

***“DEBEMOS DE SER ORGULLOSOS PORQUE EN COLOMBIA
TODAVIA EXISTE UNA CIENCIA Y UNA CULTURA PROPIA Y
NOSOTROS COMENZAMOS A DEFENDER ESA CULTURA.
ES UNA CULTURA DE TODOS Y NO ES SOLAMENTE UNA CULTURA
DE NOSOTROS LOS INDIGENAS, NO ES SOLAMENTE UNA CIENCIA
DE NOSOTROS LOS INDIGENAS, SINO DE TODOS LOS
COLOMBIANOS.
NOSOTROS PODEMOS APORTAR DE LO QUE ES NUESTRO PARA
USTEDES Y USTEDES APORTAN PARA NOSOTROS DE LO QUE HAN
APRENDIDO USTEDES”.***

Tomado de intervención de Bunkua Nabi, miembro de la comunidad Arhuaca.

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

ESCUELA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ECEDU

**ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN (I.E.C.)
PARA FORTALECER LAS ACCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
INFANTIL CON POBLADORES DEL RÍO NAYA, MUNICIPIO DE
BUENAVENTURA (VALLE), MEDIANTE EL DIÁLOGO Y ENCUENTRO DE
SABERES ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LOS CONOCIMIENTOS
ANCESTRALES AFRODESCENDIENTES**

AUTOR:

OSCAR ARLEY GÓMEZ OSPINA

CODIGO 16.340.664

ASESORA

CARMEN EUGENIA PEDRAZA RAMÍREZ

PALMIRA, ABRIL DE 2012

RESUMEN

Estrategia de Información, Educación, Comunicación (I.E.C.) para fortalecer las acciones de atención primaria en salud infantil con pobladores del río Naya, municipio de Buenaventura (Valle), mediante el diálogo y encuentro de saberes entre la medicina occidental y los conocimientos ancestrales afrodescendientes.

Las diferentes concepciones nacidas en la divergencia de cosmovisiones se hacen tangibles especialmente entre los grupos étnicos y la denominada medicina occidental respecto a la manera de identificar, diagnosticar y tratar las enfermedades, sus causas y consecuencias.

En las comunidades afrodescendientes con asiento en el río Naya en el municipio de Buenaventura, existen dificultades de toda índole, y las relacionadas con la salud no son la excepción por la dispersión, lejanía, problemas de acceso, carencias financieras para la movilización, sumándose a esto el hecho preocupante de no aceptación del saber ancestral por parte de la medicina formal con el que los agentes de salud tradicional hacen la intervención para buscar curar a los pacientes.

Cuando esporádicamente una brigada de salud hace presencia en estas apartadas regiones o la familia lleva al paciente a un hospital, los profesionales que realizan la atención emplean términos estrictamente científicos que se

convierten en obstáculo casi insalvable para la buena comunicación vital en la búsqueda de soluciones.

Las labores de investigación nos llevaron a la identificación de palabras y prácticas empleadas cotidianamente en esta región y encontrar la equivalencia con los tecnicismos para diseñar material educativo que se validó con la comunidad, que mediante el encuentro de las distintas dicciones permite no solamente la detección precoz de problemas sino la toma de decisiones rápidas respecto al manejo de problemas de salud, como producto de la concertación entre agentes de salud tradicionales y los representantes de la medicina de corte occidental.

PALABRAS CLAVE

Afrodescendiente; encuentro de saberes; conocimiento ancestral; salud comunitaria; cosmovisión; AIEPI, I.E.C, información - educación – comunicación; etnoeducación.

Contenido

INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	14
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL.	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	20
MARCO TEÓRICO	21
ASPECTOS LEGALES	31
ASPECTOS METODOLÓGICOS	35
RESULTADOS	40
Labores de investigación para establecer los problemas que enferman y producen la muerte a la población infantil afrodescendiente del río Naya y la terminología utilizada por la comunidad para denominarlos.	40
Adaptación de herramientas formales de valoración de la salud infantil existentes de acuerdo a características culturales de la población afrodescendiente del río Naya	54
Promoción de la vigilancia epidemiológica comunitaria para la detección de problemas de salud y establecer planes de acción mediante el diseño de instrumentos y métodos contextualizados.	57
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
A N E X O S	70
T A B L A S	71

TABLA 1	72
TABLA 2	73
TABLA 3	74
TABLA 4	75
FIGURAS	77
FIGURA 1	78
FIGURA 2	79
FIGURA 3	80
FIGURA 4	81
FIGURA 5	82
FIGURA 6	83
FIGURA 7	84
FIGURA 8	85
FIGURA 9	86
FIGURA 10	87
FIGURA 11	88
FIGURA 12	89
FIGURA 13	90
FIGURA 14	91

FIGURA 15	92
FIGURA 16	93
FIGURA 17	94
FIGURA 18	95
FIGURA 19	97
FIGURA 20	98
FIGURA 21	99
FIGURA 22	100
FIGURA 23	102
FIGURA 24	103
FIGURA 25	104
FIGURA 26	105
FIGURA 27	106
FIGURA 28	107
FIGURA 29	108
FIGURA 30	109
FIGURA 31	110
FIGURA 32	111
FIGURA 33	112

INTRODUCCIÓN

Puerto Merizalde, corregimiento de Buenaventura, ubicado al sur del Valle del Cauca, (Figura 1), es epicentro de las actividades de una vasta región debido a su ubicación equidistante, consolidándose como centro fundamental en la vida de comunidades asentadas en la cuenca del Río Naya (Figura 2).

El Hospital San Agustín, ubicado en el citado corregimiento, acoge los requerimientos del gran número de residentes en esta zona, no solo de quienes por jurisdicción pertenecen al Valle del Cauca, sino también al departamento del Cauca (Figura 1), ya que lo único que los separa es este río. La cercanía con el hospital lo convierten en el punto de atención ideal para los vecinos caucanos, aumentando los costos de operación especialmente en lo concerniente a lo asistencial y a la remisión de pacientes al siguiente nivel de atención en Buenaventura con la preocupante circunstancia del altísimo costo de la gasolina y la cantidad empleada de combustible en cada viaje.

Revisando el perfil epidemiológico y la morbilidad sentida en las poblaciones ubicadas en el área de influencia del Hospital, las enfermedades y muertes entre la población infantil ocupan un destacado lugar con los efectos que esta problemática produce en la familia, las pequeñas comunidades y la sociedad en general, ameritando por ello esfuerzos investigativos en procura de hallar respuestas tangibles y prácticas que incidan en el cambio del panorama actual con una concepción integral y holística.

Efectuar análisis sobre las circunstancias que apabullan comunidades ubicadas en áreas dispersas, alejadas, con índices alarmantes de necesidades básicas insatisfechas, es transportarnos a la reflexión sobre las circunstancias de poblaciones inmersas en un entorno en el que las angustias, la precariedad, las carencias, tejen una red que produce una apnea con mínimas posibilidades de sobrevivir si no aunamos esfuerzos todos los estamentos para diseñar estrategias que produzcan un viraje radical a la caótica situación por la que atraviesan nuestros congéneres afrodescendientes que habitan en las riberas de los ríos desde tiempos inmemoriales.

La ausencia de sistemas de abasto formal de agua para el consumo diario es otro factor con una incontrovertible incidencia en la vida de esta zona, pues se depende de la presencia de lluvias para la captación de este preciado líquido con sistemas en extremo rudimentarios, debiendo emplearse el río en las épocas de verano para el baño diario, lavado de ropa y utensilios con grandes problemas ergonómicos y como única fuente para recolección de agua a pesar de la lógica contaminación por las situaciones mencionadas, sumándose a ellas la inexistencia de alcantarillado, lo que se refleja frontalmente en el perfil epidemiológico de la región destacándose en lo concerniente a los niños las infecciones respiratorias, diarrea, desnutrición y enfermedades transmitidas por vectores.

El analfabetismo alcanza cifras preocupantes con sus hondas repercusiones en las condiciones de vida de estas comunidades, sumándose a índices de pobreza extrema.

Dentro de estas disímiles circunstancias, la salud de la población infantil presenta graves dificultades requiriéndose por ello, ante el abandono estatal, reforzar las posibilidades del cuidado primario, detección temprana de enfermedades, toma de decisiones rápidas por parte de líderes como las madres comunitarias especialmente.

A los estados mórbidos sufridos por todos los grupos de edad, teniendo en cuenta lo extenso del área de influencia, la debilidad de la capacidad resolutive y lo exiguo de los recursos, se suma de manera preocupante el desconocimiento que los débiles planes de atención hacen del saber ancestral sobre las enfermedades, su manera de denominarlas, su tratamiento, produciendo un impacto nefasto entre la población como la desconfianza y la casi imposibilidad de comprensión de las escasas ofertas estatales de atención al considerarlas por parte de la población como exógenas, extrañas y atentatorias de su cultura y la vida misma.

Se requiere crear un nicho en el que la sinergia de saberes propicie la reflexión, la sensibilización, el rescate de conocimientos que han podido llegar a nuestros días para que, unidos a los cambios crecientes ocurridos en el campo científico, produzcan nuevos modelos y mensajes que por su génesis colectiva permitan que

todos se identifiquen con ellos y determinen cambios de comportamiento en beneficio de la salud.

La investigación que se presenta a continuación está dividida en ocho capítulos en los que se hace un análisis y explicación del proceso llevado a cabo.

En la **JUSTIFICACIÓN** se realiza una descripción de la zona seleccionada para el cumplimiento de la tarea investigativa, deteniéndose en las características geográficas, sociales, culturales, vulnerabilidad y de desprotección estatal, produciendo una caótica situación en las comunidades escogidas, especialmente en el campo de la salud.

El capítulo dedicado a la **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA** nos lleva a analizar la problemática originada en las diferencias existentes entre el lenguaje “científico” de la medicina formal y la dicción tradicional empleada por estas poblaciones ubicadas a la orilla del río Naya y conformadas por afrodescendientes.

Con base en la identificación del problema en el capítulo relativo a los **OBJETIVOS** se define la necesidad de establecer una estrategia de información, educación, comunicación con el fin de mejorar la atención de los problemas de salud que presenta la población infantil, siendo necesario efectuar labores de investigación sobre la concepción, denominaciones de las enfermedades y su manejo, para producir con base en los resultados obtenidos, material didáctico contextualizado, uniéndose la promoción de la vigilancia epidemiológica comunitaria.

En el capítulo dirigido al **MARCO TEÓRICO**, se hace una revisión bibliográfica de diferentes autores y organizaciones, además de lo determinado por la legislación en este campo.

En **ASPECTOS METODOLÓGICOS** encontramos la explicación y justificación del enfoque escogido y la descripción de las técnicas empleadas para llevar a buen término el proceso.

El capítulo correspondiente a los **RESULTADOS**, muestra los logros obtenidos justamente acorde con los objetivos planteados, con un detallado informe de los productos esperados.

En el acápite **DISCUSIÓN** se ponen sobre la mesa temas dirigidos hacia la necesidad de replantear las técnicas de abordaje con grupos étnicos con la urgente necesidad de no seguir replicando modelos desgastados, excluyentes e irrespetuosos de una inmensa tradición oral que ha pervivido hasta nuestros días.

Las **CONCLUSIONES** más elocuentes tienen que ver con la necesidad de un encuentro de saberes que termine con la invisibilización de la rica cosmovisión de los afrodescendientes.

JUSTIFICACIÓN

La tradición oral que nos permite adentrarnos en este mundo a veces cercano al surrealismo, también ha traído hasta nuestros días costumbres y actitudes que, como lo describe Trífilo Viveros (1998), tienen una frontal influencia en la vida de los casi 17.000 habitantes de la parte media y baja del río Naya, quienes se encuentran diseminados en cerca de 264.000 hectáreas de las que solamente el 25 % se encuentran cultivadas, soportando una humedad relativa del 90 %, con producción pluviométrica que oscila entre los 6.000 y 8.000 mm anuales.

Las prácticas ancestrales tienen profundo arraigo en la población, determinando sus decisiones respecto a la salud, la educación y la existencia en general, por lo que de manera permanente se debe realizar análisis en conjunto con los nativos, procurando encontrar mediante esta estrategia la manera correcta de establecer los derroteros en búsqueda del bienestar comunitario sin chocar con lo cultural, combinando el saber popular con los avances científicos y técnicos, para mejorar la calidad de vida de los habitantes de este río y sus innumerables tributarios.

Después de largos años de convivencia con estas comunidades, conociendo de primera mano sus dificultades y realidades, compartiendo sus angustias, frustraciones y privaciones, pero especialmente el abandono de los gobiernos y el avasallamiento cultural en el campo de la salud y la educación, es perentorio afrontar el reto de evitar que los tratados, convenios y legislación en general sean letra gélida y muerta y por ello debemos asumir una postura que nos saque del

ensimismamiento en que nos encontramos enclaustrados para buscar con las comunidades su real reivindicación y viraje en su caótica situación.

Las cosmovisiones existentes en cada una de las comunidades nos muestran disímiles posiciones en relación con las enfermedades, sus orígenes, tratamientos, acciones para recuperación del paciente y precisamente estas diversas posturas nos demuestran la gran equivocación conceptual de quienes definen las políticas de manera vertical en el campo de la salud, ya que estas además de su posición hegemónica, equivocadamente se olvidan de lo pluriétnico y multicultural de nuestro país, que no puede seguir siendo ignorado.

Precisamente sobre este tópico, Luis Alberto Artunduaga (1997) expresa su posición al afirmar que:

Las culturas se desarrollan en diferentes momentos, en distintos lugares y tiempos y se relacionan unas con otras también de maneras distintas. La importancia histórica de cada una de ellas ésta dada justamente por esa singularidad que las particulariza, esto es, porque cada una tiene su propia organización, su propia manera de reconocerse, de relacionarse con el entorno, con el medio ambiente y hábitat, y de construir conocimiento. En esta medida la etnoeducación, junto con la sistematización permiten que una comunidad consolide cada vez más sus conocimientos, valores, y desarrollen procesos de educativos que vayan de acuerdo con sus características, necesidades, aspiraciones e intereses culturales, reivindicando su papel en la sociedad como productores de conocimiento y de realidad, que les permita desempeñarse adecuadamente en su medio y

proyectarse hacia otros grupos humanos, de igual manera ser conscientes de sus propias prácticas y reflexionar sobre éstas de manera rigurosa.

La labor de investigación nos permitirá identificar hitos vitales para evitar que los conocimientos que han pervivido por siglos sigan en un ostracismo produciéndose con esto un irrespeto hacia ellos y aumentando de manera peligrosa los eventos negativos en las poblaciones más vulnerables como son las conformadas por estas comunidades.

