

# UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

## **Acceso a los servicios de salud:**

significado cultural en madres de la asociacion de shipibos  
artesanos en lima – ashirel 2008

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

María Esperanza Colan Gómez

ASESORA

Julia Lema Morales

**Lima – Perú**

**2009**

**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:  
SIGNIFICADO CULTURAL EN MADRES  
DE LA ASOCIACIÓN DE SHIPIBOS  
ARTESANOS RESIDENTES  
EN LIMA- ASHIREL  
2008**

## DEDICATORIA

A mi padre:

**Javier:** por enseñarme que el amor por la familia tolera todo tipo de sacrificios.

A mi madre:

**Hortencia:** por sembrar en mí el interés por el estudio como herramienta de superación.

A mis hermanos:

Leslie y Antony por concederme  
los momentos de alegría que mi  
alma necesitaba.

A mi alma mater U.N.M.S.M. :  
Por abrirme las puertas al  
conocimiento y concederme el  
orgullo de decir soy  
Sanmarquina.

A mi querida E.A.P. Enfermería:  
Donde pase 5 grandiosos años  
de mi vida, aprendiendo que el  
cuidado es más que atender; el  
cuidado es comprender.

A mi querida promoción 2004:  
por compartir buenos y malos  
momentos donde la amistad se  
fortalecía. En mi memoria guardaré  
cada uno de esos bellos  
recuerdos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos los docentes que contribuyeron con mi formación profesional concediéndome su tiempo y dedicación.

Un agradecimiento especial a la Lic. Julia Lema Morales, asesora del trabajo de investigación, por su tiempo, dedicación y compromiso con el estudiante.

A los docentes que colaboraron en el desarrollo del presente trabajo de investigación:

Lic. Gladys García Arias = Docente del Departamento de Enfermería de la U.N.M.S.M.

Mg. María Arcaya Moncada= Docente del Departamento de Enfermería de la U.N.M.S.M.

Dra. Gladys Santos Falcón = Docente del Departamento de Enfermería de la U.N.M.S.M.

Mg. Sofía Escudero Aguilar = Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la U.N.M.S.M.

Mg. Rommel Plascencia Soto = Docente del Departamento de Antropología de la U.N.M.S.M.

## INDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	1
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	
I.- Reflexiones del Tema	3
II.- Situación del Problema a estudiar	5
III.- Formulación del problema	10
IV.- Justificación	10
V.- Objetivos	
A.- Objetivo General	10
VI.- Propósito	11
VII.- Referencial Teórico	
A.- Antecedentes	11
B.- Base Teórica	19
1.- Teoría Cognitiva Cultural	20
2.- Población indígena y el significado del cuidado de su salud.	
2.1- Definición de poblaciones indígenas	22
2.2.- Cultura Indígena Shipiba - Conibo	24
a) Cosmovisión de la salud desde la perspectiva indígena shipibo - conibo	25
b) Multilinguismo	26
2.3.- Proceso Salud – Enfermedad desde la Perspectiva Indígena Shipibo – Conibo	27
2.4.- Situación de Salud Infantil en las comunidades Shipibo – Conibo	29
3.- Acceso a los servicios de salud en las poblaciones indígenas	

3.1.- Políticas de Salud para las Poblaciones Indígenas	31
3.2.- Equidad, Acceso a los Servicios de Salud en las Poblaciones Indígenas.	34
3.3.- Barreras en el acceso a los Servicios de Salud en las Poblaciones Indígenas	36
a) Barreras Geográficas	35
b) Barreras Económicas	36
c) Barreras Culturales	37
c.1.- Valores y Actitudes	37
c.2.- Estructura Socio –Cultural	39
4.- Sensibilidad Cultural en el Cuidado de Enfermería	41
5.- Armonización de los Sistemas de salud: Sistema Tradicional y Biomédico	42
<b>CAPITULO II: ABORDAJE METODOLÓGICO</b>	45
I.- Método de estudio	47
II.- Sede de Estudio	48
III.- Población de Estudio	49
IV.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	50
V.- Proceso De Recolección De Datos	51
VI.- Plan De Procesamiento, Análisis e Interpretación de Datos	52
VII.- Consideraciones Éticas	53
<b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
CATEGORIA I: Encontrando el Significado a la Salud y Enfermedad.	55



CATEGORIA II: Encontrando el Significado al origen de la enfermedad	60 67
CATEGORIA III: Accediendo a la Medicina Tradicional: Las creencias y el tiempo	74
CATEGORIA IV. Accediendo a los Servicios de Salud:	84
CATEGORIA V: El Acceso a los Servicios de Salud ¿Primera Elección o una Alternativa Secundaria?	
<b>CAPITULO IV CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>109</b>

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO A.-</b> Instrumento: Entrevista	i
<b>ANEXO B.-</b> Instrumento: Cartilla de Análisis Documental	iii
<b>ANEXO C.-</b> Matriz de Procesamiento y Análisis de los datos	v

## PRESENTACIÓN

En las últimas décadas, la interculturalidad en salud está siendo un concepto utilizado para englobar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer, incorporar y respetar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. <sup>(1)</sup>

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado en los países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, motivando la creación de iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera durante el acceso y la oportunidad a una mejor atención de salud. Estas desigualdades se plasman en la inadecuada implementación de los servicios de salud en áreas como salud reproductiva, perinatal, entre otros y sobre todo en las barreras existentes entre el profesional de salud institucionalizado y la población usuaria indígena a causa del escaso diálogo presente entre las prácticas culturales existentes en relación al proceso Salud – enfermedad. Por ende las actitudes de desconfianza y falta de credibilidad de la población usuaria indígena se incrementan ante el profesional de salud. <sup>(2)</sup>

La problemática en torno a la atención infantil sigue siendo una de las aristas más preocupantes de la situación de salud del país, ya que las cifras de morbimortalidad infantil se muestran alarmantes en comparación a otros países latinoamericanos y al estándar de la Organización Mundial de la Salud. Si a esta situación le agregamos

discriminación étnica y los problemas de género podemos inducir que el panorama para las comunidades indígenas se muestra sombrío, contribuyendo a agudizar su situación de vulnerabilidad.

En base a esta problemática el presente trabajo de investigación tiene por objetivo principal comprender el significado cultural que tienen las madres sobre el acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 5 años en la comunidad indígena seleccionada, permitiendo tener una visión más amplia de este fenómeno y posteriormente entablar estrategias que ayuden a establecer la adecuación cultural en el proceso de atención de salud de la comunidad de estudio.

El presente informe de investigación consta de los siguientes capítulos: El capítulo I: INTRODUCCIÓN se considera el planteamiento y formulación del problema, justificación, los objetivos, el propósito, los antecedentes del estudio, el marco teórico conceptual. El capítulo II: ABORDAJE METODOLÓGICO, se considera el tipo y nivel de investigación, método usado, escenario o campo de estudio, los sujetos del estudio, aspectos éticos, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procedimiento para la recolección, procesamiento y análisis de los datos. El capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN se considera la presentación y análisis de las categorías y sub. Categorías emergentes. El capítulo IV: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de naturaleza cualitativa – etnográfica, titulado: “Acceso a los servicios de salud: Significado cultural en madres de la Asociación de Shipibos Artesanos residentes en Lima – ASHIREL, 2008”, tuvo como objetivo comprender el significado cultural que otorgan las madres al acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 5 años. Participaron en el estudio 12 madres, determinado en base al criterio de saturación de información. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de entrevistas a profundidad y análisis documental. Entre sus resultados, para las madres la salud de sus hijos es sinónimo de actividad, felicidad y apetito, la enfermedad significa lo contrario; ella accede a los servicios de salud en función al origen de la enfermedad, sean estas orgánicas o espirituales, asignándoles un agente terapéutico específico. Diferencian las características esenciales de los sistemas de salud formal y tradicional, priorizando su acceso en base a sus creencias o su fé, las que tienden a perder vigor conforme aumenta el tiempo de residencia en este nuevo hábitat. Las madres que acceden prioritariamente a los servicios de salud formal, lo hacen obligadas por el contexto, ya que no cuentan con los recursos naturales que le permita aplicar sus prácticas tradicionales. Ante la falta de eficacia de alguno de estos sistemas de salud, la madre accede al otro sistema con la finalidad de recuperar la salud de su hijo. La combinación de saberes tradicionales y formales es una práctica en la vida diaria de las madres entrevistadas.

**Palabras claves:** Interculturalidad en salud. Significados culturales. Teoría cognitiva cultural. Etnia Shipibo Conibo y salud.

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **I.- REFLEXIONES SOBRE EL TEMA**

Según cifras del Banco Interamericano de Desarrollo 2003, en el continente americano existen entre 45 y 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 grupos étnicos, que comprenden casi el 10% de la población total y 40% de la población rural de América Latina y el Caribe<sup>(3)</sup>

Los pueblos indígenas aportan una importante vitalidad y diversidad a los 24 países en los que habitan ya que protegen gran parte del patrimonio cultural y la diversidad biológica existente en el continente americano. A pesar de sus grandes contribuciones, los pueblos indígenas son sumamente vulnerados en las naciones que habitan, donde sus derechos humanos, así como su igualdad social, política y económica, se encuentran comprometidos o denegados.<sup>(4), (5)</sup>

La incidencia de la pobreza y la pobreza extrema son mucho mayor entre los grupos indígenas de las Américas que entre los grupos no indígena; sumado a esto observamos que las poblaciones indígenas han padecido tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, malnutrición, enfermedades infecciosas y carenciales. Aunque su carga de morbilidad y el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas son similares a los de otros grupos desfavorecidos de la región, su situación sanitaria deficiente se ve

exacerbada por la discriminación y la desigualdad dentro del sistema de salud <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>. La Organización Panamericana de la Salud en su 138<sup>o</sup> Sesión Ejecutiva refiere que:

*” Las poblaciones indígenas representan la mayoría en varios países y zonas geográficas, pero 40% de esta población carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y 80% depende de los curanderos tradicionales como su principal prestador de asistencia sanitaria.”*<sup>(8)</sup>

Según datos estadísticos de la Comisión Económica para América Latina (2007) el promedio latinoamericano de mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que el de los no indígenas: 48 por mil nacidos vivos comparado con 30 por mil, respectivamente; la brecha es aún mayor respecto de la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida, con una mortalidad del 70%.<sup>(9)</sup>

A partir de 1993, con la aprobación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Estados miembros, se comprometieron a trabajar con las poblaciones indígenas para disminuir sus alarmantes tasas de morbimortalidad, reconociendo el valor del patrimonio cultural, el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.<sup>(10)</sup>

Los países de la Región, con sus propias prioridades y necesidades, a través de diferentes políticas y estrategias, tratan de avanzar en el desarrollo de procesos cuyo objetivo es disminuir las inequidades abordando específicamente los problemas sanitarios de las poblaciones indígenas y desarrollando modelos de salud integrales y culturalmente apropiados.<sup>(11)</sup>

Mientras tanto la dualidad extrema entre un sistema oficial de salud y el sistema tradicional ancestral limitará la cobertura de salud en estas poblaciones, siendo influenciado además por las barreras geográficas que impiden que los indígenas obtengan acceso a la atención sanitaria debido a la distancia, la disponibilidad y la asequibilidad del transporte. Por otro lado, las barreras culturales de las comunidades como el idioma favorecen una comunicación deficiente entre los prestadores de salud y los usuarios, comprometiendo la atención brindada. El rechazo y discriminación de los prestadores hacia la cultura de las poblaciones indígenas originan en ellos sentimientos de temor y desconfianza lo que impide que ellos demanden la atención de salud. <sup>(12)(13)</sup>

## **II.- SITUACIÓN DEL PROBLEMA A ESTUDIAR**

El Perú como país pluriétnico y multicultural enfrenta una realidad cultural y lingüística sumamente heterogénea que se manifiesta en la coexistencia de setenta y uno etnias <sup>(14)</sup>; siendo necesario para el abordaje integral de estas poblaciones la aplicación de estrategias que permitan la integración y armonización de las diferentes cosmovisiones que se otorgan al proceso salud- enfermedad.

En base al reporte de ENDES 2004, rescatamos que la población de mayor riesgo es la que habita en zonas rurales y sobre todo las mujeres en edad reproductiva, los niños menores de 5 años y aquellas personas para quienes el castellano no es su primer idioma. En estas circunstancias es alarmante las tasas de mortalidad materna que se registran en el Perú, por cada 100 000 niños nacidos vivos, 265 mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo, parto y/o puerperio, cifra que según estándares internacionales es elevada, en los países desarrollados la mortalidad materna está en



razón de 9 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos. La morbimortalidad infantil también es otro punto álgido estando asociados principalmente a Infecciones respiratorias Agudas (IRA) y a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA). Esta última causa de mortalidad infantil tiene una relación directa con las condiciones de falta de acceso al agua potable y saneamiento básico de las comunidades nativas. <sup>(15)</sup>

Según cifras del Primer Censo de Población Indígena de 1993 - INEI, el grupo étnico que presentó el nivel más alto de mortalidad infantil fue la etnia Shipibo-Conibo, con 153 defunciones por cada mil niños nacidos vivos, En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades de la Amazonía del Perú, fluctúa entre 99 y 153 por mil niños nacidos vivos, comparada con 43 por cada mil niños nacidos vivos a nivel nacional. Se puede presumir que esta cifra es aún mayor debido al subregistro de muertes y nacimientos. <sup>(16)</sup>

En el II Censo de Comunidades indígenas de la Amazonia del Perú 2007 –INEI vemos que el 45.2% de las comunidades Shipibo Conibo existentes en nuestro país cuenta con un establecimiento de salud, siendo el 46.8% una posta de salud <sup>(17)</sup> ; además el 75 % de los censados refiere que ante una enfermedad y/o accidente, se atiende por un personal médico, el 50 % se atiende con un curandero y el 38.5% se atienden ellos mismos, siendo evidente que los censados hacen uso de más de una de las alternativas. Finalmente encontramos que el 69.5 % de las comunidades indígenas manifiestan que utilizan con mayor frecuencia como método de curación la combinación de plantas medicinales y medicinas, el 16% sólo utiliza medicamentos y el 12% restante utiliza plantas medicinales <sup>(18)</sup>. Especificando los datos en la etnia Shipibo Conibo se observa que el 81.7% refiere utilizar con mayor frecuencia la combinación de plantas medicinales y

medicamentos, sólo el 10.6 % utiliza únicamente plantas medicinales y el 5.8 % refiere hacer uso exclusivo de medicamentos.<sup>(19)</sup>

Ante esta problemática nacional el Estado peruano mediante Resolución Ministerial No 771-2004/MINSA del 27 de julio del 2004 estableció la “ Estrategia Sanitaria Nacional - Salud de los Pueblos Indígenas”, designándose como órgano responsable al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS). Estrategia cuyo objetivo es la adecuación cultural de los servicios de salud, permitiendo el incremento del acceso de la población étnicamente minoritaria al sistema prestacional, con ello se lograría disminuir las brechas sanitarias existentes.<sup>(20)</sup>

Para la investigadora la interculturalidad en salud adquiere relevancia durante su formación profesional. El tener la oportunidad de realizar prácticas pre-profesionales en hospitales de referencia nacional, donde brindaba cuidados a pacientes del interior del país, implicaba para ella un esfuerzo por comprender las necesidades de estos pacientes como del cuidado que se debía de brindarles. Ese interés motivó a realizar un enlace teórico entre la enfermería y las ciencias sociales, a la revisión de las bases conceptuales de enfermería la Teoría de la diversidad Cultural de Madeline Leninger reafirmaba la necesidad de que el profesional de enfermería ingrese al mundo subjetivo del paciente y brinde un cuidado congruente a su modo de vida; esta teoría evocaba conceptos como congruencia cultural, dialogo intercultural y revaloración del mundo cosmogónico del paciente. El interés por estudiar la relación entre los servicios de salud y la cultura del paciente se reforzó cuando la investigadora apreciaba a mujeres con vestimenta típica deambular por las calles vendiendo artesanías, ellas tenían rasgos característicos de la zona amazónica de nuestro país, presentando leve dificultad para verbalizar

sus ideas en el idioma castellano. Esto motivó a la investigadora a profundizar en la procedencia de estas mujeres así como en sus relaciones con los servicios de salud.

