ellos, el acceso a información, el acceso a la educación y a los servicios de salud, así como de la implementación de políticas en salud sexual y reproductiva, de tal manera que hoy en día se hace mayor énfasis en la prevención de consecuencias adversas para la madre y el niño. Las madres de la generación más reciente han resignificado su concepción acerca de la sexualidad, sin embargo, se mantiene la limitación para acceder a métodos de planificación seguros que eviten los embarazos a temprana edad. Cabe resaltar que, dentro de las comunidades indígenas, se propende porque la responsabilidad desde el embarazo sea de padre y madre.

Para promover la salud sexual y reproductiva en contextos indígenas, se hace necesaria la recuperación de la memoria histórica de las comunidades y la valoración de los saberes populares frente a los cuidados de la salud y la atención del embarazo, parto y puerperio de las comunidades, que, desde diferentes generaciones, han implementado el uso de plantas, masajes, suministro de alimentos, transferencia de conocimientos y prácticas que han beneficiado a las personas. Por esta razón, las políticas nacionales en salud deben contextualizarse a los territorios, ello implicará, el establecimiento de

mecanismos administrativos y sanitarios que posibiliten la complementariedad de la medicina tradicional con la medicina occidental en el cuidado y atención de la salud.

Desde el modelo de salud propio e intercultural se integra la medicina ancestral con la medicina occidental, por ende, hay un cambio en las tradiciones de las tres generaciones investigadas, pasando desde una atención solamente por parteras y medicina tradicional a una intervención complementaria, reconociendo el valor de los avances tecnológicos y científicos en el ámbito de salud sin desconocer la cultura y tradición indígena.

En los contextos educativo y familiar es necesario fortalecer el conocimiento y vivencia de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, que posibilite la toma de decisiones informada, consiente y crítica frente a la sexualidad, la autonomía y el proyecto de vida, mediante metodologías y contenidos pertinentes al contexto socio cultural como las mingas de pensamiento, donde se comparte la palabra y el pensamiento de las diferentes generaciones y se construye el plan de vida de una manera concertada, contribuyendo con la pervivencia de los pueblos indígenas ancestrales como el Resguardo Indígena de Cumbal.

Para próximos estudios se recomienda involucrar la mirada de la pareja por cuanto podría aportar nuevos elementos que permitan una mayor comprensión del embarazo a temprana edad y de sus implicaciones tanto en la vida de la mujer como del hombre.

BIBLIOGRAFIA

1. Mejía M, Pacheco C, Granados G, Rodríguez C. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Bogotá: UNFPA; 2010. 86 p.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC; 2016. 52 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Ministerio Protección Social. El aumento de embarazos adolescentes en Colombia [Internet]. Bogotá: Social M de P, editor; 32 p. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Boletín No. 2 El aumento de embarazos adolescentes en Colombia.pdf>
4. Quintero A, Betancur H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Rev virtual Univ Católica del Norte [Internet]. 2015; 44:222–37. Available from: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
5. Cepal, UNFPA, OPS. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural [Internet]. CEPAL, editor. Santiago de Chile; 2010. 71 p. Available from: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3797/1/lcw347.pdf>
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta Edi. México: McGraw Hill Interamericana; 2010. 656 p.
7. Cole M. Psicología cultural: una disciplina del pasado y del futuro [Internet]. Ediciones. Madrid- España: s.n; 1999. Available from: https://books.google.es/books?id=zV0a6blSEmsC&pg=PA42&lpg=PA42&dq=dilthey+wundt&source=bl&ots=07ClqIM2pc&sig=gwTKLyd98F7Ew0g_9HA8LrZkfS4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3heWRqsLQAhUB1hoKHR0wBQUQ6AEIHTAA#v=onepage&q=dilthey wundt&f=false
8. Wilkis A, Berger M. La relación individuo-sociedad: una aproximación desde la Sociología de Georg Simmel. Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc. 2005;7:77–86.
9. Cadenas H. Cultura y diferenciación de la sociedad: La cultura en la sociedad moderna. P Rev Latinoam. 2014;39:1–22.
10. Semper F. Los derechos de los pueblos indígenas de Colombia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Anu derecho Const Latinoam. 2006;2:761–78.
11. Graciela N, Abril P. Discourse and Context Discurso y Contexto. Discurso Soc. 2009;3(1):202–19.

12. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente Pregnancy and its complications in adolescent mothers. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2012;38(3):333–42.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio en adolescente y adulta. In: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, editor. Embarazo, parto y puerperio en adolescente y adulta [Internet]. Guatemala; 2010. p. 15–31. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=561-2010-normas-del-embarazo-parto-y-puerperio-mspas&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255
14. UNICEF. Crecer Embarazo. Quito: UNICEF; 2014. 16 p.
15. Valadez I, Alfaro N, Pozos E. Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco, México. *Cad Saude Publica.* 2007;19(5):1313–21.
16. Alcolea S, Mohamed D. Guía de los cuidados del embarazo. Madrid: Instituto Nacional de Geatió Sanitaria; 2011. 102-130 p.
17. Cancino E, Herson L, Otálora R, Pérez González E, Sarmiento R, Yates A. Guía de control prenatal y factores asociados. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología, editors. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). D. C.;
18. Observatorio del bienestar de la niñez ICBF. Embarazo en adolescentes generalidades y percepciones. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2015. 36 p.
19. Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo - Mendoza Argentina; 2011.
20. Calvillo C, Rodríguez A. Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2014;30(4):467–80.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012 -2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. 452 p.
22. Observatorio Nacional de Salud. Salud Materna Indígena en Mujeres Nasa y Misak del Cauca. Bogotá: Observatorio Nacional de Salud; 2016. 10 p.
23. OPS, CEPAL, CELADE. Salud de la población joven indígena en América Latina. Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; 2011. 136 p.
24. Barroso C. La fecundidad indígena en México bis a bis la visión de los programas oficiales ¿camino divergentes? *Estud sobre Cult Contemp Univ Colima.* 2004;X(20):79–105.
25. Vargas J, Ibáñez E. Análisis y reflexiones sobre la transmisión intergeneracional. *Rev Electrónica Psicol Iztacala [Internet].* 2003;6(1). Available from: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol6num1/refle>

- xionesintergen.html
26. Jamioy J. Los saberes indígenas son patrimonio de la humanidad. *Nómadas*. 1997;7:64–72.
 27. Chávez A, Hernández H, Menkes C, Ruiz G, Flores R. La salud reproductiva de la población indígena. In: *La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*; 2003. p. 25–42.
 28. Calero J, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Rev Cuba Salud Pública*. 2001;27(1):50–7.
 29. Alfonso M, Martha A, Marly P, Paul M, Andrés R, Christian C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obs Ginecol*. 2012;77(4):271–9.
 30. Alvarado R, Martínez Ó, Baquero M, Valencia C, Ruiz Á. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). *Rev Ciencias la Salud*. 2007;5(1):40–52.
 31. Garnica L. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Universidad del Rosario; 2012.
 32. Ministerio de Cultura. "Percepción de l@s jóvenes campesin@s sobre el embarazo adolescente, en su proyecto de vida como factor protector para la prevención". Ministerio de Cultura, editor. D. C. Bogotá; 2012. 1-26 p.
 33. Rocío C, Valencia H, Reynaldo R. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Rev la Univ Ind Santander [Internet]*. 2017;49(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017002>
 34. López De La Cruz Y. El arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas. *Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]*. 2010;36(2):13–20. Available from: <http://scielo.sld.cu>
 35. Drovetta RI. Experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres indígenas de la Puna jujeña. Un análisis intergeneracional. *Rev Cuest Población y Soc*. 2014;4(March):139–44.
 36. Morse JM, Bottorff JL. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad. Vol. 15. Medellín, Colombia; 2003. 5370 p.
 37. Congreso de la Republica. Resolución número 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Bogotá D. C.; 1993. 1-12 p. Available from: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
 38. Guzmán DM. Los pastos: en la danza del espacio, el tiempo y el poder. Universidad de Nariño, editor. San Juan de Pasto; 2004. 134 p.
 39. Cabildo Resguardo El Gran Cumbal. Reglamento o ley interna en el derecho mayor, la ley de origen , y la constitución en el resguardo del gran Cumbal, para el orden de la vida y el buen vivir. Cumbal - Nariño; 2014. p. 202.