Teniendo en cuenta las grandes y ostensibles diferencias entre la visión ancestral de los pueblos y la postura occidental en relación con el origen, denominación, tratamiento y decisiones sobre las enfermedades sus signos y síntomas, la recuperación del saber popular es una de las más altas prioridades en el momento actual que vive la salud del pueblo colombiano que ha caído en una situación preocupante y degradante de mercantilización.

Se requiere con gran urgencia propiciar el encuentro de saberes tradicionales con los formales, acometer continuamente labores de investigación y sistematización velando al mismo tiempo por la socialización de la normatividad existente para que su intencionalidad se convierta en realidad en beneficio de comunidades que por las circunstancias que las rodean son altamente vulnerables.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las diferencias existentes entre lengua y habla planteadas por Ferdinand de Saussure (1916), considerado el padre de la lingüística, en el caso de la salud se convierten en un difícil escollo para el establecimiento de una comunicación fluida entre la comunidad y los estamentos “científicos” produciendo graves dificultades y consecuencias en la atención de enfermedades, fundamentalmente cuando se trata de grupos étnicos que poseen posiciones diferentes nacidas en lo ancestral que intenta pervivir a través de la tradición oral, como lo identifica Luz Adriana Maya (2001) en la Revista Botánica y Medicina africanas en la Nueva Granada:

La relación que los bozales (africanos que llegaban directamente de África que no se expresaban en lengua castellana ni conocían la fe católica) y sus hijos nacidos en la Nueva Granada mantuvieron con los vegetales y los animales, en particular las aves, es otro de los legados ancestrales que la nación colombiana le debe a África.

Los africanos le transmitieron a sus descendientes saberes y técnicas sobre el mundo vegetal y animal. Estos conocimientos, que fueron utilizados para curar los males del cuerpo y los del alma, se caracterizaban por un componente experimental cuyo éxito dependía también de la interacción con los espíritus. De ahí que el Tribunal de la Inquisición de Cartagena hubiera juzgado a los africanos y a sus hijos en calidad de "brujos(as)", "hechiceros(as)" y "curanderos(as)".

Quienes poblaron estas tierras desde tiempos inmemoriales han sido víctimas del despojo, por disímiles medios empleados por parte de los usurpadores coloniales

y los modernos con armas que han pasado desde las blindadas armaduras, las hordas del pillaje, sotanas y crucifijos, hasta argucias en manos estatales de algunos que se abrogan el derecho de decidir sobre el devenir de las comunidades saltando por encima de los cánones o afirmando sus decisiones en artefactos y pertrechos intimidatorios, descalificando los prolíficos bagajes ancestrales, tomando como base un exacerbado eurocentrismo que ha buscado perennemente la invisibilización de lo nuestro, como lo describe Michel Foucault (1976):

Por saberes sometidos entiendo toda una serie de saberes que habían sido descalificados como no competentes o insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, por debajo del nivel de conocimiento o científicidad requerido. Dentro de esta categoría es posible incluir a los saberes considerados “heréticos”, como es el caso de los saberes difundidos por los africanos en el mundo colonial americano.

Teniendo en cuenta esta situación, se hace pertinente plantearnos si existe la posibilidad de acercamiento y encuentro de saberes para mejorar los canales de comunicación entre la medicina occidental y la tradicional, haciendo de la investigación sobre aspectos de la cosmovisión afrodescendiente acerca de las enfermedades, la identificación de sus síntomas, signos y tratamientos, una forma de coadyuvar a mejorar la relación entre las instancias formales y las comunitarias.

A partir de estas premisas, y con el propósito de lograr una contextualización de doble vía para incidir en la calidad de la atención prestada a los problemas de salud de los niños, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo establecer una estrategia Información, Educación, Comunicación, para fortalecer la promoción y prevención en materia de salud infantil mediante el diálogo y encuentro de saberes entre la medicina occidental, el habla y los conocimientos ancestrales de los pobladores afrodescendientes del río Naya, en Buenaventura, Valle del Cauca?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Establecer una estrategia de Información, Educación, Comunicación (I.E.C.) para fortalecer las acciones de atención primaria en salud infantil con pobladores del río Naya mediante el diálogo y encuentro de saberes entre la medicina occidental y los conocimientos ancestrales de los afrodescendientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Realizar labores de investigación para establecer los problemas que enferman y producen la muerte a la población infantil afrodescendiente del río Naya y la terminología utilizada por la comunidad para denominarlas.
- Adaptar herramientas formales de valoración de la salud infantil existentes de acuerdo a características culturales de la población afrodescendiente del río Naya con el fin de detectar a tiempo problemas de salud y tomar oportunamente decisiones para el manejo de estos.
- Promover la vigilancia epidemiológica comunitaria para la detección de problemas de salud y establecimiento de planes de acción mediante el diseño de instrumentos y métodos contextualizados.

MARCO TEÓRICO

Nuestra existencia está signada por lo que el entorno contiene y nos depara; la manera de comunicarnos. Nuestro núcleo familiar, los vecinos, tienen una frontal incidencia en los comportamientos que asumimos. Los conocimientos, actitudes y prácticas tienen su génesis en la percepción que desde años tempranos adquirimos de lo que nos rodea, dotándonos de herramientas, simbologías, significancias para comportarnos y tomar decisiones.

El arribo a una comunidad requiere maniobras cuidadosas para evitar que se produzca un aterrizaje forzoso con consecuencias negativas que pueden convertirse en perennes impidiendo cualquier tipo de acercamiento, aunque estemos guiados por una bitácora atiborrada de excelentes intenciones. Por este motivo, sin caer en el error de querer asumir la posición de “tabulas rasas”, debemos adoptar un proceso de enculturación, evitando caer en la tentación que se nos ofrece por parte de la cultura hegemónica de buscar la homogeneidad en los conceptos, llevándonos de calle conocimientos que han pervivido de manera secular y que si los tenemos en cuenta propiciarán resultados positivos para todos, especialmente para la comunidad que debe ser la razón de ser en nuestras actuaciones.

No podemos olvidar que nosotros somos seres culturales con unos patrones cosidos a nuestro ser y comportamientos, logrando con esta aceptación unos mayores argumentos para comprender otras visiones. Es necesario tener presente

siempre que, cualquiera sea la visión que cada persona tiene del mundo, es solamente una forma más de ver las cosas y existen múltiples maneras de ver. El adanismo en esta época no tiene cabida, es imprescindible reconocer que en toda cultura existe un saber y tenerlo en cuenta robustece de forma insospechada las labores que en conjunto se emprendan.

Las diferencias existentes en relación con las enfermedades de acuerdo a las diversas cosmovisiones se ven reflejadas en todos los ámbitos que van desde las diversas concepciones sobre sus causas, las denominaciones, y la manera de tratarlas.

La Organización Mundial de la Salud definió desde 1946, con base en su modelo biopsicosocial, como concepto de salud *“un estado de bienestar completo físico, mental y social”*, planteando de igual manera la necesidad de un enfoque participativo que persigue la participación y la implicación de los individuos y de los grupos para alcanzar un mejor control de su salud.

La Carta de Ottawa, suscrita en 1.986, habla de la necesidad de adoptar en el campo de la salud un modelo dinámico, con capacidad de adaptación permanente a nuestro entorno, afirmando que: – “La salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana (biológicas, psicológicas y sociales)”.

J. Bernal (1996), en la publicación *Sistemas de Salud de las comunidades indígenas y negras* consigna la siguiente apreciación:

Diversos estudios muestran que grupos étnicos, sociales y económicos presentan patrones distintos en cuanto a la forma como perciben la salud/enfermedad y cómo actúan frente a ella. Las subculturas populares, resultado de una mezcla de diversos elementos culturales, tienen modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad; estas concepciones mágico-religiosas pasan por el espectro de variadas interpretaciones y prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión

La medicina afrodescendiente tiene su génesis en el continente africano y sus prácticas llegaron a nosotros junto con la diáspora, ya que quienes fueron traídos abusivamente a estas latitudes, como lo afirma Adriana Maya (2001), citada por Luis Guillermo Llanos en la *Enciclopedia Afrocolombiana*,

....la transmitieron a sus descendientes saberes y técnicas sobre el mundo vegetal y animal. Estos conocimientos, que fueron utilizados para curar los males del cuerpo y los del alma, se caracterizaban por un componente experimental cuyo éxito dependía también de la interacción con los espíritus.

Consultando con *pildiseros* que cumplen con funciones de orientación para el manejo de pacientes entre los Eperara Siapidara, los *the walas* que entre los Nasa son los portadores del saber, los *jaibanás* o médicos que curan el ataque de espíritus malos en las comunidades Embera, y a sanadores y curanderos afrodescendientes, se llega a conclusiones similares en el sentido de explicar las enfermedades como producto del desequilibrio entre la persona y el ambiente, requiriéndose por esto restablecerlo para lograr la curación del paciente.

La aceptación y reconocimiento de los que son objetos estos agentes tradicionales tiene gran fundamento en que pertenecen a la comunidad, se identifican con el acervo cultural de ésta, se expresan de manera similar a sus congéneres y poseen conocimientos que han venido transmitiéndose a través de distintas generaciones

Sobre estos tópicos, Osorio y López (2008), basándose en sus investigaciones concluyen:

Los estudios revelan las divergencias con el profesional de salud frente a la explicación de su situación y manejo, y el cansancio por los tratamientos prolongados y divergentes de su universo de valores y creencias. Se muestra cierta aversión a las instituciones de salud por la tramitología, el trato despectivo y la poca solución de sus problemas. Se hace un llamado a la importancia de la atención humanizada y particularizada desde una mirada cultural que surge como alternativa ante los patrones normalizados que reducen el bienestar de las personas y la conformidad de los servicios; asimismo, es necesario construir un diálogo entre el saber popular y el profesional que establezca salidas terapéuticas negociadas y de fácil aceptación por el grupo para que puedan favorecer la efectividad y adherencia terapéuticas.

Estas aseveraciones fortalecen la necesidad de continuar investigando sobre estos aspectos como lo expresan Cárdenas & López (2008), que plantean:

Los estudios de enfoque cultural recomiendan que a nivel institucional se deben tomar en consideración las percepciones, creencias y necesidades de los usuarios con el objetivo de optimizar los resultados, así como de evitar los efectos negativos que emergen de los flujos de información incorrectos, del abismo que se da entre las metas institucionales y las de

los usuarios, así como del suministro de servicios que no conceden un rol activo a los usuarios. Consideramos que los profesionales de la salud, formados bajo el poder del mundo científico, clínico o tecnológico, están poco entrenados en reconocer el "proceso por el cual las enfermedades populares son adquiridas y manifestadas y cómo eso puede afectar el comportamiento del paciente y el diagnóstico del problema de salud". El universo popular atribuye gran credibilidad a los sanadores tradicionales. Como profesionales, podríamos aproximarnos a ese saber y reconocer el potencial que tienen para contribuir en la salud de las comunidades. Un diálogo abierto y horizontal con los sanadores tradicionales puede potencializar las capacidades instaladas en las comunidades y la posibilidad de beneficio y realimentación para la ciencia.

El sincretismo, la unión de saberes, se convierten en una buena salida para intentar una positiva incidencia en el estado de cosas, contando con personajes tan importantes como las abuelas, las parteras, las madres comunitarias, que reclaman salir del ostracismo en que los programas gubernamentales las tienen cundidas, ahondando las dificultades que en el campo de la salud afrontan estas comunidades con exiguas o ninguna posibilidad de obtención de atención, especialmente para el binomio madre- niño y con invisibilización del conocimiento ancestral y el lenguaje utilizado para la comunicación, produciendo como resultado consecuencias nefastas para la búsqueda del bienestar de la población.

La estrategia Información-Educación-Comunicación (I.E.C.), que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2003) es un proceso que se dirige a las personas, comunidades y sociedades y cuyo objetivo es desarrollar estrategias de

comunicación para promover comportamientos favorables para la salud, se convierte entonces en una herramienta muy apropiada para buscar la creación de un nicho en el que la sinergia de saberes ancestrales y occidentales propicie la reflexión, la sensibilización, el rescate de conocimientos que han podido llegar a nuestros días para que, unidos a los cambios crecientes ocurridos en el campo científico, produzcan nuevos modelos y mensajes que por su génesis colectiva permitan que todos se identifiquen con ellos y determinen cambios de comportamiento en beneficio de la salud.

Al efectuar un desglose de los tres componentes de la estrategia podemos expresar que Información hace referencia a la identificación de la problemática de una comunidad estableciendo con ella la visión que posee, desde su perspectiva, de los componentes determinantes de la situación; Educación es un proceso que busca propiciar cambios nacidos en la reflexión de determinados comportamientos y Comunicación es poner en común, intercambiar conceptos, expresiones, tradiciones.

En consonancia con lo planteado por el Instituto Nacional de Salud (2009), durante el desarrollo de las tareas de construcción de mensajes se tuvieron en cuenta dos fundamentos que hacen referencia a que “Lo que se enseña es tan importante como lo que se aprende” y que la oportunidad es “eficaz cuando se opera en situaciones reales o prácticas”, además debemos “elaborar el mensaje pensando

en la persona con la que nos comunicamos y no sólo en lo que nosotros queremos decir”.

Al mismo tenor con una participación proactiva y propositiva de la comunidad, se siguieron los cinco pasos planteados por el citado Instituto en su boletín **“Planeación de una estrategia de Información Educación y Comunicación IEC” (sf) a saber:**

1. Realización del Diagnóstico

Percepción del problema en la comunidad

Aspectos conductuales

Comportamientos empleados por la comunidad para enfrentar el problema

Necesidades y modos de comunicación

Inventario de medios de comunicación

Líderes replicadores

Factores de dificultan o facilitan estrategias de promoción y prevención

2. Diseño y Planeamiento:

Interacción con los participantes: “principal herramienta es la observación”

Construir consensos y permitir la expresión de disensos.

Evaluar la Interacción “Identificar el momento informativo”

3. Implementación

Contextualización

Trabajo intersectorial

Definir medios de comunicación y distribución de material.

Socialización y capacitación a las personas responsables de la réplica o al público al que va dirigido.

Definir tiempos y responsabilidades de los actores.

4. Monitoreo

Asignación de funciones y tiempos.

Control y monitoreo de actividades.

Levantamiento de registros.

Evaluación

Socialización de las experiencias.

Resultados encontrados respecto a los objetivos planteados.

Metas alcanzadas de acuerdo al tiempo estimado de ejecución del programa.

Evaluación y análisis de los productos de IEC.

5. Retroalimentación

¿A qué se debe que el programa haya o no haya funcionado?

¿Es preciso modificar o mejorar el programa el programa para aumentar las posibilidades de éxito, efectuar cambios en las comunidades seleccionadas, realizar otros cambios?

¿Qué lecciones aprendidas se identificaron, buenas y malas prácticas de la experiencia adquirida que aumenten las posibilidades de éxito de programas futuros?