Es así que en esta gama de población multicultural existente en el Perú, encontramos a la comunidad de shipibos artesanos residentes en Lima "ASHIREL", que migraron hace cinco años desde Ucayali, de las comunidades de Belén, Pauyada entre otras, para poblar las riberas del río Rímac en unos 4,500 metros cuadrados a la altura del mercado de Cantagallo. Actualmente esta comunidad está integrada por 120 asociados aproximadamente, habitando en 85 módulos de triplay (3x3 metros). Atrás dejaron el río Ucayali, su fuente de vida, para asentarse en las riberas del Rímac, un río enfermo, contaminado por la basura acumulada. Esta comunidad tiene muchas carencias: no cuenta con servicios básicos de agua y desagüe, sólo algunas familias que moran en la parte baja cuentan con luz eléctrica, la parte alta de la comunidad carece de asfaltado, además se observa que las familias eliminan sus desechos en el río Rimac.

Durante las entrevistas con las madres, una de ellas manifestó:

*"En Lima la vida es muy apurada, no es como en mi tierra, ahí era mas tranquila, el cielo era bien clarito, aquí todo es oscuro,(suspira y agrega)...sólo queda vivir nomás... "*

En relación a la concepción de "estar sano", ella nos manifiesta:

*"...Estar sana es ser fuerte, contenta, porque no tenemos dolor, por que nuestro cuerpo esta bien... cuando estamos enfermos, ahí estamos tristes..."*

Finalmente una madre de familia refiere:

*“cuando alguien en casa nos enfermamos, vamos al doctor, sino lo cura...entonces, es enfermedad por daño...eso se trata de otra forma, aunque muchas veces los médicos no creen que nuestra medicina cura “...” allá donde vivía usábamos la ayahuasca”*

Los dirigentes manifiestan que desde que decidieron quedarse en Lima, están buscando un terreno para establecerse y organizar una feria artesanal, construir un comedor popular, una posta médica, un local comunal y tantos sueños más... El lugar que ocupan actualmente pertenece a ENACE (Empresa Nacional de Comercialización), empresa en liquidación que rematará esta propiedad. Continuamente los dirigentes de la comunidad se entrevistan con diversas autoridades en busca de apoyo. Y, es gracias a estas gestiones que ellos han logrado afiliarse al Seguro Integral de Salud, siendo el Centro de Salud Materno Infantil Piedra Lisa, el encargado de prestarles la atención de salud.

En relación a este último punto, los prestadores de salud reconocen la existencia de esta comunidad dentro de su jurisdicción, manifestando que la población acude en forma irregular al Centro de Salud. La enfermera encargada de monitorizar la Campaña Nacional de Vacunación de Hepatitis B manifiesta:

*“Nos ha sido muy difícil cubrir esa zona, vamos continuamente a convencerlos que se vacunen, las madres no quieren, dicen para otro momento, que ahora están ocupadas...otras dicen: después llevaré a mi hijo a la Posta... difícilmente creo que lleguemos a cubrir esa zona, tenemos que ir una y otra vez”.*

En relación a la demanda de Atención de salud del Niño por parte de la madre, la enfermera agrega:

*“las madres son muy irregulares con sus controles, la mayoría de los niños no han cumplido con sus vacunas, se han quedado en la 1º dosis de Pentavalente, no vienen a sus citas, continuamente tenemos que ir a hacer la visita para poder vacunarlos.”*

Es necesario que el abordaje sanitario de esta problemáticas sea a nivel multidisciplinario: profesionales de la salud y otras disciplinas, revalorando la atención armónica con las creencias y costumbres de la comunidad.

La reflexión sobre esta situación motivó a la investigadora a plantearse varios cuestionamientos como: ¿qué significa para la madre que sus hijos estén sanos?, ¿cuáles son sus tradiciones y/o costumbres en relación al cuidado de la salud de sus hijos?, ¿qué significado le otorgan a la medicina tradicional?, ¿qué es para ellas un curandero?, ¿qué es para ellas un proveedor de salud?, ¿qué opinión tienen sobre la atención que reciben?, ¿La atención brindada es acorde a sus necesidades físicas, emocionales y culturales?

### **III.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Las preguntas planteadas expresan la presencia de la cultura y su necesidad de estudiarla para comprender el comportamiento, en este caso, de las madres Shipibo Conibo frente a la decisión de acceder a los servicios de salud para que sus niños menores de 05 años reciban atención.

Es indudable que en el marco de la armonización de los sistemas de salud es necesario conocer y comprender la cultura del usuario para brindar atención de salud acorde sus creencias, donde la etnia

Shipibo Conibo se caracteriza por poseer una concepción mística y especial sobre el proceso de salud – enfermedad.

Lo manifestado afirma en la investigadora la necesidad de estudiar:

¿Cuál es el Significado cultural que otorgan las madres, integrantes de la Asociación de Shipibos residentes en Lima ASHIREL, al acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 5 años?

#### **IV.- JUSTIFICACIÓN**

Este trabajo de investigación es de trascendental importancia para los profesionales de salud en general, ya que en los últimos años se observa una creciente inquietud en el mundo sobre las precarias condiciones de vida y salud de las poblaciones indígenas, agravadas por un perfil epidemiológico donde las tasas de morbilidad infantil son alarmantemente elevadas en comparación a los estándares internacionales. Esta situación ha puesto de manifiesto tanto las limitaciones del sistema de salud convencional como de los sistemas de salud indígena, con la urgencia de replantear nuestras concepciones e incomunicación cultural que permitan el acceso equitativo de las personas a ambientes saludables y a una atención de calidad, garantizando el respeto hacia las costumbres y/o creencias de las poblaciones indígenas en relación al cuidado de la madre y el niño.

<sup>(21)(22)</sup> Esta competencia significa que el Profesional de Enfermería debería ser capaz de conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de los pueblos indígenas, con el fin de brindar un cuidado congruente y respetuoso de esa diversidad. En este sentido, la cultura como lente de mirada no sería un campo especializado de la enfermería, sino más bien y como lo propone Leininger "se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de

*enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura".<sup>(23)</sup>*

## **V.- OBJETIVOS**

### **A.- OBJETIVO GENERAL:**

- Comprender el significado cultural que otorgan las madres, integrantes de la Asociación de Shipibos residentes en Lima ASHIREL, al acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 5 años.

### **B.- OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Diferenciar el significado cultural que la madre le otorga al acceso a los servicios tradicional e institucionalizado para la atención de salud de sus hijos menores de 05 años.

## **VI.- PROPÓSITO**

El análisis de los resultados y/o hallazgos de este estudio permitirá ahondar y analizar la cosmovisión del proceso salud – enfermedad del poblador de ASHIREL, permitiendo favorecer la adecuación cultural del servicio de salud encargado de brindarle atención. Además se permitirá la revalorización de las costumbres y/o creencias que la comunidad estudiada mantiene en torno al cuidado de la salud del niño, fomentando la atención oportuna de la problemática existente en la población infantil.

## **VII.- REFERENCIAL TEÓRICO**

### **A.- ANTECEDENTES**

En el ámbito internacional los trabajos emprendidos en esta área ya están dando resultados, se están elaborando

estrategias que permitan la adecuada armonización de los sistemas de salud, ejemplo de ello son los Ministerio de Salud de México, Bolivia y Chile donde se han realizado actividades que favorezcan la simbiosis del sistema tradicional de salud con el sistema occidental, sin perjudicar o alterar el normal desarrollo de alguno de ellos.

Ante la necesidad de analizar el significado cultural que otorgan las madres el acceso a los servicios de salud se revisaron diversos estudios que permitieron plantear el panorama del problema de investigación.

En el año 2002, en Chile se publica la investigación: *“INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: EL CASO DE LA COMUNIDAD MAPUCHA DE LA COSTA DE VALDIVIA”*, elaborado por los Drs. en Enfermería Manuel López Morales, Regina Barra Arias, Sandra Jofré Rivas y David Núñez Maldonado, cuyo objetivo fue identificar las relaciones interculturales en los servicios de salud de la comunidad mapuche de la costa de Valdivia, determinando que el choque cultural entre los sistemas sanitarios formales y la población atendida limita la efectividad de la prestación asistencial, a la vez que supone una vulneración de los derechos de los pacientes. Se explica el fenómeno de aculturación que los sistemas sanitarios pueden provocar en poblaciones con ancestrales tradiciones y vasta riqueza cultural.<sup>(24)</sup>

En Brasil, se publica en el año 2002 el trabajo de investigación: *“SIGNIFICADO CULTURAL DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: MUCHO SE HABLA Y POCO SE VIVE”* elaborado por Lidia



Aparhecida y colaboradores. Es un estudio etnográfico que tiene como objetivo comprender el significado cultural del cuidado humanizado en la perspectiva del equipo de enfermería que actúa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínicas de la Universidad Federal de Goiás. Para la recolección de los datos fueron realizadas observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas con enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería en su ambiente de trabajo.

Con el análisis de los datos, emergieron tres categorías principales, que dieron sentido al significado del cuidado humanizado en la UCI: Cuidado humanizado - amar al prójimo como a sí mismo; Cuidado humanizado - no está presente como debería estar y Estrés y Sufrimiento - es necesario cuidar de quien cuida.

Considerando las categorías y subcategorías que emergieron, el tema cultural de este estudio está en la afirmación: *El cuidado humanizado: mucho se habla y poco se vive*”, develando la realidad del proceso de cuidar en terapia intensiva por parte del equipo de enfermería, para quienes humanizar significa amar al prójimo como así mismo. Para los autores del trabajo el significado cultural del cuidado encierra a un sistema de significados por el que los individuos perciben y comprenden el mundo que habitan, aprendiendo a vivir dentro de él, concluyendo que la enfermera tiene responsabilidades y compromisos ético- profesionales de rescatar el sentido del cuidado a través de la comprensión de que el ser humano debe buscarse así mismo en su esencia para poder tratar a otros de forma integral. <sup>(25)</sup>

En el año 2004, en Chile, se publicó la investigación: “DIMENSIONES CULTURALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA INFANTIL: PERSPECTIVAS DE LAS MADRES”<sup>(26)</sup> a cargo de los MG. Ana María Alarcón-Muñoz y Aldo Conrado Vidal-Herrera, cuyo objetivo fue explorar las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil desde la perspectiva de las madres que acuden a centros de salud primaria en la región de la Araucanía, Chile. Estudio cualitativo realizado durante el año 2003 en la zona de mayor índice de etnicidad del país. Los participantes fueron 94 madres mapuches y no mapuches a quienes se les aplicó una entrevista en profundidad.

Tres dimensiones culturales surgieron del análisis: a) modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos, y ambientales; b) itinerario terapéutico que combina recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico; y c) falta de competencia cultural del sistema de atención.

En relación a la primera dimensión se encontró que las madres realizan una clasificación general de las enfermedades presentes en los niños: enfermedades físicas, biológicas, alteraciones de la conducta social y problemas del crecimiento y desarrollo. Dentro de la explicación cultural que le otorgan a la enfermedad, las madres conciben las enfermedades infantiles articulando componentes mágico-religiosos, y naturales (frío, calor, humedad). Siendo la atención de salud infantil un importante desafío comunicacional para la superación de barreras sociales y lingüísticas entre madres y personal de salud.

En relación a las rutas terapéuticas, ante la enfermedad de los hijos, las madres emplean como primer recurso el conocimiento propio y el de parientes femeninos más cercanos, entre ellas, la abuela del niño; también dependiendo del modelo etiológico de enfermedad, la madre busca ayuda de especialistas tradicionales o biomédicos; dependiendo la selección del recurso terapéutico no sólo de los modelos etiológicos de enfermedad, sino también de los recursos económicos del núcleo familiar.

En Brasil, en el año 2005, un equipo de enfermeras conformado por la Dras. Irene Kreutz, Maria Aparecida Munhoz Gaiva, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, realizaron el trabajo de investigación:<sup>(27)</sup> “DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES E HISTÓRICOS DE LAS PRÁCTICAS POPULARES DE PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE UN GRUPO CULTURAL”. Es un estudio cualitativo que adoptó como referencial teórico-metodológico la antropología y la etnografía. Presenta las experiencias vivenciadas por mujeres de una comunidad en el proceso salud-enfermedad, con el objetivo de comprender los determinantes socio-culturales e históricos de las prácticas de prevención y tratamiento adoptados por el grupo cultural. Para la recolección de datos aplicaron entrevistas semi-estructuradas.

Los temas que emergieron fueron la relación entre la alimentación y el proceso salud-enfermedad, las relaciones con el sistema de salud oficial y el proceso salud-enfermedad y lo sobrenatural. Los datos revelaron que los moradores de la comunidad investigada tienen un modo particular de explicar sus procedimientos terapéuticos. Se evidencia la necesidad de

cambios en la postura de los profesionales de salud y la forma de establecer el contacto con el usuario, de modo que las creencias y valores populares sean respetados y considerados como fuente de aprendizaje en la mutua convivencia e integración del conocimiento técnico/profesional con el popular, cambiando el modelo tradicional de atención, que es de forma vertical, por uno que permita el abordaje del individuo en todas sus dimensiones: socio-cultural e histórica, teniendo en cuenta especialmente la enorme diversidad cultural de su país.

Otra investigación revisada fue realizada en Guatemala en el año 2006: *“LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN INDÍGENA DE RABINAL EN GUATEMALA”* <sup>(28)</sup> elaborado por las Dras Hautecoeur, Maeve, Zunzunegui, M.V., Vissandjee, Bilkis . La investigación tuvo como objetivo identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Para ello, en el trabajo se privilegió el análisis cualitativo y recopilación de datos se realizó en Rabinal durante dos meses. Se realizó quince entrevistas semi dirigidas a indígenas achís y cinco entrevistas a profesionales de la salud.

Un grupo de discusión fue formado para validar la información recogida durante las entrevistas individuales; la retranscripción de éstas y la compilación de los datos permitieron hacer el análisis de contenido, concluyendo que las barreras de acceso están interrelacionadas y las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras

culturales, la lengua española es un obstáculo. Los indígenas tienen otra concepción de la medicina y de los tratamientos y se quejan en ocasiones de trato abusivo por parte de los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales de la salud reconocen que el trauma de la guerra está presente y critican las malas condiciones de vida y la falta de recursos.

En el ámbito nacional, encontramos el trabajo de investigación: “RESCATANDO EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y AL RECIÉN NACIDO: REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES DE UNA COMUNIDAD NATIVA EN PERÚ” <sup>(29)</sup>, elaborado en el año 2007 por las Magíster Rocío Chávez Alvarez, Maria Arcaya Moncada, Teresa Catalina Surca Rojas, Maria Virginia Infante Contreras y Lic. Gladis García Arias. Este estudio cualitativo tuvo el objetivo de conocer el autocuidado tradicional de mujeres nativas durante el embarazo, el parto y al recién nacido. Fueron efectuadas 16 entrevistas parcialmente estructuradas a madres y parteras de una comunidad nativa peruana.