40. Departamento Nacional de Planeación. Plan Binacional para el Fortalecimiento Cultural, Natural y Ambiental del Nudo de los Pastos. Departamento Nacional de Planeación, Asociación de Cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas del Nudo de los Pastos, editors. Vol. 1. Bogotá D. C.; 230 p.
41. IPS indígena de los cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer. Modelo de atención en salud propio e intercultural IPS indígena de los cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer 2014. Cumbal - Nariño; 2014. p. 18.
42. EPS Indígena MALLAMAS. Tejido del modelo propio intercultural de atención en salud para el buen vivir “ Suma Kausay ” EPS indígena Mallamas. 2016 p. 16.
43. García D, Rodríguez W. Embarazo en Adolescentes Incidencia Prevención y Control. Pasto: Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”; 2014.
44. Ministerio Salud y Protección social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I [Internet]. Ministerio. Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Bogotá D. C.; 2015. 430 p. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
45. Mazuera Arias R, Trejos Herrera, Ana María Reyes Ruiz L. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Rev Salud Pública. 2018;19(6):733–8.
46. Ministerio Nacional de Educación. Ley 1620 del 2013 [Internet]. Ministerio Nacional de Educación, editor. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá D. C.; 2013. 23 p. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-327397_archivo_pdf_proyecto_decreto.pdf
47. Ambrossi RT. La intimidad desnuda. Sexualidad y cultura indígena [Internet]. 2nd ed. UNESCO, OPS, Editors. Quito; 2004. 205 p. Available from: <http://atlas.umss.edu.bo:8080/xmlui/handle/123456789/1125>
48. Ministerio de Cultura. Análisis sobre la percepción que adolescentes y jóvenes tienen sobre el embarazo temprano y la incidencia de la cultura en su proyecto de vida, en los pueblos Tikuna, Kokama, Yagua y Uitoto, en el municipio de Leticia. Ministerio de Cultura, editor. Bogotá D. C.; 2016. 28 p.
49. Hincapié E, Valencia CP. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. Colomb Med. 2000;31(1):11–5.
50. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana- Profamilia, Fundación PLAN. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas. Un estudio a profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015. [Internet]. PROFAMILIA, editor. 2018. 1-93 p. Available from: http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/06/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio.pdf

51. Bondl L. Función de las promotoras departamento del Valle del cauca, Colombia. Bol Sanit Panam. 1985;98(5):440–53.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Bogotá D. C.; 2018. 73 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
53. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006 - Ley de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá D. C.; 2006. 1-72 p.
54. Valdivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. La Rev du REDIF [Internet]. 2008;1(1):15–22. Available from: <http://www.edumargen.org/docs/curso44-1/apunte04.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD CESUM UDENAR

PERCEPCIONES FRENTE AL EMBARAZO TEMPRANO DE MUJERES INDÍGENAS DEL RESGUARDO DE CUMBAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Yo, _____ mayor de edad
identificado (a) con c.c _____ de _____, actuando
en nombre propio o como representante legal de
_____ identificado (a) con _____ No.

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta por parte de **CARLOS ARBEY CHAVES GUERRERO y WILLIAM OVIDIO MITIS CANDO**, estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación denominado **PERCEPCIONES FRENTE AL EMBARAZO TEMPRANO DE MUJERES INDÍGENAS DEL RESGUARDO DE CUMBAL**, realizará a su cargo, para participar en el trabajo de investigación que permita Comprender las percepciones intergeneracionales sobre el embarazo de mujeres del Resguardo Indígena de Cumbal.

Me ha advertido que en la entrevista, o en la investigación que en participo, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo momento del estudio, toda las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido y de las posibles implicaciones que podría tener. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria.