Para llevar adelante la estrategia I.E.C., se tomó como una premisa fundamental para el cumplimiento de las diferentes fases la denominada disonancia cognitiva, teoría desarrollada por Festinger (1957), un psicólogo social norteamericano que plantea cómo el individuo necesita coherencia racional, definiéndola de la siguiente forma:

La disonancia cognitiva es la selección de la información según la actitud y la conducta previa al mensaje y por esta razón una persona frente a una nueva información incompatible con su conocimiento previo, experimenta un estado de tensión desagradable, siendo esta situación denominada estado de disonancia cognitiva.

En cuanto al modelo de promoción de la salud que se adoptó, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud crearon la estrategia denominada Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que fue presentada en 1.996 como una fórmula de salvación en la búsqueda de disminuir en los países en vía de desarrollo las altas tasas de enfermedades y muertes que tienen ocurrencia en los niños menores de cinco años. La palabra integrada hace referencia a que con esta estrategia se hace una evaluación del niño en su totalidad y no solamente teniendo en cuenta la razón de la consulta. Prevalentes son aquellas enfermedades que se presentan repetidamente en la infancia.

En este trabajo de grado se documenta un proceso de adaptación y socialización de instrumentos producidos por diferentes instancias y autoridades de salud, poniéndolos al alcance de la población al ser diseñados de acuerdo a las características culturales y del habla de los habitantes del Río Naya. Estos elementos didácticos en los que el énfasis se realizó en la búsqueda de terminología utilizada en la cotidianidad de estas poblaciones, equivalente al lenguaje técnico incomprensible para las personas del común, tienen como

objetivo cimero su empleo en la evaluación de la salud del niño y los problemas que pueden presentársele desde su gestación.

Señales de peligro de la embarazada, detección de problemas nutricionales del niño desde sus primeros momentos de vida, evaluación de las enfermedades más recurrentes en la región, detección y seguimiento de sus problemas carenciales, valoración de su visión, forman parte de los instrumentos que luego de análisis con autoridades institucionales y comunitarias, posterior a capacitación sobre su manejo, fueron entregados a personas que actúan como Agentes Voluntarios Comunitarios de Salud.

Uno de los mayores compromisos de estos líderes es el de emplear este material para mejorar el acceso de la población a orientación y toma de decisiones rápidas respecto a problemas de salud, pero concertando su actuar con los agentes tradicionales de salud, todo ello con la finalidad de rescatar saberes valiosos, mejorar la situación de salud de los niños y salvar vidas de infantes que sin este tipo de auxilio oportuno contarían con mínimas posibilidades de supervivencia.

Combinando Información-Comunicación-Educación para lo que se requiere la contextualización permanente y el encuentro de las diversas posiciones ante la salud y la enfermedad, esperamos influir de manera decidida en el sombrío perfil epidemiológico de estas comunidades empleando las prolíficas características existentes en las formas para comunicarse que emplean estas comunidades de la zona fluvial de Buenaventura.(Figura 4).

Los refranes, las danzas, las coplas, los mensajes de persona a persona, las charlas educativas atiborradas de elementos lúdicos, unidos al material impreso, conforman las herramientas IEC nacidas en la observación, la investigación pero especialmente en la valoración y aceptación de los hallazgos productos de esta labor tendiente a coadyuvar en la búsqueda de soluciones tangibles y alcanzables.

ASPECTOS LEGALES

Es necesario reconocer que la Constitución Nacional de Colombia, desde 1.991, cambió ostensiblemente el ordenamiento jurídico en materias relacionadas con la diversidad étnica y cultural, con prolijas y enriquecidas decisiones que en el libreto otorgan un papel protagónico a lo ancestral, pero en el momento de su aplicación convierten en un melodramático sainete los sueños y justas aspiraciones de grupos humanos tradicionalmente postergados.

La prolífica legislación existente contiene intentos de reconocimientos en diversos campos con gran fuerza en el campo de la deontología para con grupos que hasta la saciedad han demostrado ser los verdaderos poseedores del espacio, el territorio, la región, una lengua y una identidad. En la constitución actual, de un estado mono cultural fincado en la existencia de un solo pueblo, una sola cultura, un solo Dios, una sola lengua, una sola forma de familia, de higiene, se pasa a la existencia de un Estado multicultural que reconoce la pervivencia a su interior, de multiplicidad de etnias y culturas, titulares de derechos ancestrales y adquiridos.

Nuestra Carta Magna establece que se deben consultar previamente las acciones en que se encuentren involucrados grupos étnicos exigiendo “...facilitar la participación de todos en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación” y en el Art. 7 “...reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”

La Ley 74 de 1968 ratifica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1966 y consagra en su artículo 27 que :”En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma”.

La Ley 70 de 1993 además de reconocer el derecho a la propiedad colectiva de las comunidades negras, también establece los mecanismos para la protección y el desarrollo de la identidad cultural y finalmente, organiza la planeación y el fomento del desarrollo económico y social de estas comunidades.

El artículo 1 de esta Ley plantea como uno de sus propósitos el reconocimiento de la comunidades negras que han venido ocupando tierras en las zonas ribereñas de los ríos de la cuenca del Pacífico, de la propiedad colectiva, y el establecimiento de mecanismos para la protección de la identidad cultural y los derechos de las comunidades afrodescendientes de Colombia como grupo étnico,

haciendo un llamado al fomento de su desarrollo económico y social con el fin de garantizar que estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana.

El decreto 1891 de 1.994, reglamentario de la Ley 100 de 1.993, acoge la definición de la Organización Mundial de la Salud respecto a promoción de la salud que la define así: “es la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica de los individuos y las colectividades”.

La Consulta Previa, es un derecho colectivo de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos del país. Según la Corte Constitucional, Sentencia C_891 de 2002, la “Consulta Previa” en cuanto derecho fundamental, individual y colectivo, de los grupos étnicos, constituye un instrumento básico para preservar la integridad étnica, social y cultural de las comunidades y asegurar su subsistencia como grupo social”.

La ley 1438 del 19 de enero de 2011 en su artículo 13 es taxativa en lo referente a la necesidad del reconocimiento del saber popular y exige la construcción de planes y programas teniendo en cuenta lo intercultural como parte vital para la toma de decisiones especialmente en el campo de la atención primaria en salud.

Por ello nuestra labor seguirá avante con estas poblaciones como un aporte, que aunque pequeño, nos permita adentrarnos con mayor fortaleza en acciones en el campo de la promoción y prevención, únicas salidas ante el fracaso rotundo de las acciones eminentemente curativas llevadas a cabo por el sistema de salud de nuestro país.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para la contextualización de esta investigación se tomó como enfoque el histórico-hermenéutico, para el que Isabel Cristina Muñoz (2009) define como finalidad

“la comprensión de las experiencias colectivas humanas, dentro de un espacio y tiempos específicos y claridad y aceptación de la diferencia de la singularidad, tanto individual como colectiva.

El estudio se dirige a la comprensión e interpretación de estas realidades socioculturales distintas, y con los resultados de las mismas, se puedan realizar comparaciones con otros grupos sociales, que tengan características comunes, con la intención de encontrar el origen de rasgos culturales similares y así poder establecer generalidades”.

Por este motivo se acudió a fuentes de información representadas por la tradición oral y la cultura simbólica en la que los mitos y dicciones juegan un rol protagónico, teniendo en cuenta el ámbito establecido por el acuerdo número 00 de noviembre de 2007 de la UNAD que define “Pedagogía comunitaria como orientadora de procesos pedagógicos y didácticos en comunidades que requieran de la construcción de procesos socioeducativos y de proyección comunitaria y producción de material didáctico que se refiere a la elaboración, aplicación y validación de material didáctico propio de saberes en los que se ha formado para ambientes tradicionales”.

De acuerdo a lo anterior, en el aspecto metodológico se utilizó la investigación de tipo etnográfico, entendiendo este tipo de investigación como lo plantea Rodríguez

Gómez et al. (1996), citado por Murillo (sf) “como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta”, es decir, “[...] un proceso sistemático de aproximación a una situación social, considerada de manera global en su propio contexto natural [cuyo] objetivo fundamental y el punto de partida [...] es la comprensión empática del fenómeno objeto de estudio. [...] se interesa por lo que la gente hace, cómo se comporta, como interactúa; se propone descubrir sus creencias, valores, motivaciones...etc.” (Murillo (sf)).

Se realizaron entrevistas, conversaciones informales, trabajos con grupos focales, talleres, aplicación de una ficha para caracterización sociodemográfica diseñada para tal efecto y que fue aplicada en veintisiete (27) veredas, visitando novecientos veintitrés (923) conformadas por tres mil ochocientos sesenta y seis (3866) personas

La analogía y la sinonimia se convirtieron en definitivas en esta relación objeto-sujeto, teniendo en cuenta lo encontrado en las prácticas etnográficas que nos muestran cómo los comportamientos en este campo de la salud por parte de las diferentes comunidades ubicadas a las orillas del río Naya, a pesar de su origen étnico común, presentan diversidades que, aunque sutiles, tienen incidencia en los resultados y características de la investigación.

En la construcción teórica que sustenta este proyecto de investigación se tuvieron en cuenta las visiones diferentes que sobre la situación poseen las comunidades,

desde los puntos de vista ancestrales y de tradición oral, empleando el símil para el establecimiento de las diferentes ayudas educativas. En este esfuerzo de comprensión de lo local se utilizaron hallazgos y teorías en el campo social y de la salud como bitácora durante el desarrollo del proceso. Una vez realizados análisis de las fuentes e informaciones obtenidas durante el desarrollo del trabajo de campo, sistematización y estudio de hallazgos, se llevó a cabo la devolución de los resultados obtenidos para el análisis participativo y búsqueda conjunta de soluciones, para lograr la validación por parte de los directamente implicados como son los habitantes de estos ríos e igualmente la aceptación por parte de la comunidad científica, adoptando la posición de la investigación etnográfica.

Gracias a la relación existente desde hace cerca de quince años laborando con estas poblaciones en aspectos relativos a la salud y la organización comunitaria, fue posible el establecimiento de una relación dialógica y comunicativa con estas poblaciones de origen afro descendiente, asumiendo siempre una actitud de respeto por sus cosmovisiones.

Ante la situación de analfabetismo en algunas poblaciones o gran parte de sus integrantes, se enfilaron las labores de investigación, diseño y aplicación hacia la minimización de tecnicismos, propendiendo en cada acción por el reconocimiento étnico, el rescate de lo ancestral y la posibilidad real de participación activa de quienes debido a la exclusión siguen sufriendo condiciones epidemiológicas vergonzosas.

Es pertinente anotar que para otorgarle carácter formal y evitar yuxtaposición o “invasión” de competencias, se respetaron los canales comunitarios y gubernamentales como el Hospital San Agustín, cuyos directivos estuvieron siempre informados de las diversas acciones y en los casos necesarios en los instrumentos aplicados aparece la mención correspondiente.

Por su parte, la Fundación NAYUPA, que se menciona en varias de las experiencias y materiales que aquí se recogen, fue creada por el autor de esta investigación y se encuentra legalmente inscrita y reconocida por los diferentes estamentos establecidos por la ley. Esta fundación creó la metodología RE-CREAR, mediante la cual se adelantaron varias de las acciones que se implementaron en esta investigación, y que nació en el quehacer diario con diferentes comunidades en el campo de la educación en salud y la etnoeducación. Es una forma de denominar una manera sencilla de realizar labores de capacitación en las fundamentalmente se cumple la re-educación, el repensar, el desaprender, para comprender mejor los conocimientos sabios que posee la comunidad en todos los rincones, lo que se logra teniendo una mente abierta para acceder a otras formas de conocimiento que unidas a las brindadas por la academia, dan como fruto pensamientos fortalecidos y con mayores posibilidades de comprensión y aceptación por parte del auditorio, aunque este no posea preparación académica formal. La metodología Re-Crear se encuentra inscrita ante la oficina de derechos de autor.

Es por las anteriores razones aparecen las siglas NAYUPA y RE-CREAR en algunos documentos de este trabajo.

RESULTADOS

Labores de investigación para establecer los problemas que enferman y producen la muerte a la población infantil afrodescendiente del río Naya y la terminología utilizada por la comunidad para denominarlos.

Desde los inicios de auscultación entre las comunidades se realizó trabajo constante para escuchar opiniones de las diferentes instancias, ocurriendo como producto de esto cambios continuos tomando como base las posturas y observaciones de los diversos grupos, las pruebas de campo y la medición real del impacto logrado.

En diversos grupos de trabajo con participación de instancias comunitarias, líderes adultos y jóvenes, funcionarios del Hospital San Agustín, madres comunitarias y parteras, se llevaron a cabo conversatorios y aplicación de encuestas para realizar la recopilación de diferentes conceptos sobre la salud en general y la de los infantes en particular.

Se emplearon las técnicas de taller, entrevistas y trabajo con grupos focales para establecer indicadores de morbilidad sentida que fueron posteriormente contrastados con los datos de morbilidad suministrados por el hospital San Agustín.

Al cruzar la percepción de la comunidad con las estadísticas manejadas en el Hospital San Agustín, se logró tener las miradas del nivel comunitario y la oficial apoyándonos en terreno en el diseño y aplicación de una ficha (Figura 3) para lograr caracterización socio demográfica de la población, en cuyo diligenciamiento participaron integrantes de un grupo que se organizó, denominado “Jóvenes Responsables de Merizalde Saludable”.

La aplicación de la ficha se llevó a cabo con participación de Agentes Comunitarios de Salud que fueron capacitados previamente, en veintisiete (27) veredas, visitando novecientos veintitrés (923) conformadas por tres mil ochocientos sesenta y seis (3866) personas (Tabla 1).

El resultado más importante del proceso efectuado fue la valiosa e irremplazable contribución a identificar y comprender la situación de la población y en particular de los niños menores de cinco (5) años del río Naya, especialmente de las enfermedades que se convierten en trazadoras (prevalentes) por su continua ocurrencia, para buscar soluciones en las que la hibridación cultural permita a través del encuentro de saberes disminuir los casos de enfermedades y muerte en este grupo de edad, al igual que la vigilancia epidemiológica comunitaria por parte de los habitantes de cada sitio.

Los hallazgos principales de la investigación con la comunidad fueron:

ASPECTOS GENERALES

- En lo relacionado con aspectos de la vivienda, un noventa y siete por ciento tiene una infraestructura que no cumple los estándares mínimos de calidad, primando la cultura arquitectónica propia de las regiones afro descendientes basada en la madera, no existen alcantarillados, la disposición de desechos sólidos y líquidos se hace a campo abierto.
- Respecto a la tenencia de tierras, un viejo litigio continúa su proceso respecto a la legalización liderado por los consejos comunitarios basando sus alegatos en la Ley 70.
- Llamam la atención los cambios en los promedios de número de personas por familia que en la parte baja del río Naya llega a 3.7 y en la alta asciende a 5.33, llegando a un promedio general de 4.18 personas por familia.
- El peso porcentual de mujeres en edad fértil es de 29 % (Tabla 2), siendo notable la contracción que se presenta en los puntos antípodos de la pirámide ya que tanto los menores de cinco años como los mayores de cincuenta representan cada uno el catorce por ciento (14 %) del total de la población (Tabla 3).