Con el soporte de la teoría de las representaciones sociales y el método etnográfico, emergieron tres categorías temáticas: los símbolos y prácticas tradicionales representadas al cuidarse preparan a la gestante para un parto fácil; la partera, saberes, prácticas y objetos durante el parto representan protección para el bebé; la partera y la madre aseguran los cuidados inmediatos y la alimentación del recién nacido. Finalmente, las prácticas de autocuidado tradicional se consideran de sentido común, transmitidas generacionalmente y destacando la mujer cuidadora. Se objetiva respeto por su cosmovisión y naturaleza; y el anclaje de auto cuidado está

arraigado a sus costumbres, creencias, símbolos e imágenes, con poca integración del cuidado y salud occidental.

En el año 2007 se publica el trabajo de investigación: “SALUD Y ENFERMEDAD EN LOS MARGENES, DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN COMUNIDADES PERUANAS QUE SUFREN POBREZA Y EXCLUSIÓN”, elaborado por Marfil Francke y Raquel Reynoso con el auspicio de CARE y el Consorcio de Investigación Económico Social, cuyo objetivo fue incorporar las percepciones y expectativas de sectores secularmente ignorados en el debate sobre las políticas de salud. Se buscó recoger y analizar, con la propia población, sus experiencias y percepciones respecto a la situación de su salud y las formas de atención, los problemas percibidos que los afectan, sus opiniones y expectativas sobre los servicios públicos de salud.

Para la realización de este estudio se seleccionaron cuatro comunidades: Huancavelica, Piura, Lima y San Martín, esta muestra no pretende representatividad estadística, sólo incluye a las tres regiones del país, escogiendo dos tipos de localidades: una urbana y otra marginal, en cada uno de los departamentos antes mencionados. Se utilizó la metodología participativa, recurriendo a dinámicas grupales y empleando técnicas que promovieran el análisis grupal, no requiriendo el dominio de la lectoescritura, complementado el recojo de la información con entrevistas a profundidad y visitas a las postas y centros de salud cercanos a las comunidades estudiadas.

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación destacan la clara conciencia que tiene la población estudiada de que las precarias y deficientes condiciones del hábitat afectan negativamente su salud, al igual que lo hacen el trabajo

extenuante, los ingresos bajísimos e inestables y las relaciones de pareja deterioradas. Para la mayoría de los participantes parece haber dos grandes tipos de enfermedades: unas que pueden ser curadas por la medicina occidental, y otras que no, indicando que algunas condiciones de salud podrían ser atendidas por ambos sistemas, el tradicional y el occidental. Cuando eso sucede, la decisión de optar por uno u otro estará influida por otras consideraciones que interactúan entre sí: los costos (pago por la consulta, adquisición de remedios, transporte si lo hay), el tiempo (en traslados, esperar turno o hacer colas, los horarios de atención, lo que dura la consulta), el trato (actitud, respeto, paciencia, atención brindada), el idioma, la empatía y otros factores culturales que establecen la aceptabilidad del tratamiento y su efectividad percibida.

Se constata un mutuo desconocimiento e incomunicación entre los participantes y el personal de salud. El enfoque del sector público es etnocéntrico, los funcionarios lo intensifican con sus actitudes discriminatorias y prejuicios racistas. Además, prevalece en el sector una concepción tutelar y punitiva hacia los ciudadanos, a quienes se considera usuarios.<sup>(30)</sup>

## **B.- BASE TEORICA**

### **1.-TEORIA COGNITIVA CULTURAL**

La teoría cognitiva cultural planteada por Claudia Strauus y Naomi Quinn (1997) define a la cultura como el conjunto de ocurrencias que suceden en forma regular en el mundo humano, conformando esquemas compartidos por grupos sociales, además postulan que las bases de la cultura recaen en el modelo que integra el conexionismo, las

redes neuronales y las teorías psicológicas. Este planteamiento está en contraposición a las tendencias naturalistas quienes afirman que la cultura es producto sólo de la interacción entre el hombre y el medio en que habita.<sup>(31)</sup>

La cultura es un fenómeno social limitado por procesos psicológicos de cognición y aprendizaje, por ello las autoras refieren que se debe profundizar en cómo trabaja la mente humana para internalizar la cultura. Dentro de este marco se da una definición especial a los significados culturales, siendo interpretaciones evocadas de una persona para un objeto y/o evento en un momento dado, refuerzan que se trata de una combinación de aspectos de abordaje a medida que los significados están dentro de la mente de los individuos, y conforme estos se plasman en su comportamiento, pudiendo ser diferenciados en base a estímulos y respuestas.<sup>(32)(33)</sup>

Estas investigadoras proponen dos propiedades esenciales de la cultura que permiten explicar la producción y adquisición cultural, también identifican las fuerzas centrípetas y centrifugas que actúan en las comprensiones culturales:

#### **A) DURABILIDAD:**

Algunas creencias, valores y comprensiones culturales que la gente tiene permanecen con ellas durante largo tiempo, a veces toda su vida, para comprender mejor por qué la cultura es duradera en algunos casos, Strauss y Quinn refieren que las fuerzas centrípetas que favorecen



la internalización y transmisión de conceptos, son en primer lugar las conexiones neurales, es decir a medida que el individuo va comprendiendo su entorno a la par se van activando neuronas en grupo, que conformarán esquemas, éstos son autoreforzados gracias al conexionismo de redes neurales fuertemente interconectadas, permitiendo al individuo bloquear comportamientos no aprendidos, un ejemplo de este mecanismo serían los estereotipos. <sup>(34)</sup>

Las tendencias centrifugas que actúan en contra de la durabilidad de la cultura, permiten que el individuo preste mayor atención a unas cosas, y obvие otras; dentro de estas encontramos a : las improvisaciones reguladas, es decir ante la falta de información de un comportamiento o siendo este ambiguo, el individuo trata de adaptarse originando un cambio, si este cambio se torna regular se convierte en un hábito, por ende se corta la transmisión del comportamiento anterior y se internaliza y propaga este nuevo comportamiento. <sup>(35)</sup>

## **B) FUERZA MOTIVACIONAL:**

Para Strauss y Quinn, la fuerza motivacional permite la relación de las comprensiones y sentimientos de la gente con los esquemas culturales, de manera análoga este suceso fortalece su durabilidad. Asimismo, consideran que la variabilidad del comportamiento de los individuos está interrelacionado con la motivación existente, de modo que algunos sucesos motivan más que otros.

Dentro de las tendencias centrípetas que existen en pro de la fuerza motivacional, encontramos que los estados subjetivos íntimos de los sentimientos y necesidades permiten la activación del conexionismo neural fortaleciendo el comportamiento. Por otro lado, en las tendencias centrifugas de la fuerza motivacional, algunas veces, los esquemas son aprendidos por los individuos pero carecen de motivación para adherirse a ellos. El tener metas que se contraponen con la posibilidad de ser alcanzada, genera conflictos, determinando la elección de la que tiene mayor factibilidad de ser lograda, quedando las otras opciones relegadas, es decir, sin fuerza motivacional para ser alcanzadas <sup>(36)</sup>

## **2.- POBLACION INDIGENA Y EL SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE SU SALUD.**

### **2.1- DEFINICION DE POBLACIONES INDIGENAS**

Las poblaciones indígenas para Martínez Cobo son aquellas que poseen una continuidad histórica con las sociedades pre-invasoras y pre-coloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran disímiles de otros sectores de las sociedades dominantes en aquellos territorios o parte de los mismos<sup>(37)</sup> Ellos componen actualmente sectores no dominantes de la sociedad y están determinados a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base para su continuidad como pueblos en conformidad a sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas legales. Esta continuidad

histórica puede consistir en la persistencia, durante un largo período de tiempo y hasta el presente, de uno o más de los siguientes factores:

- Ocupación de territorios ancestrales o parte de ellos.
- Linaje en común con los ocupantes originales de esos territorios.
- Cultura en general o en manifestaciones específicas (religión, sistema tribal de vida, afiliación a una comunidad indígena, indumentaria, modo de subsistencia, estilo de vida etc.)
- Lenguaje (tanto si es utilizado como lenguaje único, lengua materna, medio habitual de comunicación en el hogar o en familia o empleado como lengua principal, preferida, habitual, general o normal)
- Residencia en ciertas partes de su país o en ciertas regiones del mundo.

En el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, 1989; se considera:

*“[...] son llamados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas [...]”* <sup>(38)</sup>

Sobre la base de los documentos emitidos por diferentes organizaciones internacionales el estado peruano modificó en 1993 su Constitución Nacional, recogiendo los principios del pluralismo étnico y cultural, reconociendo la existencia de las comunidades y culturas nativas. La Constitución establece en el artículo 2, inciso 19, que:

*“Toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación. Todo peruano tiene derecho a usar su propio idioma ante cualquier autoridad mediante un intérprete.”* <sup>(39)</sup>

Estos principios se especifican en los artículos 17, 48, 89 y 149 de la Constitución Política del Perú. El artículo 17 fomenta la educación bilingüe e intercultural, según las características de cada zona, y preserva las diversas manifestaciones culturales y lingüísticas del país. El artículo 48 dispone que sean idiomas oficiales el castellano y que, en las zonas donde predominen, también lo sean el quechua, el aymara, y las demás lenguas aborígenes.

## **2.2.- CULTURA INDÍGENA SHIPIBA - CONIBO**

El pensamiento indígena Shipibo – Conibo concibe al mundo centrado en el territorio, en el bosque, como una totalidad compuesta e interrelacionada por elementos como los ríos, las lagunas, los animales, las plantas, los territorios sin límites, con sus costumbres, mitos, leyendas y su religiosidad, con sus dioses y espíritus. Piensan que la naturaleza es una entidad con la cual hay que establecer relaciones armoniosas, de equilibrio y no de dominación

que conduce a alterarla. Es tal la compenetración del hombre Shipibo - Conibo con su naturaleza, que reza un proverbio: “no hay nada más nuestro, que nuestros ríos, nuestra selva, nuestra manera de ser». <sup>(40)</sup>

#### **a) COSMOVISIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA INDIGENA SHIPIBO - CONIBO**

La *cosmovisión* constituye un “eje conceptual” por sí misma, supone un conjunto de elementos que determinan la forma en que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Para el caso de los pueblos indígenas, la cosmovisión define las relaciones del individuo con los otros individuos, con la sociedad, con la naturaleza, con los seres espirituales y se basa en el equilibrio, la armonía e integralidad (OPS, 1997). <sup>(41)</sup> La cosmovisión también es definida como la concepción e imagen del mundo de los pueblos, mediante la cual perciben e interpretan su entorno natural y cultural.

El pensamiento indígena Shipibo - Conibo resalta que: *“la salud representa un estado de normalidad, de equilibrio del hombre con su medio ecológico natural (ecosistema) y de aquel modificado por el ser humano en sociedad (antroposistema) “<sup>(42)</sup>. El poblador Shipibo – Conibo maneja sus conceptos de salud en base a dos nociones fundamentales: equilibrio e interacción.*

#### **b) MULTILINGUISMO**

El horizonte comúnmente compartido del mundo de la vida es un entramado de lenguajes, habilidades y saberes que nos permite entendernos, interpretarnos, argumentar,

coordinar acciones, aprender y renovar la cultura, propiciar integración social y formar personalidades. Este saber implícito y problemático se constituye en el contexto que comparten colectivamente los hablantes y que les permite entender el significado de las emisiones.

El Perú se caracteriza por tener pueblos originarios que datan de milenios, el Shipibo – Conibo es una de las cerca de cuarenta lenguas habladas actualmente en la amazonia peruana. En las comunidades es común que los niños sean monolingües en shipibo-conibo hasta la edad de seis años, y que se inicien en el aprendizaje del castellano recién al ingresar a la escuela. La mayor parte de los maestros primarios son también shipibos y la lengua propia es parcialmente empleada en las "escuelas bilingües". Los adultos suelen hablar también el castellano, aunque su grado de dominio de esta lengua varía considerablemente en correlación con factores generacionales, de género, cercanía a los centros urbanos, afluencia de personas foráneas, acceso a medios de comunicación, entre otros. <sup>(43)</sup>

### **2.3.- PROCESO SALUD – ENFERMEDAD DESDE LAS PERSPECTIVA INDIGENA SHIPIBO – CONIBO**

Uno de los campos donde se manifiesta claramente la concepción de esta etnia amazónica es en los fenómenos de salud y enfermedad. El equilibrio del ser humano define las circunstancias de una buena provisión de recursos, buena respuesta de los elementos naturales, autorespeto y consideración social. Por otro lado, la enfermedad o "*isnai*" es

vista como el desequilibrio del hombre con su entorno, siendo inherente la característica de “causalidad”.<sup>(44)</sup>

Dentro del significado que los pobladores Shipibo – Conibo otorgan a la enfermedad, se distingue que existen componentes biológicos, cósmicos y socioculturales, no siendo necesaria la presencia del componente biológico para la existencia de la enfermedad.

El sistema médico Shipibo – Conibo es el conjunto de prácticas, conocimiento y recursos heredados de generación en generación, enmarcados dentro de su cosmovisión y relación con el eco y antroposistema, es decir las prácticas curativas es la relación existente entre la cosmología y las relaciones sociales de la etnia Shipibo – Conibo.

Las enfermedades pueden ser distinguidas por su patogenia, por sus niveles de gravedad y el tipo de agentes y recursos a ser empleados en su superación, encontrándose plasmadas en el Análisis Situacional de Salud de la etnia Shipibo Conibo.<sup>(45)</sup>

Según el agente etiológico las enfermedades están clasificadas en:

- Enfermedades causadas por ataque de espíritus: considerando al espíritu como la fuerza mágica especial que mora dentro de la selva, manifestándose a través de fiebre, vómitos hasta llevarse el “anima”.
- Enfermedades causadas por acción del Yube: el yube es considerado como el brujo, que sin entrar en contacto con la

victima tiene la capacidad de provocar el daño, producto de un problema psicosocial: envidia, venganza, entre otros.

- Enfermedades causadas por la transgresión de las costumbres: es una forma de contagio mágico, producto de la transgresión de rituales preestablecidos, un ejemplo de esta clasificación es el síndrome de cutipado.

Según la ruta terapéutica de los pobladores de la etnia Shipibo – Conibo, se emplea la siguiente clasificación. <sup>(46)</sup>

- *Enfermedades que pueden ser curadas por el personal de salud*: son generalmente leves, tienen causa evidente: picaduras, golpes, entre otros.
- *Enfermedades curadas por vegetales*: incluye algunos síndromes culturales como el “ratè” es cuando la enfermedad es generada por el cambio de temperatura.
- *Enfermedades que requieren de sanadores*: su explicación obliga a acudir a la cosmovisión propia.