También se me ha informado de mi derecho a rechazar esta autorización o revocarla cuando así yo lo requiera.

He sido interrogado (a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO

Para que **CARLOS ARBEY CHAVES GUERRERO Y WILLIAM OVIDIO MITIS CANDO** y el grupo de investigación revise realice la investigación correspondiente por un tiempo de meses, a partir de

Se firma el presente documento a los _____ días del mes _____ del Año.

Firma Y C.C. DE QUIEN AUTORIZA

FIRMA Y cc del investigador

firma y c,c, de testigo o tutor

ANEXO 2. GUÍA DE PREGUNTAS ENTREVISTA Y GRUPO FOCAL

CATEGORIA	PREGUNTAS ORIENTADORAS
Sexualidad	<p>¿Qué es la sexualidad para ti?</p> <p>¿De dónde lo aprendiste?</p> <p>¿A nivel familiar existen algunas creencias sobre la sexualidad? Cuáles?</p>
Significados sobre ser mujer	<p>¿Qué es para ti ser mujer?</p> <p>¿De dónde lo aprendiste?</p> <p>¿Qué se espera de una mujer en tu familia?</p> <p>¿Qué se espera de una mujer en tu comunidad?</p> <p>¿A qué edad una niña se convierte en mujer?</p> <p>¿A qué edad una mujer puede tener pareja? Cómo se da ese proceso?</p>
Medicina tradicional	<p>¿Existen médicos tradicionales, parteros, sobanderos en su comunidad?</p> <p>¿Ha recibido atención por parte de estas personas?</p> <p>¿Por qué razones?</p> <p>¿Durante el embarazo recibió atención por estas personas? ¿Por qué razón?</p> <p>¿Qué enfermedades curan estas personas?</p>
Significados frente al embarazo	<p>¿Qué significó el embarazo para ti?</p> <p>¿Cuál es el significado del embarazo en tu familia?</p> <p>¿Cuál fue la reacción de tu familia a tu embarazo? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué significa estar embarazada a temprana edad?</p> <p>¿Cuál crees que es el significado del embarazo en tu comunidad?</p> <p>¿A qué edad esperabas tener un hijo?</p>
Gestación	<p>¿Cuáles fueron sus cuidados durante la gestación?</p> <p>¿Su atención la realizó un médico o alguien de la comunidad?</p> <p>¿Qué hábitos tuvo que cambiar durante esta etapa?</p> <p>¿Cómo sabía usted qué cuidados tener? ¿Quién o quienes le proporcionaron esta información?</p>

<p>Parto y alumbramiento</p>	<p>¿Qué creencias tenía usted sobre el parto?</p> <p>¿En dónde atendieron su parto?</p> <p>¿Si la respuesta es en un hospital, Hubiera preferido que su parto sea atendido por una partera/o? ¿Por qué razones?</p> <p>¿Si el parto fue atendido por una partera/o, ¿puede describir el proceso? ¿Cuáles fueron los cuidados?, ¿cuál fue la posición? ¿Alguien la acompañó? ¿Cómo se cortó el cordón umbilical?</p> <p>¿Qué ocurrió después del nacimiento del bebé?</p> <p>¿Qué se hizo con la placenta? ¿Por qué razones?</p>
<p>Puerperio.</p>	<p>¿Cuáles fueron sus cuidados después del parto?</p> <p>¿Quién o quienes la asistieron en sus cuidados?</p> <p>¿Cómo sabía usted de estos cuidados?</p>
<p>Percepciones sobre la atención sanitaria</p>	<p>¿Considera que la atención médica que recibió durante el embarazo, parto y puerperio fue buena? ¿Por qué?</p> <p>¿Tuvo algunas dificultades en la atención? ¿Obtención de citas médicas, desplazamientos a los centros de salud, otros?</p> <p>¿Cómo la trataron?</p> <p>¿Le proporcionaron información clara sobre su atención?</p> <p>¿Entendió todas las explicaciones?</p> <p>¿Supo a quién acudir Cuando tenía dudas?</p>