- En lo que corresponde a la población indígena, la etnia Eperara Siapidara que está ubicada en un resguardo cerca a Puerto Merizalde, representa el cinco por ciento (5 %) de la población.

- Los denominados “paisas” o “amarillos” (mestizos) no tienen un peso porcentual representativo.

- El veintinueve por ciento de las viviendas (29%), no posee cocina independiente; existe un promedio de uno punto ocho (1.8) cuartos por familia; una cama para tres personas.

- Existe un radio receptor por cada dos grupos familiares y en ninguna de las viviendas visitadas se hace lectura de periódicos.

- Entre los agentes tradicionales existe la plena convicción respecto a que la enfermedad nace en un desequilibrio que se produjo entre el ser humano y la madre naturaleza (Figura 4).

- Los agentes tradicionales sufren desconcierto al encontrarse con patologías “importadas” desde otras latitudes al entrar en contacto los nativos con factores de riesgo diferentes a los manejados en su cotidianidad.

- Los curanderos consideran que muchos problemas de salud son productos de maleficios producidos por otra persona y por esta razón son los únicos que pueden trabajar con el paciente para curarlo.

- En lo inherente a zoonosis encontramos que existe un perro por cada seis personas y un gato por cada veinticuatro.

- Respecto a otros factores de riesgo el cuarenta y nueve por ciento (49 %) de las familias visitadas respondió afirmativamente en relación con el consumo de tabaco y el sesenta y cuatro por ciento (64 %) expreso respuesta positiva en lo referente a la ingesta de viche (licor típico de la región preparado artesanalmente con base en el guarapo de la caña de azúcar).

- Debido a las dificultades que existen para el ingreso temprano a la escuela se redujo la cohorte de quienes deben asistir tomando como base el dato de diez años en adelante obteniendo como resultado a pesar de esto, un trece por ciento (13 %) de analfabetismo.

- Las discapacidades alcanzan el ocho por ciento (8 %) del total de la población siendo la cifra mayor la relacionada con problemas visuales que asciende al seis por ciento (Figura 5).

- El agua de los ríos es consumida sin ningún tratamiento, a pesar de la contaminación que recibe.
- Las personas que han sido preparadas como agentes formales de salud tienen áreas de trabajo extensas y dispersas.

SALUD DE LA MADRE

- El seis por ciento (6%) de las mujeres encuestadas se encuentra en embarazo y entre las gestantes el treinta y seis por ciento (36 %) pertenece al grupo de edad entre diez y diecinueve años (Figura 6).
- En lo relativo a planificación familiar solamente el treinta y tres por ciento (33%) del total de mujeres en edad fértil emplea algún método, llegando al treinta y seis por ciento (36 %) la cifra de mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino (Figura 7).
- Es común la retención placentaria en las mujeres que dan a luz con graves consecuencias para su salud y la del recién nacido.

- El sufrimiento fetal ocurre cuando una partera ofendida por algún comportamiento de la embarazada o de su pareja, le hace una “trama” (maleficio) a la parturienta que le impide dar a luz.
- La placenta debe ser enterrada una vez extraída debido a que ancestralmente se piensa que no solamente albergó al niño durante la gestación sino que como lo afirma Claude Lévi-Strauss en «L’efficacité symbolique>>», citado por Carmen Bernard (2007), es el doble del bebé y por ello no puede desecharse en la basura, como sucede en los hospitales.
- Este manejo de la placenta ocasiona fricciones entre el personal médico que defiende la posición de su adecuada disposición de acuerdo a las normas de bioseguridad y la familia que esgrime sus férreas convicciones ancestrales.
- Las parteras tradicionales no cuentan con recursos logísticos vitales, especialmente para la práctica de técnicas asépticas.

SALUD INFANTIL

- Es común la muerte de niños en diferentes edades originada especialmente en la falta oportuna de atención.

- Al arco iris se le atribuyen muchos problemas de salud en los niños, destacándose la diarrea.

- El “chigualo”, (Figura 8) celebración que se realiza cuando un niño muere y que consiste en bailar y cantar porque el infante se va para el cielo, es mucho más importante que la investigación de las causas para su deceso y el registro oficial de la defunción, reflejándose esto directamente en la dificultad para levantar información estadística confiable ya que no es posible establecer numeradores ni denominadores.

- La diarrea, las enfermedades respiratorias, otitis, son las causas principales de enfermedad y muerte en los niños.

- Al indagar sobre posibles causas del alto número de casos de otitis en los infantes, se detectaron entre otros, problemas relacionados con la posición en que reciben el seno (Figura 9).

- Preocupa el hecho de encontrar niños con problemas carenciales a pesar de recibir alimentos en los hogares comunitarios de Bienestar Familiar, encontrándonos luego de profundizar más, que al contrario de lo esperado estos no son “suplemento” sino lo único ingerido durante todo el día, sumándose a esto poca capacitación de las madres comunitarias, tardanza

en la llegada de los diferentes insumos desde Buenaventura presentando en muchas oportunidades mal estado que atenta contra la salud de los niños.

- Los resultados de la clasificación nutricional obtenida con los datos de edad y peso nos muestran un setenta y ocho por ciento de los niños en estado normal, diecinueve por ciento en riesgo y un tres por ciento con desnutrición (Figura 10).
- Al comparar esta situación con la de los niños entre cinco y diez años(Figura 11), los porcentajes en riesgo de desnutrición y desnutrición aumentan con la edad, haciéndose mucho más difícil su recuperación lo que se suma a los daños que los problemas carenciales producirán en el futuro.
- Las cifras nos indican un treinta y cinco por ciento de niños en situación normal, treinta y siete por ciento en riesgo, veintisiete por ciento con desnutrición y un uno por ciento con sobrepeso.
- Muchos niños nacen con alguna “precocidad” en su comportamiento o con algún rasgo físico diferente a los normales para un recién nacido, y a esto se les denomina “virtud”, con consecuencias como discapacidad permanente o la muerte según se describe más adelante (Figura 12).

- Las coberturas de vacunación son preocupantemente bajas.
- El doce por ciento (12%) de los niños presenta problemas visuales (Figura 13) y el catorce por ciento (14%) (Figura 14), dificultades auditivas.
- No existe un buen manejo del muñón umbilical produciendo como consecuencia infecciones o tétanos neonatal (“mal de siete días”) especialmente por el empleo de una resina de un árbol llamado anime o por la práctica de la denominada ombligada que consiste en ponerle al muñón umbilical elementos de animales o plantas como petición para el comportamiento futuro del niño.

Como resultado de este trabajo de investigación se identificaron múltiples términos relacionados con las costumbres, enfermedades, causas y tratamientos de estas, encontrando denominaciones que en caso de no tenerlas en cuenta harían imposible cualquier tipo de trabajo en el campo de la detección, prevención y toma de decisiones. Estos fueron empleados en los materiales educativos contextualizados adjuntos y en las charlas educativas en las diferentes comunidades, y se relacionan en el siguiente glosario.

GLOSARIO

Abotagado: Hinchado.

Agitación: Grave dificultad respiratoria.

Alabao: Canto que se realiza en los velorios.

Anime: Especie de resina empleada para tapar el muñón umbilical.

Apar: Cargar el niño atado a la espalda (Figura 15).

Aposta: Hecho a propósito.

Arrullo: Especie de villancico que se canta en las novenas de Diciembre.

Balsudo: Muy delgado.

Boga: Quien mediante el uso de remos impulsa una embarcación.

Bogar: Remar

Borrachero: Planta empleada para hacer maleficio. En la medicina occidental es conocida como base para preparar la burundanga (Figura 16).

Canteado: Desequilibrado

Come vicio: Debido a problemas carenciales no acepta la comida normal prefiriendo comer tierra o elementos no nutritivos.

Corrimiento: Absceso en la boca.

Corrinche: Algarabía, bulla.

Curada: Bebida preparada a base de hierbas y viche.

Chigualo: Celebración ancestral que se efectúa ante la muerte de un niño menor debido a que se irá para el cielo.

Chigualear: Realizar un chigualo.

Estero: Ruta interna existente para navegar con menor riesgo. La vegetación predominante está compuesta por variedades de mangle.

Froco Froco : Grave problema respiratorio.

Labios calientes: Señal de fiebre

Mal de ojo: Daño que se hace a un niño por parte de una persona que tiene gran poder en su visión. Puede ocurrir por mirar al infante admirándolo o por envidia o algún problema con su familia.

Mal de ojo secador: El niño presenta un estado grave de deshidratación por desequilibrio electrolítico agudo.

Mal de siete días: Tétanos del recién nacido.

Maleficio: Daño que se hace a una persona empleando plantas.

Maleza: Material purulento.

Mollera: Fontanela.

No veo: Expresión usada para referirse a ausencia de menstruación.

No se halla: Inquieto, molesto, incomodo.

Nuca envarada: Con problemas para girar la cabeza por dolor intenso.

Obrar: Defecar.

Omb ligada: Tratamiento que se hace al niño en recién nacido en su muñón umbilical colocándole en este elementos vegetales o animales de acuerdo al deseo que sus padres tienen para su futuro. Si esperan por ejemplo que sea ágil le colocan un pelo de tigre, con gran capacidad de visión un pedazo de pluma de águila.

Pellejo: Piel.

Potrillo: Pequeña embarcación ancestral construida con troncos de árboles que se convierte en el medio fundamental para transporte en los ríos (Figura 17).

Pris Pris: Taquicardia.

Privado: Sin sentido, desmayado, con signos vitales débiles.

Reído: Tranquilo, feliz.

Seca: Dolor reflejado o irradiado.

Sequía: Sed en exceso.

Sobijo: masajes para calmar un dolor o preparar a la embarazada para su futuro parto.

Tos de perro: Tos seca con estertores o sibilancias.

Trama: Sufrimiento fetal por demora en el alumbramiento.

Viche: Bebida alcohólica preparada artesanalmente con el jugo de la caña de azúcar fermentado y cuidadosas y prolongadas labores de cocción.

Virtud: La tradición oral explica que en ocasiones los niños nacen con rasgos físicos, movimientos o características totalmente diferentes a otros o con precocidad en su comportamiento (“caminan antes de tiempo, emiten sonidos extraños, los ojos presentan colores diferentes, nacen con asomo de un diente...”).

La tradición dice que si la mamá descubre la “virtud” y le habla al niño, este puede morir o quedar con algún tipo de discapacidad siendo esto fácilmente observable en las viviendas.

Yuyo: Especie de caldo preparado con pringamoza y otras plantas que sirven para mejorar el estado nutricional y anímico de un niño.

En entrevistas y conversaciones con líderes, madres comunitarias, cuidadores, curanderos y personas en general, manifestaron que tienen grandes dificultades para entender a los médicos en el hospital y que llegan a las comunidades muy esporádicamente en las denominadas brigadas de atención.

Los nombres que les dan estos profesionales a las enfermedades, sus síntomas y consecuencias no son de fácil comprensión debido a que no se parecen en nada con la manera de hablar cotidiana y coloquialmente de la comunidad.

Estas situaciones tienen una incidencia directa al indagar sobre las causas reales de las muertes y la posibilidad de establecer mecanismos de prevención,

ocurriendo una confrontación entre el concepto “científico” y el tradicional, uniéndose a esto la diferencia marcada en los nombres otorgados a las enfermedades, sus síntomas y signos.

Otra gran dificultad se origina en que muchos no pueden leer o entender las recetas debido a problemas de analfabetismo o al uso de palabras que se convierten prácticamente en galimatías.

Algunos ejemplos representativos respecto a estos hallazgos y las dudas expresadas los podemos observar en las siguientes situaciones.

“Suministrar 3 cc con cada comida”.

Producen dificultades términos como suministrar, 3 cc y la frecuencia.

“Administrar por vía oral”

El significado de administrar no tiene plena explicación y en caso de “oral” encontramos explicaciones que en algunos casos lo identifican con la necesidad de orar para tomarlo y en otros casos consideran que debe ingerirlo cada “hora”.

“Tomar una tableta a las 8 pm”.

Respecto al término “tableta” las interpretaciones ocasionan graves dificultades debido a que por lo general se piensa que se está haciendo referencia a un sobre o blíster llevando a paciente a sobredosis.

Adaptación de herramientas formales de valoración de la salud infantil existentes de acuerdo a características culturales de la población afrodescendiente del río Naya

Con base en las labores de recuperación de saberes y de concertación se diseñaron instrumentos a manera de nemotecnias que coadyuvarán en la toma de decisiones, especialmente cuando se determine por parte del agente tradicional de salud (que será consultado inicialmente), enviar a los enfermos a otra modalidad de atención.

Los instrumentos fueron adaptados de manera que puedan ser utilizados por personas que actúan como agentes comunitarios de salud, guiándose para sus acciones con los elementos, lenguaje y prácticas ancestrales sumando a ellos las directrices de la medicina occidental para saber cómo detectar las enfermedades, identificación de síntomas, señales de alarma, características de las patologías, impresión diagnóstica, manejo en el sitio y conducta. Entre los instrumentos adaptados encontramos:

- Tabla contextualizada para valoración de niños en relación con las enfermedades más recurrentes establecidas en la estrategia AIEPI de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Figura 18).

En la contextualización se tuvo en cuenta el tradicional uso del sistema semáforo para evaluar un niño, de tal manera que de acuerdo a los interrogatorios que se hagan a los cuidadores del niño las respuestas se

ubicaran en una casilla que está coloreada con verde cuando todo se encuentra normal, amarillo si existe algún riesgo y rojo si el paciente presenta grandes posibilidades de complicación (Figura 19).

Si el peligro es grande, es decir que la calificación del estado del niño queda en color rojo, este debe ser examinado por el agente de salud tradicional o el comunitario debiendo ser remitido al hospital de manera urgente en caso de imposibilidad del manejo de la patología a nivel local.

- Contextualización de tabla de la Organización Panamericana de la Salud, para establecer estado nutricional del recién nacido de acuerdo al tamaño del pie, de fácil manejo que permite tomar decisiones rápidas (Figura 20).
En algunas comunidades indígenas como la Eperara Siapidara, este instrumento no puede ser empleado debido a que existe la creencia que medir al niño de corta edad le impedirá que crezca.
- Ficha de seguimiento del estado nutricional par ser diligenciada por las madres comunitarias con base en los colores del semáforo, para que los cuidadores (aunque no sepan leer ni escribir), puedan enterarse de la situación de los niños (Figura 21).
- Contextualización y adaptación de la carta de Rosebaum empleada por los profesionales para la medición de la visión cercana realizando cambios

que respetaron las dimensiones originales pero cambiando las figuras originales (Figura 22).