La creencia en sus divinidades y los poderes que estos tienen, están orientadas a favorecer o castigar las buenas o malas acciones de sus creyentes. De aquí que las malas acciones originan la enfermedad como producto del castigo. El tratamiento de los males dentro de esta conceptualización se hace recurriendo primero, a rituales y ceremonias antes que utilizando plantas, animales o elementos químicos, que de ser el caso, es complementario en algunas medicinas nativas o tradicionales. El uso de la sugestión por medio de ritos y ofrendas, basado en su sistema de creencias da lugar en primer término al tratamiento psicoterapéutico del paciente. De este modo quien se dedica a estos menesteres es un curandero antes que un médico. Estos curan por la fe,



utilizando fundamentalmente el sistema de valores de su cultura y en la mayoría de los casos, son las plegarias, las ofrendas, las penitencias o el tratamiento mágico de los males, los que se utilizan para restablecer la armonía entre lo mágico y lo humano. <sup>(47)</sup>

#### **2.4- SITUACION DE SALUD INFANTIL EN LAS COMUNIDADES SHIPIBO – CONIBO**

En los últimos 50 años los cambios en las comunidades Shipibo - Conibo son significativos, algunos de ellos determinantes para el estado de salud. El bienestar del niño pequeño y su salud están estrechamente ligados no sólo al cuidado de sus padres sino a la observación por parte de éstos de una serie de pautas de comportamiento. Hasta los dos años el «alma o espíritu» del niño es frágil y puede abandonarlo, por lo que los cuidados son extremos en esa etapa. La lactancia materna llega a durar hasta los dos años (entre 1 y 2 años), el destete se efectúa por ausencia de un par de días de amamantamiento o aplicando ají en el pezón, siendo después su alimentación igual a la del resto de la familia. Es necesario realizar este destete para poder efectuar la formación en roles del niño, ya que a partir de los dos años, el niño comienza una preparación de futuras funciones en el hogar; el niño queda bajo el cuidado del padre, aprendiendo las labores de caza, pesca, entre otras, y la niña permanece bajo protección de la madre, aprendiendo las labores de su género. <sup>(48)</sup>

Según los datos obtenidos del ASIS pueblo Shipibo – Conibo (2002) en la población menor de un año las

enfermedades respiratorias representan el 78% de las atenciones de salud, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales (41.95 %) y las deficiencias de nutrición (29.30 %). La sepsis es la primera causa de mortalidad en la etapa de 0 - 5 años, representando el 19.59%, seguido de las enfermedades infecciosas intestinales, infecciones respiratorias agudas, deficiencias nutricionales. Similar distribución se encuentra entre los pueblos indígenas amazónicos en conjunto, con la salvedad que las muertes por causa nutricional en este grupo ocuparon el primer lugar. <sup>(49)</sup>

Por otro lado, en el censo de I.N.E.I. 1993 la tasa de mortalidad infantil en el pueblo Shipibo - Conibo fue de 153 defunciones por cada mil nacidos vivos (la más alta entre todas las comunidades indígenas) mientras que la tasa nacional de ese año fue de 110 defunciones por cada mil nacidos vivos.<sup>(50)</sup> En la actualidad se acaba de publicar el II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia del Perú (2007) lo que sin duda significa un gran reto para el país, lamentablemente este censo carece de especificidad en datos a la morbimortalidad por grupos etareos, por lo que es necesario referirnos al censo anterior.

### **3.- ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS POBLACIONES INDIGENAS**

#### **3.1.- POLITICAS DE SALUD PARA LAS POBLACIONES INDIGENAS**

Dada la complejidad de la situación indígena y la necesidad de dar un trato justo y particularizado a cada uno de los países y pueblos indígenas de la Región, el encontrar una respuesta acorde a la realidad sociocultural de estos pueblos constituye un reto en la Reforma del Sector Salud; el bienestar cultural no puede existir sin el físico, el cual por si mismo es amenazado por la falta de acceso a los servicios existentes, la desnutrición provocada por la destrucción de los medios de supervivencia. Esto conllevó a que diferentes organismos y gobiernos desarrollaran diversos estudios y análisis situacionales de las comunidades indígenas, realizándose diversas reuniones que permitan organizar el trabajo en favor de estas comunidades.

En 1993, después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg (Canadá), en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales de 18 países, la OPS y los Estados miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus saberes ancestrales. Este compromiso se detalla en las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) y en los principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: <sup>(51)</sup>

- Enfoque integral de la salud.
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos.
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- Reciprocidad en las relaciones.
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Posteriormente surge el “Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”, presentándose como un nuevo espacio para revisar, profundizar, ampliar y consolidar el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas de la Región. El Programa se inserta en las fortalezas de los países y pueblos de las Américas y toma en cuenta los enfoques y metodologías que combinan la visión institucional y comunitaria, tiene como meta contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos y como propósito el fortalecimiento de la capacidad local, nacional y regional para impulsar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la Región de una manera integral y coordinada en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano. <sup>(52)(53)</sup>

En base a esta problemática regional, en el Perú, se crea la “Comisión multisectorial para las Comunidades Nativas” (Abril – 2001), que agrupaba diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales entre estos últimos se hallaban representantes de las comunidades indígenas; producto del trabajo de esta comisión se publica en Julio de ese año el Plan de Acción para Asuntos prioritarios de las Comunidades Nativas, este plan propugnaba la urgente necesidad de *“Construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de la salud pública entre las comunidades nativas”*. Posteriormente el Ministerio de Salud (MINSU), en base a esta necesidad nacional emergente, forma la Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica, que elabora el Plan Nacional de Salud Para Pueblos Indígenas Amazónicos en abril del 2004.

Finalmente, en Julio del 2004 el Ministerio de Salud (MINSA) crea la Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas cuyo objetivo es la adecuación cultural de los servicios de salud, permitiendo un mayor acceso de la población étnicamente minoritaria al sistema prestacional, disminuyendo con ello las brechas sanitarias existentes. En ese sentido su característica principal es la transversalidad de la intervención, en todas las estrategias y prestación de servicios por segmentos que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA).

La incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud que atiende a población indígena se inicia en el respeto de su cultura y a las prácticas que desde tiempos ancestrales han solucionado sus problemas de salud; cuando el aislamiento de sociedades occidentales no alteraba el equilibrio que se mantenía entre el hombre y su medio ambiente. A partir del contacto, se añaden a sus problemas sanitarios, los que se encuentran en las sociedades occidentales más pobres y desprotegidas, toda vez que comparten barreras geográficas, culturales y económicas que limitan su acceso a los servicios de salud<sup>(55)</sup>

### **3.2.- EQUIDAD, ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS POBLACIONES INDIGENAS.**

Acceso y equidad son conceptos que van de la mano, dos conceptos que configuran un proceso de interacción y conformación de los actores y roles en la sociedad, así el acceso a los servicios públicos, educación, salud, a la información, a la libertad de expresión, al empleo, a las

decisiones políticas, entre otros, configuran una forma de desarrollo de la sociedad, y por tanto una forma de medir cuan justa es la sociedad con respecto a sus miembros que la constituyen.

Para la Organización Panamericana de la Salud la equidad es uno de los principios rectores de su actuación, ello implica dos pautas básicas del entendimiento, respecto a las condiciones de salud y los servicios de salud. En cuanto al primero, lo que se busca es disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible en las condiciones de salud de la población, y en cuanto a los servicios de salud, la población debe recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).<sup>(56)</sup>

El acceso debe ser entendido como la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios), el acceso mismo se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud, a partir de sus condiciones socioeconómicas y demográficas, y que difiere del término accesibilidad que está más vinculado al concepto de demanda por servicios de salud ligado a una función del precio, tiempo de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad "es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención".<sup>(57)</sup>

Actualmente, el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud y a los programas de promoción sanitaria y de prevención es limitado, inadecuado y a menudo culturalmente inapropiado. Este déficit en el acceso a los servicios de salud es una de las principales causas de que las poblaciones indígenas padezcan tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, malnutrición, enfermedades infecciosas y carenciales.<sup>(58)</sup>

### **3.3.- BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS POBLACIONES INDIGENAS**

#### **a) BARRERAS GEOGRAFICAS**

El Perú además de su diversidad cultural también se caracteriza por su diversidad geográfica, los variados climas, suelos y tierras que posee el país, hacen que las sociedades se adapten a estas características, asimilándolas y transformándolas para obtener una mejor calidad de vida. Lamentablemente esto no siempre es posible, ya que muchas de estos cambios necesitan de inversiones que la población no posee. Esta situación conlleva muchas veces a una incomunicación con su medio circundante, siendo una problemática que se repite en la mayoría de los pueblos indígenas siendo un obstáculo en su desarrollo, pero de cierta manera contribuye a mantener sus peculiares características.<sup>(59)</sup>

#### **b) BARRERAS ECONOMICAS**

Los pueblos indígenas del Perú garantizan la reproducción de su fuerza de trabajo a partir de sistemas de

subsistencia en estrecha relación con su medio ambiente natural. Un sistema de subsistencia es el modo como las personas obtienen alimento, vivienda y combustible. En este sistema la utilización de tecnologías tradicionales en actividades como la caza, la recolección, la agricultura migratoria, la pesca, etc. implican la necesaria participación de los niños, jóvenes y adultos del grupo familiar.

El II censo de Comunidades Indígenas Amazónicas (2007) revela que en la etnia Shipibo – Conibo, 7418 personas (42%) conforman la Población Económicamente Activa (P.E.A.) y 10245 (58%) constituyen una población dependiente o carga económica. Además se observa que el 60.3 % de la población shipibo conibo se encuentra cubierta por un seguro de salud, siendo las del sexo femenino las que presentan el mayor porcentaje de cobertura (63.3%) en relación a los hombres (57.6%)<sup>(60)</sup>

Esta problemática conlleva a que la familia indígena priorice sus necesidades, siendo el cuidado de su salud muchas veces relegada a un segundo plano, ya que mientras no haya signos y/o síntomas de enfermedad el poblador tiene la idea de que goza de una buena salud.

### **c) BARRERAS CULTURALES**

Las barreras son los factores que se oponen al cambio en las sociedades, siendo algunas barreras conceptualizadas dentro de términos culturales, encajando dentro de grupos como : “valores y actitudes”, “estructura socio - cultural” y “normas”.<sup>(61) (62)</sup>



### C.1.- VALORES Y ACTITUDES

Los valores son los principios que guían el comportamiento de los miembros de una sociedad cultural, estos giran en torno a aspectos intrínsecos del ser. El sistema de valores da estabilidad a una cultura y puede considerarse como un volante o regulador mecánico, justificando las acciones y pensamientos del individuo confiriéndole la seguridad de que se esta comportando de conformidad con lo que espera la sociedad.

La **tradicón** es uno de ellos, siendo una característica donde la novedad y el cambio no atrae el interés de la persona, por mayor beneficio que presente, ya que seguir los ritos y creencias de los antepasados, es la mejor manera de que el hombre este en paz con su medio, plasmándose en el rescate de lo tradicional y el rechazo de lo “nuevo”.

En el mundo Shipibo – Conibo el sistema médico tradicional es producto de la interacción entre las relaciones sociales y su cosmología, para ello se basan en los conocimientos que han sido traspasados de generación en generación, a través de los relatos orales, estas creencias se plasman en ritos o actos sociales, que se encuentran dentro de las actividades de subsistencia del la comunidad, en el diagnostico y tratamiento de las enfermedades. <sup>(63)</sup>

La transgresión de estas costumbres significa la ruptura de la relación de respeto y reciprocidad entre el

hombre shipibo y su medio, desencadenándose los castigos divinos. En base a este último punto, podemos rescatar otra característica de la población shipiba: el **fatalismo** que está íntimamente vinculado con las fuerzas de la tradición, esta actitud es muy común, traduciéndose en el respeto a la naturaleza y el no atentar contra ella por el miedo al castigo. La etnia Shipibo Conibo posee una singular forma de pensar, es metafórico, analógico y establece un vínculo estrecho con todas las cosas, impregnando en la realidad objetiva y el universo subjetivo de lo sobrenatural, siendo imposible desagregar ambas realidades. Para ellos la armonía del ser con la sociedad y el medio ecológico es importante, la creencia en los espíritus divinos y perversos son la base de los códigos morales de la comunidad, ya que el respeto por estos seres norma el comportamiento del hombre Shipibo Conibo, impidiendo que actúe en contra de la armonía existente. <sup>(64)</sup>

Los valores de los pueblos están en función de su modo de vida y no son entendibles fuera de ella, el **etnocentrismo cultural**, está hondamente arraigado en el ser humano. En base a esto continuamente valoramos a los demás en función de nuestro punto de vista. Las creencias del pueblo Shipibo Conibo ha sobrevivido a diferentes intentos de cambio, especialmente en el sistema etno- médico, ya que para ellos la medicina tiene una representación social, es decir es el resultado de las creencias de la comunidad y para la comunidad, rituales como la sama o dieta, la

ingesta de ayahuasca como ritual debelador, entre otros, permiten ser una opción principal para el cuidado de su salud. <sup>(65)(66)</sup>

### **c.2.- ESTRUCTURA SOCIO –CULTURAL**

No todos los elementos o instituciones de la cultura pueden combinarse fácilmente, constituyendo una barrera para el cambio y el proceso de socialización, el significado que se le otorga a los procesos por los cuales atraviesa el hombre varían de persona a persona. George Forest nos dice que el abordaje de un obstáculo no puede ser aislado, sino como parte de un complejo cultural que debe ser estudiado como una unidad. <sup>(67)</sup> La funcionalidad de la cultura facilita las relaciones personales, ya que asigna categorías en relación a las posiciones o lugares que ocupa un individuo en su sociedad cultural, esto como resultado de la suma total de sus patrones de conducta: actitudes, valores y experiencias, asociándolo con una categoría particular.

En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas, planteando el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no

indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura”, se considera como negativa y causa de problemas que impiden: <sup>(68)</sup>

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud – paciente respetuosa y cercana.
- Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

#### **4.- SENSIBILIDAD CULTURAL EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA**

Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados. Esencialmente la cultura se refiere a las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una población en particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación en generación como normas de comportamiento en la vida. Se puede definir cuidado como la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas

mantener o establecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte.

El cuidado de enfermería culturalmente competente se entiende como ser sensible a los asuntos relacionados con la cultura, la raza, el género, la orientación sexual, la clase social, la situación social, entre otros factores. Esto significa no sólo ser consciente y comprender las diferencias de los otros, sino también tener la habilidad de intervenir apropiada y efectivamente en el cuidado de las personas.

La competencia cultural implica una combinación de conocimientos, actitudes y habilidades, esto es sostenido por Madeleine Leininger en su Teoría Transcultural, quien nos dice que debemos ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado sol naciente.

Su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes. <sup>(69) (70)</sup>

## **5.- ARMONIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD: SISTEMA TRADICIONAL Y BIOMEDICO**

La priorización en salud desde un punto de vista ajeno a la realidad indígena lleva a la fragmentación de los problemas y de las soluciones, olvida su cosmovisión, los procesos históricos de la sociedad y el por qué del lugar de estos pueblos en la estructura social actual. Los indígenas tienen una forma diferente de analizar y priorizar, ellos definen los problemas en cuanto a procesos, no en cuanto a problemas en si. Es claro que las enfermedades obedecen a múltiples interacciones entre los sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y que las interpretaciones y significados que el individuo da a los síntomas que siente están influenciados por sus experiencias sociales y culturales. El enfoque biomédico busca una explicación orgánica de la enfermedad; estas frecuentes diferencias entre el modelo explicatorio médico y el del paciente hacen que el tratamiento fracase, el paciente siga sintiéndose mal y busque otras alternativas (Di Silvestre, 1998).<sup>(71)</sup>

En la reunión de Winnipeg (1993) se enfatizó la necesidad de que las dos medicinas (indígena y alopática) compartan problemas y trabajen en conjunto. No obstante, a pesar de tales acuerdos y recomendaciones derivados de organismos como la OMS, y la OIT, las políticas públicas de los países miembros han mostrado escaso cumplimiento de los mismos.

En el caso de la atención integral en salud a comunidades indígenas, la complementariedad y alternancia de la medicina indígena con la alopática se convierte en una obligación ética del sistema de salud. Según Braceras (2000), sería inconcebible negarle a un paciente indígena que necesita de los aportes de las dos medicinas la posibilidad de complementarlas, aunque ello requiera solicitar ayuda a otros. Pero esto implica para el médico percibirse como un sujeto que está frente a otro con una cultura y una historia distintas y adoptar una posición de humildad que le permita aceptar sus limitaciones profesionales y reconocer otras opciones.<sup>(72)</sup>

El sistema comunal de salud es un sistema de representaciones, visión y reflexión del mundo de las comunidades, que se integra a los aspectos sociales, culturales y políticos de la comunidad. De acuerdo a esta concepción, el hombre amazónico se enferma cuando ocurre un desequilibrio entre la conducta y las fuerzas de la naturaleza o dioses tutelares. Las enfermedades surgen cuando los individuos pierden fe en sus dioses y/o tienen conflictos. La población confía su salud exclusivamente al chaman, también alternan su tratamiento con los servicios médicos oficiales, de acuerdo a los resultados y a su capacidad económica. Algunos reconocen también, valores y recursos que no tienen la medicina tradicional. Esto muestra las posibilidades de una aproximación intercultural, por un lado la medicina tradicional aporta al saber de la medicina moderna y este sistema médico, a su vez contribuye a preservar, enriquecer y desarrollar al sistema tradicional.<sup>(73)</sup>

## **CAPITULO II**

### **ABORDAJE METODOLÓGICO**

La orientación metodológica del presente trabajo de investigación estuvo basada en el abordaje cualitativo, considerando que una de las características primordiales de este tipo de estudios es la adopción de la perspectiva émic o del interior del investigado.

Canales (2002) menciona que el interés principal de la investigación cualitativa es conocer y comprender cómo la gente piensa y actúa en base a lo que conocen e interpretan de su realidad. No siendo transcendental el intentar medir el aspecto estudiado, sino caracterizarlo y buscar la explicación <sup>(74)</sup>

La investigación cualitativa busca comprender, desde la interioridad de los actores sociales, las lógicas del pensamiento que guían las acciones sociales, estudia la dimensión interna y subjetiva de la realidad social como fuente de conocimiento.. <sup>(75)</sup> Parte de un supuesto básico donde el mundo social está construido en base a significados y símbolos, de ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales.

Asimismo, Maricel Manfredi refiere que la interrelación del ser humano con el mundo está determinada por las condiciones sociales, políticas y económicas; este vínculo influye profundamente en los procesos de salud - enfermedad, siendo necesario e importante el



empleo de la metodología cualitativa para posibilitar una aproximación a las dimensiones subjetivas del ser humano en torno a sus experiencias en este proceso. La investigación cualitativa es un camino que permite mirar la realidad desde otra perspectiva, ofrece la comprensión a partir de la mirada de las personas, y no solamente desde la mirada del profesional. <sup>(76)</sup>

Asimismo, Virginia Henderson (1971) presenta una definición aceptada en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que permite relacionar el enfoque cualitativo con la enfermería: <sup>(77)</sup>

*“La enfermería se coloca en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades. Es un grupo profesional, que al igual que la metodología cualitativa, trabaja con un método inductivo y enfocado en las personas. Para poderse colocar en el lugar de la otra persona para comprender su experiencia y utilizar la inducción para construir una teoría son los elementos más importantes de los estudios cualitativos. Además, debido al contacto permanente con el paciente, el profesional de Enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etio-patógeno. La enfermería, por tanto, esta en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del paciente, de su familia y el de los procesos que acontecen al interior, teniendo en común el estudio de la vida cotidiana, y su interés por comprenderla desde el punto de vista de los participantes...”*

## I.- METODO DE ESTUDIO

El método utilizado para la realización del trabajo fué Etnográfico que es considerado básicamente descriptivo. Basándonos en el interés de estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como suceden, este método permitió describir el comportamiento cultural de las madres en relación al acceso a los servicios de salud en la comunidad estudiada. (Wolcott 1933) <sup>(78)</sup>

Etimológicamente, la etnografía significa la descripción (*grafé*) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (*etnos*). A través de este método holístico, contextual y reflexivo se tiene acceso a las creencias y a las prácticas de una cultura.

Es una forma de observar, describir e interpretar el comportamiento cultural, desde la perspectiva “emic” (del informante) explicando los significados que le atribuyen a ese comportamiento. <sup>(79)</sup>

Asimismo, Blummer (2001) nos dice que el ser humano actúa en base al significado que le asigna a las cosas, hechos y/o evento, el cual es producto de la interacción del hombre y sus pares, el método etnográfico permite reconocer, identificar, clasificar y comparar esos significados. <sup>(80)</sup>

Marisa Monticelli afirma que la etnografía ayuda a la enfermería a comprender los diferentes universos culturales con los que se encuentra en su práctica profesional, creando formas y modos particulares de investigar los símbolos, los significados y las acciones centradas en el entorno del cuidado <sup>(81)</sup>

Este abordaje permitió acceder al mundo cosmogónico de la madre Shipibo Conibo en relación al acceso a los servicios de salud,

compartiendo un vínculo de empatía y al mismo tiempo manteniendo el distanciamiento necesario para la reflexión y el análisis.

## **II.- SEDE DE ESTUDIO**

Para la realización de este estudio, en un primer momento, se contó como sede de trabajo a la comunidad de Tupe, una comunidad ubicada en la zona de sierra de la provincia de Cañete. Para ello, se entablaron vínculos con personal de salud de la Red Cañete – Yauyos y la Micro – red Catahuasi para tramitar los permisos respectivos, lamentablemente debido al terremoto acaecido el 15 de agosto del 2007, la realidad de la comunidad varió radicalmente, por lo que fué necesario hacer ajustes en el trabajo y buscar una nueva comunidad.

Fue así que se llegó a la comunidad de shipibos artesanos residentes en Lima “ASHIREL”, que se encuentra poblando la ribera izquierda del río Rímac en unos 4,500 metros cuadrados, a la altura del mercado de Cantagallo. Esta comunidad tiene muchas carencias: no cuenta con servicios básicos de agua y desagüe, sólo algunas familias que moran en la parte baja cuentan con luz eléctrica, la parte alta de la comunidad carece de asfaltado, además se observa que las familias eliminan sus desechos en el río Rimac.

La asociación de Shipibos artesanos en Lima ASHIREL es una comunidad que migró desde las zonas de Ucayali, de las comunidades de Belén, Pauyada, entre otras, aproximadamente hace 05 años según referencia de los dirigentes.

Antes de acudir a la comunidad se revisó información sobre la historia, demografía, aspectos culturales y sociales de las comunidades Shipibo Conibo lo que favoreció conocer a la comunidad y facilitó aperturar el vínculo con los integrantes de la asociación.

### III.- SUJETOS DE ESTUDIO

Dada la necesidad de ahondar en el pensamiento de la madre Shipibo Conibo, de la comunidad seleccionada, no se incluyó al personal del centro de salud porque el objetivo es recoger las interpretaciones que tiene la madre sobre el acceso a los servicios de salud para la atención de sus niños menores de 05 años.

Actualmente esta comunidad está integrada por 320 personas aproximadamente, habitando en 85 módulos de triplay (3x3 metros). La población estimada al 2009 es de 120 familias aproximadamente, siendo en su mayoría población joven. No se cuenta con información específica sobre el número de habitantes y su distribución según grupo etareos, ni con la cuantificación del número de madres y de su paridad; aproximadamente se estima que cada hogar tiene la presencia materna y presentan un promedio de 3 a más hijos por hogar, información obtenida a través de las entrevistas a los dirigentes y a las madres.

La muestra estuvo conformada por 12 madres, estableciéndose en base al nivel de saturación de los datos, tomando en cuenta los criterios que a continuación se considera:

Los criterios de inclusión que se consideraron para la realización del trabajo:

- Madres que tengan hijos menores de 05 años
- Madres que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Los criterios de exclusión:

- Madres con padecimiento de alguna patología psiquiátrica activa.
- Madres que se encuentren temporalmente en la comunidad.

#### **IV.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizaron como técnicas de recolección de datos la entrevista a profundidad, el análisis documental y la observación participante. Se optó por combinar estas técnicas por que permitieron recolectar información para una mayor comprensión de los datos emergentes.

Inicialmente se evaluó la posibilidad de utilizar la técnica de observación participante, la que iba a ser aplicada a la madre durante la consulta en el centro de salud, esta idea tuvo que ser descartada, debido a que en las oportunidades que se acudió al centro de salud no se evidenció la presencia de la madre Shipibo Conibo. Además. concertar con ella una cita en el centro de salud no permitía identificar la veracidad de su comportamiento, el que podría estar condicionado a la presencia de la investigadora.

La entrevista a profundidad, consiste en la conversación directa y abierta, sin el uso de un cuestionario; se procede a un interrogatorio partiendo de un guión de tópicos o un conjunto de preguntas generales que sirven de guía para obtener la información requerida, llamadas preguntas norteadoras. Al inicio de la entrevista con las madres fue necesario ahondar con preguntas alternas o emergentes para obtener la mayor información del fenómeno a estudiar.

El análisis documental consistió en la revisión del carnet de crecimiento y desarrollo de los hijos de las madres entrevistadas, esta información obtenida era constatada con la que la madre refería. Cuando se observaba en el carnet algún hecho particular, se consultaba a la madre para de esta forma obtener una respuesta que permita ahondar más en el significado cultural que la madre concedía al acceso a los servicios de salud.

La validación de los instrumentos empleados en el trabajo de investigación se realizó mediante el juicio de expertos. Para ello, se contó con la participación de 08 expertos en el área de metodología cualitativa, antropología, sociología y enfermería, quienes hicieron las sugerencias necesarias para aplicación de los instrumentos antes mencionados.

## **V.- PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para ejecutar el trabajo de investigación se solicitó el permiso respectivo a la junta directiva de la Asociación de Shipibos artesanos residentes en Lima "ASHIREL". Informándoles en forma clara y sencilla el objetivo que perseguía el trabajo, además, los posibles beneficios que traería el estudio a la comunidad.

Para la entrada al campo de estudio fue necesario realizar visitas continuas a la comunidad, dialogar con los dirigentes sobre la historia, desarrollo y necesidades de la asociación favoreciendo fortalecer la relación de confianza y respeto entre ellos y la investigadora. Producto de esta relación los dirigentes presentaron a algunas madres a la investigadora, quienes inicialmente se mostraron desconfiadas con frases como: "¿Qué desea?", ¿ahorita estoy ocupada...venga después?. Esta situación significaba un reto para la investigadora, siendo necesario el desarrollo sus habilidades para entablar un diálogo intercultural y armónico con las madres.

La permanencia en la comunidad se conoció a la promotora de salud quien manifestó el deseo de que la comunidad cuente con un botiquín de primeros auxilios. Este hecho fue tomado en cuenta por la investigadora, quien realizó las gestiones pertinentes para donar un botiquín implementado con los recursos necesarios para atender una emergencia de salud en la comunidad. Esta relación de ayuda

favoreció las relaciones con los dirigentes de la comunidad y la promotora de salud, quienes plasmaron su sentir a la población de ASHIREL.

Además se realizó visitas continuas a las madres de la comunidad donde se dialogaba sobre sus artesanías, la crianza de sus niños, entre otros, favoreciendo la relación de confianza entre la investigadora y las madres entrevistadas. Cuando se observó que las madres trataban reconocían y trataban con mayor calidez a la investigadora, se decidió iniciar con la recolección de datos.

Para la realizar la entrevista se coordinó previamente con las madres la fecha, lugar y hora, precisando que era de carácter anónimo y voluntario, además que de ser necesario se realizarían otras entrevistas.

## **VI.- PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Para procesar la información recolectada en las entrevistas se realizó las grabaciones integras de éstas, siendo necesario escuchar las entrevistas más de una vez realizando una lectura fluctuante para recoger todas las precisiones de las madres entrevistadas y formar los códigos; asimismo, se organizó las descripciones del análisis documental y de las observaciones de campo.

Paso siguiente se continuó con el proceso de codificación, para ello se utilizó la codificación abierta permitiendo recoger las citas más resaltantes de las entrevistas, conformando las unidades de análisis, fué necesario remirar estas unidades en más de una oportunidad. Para la facilidad y organización de las unidades de análisis se empleó una matriz, de dos por dos, utilizando más de una cartilla para cada entrevista. A las citas extraídas se les asignó un código, el cual era establecido en base al análisis de la cita y el mensaje que contenía.

Durante este proceso se controló la subjetividad de la investigadora, no se debe entender lo que el investigador desea, sino realmente interpretar lo que el investigado quiere decir, es necesario mencionar que este proceso denotó esfuerzo en la investigadora porque no es sencillo dejar de lado la subjetividad.

Una vez finalizada la codificación abierta, estableciéndose las unidades de análisis y los códigos, se procedió a agrupar los códigos en categorías. Para ello, se organizó los códigos agrupándolos en una sola matriz según las respuestas de todas las madres, este proceso permitió clarificar el proceso de categorización.

La categorización es el concepto o la etiqueta que se brinda al fenómeno representado, es más abstracto que las sub. Categorías. Estos nombres son elaborados por el investigador en base a los contenidos de los códigos, siendo opcional la utilización de frases o palabras verbalizadas por los propios informantes.

## **VII.- CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el desarrollo de la presente investigación se elaboró el proyecto el cual fue presentado al comité de grados y títulos de la E.A.P. Enfermería - U.N.M.S.M. y a la junta directiva de la comunidad de ASHIREL, una vez obtenida la venia de ambas entidades se procedió a la recolección de datos.

Para recolectar la información se obtuvo el consentimiento informado de las participantes. Se les dió a conocer previamente el objetivo del trabajo en forma sencilla y clara, manifestando que las informaciones vertidas durante la entrevista serían de carácter anónimo y de uso exclusivo para la investigación, cautelando la confidencialidad de las entrevistas. En función a su autonomía la madre entrevistada tenía la opción de desistir de la entrevista en el momento que ella lo considerara necesario si es que sentía que se vulneraban sus derechos como persona y su privacidad.



## CAPITULO III

### ANÁLISIS TEMÁTICO

La toma de decisiones en base a la revaloración de su cultura, el saber ancestral y la asimilación de nuevos conocimientos, crea un dilema en la madre Shipibo Conibo, más aún si esta decisión influye en seres habidos de protección y cuidado como son sus hijos. La condición migrante de la comunidad estudiada las obliga a estar en una continua evaluación de sus creencias, reafirmando significados o conceptualizando otros.

Las 12 madres que participaron en el estudio proporcionaron información en base a lo que ellas creen, sienten y hacen en relación al acceso a los servicios de salud. En el siguiente cuadro se presenta información sobre las características socio-demográficas de las madres entrevistadas, cabe mencionar que el número de hijos está referido específicamente a menores de 05 años.

Código de la madre	Estado civil	Nº de hijos	Edades de los hijos	Años de residencia
E1	Conviviente	03	5a, 3a y 2m	6años
E2	Madre soltera	01	15 meses	01 año
E3	Conviviente	01	20 m	01 año
E4	Conviviente	02	3a y 8m	07 años
E5	Conviviente	02	5 a. y9m	08 años
E6	Conviviente	01	4 a	10 años
E7	Conviviente	03	5a, 3a y 2m	01 año
E8	Madre soltera	01	2 a	18 meses
E9	Conviviente	02	5a y 3a	2 años

E10	Conviviente	01	20 m	01 año
E11	Conviviente	01	01 m	01 año
E12	Conviviente	02	4a y 2a	05 años

El enfoque cualitativo permitió ahondar y comprender la interpretación de la madre Shipibo Conibo en relación al proceso salud-enfermedad de su niño menor de 05 años, el sustento de la demanda y el acceso a los servicios de salud institucionalizado y/o tradicional. En reiteradas oportunidades se plantea la interrogante ¿cuáles son las razones por las que no van al Centro de Salud?, ¿cuáles son las razones por las que no hacen uso de ese recurso? , pero pocas veces se logra dar una respuesta clara y sincera.