- Diseño de etnomensajes relacionados con la salud de la población empleando situaciones de la cotidianidad:

✚ CHONTADURO MADURO, USEMOS UN METODO DE PLANIFICACION SEGURO (Figura 23).

Se origina en el aforismo que afirma: “Chontaduro maduro, muchacho seguro” otorgándole a este fruto poderes afrodisiacos.

✚ NO SE AFANE TANTO COMADRE, HAY QUE PREPARARSE MUCHO PA SER MADRE (Figura 24).

Teniendo en cuenta “la preparación” que se hace a las mujeres desde temprana edad para el cuidado de sus hermanos apandolos se diseñó este mensaje como reflexión sobre el embarazo precoz.

✚ LA MÍA ES UNA MADRE PERFECTA, A CUALQUIER HORA ME DA TETA (Figura 25).

Es una exaltación a la sana costumbre de amamantar que existe en las comunidades afrodescendientes.

✚ SON MUY LINDOS LOS CHIGUALOS PERO A LOS NIÑOS HAY QUE CUIDARLOS (Figura 26).

A pesar de no entrar en choque con la tradición del chigualo, de todas maneras se hace invitación al cuidado de los niños.

✚ DESPUES DE MOVER MIS BRAZOS VOY PA CONTROL DE EMBARAZO (Figura 27).

Teniendo en cuenta el gran amor por la música e instrumentos folclóricos, se aprovechó la circunstancia plasmada en la fotografía para subrayar la importancia del control prenatal.

✚ ES MEJOR APAR QUE CHIGUALEAR (Figura 28).

Es una invitación a la importancia de la vida de los niños.

Promoción de la vigilancia epidemiológica comunitaria para la detección de problemas de salud y establecer planes de acción mediante el diseño de instrumentos y métodos contextualizados.

En diferentes comunidades se cumplieron labores de capacitación para el manejo de los instrumentos diseñados para este fin, buscando con su utilización mejorar la obtención de información relacionada con estadísticas, eventos de salud más comunes, análisis de posibles causas de muerte de recién nacidos y priorización de los problemas de salud, causas, consecuencias y búsqueda de soluciones.

En estas actividades participaron docentes, Agentes Voluntarios de Salud, líderes institucionales en general.

Con las parteras se realizó un encuentro para compartir tradiciones y prácticas, concertación sobre técnicas asépticas y remisión de gestantes oportuna en caso de detección de complicaciones, tomando como base un instrumento diseñado para este propósito y que fue entendido aunque la mayoría de las asistentes no sabía leer.

Los elementos contextualizados son:

- Instrumento de registro de mujeres embarazadas y sus antecedentes obstétricos para ser diligenciadas por agentes de salud que sepan leer y escribir (Figura 29).
- Adaptación de ficha para calcular fecha probable del parto y en trabajo conjunto con la partera y tomar decisiones prontas en caso de detectar alguna posible dificultad mediante la aplicación de la ficha relacionada con antecedentes obstétricos (Figura 30).
- Nemotecnia sobre señales de peligro durante el embarazo que fue diseñada con dibujos cuya comprensión y manejo fue analizada con agentes de salud formales y las parteras (Figura 31).

- Ficha contextualizada con colores para la vigilancia de la salud materna, fetal y del recién nacido en la que son vitales para su manejo los datos de peso al nacer y edad al morir (Figura 32). La fuente original fue desarrollada en Colombia por el grupo Cemiya de Cali que ha puesto en funcionamiento un modelo creado por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta en los Estados Unidos.
- Diseño de banderas mediante un juego con plastilina para determinar de acuerdo a la priorización de los participantes cuales son las enfermedades más relevantes en la comunidad, determinando así el perfil epidemiológico según el sentir comunitario (Figura 33).

Está comprobado técnicamente que este tipo de procesos en los que están involucrados de manera tan profunda aspectos relacionados con actitudes, cambios, reconocimientos en el campo de la salud, se requiere de un trasegar que se hace difícil y lento para lograr grandes impactos en el perfil epidemiológico que en este caso específico de la población nayera debe por ejemplo insistirse mucho en la cultura de la importancia de los datos.

No obstante en evaluaciones conceptuales cualitativas efectuadas, se palpa la gran aceptación que entre las autoridades de salud, integrantes de los consejos comunitarios, docentes y madres comunitarias, ha tenido esta labor conjunta ya

que consideran que los elementos diseñados se convierten en muchas ocasiones en tabla de salvación para su difícil situación. Los agentes de salud tradicionales muestran su gran satisfacción por el hecho de ser tenidos en cuenta y la importancia que se les ha otorgado en este trabajo, siendo las parteras quienes mayor gozo han mostrado.

En el Hospital San Agustín expresan que en el caso de niños y mujeres embarazadas se refleja una disminución de casos recibidos debido a una oportuna llegada a sus servicios. Desafortunadamente no existen en esta institución indicadores que permitan un análisis más exacto de la situación, y los recursos escasos impiden que el personal profesional se desplace de manera continua a las veredas más alejadas.

Los mejores resultados se hacen ostensibles en la aceptación de los instrumentos por su fácil comprensión dándole a quienes los emplean gran posicionamiento y reconocimiento entre la comunidad. Las cantoras y músicos de la región han compuesto varias canciones relativas a la capacitación, los problemas de salud y su manejo, convirtiéndose esto en un excelente apoyo.

Los problemas financieros atentan frontalmente contra la solidificación de lo construido hasta ahora, pero continuamos haciendo ingentes esfuerzos para que lo logrado no se esfume.

DISCUSIÓN

Definitivamente, a pesar de los múltiples estudios consignados en la exuberante y abundante literatura existente, en comunidades como las del pacífico colombiano y específicamente en el río Naya, zona fluvial de Buenaventura, el desconocimiento por el saber tradicional, la posición ancestral sobre las enfermedades sigue siendo asombrosa y preocupante.

Estas comunidades han pervivido a pesar de los fuertes embates del abandono por parte del estado, su preocupante vulnerabilidad y la invisibilización de su acervo.

Una de nuestras grandes apuestas debe dirigirse hacia el objetivo de evitar que multiculturalidad e interculturalidad se conviertan en palabras que afloran en conversaciones académicas, otorgando un viso intelectual a los participantes, pero que al igual que etnicidad o cosmovisión, en la praxis se conviertan en bagaje semántico o lenguaje figurado, para que los grupos étnicos salgan de ser lo exótico en Colombia y otorgarles a sus situaciones un reconocimiento real y reivindicatorio.

Es urgente e inaplazable propiciar el punto de encuentro en que las diversas cosmovisiones aporten su bagaje para construir mensajes nuevos sin vicios de unilateralidad, acartonamiento o con fórmulas inamovibles que los conviertan en exógenos, impidiendo de esta manera su adopción para encontrar nuevos rumbos

en patologías que de endémicas han pasado a la aterradora posición de pandemias en un mundo que por múltiples razones, especialmente aquellas que buscan la homogenización mediante un implacable afán de hegemonía, están asolando al planeta.

Estamos convencidos que tratar de arribar a un presente en el que la tecnofilia prima sin haber dado pasos de reconocimiento apoyados en el báculo o el dumande del chamán, es dirigirnos al vacío junto con una parafernalia ignota para las poblaciones eternamente postergadas.

Es necesario replantearnos una re-educación que se convierta en un mojón que marque en realidad el comienzo de una verdadera nueva era, construida por todos nosotros y nosotras y no definida por ningún agente externo a nuestra historia y nuestras convicciones.

A pesar de las astronómicas sumas que se han invertido en salud a nivel mundial, los resultados siguen siendo exiguos debido fundamentalmente a que los esfuerzos son dedicados a la curación y manejo de las consecuencias de las enfermedades sin atacar sus causas y olvidándose de la necesaria relación equilibrada entre los seres humanos y su entorno.

De igual forma conocimientos que han acompañado a la humanidad durante toda su existencia siguen siendo despreciados por la modernidad tratando de cundirlos en el olvido al considerarlos sin fundamento ni piso científico.

El lenguaje técnico se ha convertido en una demostración de poder para quienes logran aprenderlo en la academia olvidándose que sus acciones van dirigidas a un mundo heterogéneo sin acceso a estas “fuentes del saber”

Se hace necesario que centremos esfuerzos en un ejercicio nos permita repensar, revalorar, desaprender, cuestionar nuestro papel en el campo de la etnoeducación y definir si nuestra formación está sólidamente cimentada y determinar si seguiremos siendo solamente replicadores de la alienación, consuetas de los libretos oficiales o promotores de un cambio radical ante paradigmas seculares que han producido solo estropicio mental en la mayoría de los que tuvieron la fortuna de acceder a los claustros para su formación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Estas contextualizaciones realizadas a las herramientas de prevención, diagnóstico y detección precoz de problemas de salud que han sido probadas y contrastadas, buscan con sutileza de cirujano o convicción de jaibaná, encontrar fisuras que permitan permear sin apabullar con conceptos homogenizantes para atacar morbilidades que son sistémicas y en el caso de las etnias son concomitantes con la vulnerabilidad nacida en las terribles condiciones en que malamente perviven.

Los esfuerzos para lograr canales expeditos entre las diferentes cosmovisiones en el campo de la salud son pequeños y atomizados a pesar de la normatividad existente que busca incidir en la preocupante situación de aislamiento en que se encuentran muchos compatriotas pertenecientes a los grupos étnicos.

Existe un enorme hiato entre las necesidades reales de la comunidad en el campo de la Información, Educación y Comunicación y las denominadas TIC, cuyo desarrollo avanza a velocidades astronómicas dejando en un nefasto rezago a quienes por disímiles razones no tienen acceso a estas.

No obstante los pírricos avances en comparación con el tamaño de la problemática, el aislacionismo sigue siendo la actitud característica hacia los saberes ancestrales y el lenguaje de las comunidades empleando calificativos peyorativos, demostrando como lo expresa Keith Thomas (1973), que “las

dificultades no tienen su génesis en los agentes sino en la incapacidad explicativa de la medicina”.

Detenernos en el análisis de comportamientos y expresiones en el campo de las enfermedades de los afrodescendientes nos lleva a descubrir un rico filón de prácticas, actitudes y conocimientos que otorgan con su visión aportes para la caótica situación de la salud del país en general.

Aunque entre algunos agentes de salud tradicionales existe una férrea resistencia a compartir su saber lo que atenta con la continuidad de este y su valioso aporte para el manejo de las enfermedades, es perentorio buscar canales de acercamiento tomando como premisa la valoración de sus conocimientos.

Con base en la aparición de patologías concomitantes con los contactos de las etnias con otros grupos poblacionales es necesario dialogar respetuosamente con los agentes tradicionales para resaltar la evidente necesidad de apertura y receptividad hacia conceptos de la medicina formal para aunar esfuerzos tendientes a mejorar las condiciones de salubridad de sus comunidades (Figura 34).

Nuestra investigación nos demostró que la definición de planes y programas, diseño de material educativo y de mensajes (Tabla 4), realizada de forma colectiva y teniendo a las comunidades como sujeto y no objeto, producen un impacto más tangible y positivo porque se sienten como protagonistas de su devenir y asumen actitudes de mayor compromiso en campos que de otra forma serían vedados

para ellos, como la educación en salud, la prevención, detección temprana de problemas, vigilancia epidemiológica, sin olvidar a quienes por tradición como los agentes tradicionales, deben seguir siendo el referente primario.

Necesitamos pertrecharnos adecuadamente con nuestras tradiciones y fortalezas pues de lo contrario estaremos abocados a continuar perdiendo, convirtiendo cada intento en fallido en la prolongación de una educación y formación totalmente ajena a las necesidades y aspiraciones de poblaciones marginadas, llevándolas a “no tener una segunda oportunidad sobre la tierra”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artunduaga, L. (1997), *La etnoeducación: una dimensión de trabajo para la educación en comunidades indígenas de Colombia*. Bogotá, Revista Iberoamericana de Educación N° 13

Bernal, J. (2004), *Sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia estudiadas por la Gran Expedición Humana*. Popayán, Revista Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca Volumen 6 / No. 4

Bernand. (2007) *Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones*. Recuperado de <http://nuevomundo.revues.org/8162>. Consultado el 27 marzo 2012.

Cárdenas A, López L.(2011) *Resiliencia ante la vejez, la discapacidad y la pobreza: historia oral de vida*. Revista de .Salud pública. Universidad Nacional 13 (3): 528-540.

Centro para el Desarrollo Integral de la Salud Materna, Perinatal, infantil y Adolescencia, CEMIYA, (1997) *Para que germine la vida* .Recuperado de <http://aupec.univalle.edu.co/informes/marzo97/cemiya.htm>

Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud (1986) *Carta de Ottawa*. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Constitución Política de Colombia, (1991) Recuperado de <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

Corte Constitucional, Sentencia (2002) *Sentencia 891* Recuperado de <http://corte-constitucional.vlex.com.co/vid/-43619122>

De Saussure F. (1916) *Curso de lingüística general*. París, Libraire Payot & Co.

El borrachero. Recuperado de <http://2.bp.blogspot.com/>

Festinger L. (1957) *La disonancia cognitiva*. Stanford, CA: Stanford University Press. ISBN 978-0-8047-0911-8.

Foucault, M. (1992) *“Erudición y saberes sujetos”, en Genealogía del Poder: genealogía del racismo*. Madrid, Ediciones La Piqueta, 1992, p. 21.

Instituto Nacional de Salud (2009) *Planeación de una estrategia de Información, Educación y Comunicación IEC*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/22210030/Presentacion-ejemplo-estrategia-IEC>

Keith T, (1973) *Religion and the decline of magic*, London, Penguin Books.

Ley 74 (1968) *por la cual se aprueban los "Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966"*. Recuperado de http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/ley/1968/ley_0074_1968.html

Ley 21 (1991) *por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989*. Recuperado de http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1991/ley_21_1991.php

Ley 70 (1993) *Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política*. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0070_1993.html

Maya L. (2001) *Botánica y Medicina africanas en la Nueva Granada, Siglo XVII*. Revista N° 19 Historia crítica, Universidad de los Andes págs. 27, 48

Muñoz I.(2009) , *Módulo trabajo de grado*. .Bogotá, Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Murillo, J. (sf). *La investigación etnográfica*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Etnografica_doc.pdf

Organización Mundial de la salud, (2003). *Módulo de formación en comunicación para el cambio de comportamientos*.

Organización Mundial de la salud, (1946) *Acta de constitución*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud,(1996) *Estrategia AIEPI*. Washington.. Paltex

Osorio M., López L. (2008) *Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado*. .Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400010&script=sci_arttext

Ramos L. (2011) *Enciclopedia afrocolombiana*. Recuperado de <http://enciclopediaafrocolombiana.bligoo.com.co/tag/educacionafro>

UNAD (2007). *Acuerdo 00: Reglamento de Práctica Pedagógica*. Bogotá, UNAD.

Viveros T. (1998) *Lineamientos para un plan de desarrollo del río Naya*. Puerto Merizalde, Buenaventura. Documento fotocopiado.

A N E X O S

TABLAS

TABLA 1
VEREDAS CARACTERIZADAS

COMUNIDADES	FAMILIAS	N° PERSONAS
PUERTO MERIZALDE	391	1404
YARUMAL	34	112
ENSECADERO,SAN MARTIN	17	44
LA SECAL	8	33
JOAQUINCITO	16	64
SAN JOSÉ	32	111
SAN PEDRO	19	83
PALO BRUJO	6	34
LA VUELTA	24	100
SANTA CRUZ	48	183
CHAMUSCADOS	19	74
SANTA MARÍA	24	119
SAGRADA FAMILIA	19	87
CALLE LARGA	30	156
CONDE GUARIN	3	13
EL CARMEN	21	123
DOS QUEBRADAS	22	131
VIJAGUAL	1	11
MARUCHA	6	30
SAN ANTONIO	16	94
LA CONCEPCION	54	286
GUADUALITO	24	138
CASCAJITO	41	229
AGUA MANSA	10	46
EL TRUENO	5	37
MEREGILDO	19	86
ALAMBIQUE	14	38
TOTAL	923	3866

TABLA 2**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS ETÁREOS**

GRUPO ETAREO	%
MENORES 1	3
1 A 4	11
5 A 9	15
10 A 14	15
15 A 19	12
20 A 24	8
25 A 29	5
30 A 34	5
35 A 39	4
40 A 44	4
45 A 49	4
50 A 54	3
55 A 59	3
60 A 64	2
65 A 69	2
70 A 74	2
75 Y MAS	2
TOTAL	100

TABLA 3

PIRÁMIDE POBLACIONAL

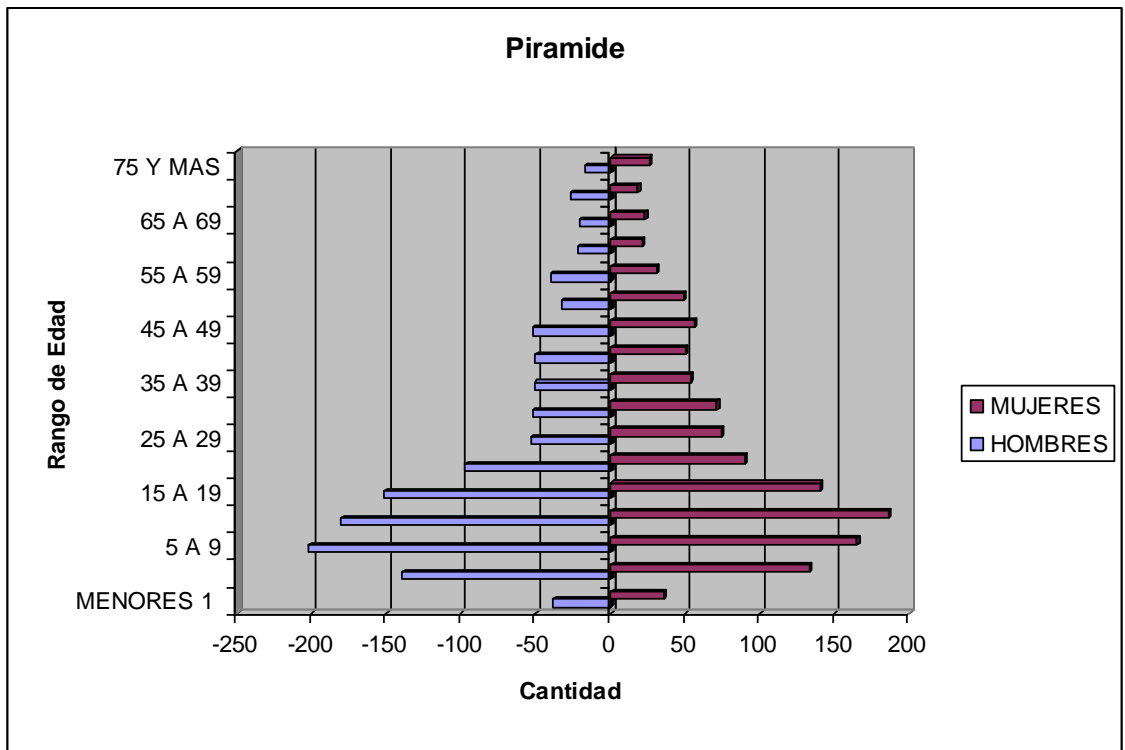


TABLA 4

ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN.

NOMBRE DE LA ESTRATEGIA	OBJETIVOS COMUNICACIONALES	ACCIONES I.E.C.	POBLACION	CARACTERISTICAS Y PRACTICAS CULTURALES	IMPLEMENTACION.	RECURSOS
<p>ARRULLANDO Y ALABANDO POR EL RIO VAMOS BOGANDO Y MUCHAS COSAS CONTANDO</p>	<p>Sensibilización sobre importancia de la prevención y atención oportuna de problemas de salud en los niños</p>	<p>Coplas, arrullos, alabaos, danzas</p>	<p>Comunidades del río Naya</p>	<p>Las danzas, los cánticos, los arrullos y alabaos forman parte vital del riquísimo bagaje cultural de los afrodescendientes. Una hermosa tradición es componer coplas, décimas para hablar de los aconteceres y cotidianidad.</p>	<p>Investigación y análisis con juglares y nativos en general de las diferentes maneras de comunicación a través de estas modalidades. Composición y creaciones colectivas con base en las tradiciones folclóricas.</p>	<p>Juglares, ancianos, cantoras . Instrumentos musicales como marimba, guasá, cununos .</p>

ESTRATEGIA	OBJETIVOS COMUNICACIONALES	ACCIONES I.E.C.	PUBLICO	CARACTERISTICAS Y PRACTICAS CULTURALES	IMPLEMENTACION.	RECURSOS
ESTERO VOZ	Sensibilización sobre importancia de la prevención y atención oportuna de problemas de salud en los niños	Charlas educativas con ayudas audiovisuales diseñadas con aspectos de la región. Difusión de mensajes en los embarcaderos. Etnomensajes, anuncios durante la liturgia y los cultos, perifoneo, correo- potrillo.	Comunidades del río Naya	Las charlas educativas son muy bien recibidas y concitan la atención. Las misas católicas y los "cultos" de otras iglesias se celebran con nutrida asistencia. El potrillo es un elemento fundamental en la movilización entre los ríos y quebradas y con quienes lo utilizan se acostumbra el envío de todo tipo de encomiendas y mensajes.	Diseño participativo de mensajes. Producción de material educativo. Vinculación de los bogas en las campañas de difusión.	Juglares, ancianos, cantoras, madres comunitarias, lancheros, bogas, docentes, sacerdotes, pastores. Cámara fotográfica

FIGURAS

FIGURA 1

UBICACIÓN ZONA DE INVESTIGACIÓN



FIGURA 4

**CURANDERA DEMOSTRANDO MEDIANTE MEDICIONES EL EQUILIBRIO
ENTRE EL CUERPO Y LA NATURALEZA**



FIGURA 5

PORCENTAJES DE LAS DISCAPACIDADES ENCONTRADAS

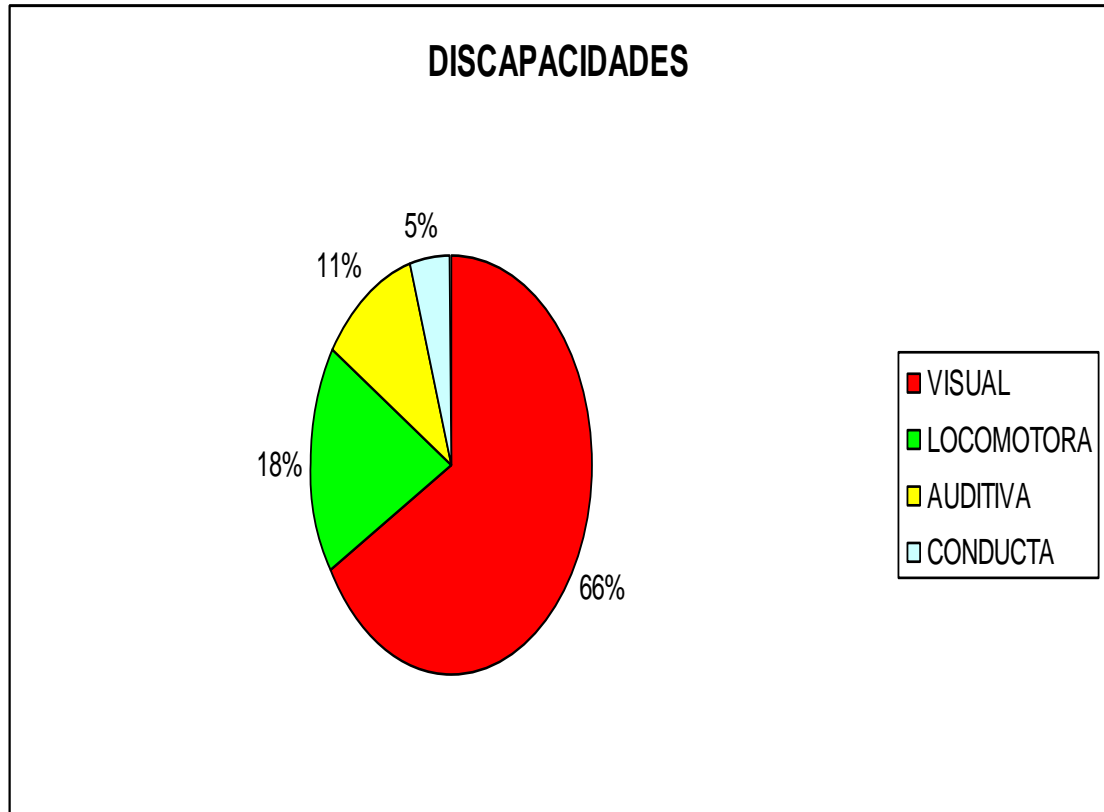


FIGURA 6

EMBARAZOS DE ACUERDO A LA EDAD DE LA MUJER

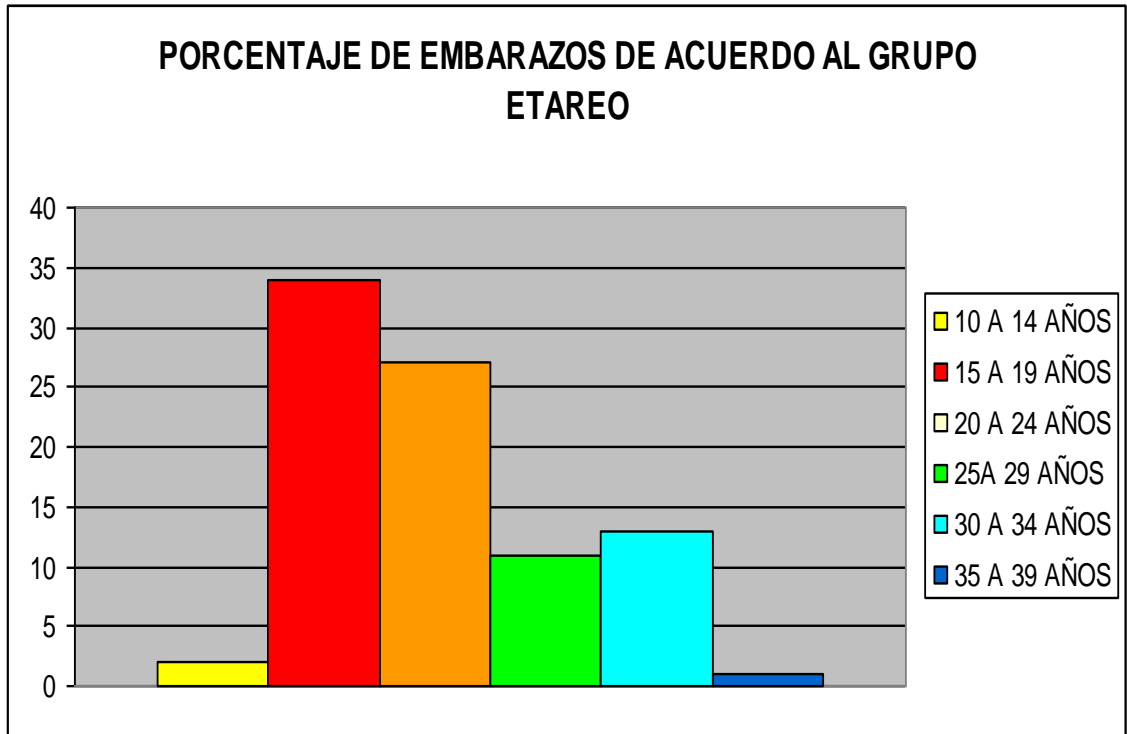


FIGURA 7

METODOS DE PLANIFICACIÓN EMPLEADOS

METODO	%
DIU	36
INYECCION	20
PRESERVATIVO	19
CIRUGIA	17
ANOVULATORIOS	7
FOLCLORICOS	1

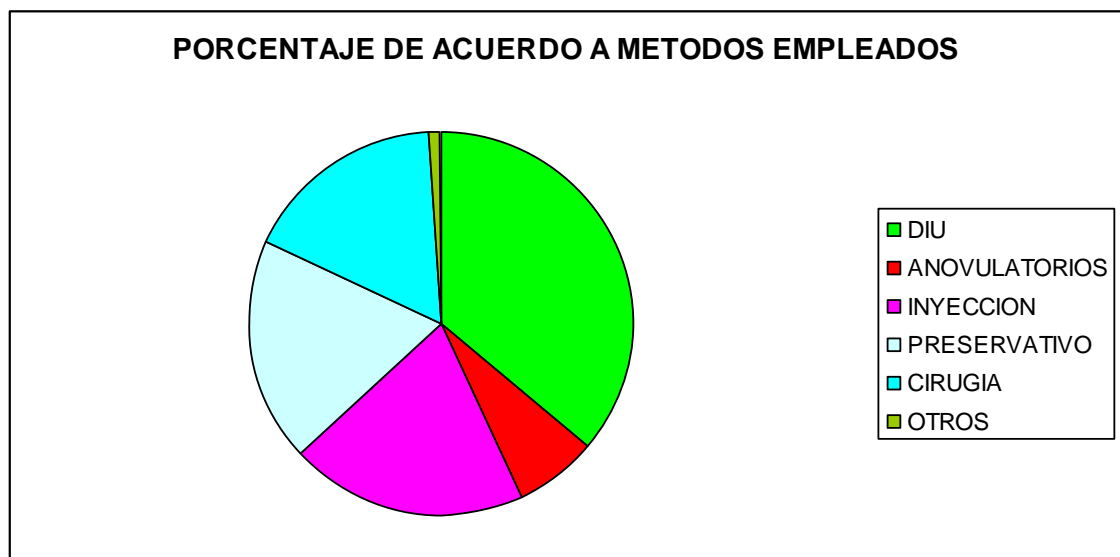


FIGURA 8

CEREMONIA DEL CHIGUALO



FIGURA 9

OTITIS



FIGURA 10

**ESTADO NUTRICIONAL MENORES DE CINCO AÑOS
SEGÚN EDAD Y PESO**

MENORES DE 5 AÑOS	TOTAL	%
NORMAL	112	78%
RIESGO DESNUTRICIÓN	27	19%
DESNUTRICION	4	3%
TOTAL	143	

FIGURA 11
ESTADO NUTRICIONAL MENORES DE CINCO AÑOS
SEGÚN EDAD Y PESO

5 A 10 AÑOS	TOTAL	%
NORMAL	25	35%
RIESGO DESNUTRICIÓN	26	37%
DESNUTRICIÓN	19	27%
SOPREPESO	1	1%
TOTAL	71	

FIGURA 12

NIÑO CON MACROCEFALIA ORIGINADA “EN MAL MANEJO DE VIRTUD”