A continuación en base a la información obtenida de las madres entrevistadas, se da a conocer las categorías que emergieron del análisis:

### **CATEGORIA I: ENCONTRANDO EL SIGNIFICADO A LA SALUD Y ENFERMEDAD.**

En esta categoría se valora el significado cultural que otorga la madre a la salud y enfermedad en su niño. Para evaluar el trasfondo de la demanda de los sistemas de salud, sea tradicional o institucionalizado, es necesario dilucidar los conceptos e interpretaciones básicas. En esta categoría emergieron dos sub. Categorías, las que se complementan y permiten ahondar en la comprensión del pensamiento de la madre Shipibo Conibo.

#### **a) SALUD SINÓNIMO DE ACTIVIDAD, FELICIDAD Y APETITO**

En esta sub. categoría se valora el significado cultural que las madres otorgan a la salud de sus niños, basado en la premisa ¿Cuándo considera que su niño está sano?,

encontrando que las respuesta obtenida por las 12 madres son similares, variando en algunos calificativos.

Si bien es cierto la Organización Mundial de la Salud <sup>(82)</sup> considera a la salud como el completo estado de bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedad, para la etnia shipibo conibo este concepto adquiere una interpretación especial, se encuentra más ligada a su entorno y a sus creencias. Para ellos, la salud es el equilibrio del hombre con su espíritu, familia, grupo social y la naturaleza relacionándola con el respeto y la forma armónica de vivir. Ellos manejan a la salud en base a los conceptos de equilibrio e interacción, el sentirse bien o *jacon* es la suma de estas partes.

Las madres Shipibo - Conibo entrevistadas asocian el concepto de salud al bienestar físico y emocional de sus niños, la salud para ellas gira en torno al derroche de energía, a la realización de juegos pero, sobretodo, a la independencia del niño para descubrir y experimentar sucesos.

*“Cuando están sanos están mas tranquilos, paran correteándose solo...no hay que estar cuidándolo tanto... cuando esta sano, no te hace caso, el se juega, se corretea solito, se ríe...”* (E2 madre con hijo de 15 meses)

*“Cuando están sanas, están mas tranquilas, saltan, corren, juegan... más tranquilas están...”* (E5 madre con 2 hijas de 5 años y 9 meses)

*“Están sanos porque juegan, corren, están en movimiento...”* (E12 madre con 02 hijos de 4 años y 02 años)

Lo referido por las madres pone en evidencia la relación existente entre salud y actividad, siendo importante para ellas que sus hijos jueguen, salten, vayan de un lado hacia otro, porque estas actividades se traducen en salud.

Por otro lado hay madres que asocian la salud no sólo a la actividad, también agregan la característica de felicidad:

*“Cuando están sanos mis hijas están contentas, juegan, ríen, van de un lado hacia otro”* (E1 madre con 03 hijas de 05 años, 03 años y 02 meses)

*“Está sano cuando no llora, cuando está más tranquilo...”* (E7 madre con 02 hijos de 2 años y 02 meses)

*“Mi hijo está sano cuando está contento, porque su cuerpo está bien, no tiene enfermedad, su cuerpo está sano come lo que le das, no llora...”* (E10 madre con 01 hijo de 20 meses)

La salud de los niños vista desde de la óptica de las madres se puede conceptualizar en base a adjetivos, es decir los componentes que integran la salud son observables y distinguibles, relacionado estos conceptos en la siguiente frase: ***para que un niño sea feliz debe estar sano.*** Mientras se realiza la entrevista a la madre E7 se observa a sus hijos jugar alrededor de ella, cada vez que ésta madre daba un adjetivo de la salud miraba a sus hijas.

Finalmente hay un grupo de madres que relacionan la salud con el apetito:

*“Cuando está sano mi hijo está más tranquilo, pide todo, tiene apetito, juega...”* (E2 madre con 01 hijo de 01 año)

*“Mi bebé está sano cuando no tiene molestias... que no llore ni se queje, coma bien...”* (E4 madre con 02 hijos de 03 años y 08 meses)

*“Está sano cuando no llora, cuando mama bien...”*  
(E11 madre con 01 hijo de 01mes)

Para las madres Shipibo Conibo entrevistadas el concepto de salud se encuentra asociado a la actividad, felicidad y apetito de sus hijos, este concepto adquiere mayor valor y especificidad a medida que el niño se encuentre en determinada etapa de su vida, para las madres E 5, E 1 y E 12 el significado está más asociado a la actividad y al juego, pero para las madres E 2 y E 11 está más relacionado a la alimentación.

Se puede inferir de lo dicho por las madres entrevistadas que el ***apetito nutre al cuerpo, la felicidad y actividad nutren el espíritu del niño.***

#### **b) ENFERMEDAD SINONIMO DE INTRANQUILIDAD, DOLOR, SUFIMIENTO E INAPETENCIA**

La enfermedad para la etnia Shipibo Conibo es vista como el desequilibrio del hombre con su espíritu, familia grupo social y la naturaleza. Esta interrupción del lazo del hombre con su entorno implica dolor, sufrimiento, porque el hombre Shipibo Conibo para sentirse bien debe llevar una relación armónica con la naturaleza en su diario vivir.

En las madres entrevistadas se apreció similitud en sus respuestas acerca del significado de la enfermedad, más que revisar conceptos, es ver la interpretación que hacen de la enfermedad en base a cómo ésta se manifiesta.

*“Cuando está enfermo grita, llora...”* (E1 madre con 03 hijos de 5 años, 03 años y 02 meses)

*“Mi hijo cuando está enfermo llora, no está tranquila...no se sabe lo que quiere...”* (E2 madre con 01 hijo de 01 año)

*“Es que mi bebe de mi cuando está enfermo para llorando a cada ratito nomás, juega, llora, de todo llora, le dejas llorar...al ratito se tropieza y llora...”* (E3 madre con 01 hijo de 20 meses)

*“Cuando el niño llora sin una causa que se vea, se nota que está enfermo, ahí se sabe que algo le pasa...”* (E6 madre con hijo de 04 años)

Es distinguible en estas entrevistas el efecto que produce la enfermedad en los niños, el cual no es medible en base a su sintomatología orgánica sino espiritual, **el cómo se sienten**. La felicidad, el derroche de energía, el continuo descubrimiento de su entorno por parte del niño son características resaltantes en ellos, pero cuando estas son reemplazadas por intranquilidad, llantos, la madre Shipibo Conibo reconoce que a su hijo le está sucediendo algo, reconoce que la enfermedad ha tocado a su hijo. Como se observa la enfermedad no sólo afecta al cuerpo sino también a la mente, al espíritu y a la familia.

*“Cuando están enfermos lloran, no están tranquilos...no quieren comer, no quieren que ni se les toque porque lloran, a veces te desesperan porque no sabes por qué lloran...”* (E4 madre con 02 hijos de 03 años y 08 meses)

*“Cuando enferma llora, a cada rato llora, no quiere comer, no se sabe lo que quiere...” (E8 madre con un hijo de 02 años)*

*“Cuando está enfermo llora por todo...no quiere mamar, no sé si el duele la barriga, si tiene hambre, por todo llora...” (E11 madre con 01 hijo de 01 mes)*

*“Cuando están enfermos...ahí se les ve llorosos, intranquilos, no quieren comer, están tristes, lloran por todo...” (E12 madre con 02 hijos de 04 años y 2 años)*

En estas citas se rescata la característica de inapetencia, los niños enfermos no comen, no se alimentan, y esta situación causa en la madre preocupación, como vemos las características de la enfermedad están relacionadas; el niño enfermo siente dolor, sufre y este sufrimiento impide que se alimente. No se aprecia variación en el concepto de enfermedad a pesar de las diferentes edades de los hijos de las madres entrevistadas.

Es rescatable la forma en que los conceptos de salud y enfermedad se entrelazan y se contraponen, mientras que estar sano “*jacon*” es *sentirse bien*, feliz, alegre con ánimo de conocer y descubrir el mundo donde la alimentación es la base para obtener energía, el estar enfermo “*isnai*” es sentirse mal, sin ánimo para realizar acciones, puesto que no hay motivación ni energía por la inapetencia.

## **II CATEGORIA: ENCONTRANDO EL SIGNIFICADO AL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD**

Una de las particularidades de la etnia Shipibo Conibo es considerar que todas las enfermedades tienen una causa, enmarcada

dentro de los componentes biológicos, cósmicos y socioculturales, no siendo necesaria la presencia del componente biológico para la existencia de la enfermedad. Este principio de causalidad rige en las formas de clasificación de las enfermedades en base a criterios como: agente causal, agente curativo y recursos a ser empleados<sup>(83)</sup>

La cosmovisión que ellos tienen en relación al proceso salud – enfermedad influye en su forma de evaluar y actuar en contra del “isnai” (enfermedad).

En esta categoría se enfoca la causalidad de la enfermedad en base a los factores antes mencionados. Cabe recalcar que el orden de presentación de las sub. Categorías que han emergido responde a la frecuencia con que fueron mencionadas por las madres entrevistadas.

**a) DESCUIDANDO AL NIÑO EN SU ATENCIÓN: ENFERMEDAD EVIDENTE.**

La relación madre - niño es importante para esta comunidad, el niño permanece en poder y bajo vigilancia estricta de la madre hasta los tres años. A partir de ahí y en adelante el niño ingresa a un mundo de aprendizaje social, ya que asumirá paulatinamente el rol que culturalmente le corresponde de acuerdo a su sexo. Los niños son dirigidos por los padres en sus actividades de provisión de recursos para el hogar, mientras que las niñas son dirigidas por las madres en las labores de casa.<sup>(84)</sup> Esta situación se ve con mayor claridad en el hábitat natural de las comunidades Shipibo Conibo, mientras que en ASHIREL no se aprecia esta división de formaciones en tareas dada su condición de pueblo inmigrante en la “gran ciudad”, donde las condiciones no son las propicias. Por ello. el niño permanece en el poder de la madre por más



tiempo de lo estipulado, en ese tiempo la madre se encuentra en continua observación de sus hijos, evaluando lo que hacen y no hacen en función de evitar enfermedades:

*“Los niños se enferman por no abrigoarlos” (E1 madre con 06 años de residencia en Lima)*

*“Se enferman principalmente por descuido...a veces no se le trata bien, no come, no se les baña, juega con tierra y así se enferma el muchacho...” (E2 madre con 01 de residencia en Lima)*

*“Los niños también se enferman porque a veces la madre se descuida con sus hijos” (E3 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“Se enferman porque no se les abriga, se les descuida...a veces uno está preocupada en otras cosas y lo dejo de ver...tenemos que estar pendientes de él...” (E10 madre con 01 año de residencia en Lima)*

En base a lo referido por las madres, dejan sentir que su rol de madre puede propiciar enfermedad en sus hijos, cuando éstos son desatendidos, sienten que no han tenido las precauciones necesarias para evitar la enfermedad. Esta situación es interesante, ya que en las clasificaciones circulantes en la teoría, relacionadas a la etiología de las enfermedades de esta etnia, no se encuentra a la madre como agente causal o responsable. Este suceso puede estar motivado por el cambio de hábitat, debido a que en Lima no se realiza la preparación del rol del niño como futuro responsable de su hogar, entonces, el lazo madre niño se ve más extenso e intenso, la madre siente que su rol de protectora y vigía es permanente y constante, el cual debe

de conjugar con sus otras labores de ama de casa, artesana, entre otros

#### **b) ENCONTRANDO CAUSAS MAGICAS A LA ENFERMEDAD.**

Esta sub. categoría es sumamente llamativa porque está ligada a las creencias y costumbres de la madre Shipibo Conibo. Se dice que la cultura se evalúa en base a lo que se cree, siente y se hace siguiendo los principios del grupo social. Cabe recordar aquel proverbio Shipibo – Conibo que reza: *“No hay nada más nuestro, que nuestros ríos, nuestra selva, nuestra manera de ser”*<sup>(85)</sup>

Las causas mágicas de la enfermedad encierran mística y enigma, porque significa luchar contra un agente que muchas veces no se ve, no se toca pero si se siente. Clara Cárdenas refiere lo siguiente: “...la afirmación de que los Shipibos - Conibos viven en estrecha relación con la naturaleza no sólo está referida al hecho físico sino que es fundamentalmente a la existencia de símbolos que personifican la naturaleza, a través de los cuales antropomorfizan su comunicación con el medio ambiente...”. De esto se reafirma que la etnia Shipibo Conibo es fundamentalmente animista, y admiten una variedad ilimitada de espíritus, para ellos cualquier animal o vegetal tiene espíritu, incluso los lugares como sitios abandonados, lagunas, ríos, entre otros.

En las entrevistas realizadas a las 12 madres se destacó el componente mágico que da origen a las enfermedades. Fué necesario profundizar en este tema, ya que los espíritus que relataban se encontraban presentes en el agua, aire, bosque:

*“Hay las lagunas, si tú no has bañado nunca, cuando te metes a bañar en la laguna te da una fiebre pero bien dada, vas a tener bien alta la fiebre, hasta enfermarte...”*

*“...también hay porque cuando el niño llorando llega donde su mamá que está lavando en la laguna, la laguna tiene su dueño, el dueño está escuchando y lo llama a su alma del bebuto creo...y el dueño de la laguna que está dentro le entretiene su almita del bebé que está llorando, entonces ese niño va a enfermar...”*

*“También hay otros casos, en el bosque hay espíritus malignos...que nos engañan y nos lleva al bebe por ahí...no hay camino y el bebe está perdido...” (E2 madre con 01 año de residencia en Lima:)*

Considerando el tiempo de residencia de la madre E 2, en ella es más vivo las explicaciones mágicas que le conceden a la enfermedad. Es posible darse cuenta de la importancia que adquiere la naturaleza en la vida de las personas, se fortalece el concepto de que el hombre Shipibo Conibo aparte de tener un contacto físico con la naturaleza, también tienen un contacto espiritual, el que lo mantiene entre la línea de la salud o enfermedad, entre el jacon o el isnai. El respeto, la convivencia armónica y sobre todo la valoración de sus creencias permiten a la madre shipiba proteger a sus hijos.

En el Análisis Situacional del Pueblo Shipibo Conibo, el Ministerio de Salud reconoce ciertas enfermedades características de esta comunidad como síndromes culturales. Para ellos, esta agrupación de signos y síntomas es una enfermedad cultural, para las madres Shipibo Conibo estas

enfermedades son amenazas para sus hijos, para ellas esta conjugación de signos y síntomas tienen nombres específicos, lo que se evidencia en las siguientes citas:

*“También les da el mal aire, eso es cuando al bebe se lo levanta temprano y a veces le choca el aire fuerte que viene...ese aire lo tumba al bebe y lo enferma, le da vómito y diarrea...” (E1 madre con 06 años de residencia en Lima)*

*“Cuando un niño nace así bebito, su papá, su mamá, sus hermanitos no tienen que tocar el perro...porque cuando cutipa el niño se le hincha su barriga, como de perro su estómago y suena...eso es cutipado...” (E1 madre con 06 años de residencia en Lima)*

*“Hay otras formas de enfermarse...está el susto, se caen y se asustan y se va su almita del bebe y él para llorando nomás...” (E3 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“Nosotros creemos que bebes se enferman porque la enfermedad está ahí...vienen con el aire, el aire trae fiebre, vómitos y diarrea...” (E8 madre con 01 año de residencia en Lima:)*

*“El mal aire también hace daño, por eso no lo saco al aire, aquí nomás lo tengo, afuera el aire fuerte y frio le puede hacer mal al bebe...” (E11 madre con 01 año de residencia en Lima)*

En estas referencias se destacan enfermedades como el mal aire, cutipado y susto; cada enfermedad encierra un concepto y una sintomatología diferente. Es necesario tomar en cuenta estas concepciones culturales al momento de brindar atención para evitar la sensación de prejuicios e incomprensión

por parte del personal de salud. Así como la ciencia tiene explicación para determinadas situaciones, la cultura también tiene su explicación que merece ser respetada y valorada.

Estas explicaciones brindadas por las madres en relación al componente mágico de la enfermedad coinciden con los resultados obtenidos en el trabajo de investigación: “Dimensiones Culturales en el Proceso de Atención Primaria Infantil: Perspectivas de las madres” realizado en Chile. Los investigadores refieren que las madres que participaron en el estudio le confieren un significado especial a la tipología de las enfermedades, articulando componentes mágico – religiosos. Es necesario denotar que la cultura varía de una etnia a otra, pero los significados del proceso salud enfermedad pueden llegar a ser similares.

### **c) ENFERMARSE FORMA PARTE DEL CRECIMIENTO**

Si se parte de los conceptos de enfermedad y de causalidad, se observa que en esta sub. categoría es rescatable la asociación de crecimiento y enfermedad verbalizada por las madres entrevistadas:

*“Cuando es bebito no se enferma, crece, crece puede llegar a los 9 o 10 años así, cuando una vez que se empieza a enfermarse...se enferma bien” (E2)*

*“Cuando son bebes se enferman, ya de grandes cuando ya tienen sus 2 o 3 años ya no se enferman, así nosotros hemos sido, nosotros de pequeños parábamos enfermos, pero cuando ya hemos sido mayores de edad paramos sanos , ya no nos enfermamos tanto...” (E3)*

*“El bebe un tiempo está enfermo, luego se sana...un tiempo puede estar enfermo y de ahí se sana hasta que crezca...” (E8)*

En esta sub. categoría las madres refieren que el niño cuando está en periodo de descubrimiento y exploración se encuentra propenso a padecer de enfermedades, asignándole a esta situación al simple hecho de que está creciendo. Esta asociación cultural adquiere importancia, ya que es justamente en este lapso de edad, de 0 a 5 años, que se presenta la más alta tasa de mortalidad infantil 153 por cada 1000 nacidos vivos (INEI 1993), además la continua prevalencia de enfermedades en los niños, condiciona y limita su crecimiento y desarrollo.<sup>(86)</sup>

### **CATEGORIA III: ACCEDIENDO A LA MEDICINA TRADICIONAL: LAS CREENCIAS Y EL TIEMPO**

El sistema médico Shipibo Conibo se entiende como el conjunto de conocimientos, prácticas y recursos heredados de generación en generación, enmarcados en la interacción del ecosistema y antroposistema.

La medicina tradicional en la etnia Shipibo Conibo cumple un rol social, porque no solamente previene y restablece la salud, sino que a su vez refuerza la cosmovisión y el patrimonio cultural de la etnia. Esto se ve plasmado no sólo en la clasificación de sus enfermedades, sino también en el tratamiento de éstas.

Estas concepciones permanecen vigentes mientras los recursos y situaciones se mantengan homogéneos o presentes; cuando la madre Shipibo – Conibo se encuentra en una situación desconocida,

como el cambio de hábitat de Pucallpa a Lima, la mezcla de conocimientos y realidades la coloca en una disyuntiva, provocando el cambio, la modificación o permanencia de ciertos comportamientos y/o conceptos.

#### **a) CONSIDERANDO AL CURANDERO COMO POSEEDOR DE UN DON Y PREPARACIÓN ESPECIAL**

El curandero, también llamado “vegetalista” o “unaya”, es el agente terapéutico que utiliza el saber ancestral y la fuerza del espíritu de las plantas para sanar toda clase de enfermedades, en especial las originadas por los espíritus o hechizos.

En las madres entrevistadas se aprecia la concepción que tienen de este personaje. Para ellas, en su mayoría, el curandero encierra una mística y un encanto particular, dado que el talento que poseen es innato, la naturaleza los escogió para cumplir un rol en la sociedad Shipibo Conibo. Esto se traduce en la premisa: **es un don que la naturaleza le da.**

*“El curandero cualquiera no puede ser, tiene que ser especial para eso...” (E1)*

*“Para ser curandero tienen que tener un talento natural porque desde niños han nacido así, ellos han nacido con ese don de poder curar con nuestra medicina...” (E10)*

*“Eso se nace...desde que ha nacido tiene ese don... desde chiquito, sigue curando gente y tiene bastante paciencia...” (E7)*

Así, la naturaleza del curandero se halla en un don especial, su fortaleza recae en su preparación, debido a que está sometido a

severas exigencias, como dietar, aislamiento, entre otros. Esta preparación, según dicen las madres entrevistadas, permite que el curandero tenga mayor claridad y eficacia durante el tratamiento del niño. Las madres reconocen, valoran y respetan su preparación, consignándole el valor de especial:

*“El curandero tiene que dietar todavía, cumplir con todo lo que se tiene que dietar, y si no dieta no eres nada... no comer cualquier cosa, no tener relaciones, comer sin sal, sin dulce, para que pueda estar más concentrado...” (E2)*

*“No pueden comer cualquier cosa, no comen dulce, no comen sal, nada de grasa, la dieta está bien fuerte...no deben de tener relaciones, tienen que hacer eso si quieren ser buen curandero...” (E10)*

Como vemos tanto E2 y E10 consideran que es la preparación que tiene el curandero lo que le da el carácter de eficaz y certero, para ellas, el término bueno se basa en la rigurosidad de esta preparación.

## **b) EL CURANDERO EXAMINANDO, TRATANDO Y CURANDO DE MANO CON LA NATURALEZA**

Como se menciona anteriormente, tanto el don y la preparación del curandero provienen de la naturaleza, en ella se encuentra su fortaleza, y es la naturaleza la que le da la posibilidad de atender y curar a las personas, por eso su nombre de vegetarianos. Las técnicas y tratamientos que se emplean se encuentran en armonía con ella. La importancia de la naturaleza en el accionar del curandero radica en que para las madres Shipibo Conibo la



naturaleza no hace daño, al contrario, fortalece su vida y la de sus niños.

Algunas madres Shipibo Conibo refieren:

*“el curandero ya por medio de la visión del ayahuasca ve lo que tienes ¿no?, entonces a través de eso te lleva el tratamiento.” (E2)*

*“El curandero no tiene lado negativo... ellos curan con nuestra medicina, eso ¡qué nos va hacer mal!...eso, al contrario, nos cura” (E2)*

*“El curandero lo ve al bebe, lo sopla con agua florida todo, y con eso se calma su mal...” (E7)*

*“Cuando está cutipado se lo lleva al curandero pa` que lo vea, pa´ que lo cure por medio de sus preparados medicinales con plantas, ve lo que tienen y lo cura...” (E10)*

Durante la permanencia en campo se tuvo la oportunidad de observar el síndrome denominado cutipado, el que se manifestó en el niño por medio de vómitos y diarreas, siendo la madre de E2 quien indicó llevar al niño al curandero para que reciba atención. A la visita siguiente se observó al niño más recuperado, no se evidencio presencia de enfermedad en él, realizando actividades de su edad.

Las madres reconocen el procedimiento terapéutico del curandero, ellas otorgan un valor simbólico a estos actos que intentan restablecer la armonía entre lo mágico y lo humano, y son incapaces de relacionar este vínculo del curandero con la naturaleza como algo negativo, sino al contrario, es debido al carácter natural del curandero que éste tiene fuerza en una sociedad cultural como la Shipibo Conibo.

**c) FAMILIARIDAD, CONFIANZA Y NO CONDICIONAMIENTO ECONOMICO, DE PARTE DEL CURANDERO, FORTALECE EL ACCESO AL SISTEMA TRADICIONAL DE SALUD**

Esta sub. Categoría hace referencia a los factores que fortalecen el acceso a los servicios tradicionales de salud, en ella se observa el sustento del por qué las madres acuden a un sistema tradicional para atender a sus niños.

Al respecto algunas madres refieren:

*“Yo llevo a mi niño al conocido (curandero), aquí donde tengo más confianza y está más cerca...” (E1 Madre con 06 años de residencia en Lima)*

*“Lo veo como cualquier vecino (al curandero), se le ve con respeto, cuando hay algún problemita se acude a él, porque se le tiene confianza...” (E2 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“El curandero es de la misma comunidad, es como cualquier vecino, no es un extraño...” (E3 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“lo veo como alguien normal...él nos conoce, conoce a la familia, sabe lo que tenemos...” (E8 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

Las madres entrevistadas refieren que el vínculo con el curandero es más estrecho y cálido a consecuencia de la familiaridad que tienen con él, esto fortalece su demanda y acceso. En las madres E3 y E8 se observa que la familiaridad se basa en la cercanía entre ellos, además del ambiente geográfico, el pasado familiar influye en esta relación de confianza.

Producto de la continua interacción del curandero con las madres en su rol de vecinos, como refiere E2, para este agente curativo ya no sería necesario hacer una valoración exhaustiva de la enfermedad como la realizaría el personal de salud, sino que procedería con el tratamiento. Esta situación incrementa la aceptación de las madres hacia el actuar del curandero, ya que para ellas el tiempo adquiere una connotación especial.

Por otro lado, el no condicionamiento económico también juega un rol importante para el acceso a la medicina tradicional por parte de la madre. Algunas madres entrevistadas refieren:

*“Los curanderos son buenos, porque una vez que nosotros no podemos curar con la medicina porque a veces no hay dinero, nos esperan un tiempo, pero ya estamos en tratamiento cuando es para curar...” (E2)*

En esta madre se rescata la frase “pero ya estamos en tratamiento...”, en la medicina tradicional la relación curandero – madre no se basa en intercambio económico, sino en el equilibrio y restauración. Producto de la familiaridad y confianza, las relaciones económicas no adquieren carácter de necesario y obligatorio para iniciar un proceso curativo.

Si se relaciona este dato con los resultados obtenidos en el trabajo de investigación “Dimensiones Culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de la madres”, realizado en Chile en el año 2004 por Mg. María Alarcón Muñoz y colaboradores, se encuentra que ellos también refuerzan la familiaridad existente entre los agentes terapéuticos tradicionales y la comunidad, argumentando que los recursos que emplea este agente son de uso y conocidos por la comunidad. Cabe indicar que las características

esenciales de las culturales se entrelazan, aunque las realidades sean diferentes entre el estudio mencionado y el presente trabajo, las creencias que las madres tienen en relación a los agentes terapéuticos son similares.

En el trabajo realizado en nuestro país por Marfil Francke en el 2007 “Salud y enfermedad en los márgenes: Diagnóstico Participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión”, refieren que para la mayoría de los participantes los conceptos de medicina tradicional y occidental conservan definiciones específicas, para usos comunes o en conjunto, pero cuando tienen que decidir por uno de estos dos sistemas, eligen en base a factores donde consideran que la relación empatía y los costos son los dirimientes para tal elección.

#### **d) PERDIENDO LAS CREENCIAS SU VIGOR CON EL TIEMPO Y CAMBIO DE REALIDAD**

Una de las características de la comunidad de estudio es su situación de pueblo migrante, el cambio de hábitat y el tiempo ha mermado en algunas de las madres entrevistadas la percepción y el significado que tienen en torno a la medicina tradicional, para ellas algunos conceptos han perdido vigencia o no se encuentran acorde a su nueva realidad. Con el transcurrir del tiempo han tenido que adaptarse a esta nueva vida, han tenido que aprender a vivir y a criar a los hijos de manera diferente a como ellas fueron criadas en Pucallpa.

Algunas madres refieren lo siguiente:

*“Yo dudo de que el curandero pueda sanar a alguien, debe ser porque llevo viviendo tanto tiempo acá en Lima... de mi parte, no creo...eso de los espíritus y almas son creencias...no creo yo en eso...mis padres si creen, se atienden con remedios naturales, de mi parte yo no los practico...yo soy separada de mis padres y no llevo esas tradiciones...”* (E4 madre con 7 años en Lima)

*“hay otros que llevan a sus hijos a un curandero para que le cure, para que le sople...pero yo no creo en eso...es que yo llevo viviendo acá mucho tiempo y las cosas no son como en Pucallpa...”* (E6 madre con 10 años de residencia en Lima)

En las referencias de las madres, es rescatable la comparación que hacen con su anterior forma de vida; no hay teorías específicas que precisen el tiempo que es necesario para que una persona varíe sus creencias y costumbres. Sin embargo, la teoría cognitiva cultural permite entender el sustento de los cambios culturales, afirma que los constructos culturales se encuentran en continua variación, las creencias perduran y se mantienen en base a la fuerza motivacional de la persona y al contexto, el conocimiento cultural es durable siempre y cuando no existan situaciones ambiguas que generen un dilema, si ese fuera el caso, el ser humano opta por un nuevo comportamiento, el cual es aprendido y convertido en hábito, y es así como se va cambiando la cultura. Mientras las madres verbalizan sus ideas se observa en ellas

gestos de incredulidad a las prácticas tradicionales, dando énfasis a la frase “yo no creo”.

Para estas madres el dejar su hábitat, su pueblo y armar un hogar donde no encuentran aquellas plantas, aquellos lugares que encerraban un contenido místico, es difícil, más aún, si sus hijos deben aprender a vivir en esta realidad.

#### **CATEGORIA IV. RECONOCIENDO A LOS SERVICIOS DE SALUD COMO RECURSO PARA LA ATENCIÓN**

La presente categoría profundiza en los factores que favorecen el acceso a los servicios de salud de la madre Shipibo Conibo. Actualmente uno de los grandes retos del Sector salud en la región es incorporar aquellas personas que viven en situación de abandono y marginación cultural, esa población que representa el 10% de América Latina y que convive con un perfil epidemiológico donde la mortalidad infantil llega a niveles inverosímiles.

En el I Censo de Comunidades Amazónicas (1993) se registra que la tasa de mortalidad infantil en la etnia Shipibo – Conibo llegaba a 153 niños por cada 1000 nacidos vivos, tasa que triplicaba el promedio nacional de aquella época (53 niños por cada 10000 ). Por otro lado el Centro Económico para América Latina (2007) refirió que el promedio de mortalidad infantil en los niños indígenas es un 60% mayor que la de los no indígenas, además agregó que la probabilidad de morir antes de los 05 años de vida llegaba al 70%.<sup>(87)</sup>

Para adentrarnos en el significado que confieren las madres al sistema de salud institucionalizado, primero se presenta los conceptos que manejan en torno al centro de salud, personal de salud y cómo perciben ellas la atención brindada a sus hijos.

**a) CENTRO DE SALUD: LUGAR DONDE SE RECUPERA LA SALUD**

El centro de salud es el espacio físico donde se prestan cuidados sanitarios de carácter preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, en él labora un personal profesional y no profesional calificado en habilidades y destrezas para prestar atención de salud oportuna y eficaz a la comunidad.