FIGURA 13

SITUACIÓN SALUD VISUAL

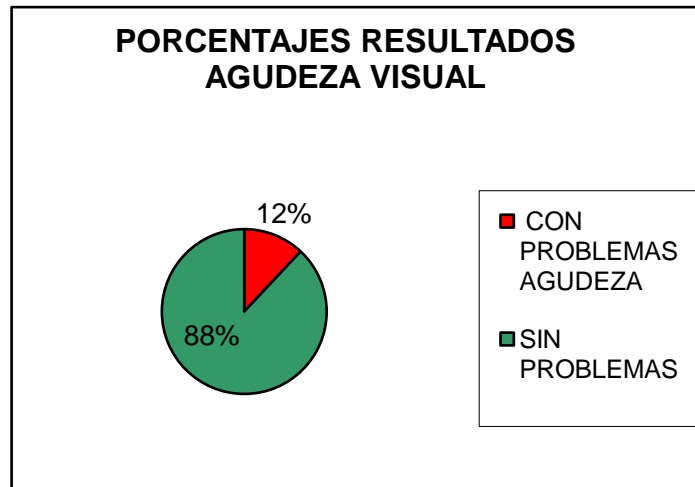


FIGURA 14

SITUACIÓN SALUD AUDITIVA

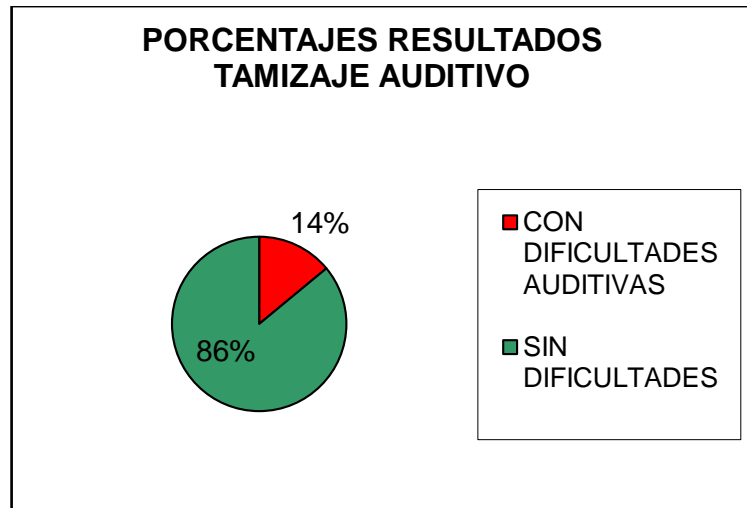


FIGURA 15

MUJERES APANDO A SUS HIJOS



FIGURA 16

FLOR DEL BORRACHERO



FIGURA 17

POTRILLOS



FIGURA 18
TABLA CONTEXTUALIZADA DE AIEPI

PARA EVALUAR ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS



FUNDACIÓN NAYUPA
METODOLOGÍA RE-CREAR



ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA - AIEPI

CONTEXTUALIZACIÓN FICHA DE EVALUACIÓN REALIZADA POR OSCAR ARLEY GÓMEZ OSPINA
FUENTES: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

PROBLEMA	UNO DE ESTOS PROBLEMAS	PUEDE TENER	QUE HACER
BUSQUE: SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE	NO PUEDE TOMAR LIQUIDO O EL SENO	GRAVE PELIGRO DE MUERTE	LLEVARLO AL HOSPITAL EN MOTOR NO EN POTRILLO
	TODO LO VOMITA		
	LE ESTAN DANDO ATAQUES		
	ESTA PRIVADO, COMO IDO, NADA LE INTERESA, COMO SI ESTUVIERA MUERTO		
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE TOS O PROBLEMAS PARA RESPIRAR ? MENOS DE DOS MESES 60 O MAS DOS A 11 MESES 50 O MAS 12 MESES A CINCO AÑOS 40 O MAS	TIENE UNO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO DE ARRIBA	NEUMONIA	LLEVARLO AL HOSPITAL EN MOTOR NO EN POTRILLO
	SE LE MARCAN LAS COSTILLAS CUANDO RESPIRA, TIENE FROCO FROCO O AGITACION		
	HACE RUIDOS RAROS CUANDO RESPIRA O TIENE TOS COMO DE PERRO		
	TIENE RESPIRACION RAPIDA		
	TIENE TOS HACE MAS DE UN MES	GRIPA Y TOS	DARLE BEBIDAS ENDULZADAS AUMENTARLE LOS LIQUIDOS DESTAPARLE LA NARIZ ENSEÑAR SEÑALES DE PELIGRO HACER VISITAS DE SEGUIMIENTO
	GRIPA O TOS SIN LOS PROBLEMAS ANTERIORES		
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE DIARREA ?	DOS DE ESTOS PROBLEMAS		QUE HACER
	OJOS HUNDIDOS	DIARREA CON DESHIDRATAACION	LLEVARLO AL HOSPITAL EN MOTOR NO EN POTRILLO PREPARAR SUERO PARA IRLE DANDO EN EL CAMINO SEGUIR DANDOLE COMIDA
	INQUIETO, INCOMODO, NO SE HALLA		
	BEBE CON MUCHAS GANAS, TIENE SEQUIA O QUIERE BEBER PERO NO ES CAPAZ.		
	EL PELLEJO SE LE QUEDA ARRUGADO	DIARREA SIN DESHIDRATAACION	AUMENTAR LIQUIDOS, SEGUIRLO ALIMENTANDO. HACER VISITAS DE SEGUIMIENTO
	DIARREA CON UN SOLO PROBLEMA O SIN NINGUNO DE LOS PROBLEMAS		
DIARREA POR MAS DE 14 DIAS			
OBRA, ENSUCIA O HACE DEPOSICION CON SANGRE	DIARREA SEGUIDA	LLEVARLO AL HOSPITAL URGENTE PREPARAR SUERO PARA IRLE DANDO EN EL CAMINO SEGUIR DANDOLE COMIDA	
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE FIEBRE ?	SI AL EXAMINARLO		QUE HACER
	TIENE LOS LABIOS CALIENTES, LA SIEN LE BRINCA O LA TIENE CALIENTE O LA FAMILIA DICE QUE HA TENIDO FIEBRE Y ADEMAS:	ENFERMEDAD CON FIEBRE MUY GRAVE	LLEVARLO AL HOSPITAL EN MOTOR NO EN POTRILLO PERO MIENTRAS LLEGAN MANEJARLE LA FIEBRE DARLE LIQUIDOS PARA HIDRATARLO Y ACETAMINOFEN
	TIENE LA NUCA TIESA O ENVARADA COMO SI TUVIERA UN MICO		
	TIENE LA MOLLERA ABOMBADA, COMO INFLADA		
	NO SONRIE NI MIRA NI LE PARA BOLAS A NADIE COMO SI NADA LE IMPORTARA		
	TIENE LA PIEL MUY PALIDA, COLOR CENIZA O AZUL O CON MANCHAS Y SI SE LE APRIETA NO CAMBIAN DE COLOR		
	HA BOTADO SANGRE		
	ESTA BROTADO, TIENE LOS OJOS ROJOS O BOTA AGUA POR LA NARIZ		
	TIENE LA FIEBRE HACE MAS DE CINCO DIAS		
	VIVE O VISITO UNA PARTE EN DONDE DA MALARIA O PALUDISMO		



PREGUNTE: EL NIÑO TIENE FIEBRE ?	SI TIENE FIEBRE PERO NINGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTERIORES	ENFERMEDAD CON FIEBRE DE BAJO RIESGO	MANEJARLE LA FIEBRE, DARLE LIQUIDOS PARA HIDRATARLO Y ACETAMINOFEN HACER VISITAS DE SEGUIMIENTO
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE PROBLEMA DE OIDO	TIENE DOLOR DE OIDO TIENE ROJA LA PARTE DETRÁS DE LA OREJA Y LE DUELE CUANDO SE LE TOCA AHI EL OIDO LE SUPURA, LE SALE MATERIA, PUS O MALEZA	ENFERMEDAD GRAVE DE OIDO	LLEVARLO RAPIDO AL HOSPITAL LIMPIARLE EL OIDO CON UNA MECHA QUE ESTE BIEN LIMPIA DARLE ACETAMINOFEN
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE PROBLEMA DE GARGANTA ?	TIENE FIEBRE Y SE LE VEN LAS GLANDULAS O AMIGADALAS ROJAS O TIENE UNAS PELOTICAS EN EL CUELLO QUE LE DUELEN COMO SI TUVIERA SECA	ENFERMEDAD GRAVE DE GARGANTA	LLEVARLO RAPIDO AL HOSPITAL
PREGUNTE: EL NIÑO TIENE PROBLEMA EN LA BOCA ?	LABIOS HINCHADOS Y CON DOLOR TIENE LAS ENCIAS ROJAS, CON SANGRE O HINCHADAS TIENE UN CORRIMIENTO, PUS, MALEZA O MATERIA EN LA BOCA TIENE FUERTE DOLOR DE MUELA O DIENTE DIENTES DAÑADOS O PODRIDOS CAMBIO DEL COLOR DE UN DIENTE DIENTE PARTIDO O QUE SE SALIO O PERDIO TOTALMENTE PLACAS, ULCERAS, LLAGAS EN LOS LABIOS, LAS ENCIAS, LA LENGUA O EL PALADAR	ENFERMEDAD GRAVE O PROBLEMAS DE LA BOCA	LLEVARLO AL HOSPITAL PARA QUE LO VEA UN ODONTOLOGO O EL MEDICO
TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE DESNUTRICION ?	EL NIÑO SE VE MUY FLACO, BALSUDO COMO SI TUVIERA SOLO HUESOS Y CUERO Y NO SE LE VE GRASA EN LAS NALGAS	DESNUTRICION GRAVE	LLEVARLO RAPIDO AL HOSPITAL
	EL NIÑO SE VE COMO HINCHADO, ABOTAGADO Y SI SE LE HACE PRESION CON UN DEDO AL QUITARLO LE QUEDA LA MARCA		
	PALMAS DE LAS MANOS BLANCAS		
	EL NIÑO NO RECIBE COMIDA NORMAL, SOLO COME VICIO	ANEMIA	LLEVARLO AL HOSPITAL
	EL NIÑO ESTA ATRASADO COMO QUEDADO EN SU CRECIMIENTO	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y CRECIMIENTO	LLEVARLO AL HOSPITAL
TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE MALTRATO ?	SEÑALES DE GOLPES O FRACTURAS SOSPECHOSAS LE SANGRAN LOS OJOS QUEMADURAS HECHAS APOSTA, CON INTENCION MORDISCOS DE PERSONAS SANGRADO POR LA VAGINA O EL RECTO EN EL HOSPITAL LE ENCONTRARON SIFILIS O ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL. EL NIÑO NIÑO CUENTA QUE UN MAYOR LE HA HECHO GROSERIAS APARATOS O COSAS EN EL RECTO O LA VAGINA SUSTO O MIEDO DEL NIÑO CUANDO VE A UNA PERSONA EN ESPECIAL LOS PADRES O FAMILIARES SON AUTORITARIOS Y LO CASTIGAN MUCHO. EL NIÑO SE VE DESCUIDADO EN SU PRESENTACION Y SU SALUD	MALTRATO	LLEVAR AL NIÑO AL HOSPITAL O A UNA AUTORIDAD

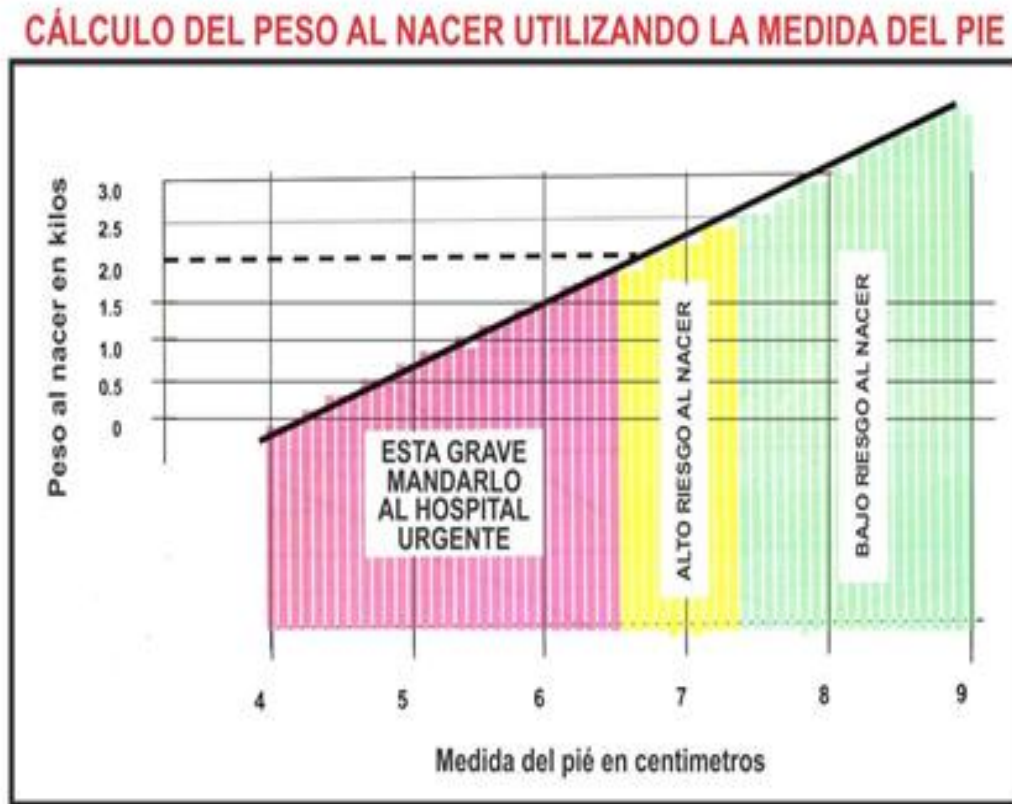
FIGURA 19

**MADRE COMUNITARIA MULTIPLICANDO INFORMACION
SOBRE TABLA AIEPI**



FIGURA 20

TABLA ADAPTADA DE ESTRATEGIA AIEPI PARA DETERMINAR ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A MEDIDA DEL PIE EN EL RECIEN NACIDO



FUENTE: AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)
Adaptación: OSCAR ARLEY GÓMEZ OSPINA - FUNDACIÓN NAYUPA - METODOLOGÍA RE-CREAR

**FIGURA 21
REGISTRO PARA SEGUIMIENTO ESTADO NUTRICIONAL**

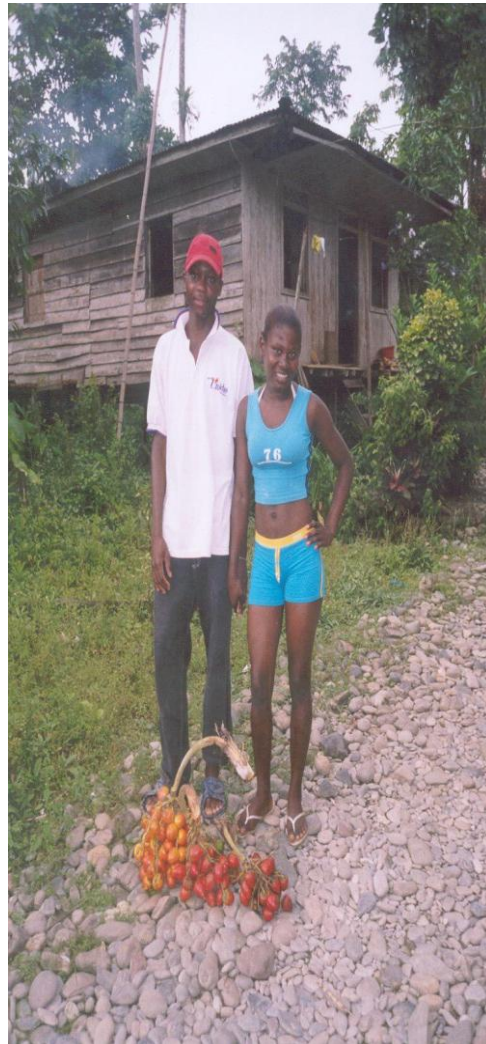
MUNICIPIO DE BUENAVENTURA							
CORREGIMIENTO PUERTO MERIZALDE							
SEGUIMIENTO ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL PESO							
HOGAR COMUNITARIO: LA SORPRESA				MADRE COMUNITARIA			
OLIVIA CONGO							
NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	DATOS Y CLASIFICACIÓN				
			FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
			20-mar-2012				
ELMER ANDRES ANGULO	HOMBRE	29-sep-07	14 kilos				
LUIS MARIO SINISTERRA	HOMBRE	15-ago-06	16				
TIMSAY MOSQUERA	HOMBRE	26-oct-08	13				
ANGIE LORENA ANGULO	MUJER	27-mar-04	6				
DIEGO ANGULO	HOMBRE	11-dic-10	8				
GISEL ANGULO	MUJER	18-may-11	7				
ANDRES LANDAZURI	HOMBRE	21-dic-07	16				
RICARDO OCORO	HOMBRE	27-jun-09	14				
ANGELICA HINESTROZA	MUJER	23-ene-09	15				
ESTEBAN CAICEDO	HOMBRE	04-mar-11	6				
LAURA SOFIA GONZALES	MUJER	12-dic-10	8				

DISEÑO : OSCAR ARLEY GOMEZ OSPINA - FUNDACION NAYUPA -



ETNOMENSAJES

FIGURA 23



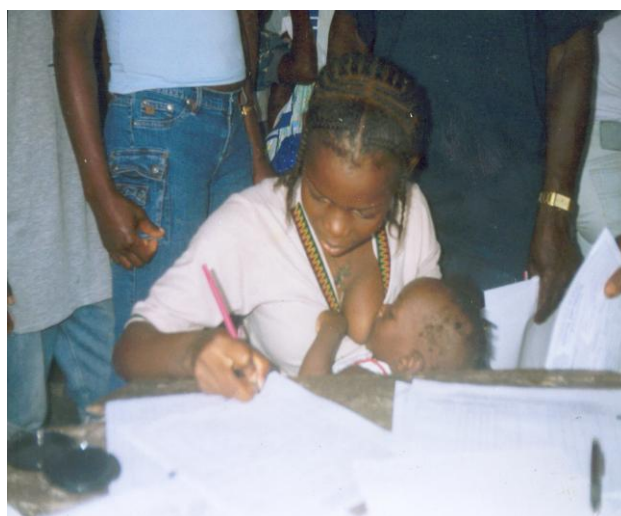
Chontaduro Maduro,
Usemos un Método
de Planificación Seguro.

FIGURA 24



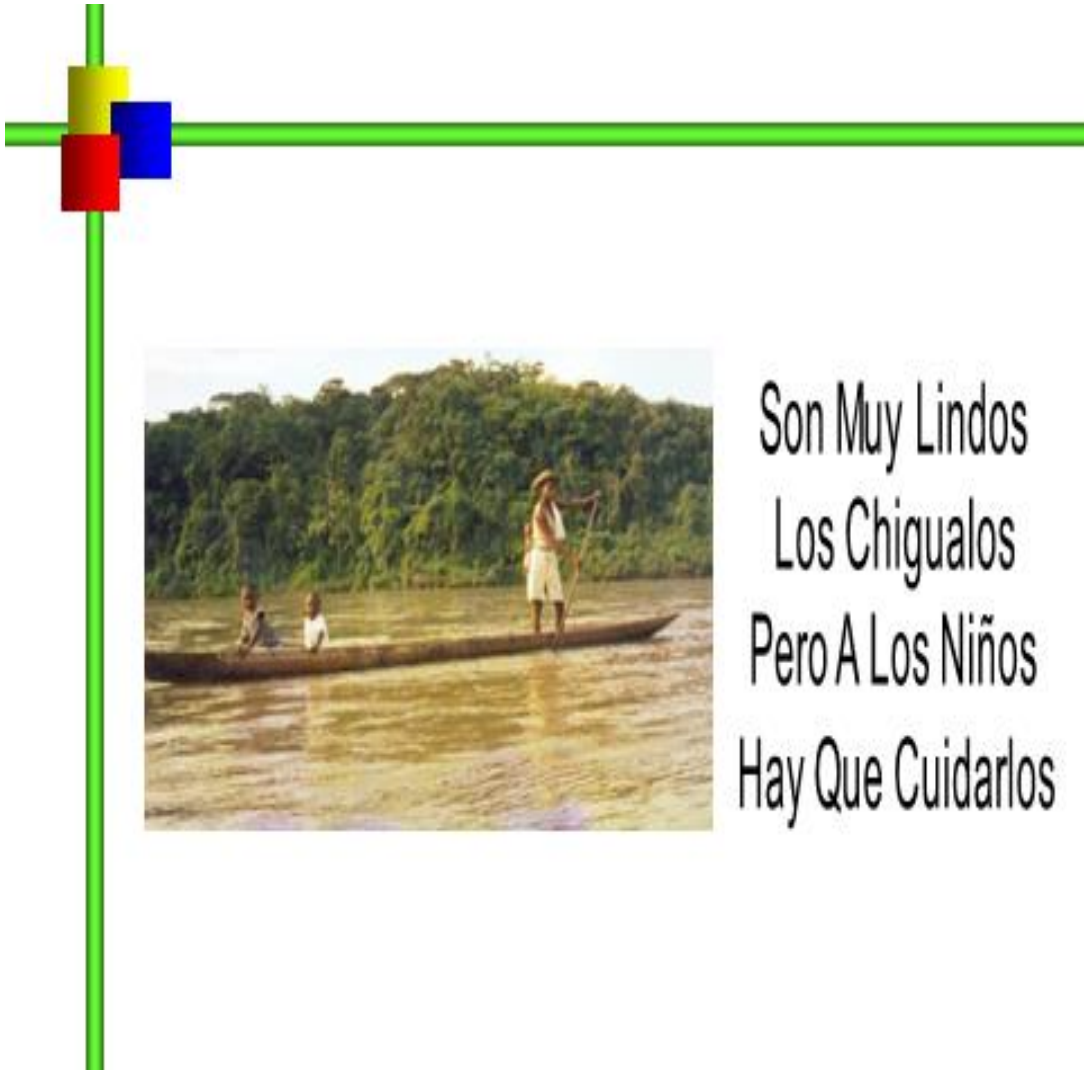
No Se Afane Tanto Comadre
Hay Que Prepararse Mucho
Pa Ser Madre

FIGURA 25



La Mía Es Una
Madre Perfecta,
A Cualquier Hora
Me Da Teta.

FIGURA 26



Son Muy Lindos
Los Chigualos
Pero A Los Niños
Hay Que Cuidarlos

FIGURA 27



Después de Mover
Mis Brazos
Voy Pa Control
De Embarazo

FIGURA 28



FIGURA 29

REGISTRO PARA DETECTAR ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

REGISTRO DE LO QUE LES PASO ANTES DE ESTE EMBARAZO											
N°	FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	RESIDENCIA	ANTECEDENTES					MUERTO EN PRIMER AÑO DE VIDA	FECHA POSIBLE DE PARTO
					N° EMBARAZOS	N° PARTOS	ABORTOS NOVEDADES O DESCENSOS	PARTO NORMAL	CESAREA		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

DISEÑO: OSCAR ARLEY GOMEZ OSPINA- FUNDACION NAYUPA-

FIGURA 30

TABLA ADAPTADA PARA CALCULAR FECHA PROBABLE DEL PARTO

TABLA CALCULADORA DE POSIBLE FECHA DEL PARTO

ENERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	NOVIEMBRE
OCTUBRE	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
FEBRERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		DICIEMBRE		
NOVIEMBRE	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5				
MARZO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ENERO
DICIEMBRE	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	
ABRIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	FEBRERO	
ENERO	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4		
MAYO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	MARZO
FEBRERO	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	
JUNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	ABRIL	
MARZO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		
JULIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	MAYO
ABRIL	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	
AGOSTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	JUNIO
MAYO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
SEPTIEMB.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	JULIO	
JUNIO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7		
OCTUBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	AGOSTO
JULIO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
NOVIEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	SEPTIEMBRE	
AGOSTO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		
DICIEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	OCTUBRE
SEPTIEMB.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	

En la línea superior, encuentra la fecha de la menstruación, la fecha de abajo indicara el tiempo en que puede esperar el parto, EJEMPLO: Si la fecha de la menstruación es el 1 de Marzo, puede esperar el parto el 6 de Diciembre

FIGURA 31

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

 **FUNDACION NAYUPA**
METODOLOGIA RE-CREAR
OSCAR ARLEY GOMEZ OSPINA

SEÑALES DE PELIGRO POR LAS QUE LA EMBARAZADA DEBE IRSE PARA EL HOSPITAL




 <p>DOLOR DE CABEZA EN DEMASÍA</p>	 <p>BARRIGA MUY GRANDE. MAS DE 35 CENTIMETROS</p>	 <p>PIES HINCHADISIMOS</p>	 <p>VE LUCECITAS</p>
 <p>VE BORROSO</p>	 <p>LE SALEN LÍQUIDOS O SANGRE POR LA VAGINA</p>	 <p>VOMITA SIN PARAR</p>	 <p>ARDOR EN LA BOCA/ DEL ESTOMAGO</p>
 <p>NO SIENTE AL NIÑO</p>	 <p>SIENTE DOLORS ANTES DE TIEMPO</p>	 <p>TIENE MENOS DE 20 AÑOS</p>	 <p>TIENE MAS DE 35 AÑOS</p>

FIGURA 32

TABLA PARA DETECTAR POSIBLES CAUSAS DE MUERTE EN UN RECIEN NACIDO

FUNDACION NAYUPA
 METODOLOGIA RE-CREAR
 CONTEXTUALIZACIÓN: OSCAR ARLEY GÓMEZ OSPINA
 Metodología de los colores (GDC) para facilitar estrategias de intervención en Salud Materna y Feto Infantil
 GRUPO CEMIYA

MAS DE SIETE MESES DE EMBARAZO 1 DE UNA A DOS LIBRAS DE PESO	MENOS DE SIETE DIAS DE NACIDO 2 DE UNA A DOS LIBRAS DE PESO	DE SIETE A VEINTISIETE DIAS DE NACIDO 3 DE UNA A DOS LIBRAS DE PESO	MAS DE VEINTIOCHO DIAS DE NACIDO 4 DE UNA A DOS LIBRAS DE PESO
MAS DE SIETE MESES DE EMBARAZO 5 DE DOS A TRES LIBRAS DE PESO	MENOS DE SIETE DIAS DE NACIDO 6 DE DOS A TRES LIBRAS DE PESO	DE SIETE A VEINTISIETE DIAS DE NACIDO 7 DE DOS A TRES LIBRAS DE PESO	MAS DE VEINTIOCHO DIAS DE NACIDO 8 DE DOS A TRES LIBRAS DE PESO
MAS DE SIETE MESES DE EMBARAZO 9 DE TRES A CINCO LIBRAS DE PESO	MENOS DE SIETE DIAS DE NACIDO 10 DE TRES A CINCO LIBRAS DE PESO	DE SIETE A VEINTISIETE DIAS DE NACIDO 11 DE TRES A CINCO LIBRAS DE PESO	MAS DE VEINTIOCHO DIAS DE NACIDO 12 DE TRES A CINCO LIBRAS DE PESO
MAS DE SIETE MESES DE EMBARAZO 13 MAS DECINCO LIBRAS DE PESO	MENOS DE SIETE DIAS DE NACIDO 14 MAS DECINCO LIBRAS DE PESO	DE SIETE A VEINTISIETE DIAS DE NACIDO 15 MAS DECINCO LIBRAS DE PESO	MAS DE VEINTIOCHO DIAS DE NACIDO 16 MAS DECINCO LIBRAS DE PESO

<i>Salud De La Madre</i>	1	2	3	4
<i>Cuidados De La Madre</i>	5	6	7	8
<i>Cuidados Del Recién Nacido</i>	9	10	11	12
<i>Cuidados Del Niño</i>	13	14	15	16

FIGURA 33

IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS POR PARTE DE LÍDERES COMUNITARIOS



FIGURA 34

CONCERTACIÓN CON PARTERAS TRADICIONALES