Los resultados del II Censo de Comunidades Amazónicas del Perú (INEI -2007), afirman que el 45.2% de las comunidades de la etnia Shipibo Conibo cuentan con establecimiento de salud, ya sea botiquín, centro o puesto de salud. La notoriedad de este dato, es que casi la mitad de las comunidades se encuentran cubiertas en atención por el sector salud, permitiendo a la madre Shipibo Conibo identificar y conceptualizar al centro de salud. <sup>(88)</sup>

Algunas madres entrevistadas refieren:

*“La posta es el lugar que atiende a la comunidad...”*  
(E3 madre con 01 año de residencia en Lima)

*“La posta nos sirve para cuidar a nuestros hijos, a nuestra familia...cuando mi bebe se enferma, yo lo llevo para que lo traten y lo curen a mi hijo...”* (E1 Madre con 06 años de residencia en Lima)

*“la posta es el lugar donde te atienden, donde tú vas para que te vean los médicos, las enfermeras, la obstetriz...ahí hay para hacerte análisis, para medicamentos...”* (E4 Madre con 07 años de residencia en Lima)

*“en la posta trabaja el médico, ahí te ven todo lo que tienes, te encuentran la enfermedad, te dan las*

*medicinas, saben lo que tienes y lo que es para curarte...” (E6 madre con 10 años de residencia en Lima)*

En las anteriores citas, se rescata el significado que las madres otorgan al Centro de Salud, para ellas es un lugar donde recuperan la salud y que está al servicio de la comunidad. Algunas madres como E4 y E6 van mas allá en relación al concepto del Centro de Salud, identifican las personas que ahí laboran y los resultados que obtienen como receta de medicamentos entre otros.

Las madres Shipibo Conibo relacionan el significado del centro de salud con las actividades que ahí realiza el personal, para ellas es ***el lugar donde sus niños recuperan la salud***. Este significado va adquiriendo mayor forma conforme las madres tienen más tiempo residiendo en Lima, en E4 y E6 es donde se aprecia más claramente la funcionalidad y los personajes que integran el centro de salud. Por otro lado, la madre que tan sólo lleva 01 año residiendo en Lima le confiere sólo el atributo de atender a la comunidad, más no el de curar; esa brecha existente entre esos dos conceptos el atender y curar va adquiriendo mayor relación a medida que la madre tiene mayor contacto con el centro de salud.

Es interesante las explicaciones de las madres en relación al por qué acuden a un centro de salud. Es conocido que el centro de salud engloba actividades de atención que cubre cada aspecto de la vida humana, pero para las madres Shipibo Conibo la utilidad de los servicios de salud se restringe sólo en casos de enfermedad:



*“Aquí ya llevo un año mas o menos, por eso aún no he ido a la posta...todavía no la llevo a mi bebe porque está un poco mejor...come juega, no se le ve enferma...” (E 2)*

*“Cuando está enfermo lo llevo, cuando no quiere comer o llora mucho lo llevo a mi hijito... para que ahí lo curen...para otras cosas no voy...porque si come, juega bien y no llora...entonces para qué lo voy a llevar a la posta” (E 3)*

*“Cuando enferma el muchacho lo llevo al centro de salud... sólo cuando está enfermo nomás... ¿sano pa` qué lo voy a llevar?...si come, juega es porque está sano...” (E 8)*

Ellas ven a la enfermedad como un hecho limitante, que les impide desarrollarse y hacer sus actividades normalmente; en el caso de los niños, relacionan estas actividades con el juego, esta concepción de la madre no varía con el tiempo de residencia, el número y edades de los hijos.

En el análisis situacional de salud de la etnia Shipibo Conibo se aprecia que el 54.5 % de las comunidades estudiadas no participó en ninguna campaña de vacunación, refiriendo que en esta etnia las actividades preventivo promocionales son escasas o casi nulas, producto de la inaccesibilidad geográfica en algunas comunidades; además cabe recordar que los servicios de salud no se encuentran físicamente presentes en las comunidades, lo que contribuye a que la madre Shipibo Conibo no asocie el concepto de salud con los servicios de salud. <sup>(89)</sup>

En la realización del análisis documental de los carné de crecimiento y desarrollo de los niños se rescata que de las 12 madres entrevistadas sólo 07 de ellas contaban con el carnet de sus hijos, las 05 madres restantes refieren haberlos dejado en Pucallpa, algunas por olvido, otras por considerar que sus hijos ya cumplieron sus vacunas y no es necesario portarlo. Se evidencia el significado que las madres otorgan a este carnet como instrumento de control de sus hijos solamente hasta cierta edad, a partir de ahí ese carné carece de valor en todo sentido.

Por otro lado, en las madres que sí cuentan con el carnet, se observa que los niños carecen de los refuerzos de vacunas correspondientes según edad; las madres aducen que sus niños ya fueron vacunados y que no están informadas de esos refuerzos. Una vez más se comprueba que las madres no dan énfasis, en el cuidado de los niños, en las actividades preventivas – promocionales considerando al centro de salud como ***el lugar donde se recuperan la salud.***

#### **b) CONSIDERANDO AL PERSONAL DE SALUD COMO POSEEDOR DE PREPARACIÓN ACADÉMICA.**

En esta sub. Categoría se profundiza en la interpretación de las madres del rol que cumple el personal de salud en el cuidado de sus niños.

*“él es un profesionalista...ellos se preparan de otra forma, estudian años para saber tratar a las personas...” (E3 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“ellos son tratantes... si te atienden, te curan a veces...son gente normal que se ha preparado para*

*curar a la gente...*” (E7 madre con 01 año de residencia en Lima)

*“son personas que han estudiado para atender a la gente, se han preparado...”* (E4 madre con 7 años de residencia en Lima)

En estas citas se observa que no ha variado el significado que las madres le otorgan al rol del personal de salud, tanto la madre que tiene un año de residencia (E3) como la que tiene siete años (E4), ambas le otorgan el mismo significado, dándole un sentido académico a su preparación. Por otro lado, la madre E7 refiere que el personal de salud “lo cura a veces” dejando entrever que existe la posibilidad de que no lo cure.

Al curandero lo ven como alguien especial con un don y una preparación exigente, al personal de salud, si bien es cierto las madres le reconocen su preparación, no lo ven como alguien “elegido” o con un don.

### **c) LA RELACIÓN PERSONAL DE SALUD – MADRE SHIPIBO CONIBO: EL TRATO Y TIEMPO DE ESPERA**

El profesional de salud ha sido formado para atender a la población, ya sea en condición de salud y/o enfermedad, se encuentra capacitado para fortalecer el sistema de salud. Sin embargo, la preparación en aula mayormente no ahonda en cómo tratar a las personas, cómo comprenderlas libre de prejuicios y estigmas, no sólo en su dimensión física sino también espiritual y cultural. Lamentablemente, el profesional de salud no se encuentra preparado para afrontar una población culturalmente distinta, donde los valores, creencias y

costumbres encierran un significado mayoritariamente mágico y armónico. Estas poblaciones con características étnicas, abanderadas de nuestro patrimonio cultural sienten que no son valoradas como se merecen, sino al contrario son discriminadas.

En las madres entrevistadas se rescata las siguientes expresiones en relación al trato por parte del personal de salud:

*“No todos tienen buen carácter, algunos te maltratan, algunos son buenos, no todos son iguales, no nos atienden con cariño... depende de las enfermeras si nos tratan bien...”* (E2 Madre con 01 año de residencia en Lima)

*“...hay que tener suerte para que te toque uno bueno, porque algunos no saben tratar...no nos explican sólo te dan tus remedios y nada más...después, no entiendes lo que escriben...”* (E3 Madre con 01 año de residencia en Lima)

*“algunos tratan mal, no nos atienden bien...nos gritan, se molestan porque no llevamos a nuestros hijos a la cita, o porque nos olvidamos colocarle sus vacunas...”* (E4 Madre con 07 años en Lima)

En estas expresiones se observa que la percepción que tiene la madre en torno a la relación con el personal de salud no varía, aunque sea mayor el tiempo de residencia en Lima las madres siguen con la misma apreciación, calificando la relación terapéutica con el personal de salud con los adjetivos de “bueno”, “no saben tratar”, “tratan mal”.

Es en las entrevistadas E3 y E4, que poseen mayor tiempo de residencia en Lima, donde encontramos las aparentes causas del por qué se “molesta” el personal de salud. Quizá el ausentismo a las citas de los niños genera molestia en el personal de salud, que no es verbalizada ni demostrada en forma adecuada, entendiéndolo la madre como discriminación o maltrato.

En una relación terapéutica es importante que la relación profesional de salud – usuario sea empática y de confianza, este lazo fortalece la demanda y acceso a los servicios de salud contribuyendo a mejorar los indicadores de salud.

En el estudio “Determinantes Socio - culturales e Históricos de las practicas populares de prevención y curación de las enfermedades de un grupo cultural”, realizado en el año 2005 en Brasil por la Dra. Irene Kreutz y colaboradoras, se evidencia la necesidad de cambios en la postura de los profesionales de salud y la forma en cómo establecer contacto con la población, de modo que las creencias sean respetadas y consideradas como fuente de aprendizaje para una mutua convivencia e integración de saberes.

En el estudio elaborado por el Dr. Manuel Lopez Morales y colaboradores en Chile en el año 2002 “Interculturalidad en los servicios de salud: Caso de la comunidad Mapucha de la Costa de Valdivia” revela que el choque cultural entre el profesional de salud y el usuario limita la efectividad de la prestación asistencial. En base a esto, es necesario precisar que el profesional de salud, especialmente el de enfermería, debe fortalecer sus capacidades de interrelación con grupos

culturalmente distintos, cultivando la sensibilidad cultural para el cuidado.

Reflexionando en base a los postulados de Madeleine Leininger, se afirma que el profesional de enfermería debe tener habilidad para intervenir apropiada y efectivamente en el cuidado de las personas, no sólo en la etapa de aplicación del cuidado sino desde su planificación, es decir, la enfermera debe ser un profesional culturalmente competente. Para ello es necesario que se relacionen los conceptos de cultura y cuidado, entendiendo a la cultura como las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una población en particular. Se reafirma que la meta de enfermería es suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los pacientes y/o usuarios.

Además las madres entrevistadas manifiestan otra situación interviniente en el acceso a los servicios de salud: el tiempo de espera.

*“yo no voy mucho porque tienes que esperar bastante, no te atienden rápido...yo tengo que hacer muchas cosas...”* (E3 madre con 01 año de residencia en Lima)

*“tienes que esperar a que te atiendan, tienes que ir temprano para que te vean...”* (E12 madre con 05 años de residencia en Lima)

*“El centro de salud me hace perder tiempo, tengo que sacar historia para ver si han nacido ahí o han nacido en otro lado... la verdad, por toda esa pérdida de tiempo no lo llevo a mis hijos...tendría*

*que perder todo el día haciéndolos ver...*” (E7 Madre con 01 año de residencia en Lima)

*“en la comunidad de Pucallpa no es así...ahí, como entras, sales...”* (E2 Madre con 01 año de residencia en Lima)

Se nota en las madres la molestia que ocasiona el tiempo de espera para la atención, en las observaciones de campo se aprecia los gestos de molestia que las madres realizan en relación a este tema, algunas fruncen el ceño, dando énfasis a palabras como “perdida de tiempo”, “tienes que esperar bastante”, entre otras. En el caso de la madre E2 la comparación que realiza con otros sucesos llevan a comprender que las madres Shipibo Conibo aún no se acostumbran a los procesos de atención. Para ellas el tiempo adquiere vital importancia, siendo a veces éste el que influye en las madres en la elección por un sistema de salud más rápido y eficaz, es decir hace uso de su medicina tradicional.

Retomando el estudio elaborado por Marfil Francke, encontramos que los factores que determinan la elección de la demanda de un sistema de salud está influenciada por los costos, el tiempo (en traslados, espera de turno, horarios de atención), el trato (actitud, respeto, paciencia, atención brindada), el idioma y la empatía, se constata un mutuo desconocimiento e incomunicación entre el personal de salud y los sujetos de estudio.

Si se compara los hallazgos del estudio anteriormente citado con los del presente trabajo de investigación, se observa que los factores como costos e idioma quedarían relegados

como factores que determinan que las madres elijan o no al servicio de salud formal para recibir atención, y es el tiempo de espera para ser atendido el que adquiere mayor importancia en esa decisión, descartándose el tiempo de traslado debido a que la comunidad estudiada se encuentra a escasas cuadras del centro de salud. Además, la verticalidad en el trato por parte del personal de salud y la dificultad para entablar un diálogo intercultural influye en la madre Shipibo Conibo para que no demande los servicios de salud.

#### **CATEGORIA V: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ¿PRIMERA ELECCIÓN O UNA ALTERNATIVA SECUNDARIA?**

Para profundizar y comprender el acceso a los servicios de salud por parte de las madres Shipibo Conibo fue necesario dilucidar los significados que la madre otorga al espacio físico, a los personajes involucrados y a las relaciones existentes. Esto permite comprender el significado e importancia de cómo la madre ve todo este proceso de atención.

En el II Censo Nacional de Comunidades Amazónicas del Perú (2007), el 75% de la etnia Shipibo Conibo acude a un médico para la atención de una enfermedad y/o accidente, el 50% acude a un curandero y el 38.5% se atienden ellos mismos, se infiere que los encuestados hacen uso de más de una de estas opciones. <sup>(90)</sup>

Esta categoría encierra dos sucesos muy particulares, por un lado están las madres que ante la enfermedad de sus hijos recurren a los servicios de salud como primera opción y por el otro están las madres que aún conservan y aplican sus creencias, se refugian en el sistema tradicional para hallar una respuesta a su problema. Lo



paradójico y enigmático de esta situación es que cuando uno de estos sistemas elegidos no tiene la efectividad deseada, recurren al otro sistema para lograr el restablecimiento de la salud de sus hijos.

Son expresiones de las madres:

*“Primero nosotros lo curamos (al niño) con nuestra medicina tradicional...si no sana, después, lo llevo a la posta” (E2 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*”siempre primero lo llevo a mi bebe a la posta y si con eso no se cura...después lo llevo al curandero...” (E1 madre con 06 años de residencia en Lima)*

Es interesante ver como la madre tiene una ruta terapéutica principal y alterna, para ellas la conjugación de saberes, prácticas tradicionales y formales no tiene barreras, utilizan los recursos de ambos sistemas con la finalidad de recuperar la salud de sus hijos.

Se aprecia claramente que el tiempo de residencia influye en la elección de la ruta terapéutica principal, la madre con mayor tiempo de residencia en Lima (E1) accede prioritariamente a un servicio de salud para la atención de su hijo, en cambio la madre que tan sólo lleva 01 año residiendo en Lima (E2) sus creencias y tradiciones influyen en la elección del sistema tradicional de salud. Es interesante ver como el tiempo, el cambio de realidad y el proceso de adaptación influyen en este fenómeno.

Las madres que acuden a los servicios de salud como primera opción refieren que:

*“aquí el aire es más contaminado, no hay plantas como en la selva...entonces, tenemos que llevarlo al médico...” (E1 madre con 06 años de residencia en Lima)*

*“En la selva sí hay plantas que curan toda clase de enfermedades, pero acá no encontramos, por eso ahí tenemos que llevar a la posta para que se cure el hijo...” (E 1)*

*“allá si creen (en relación a Pucallpa) porque hay con que curarlo...acá en Lima no hay...entonces, queda llevarlo al médico...” (E 6 madre con 10 años de residencia en Lima)*

En estas citas se rescata que las madres que eligieron acudir al centro de salud como ruta terapéutica principal lo hacen por resignación, es decir, el tiempo y la carencia de recursos naturales obliga a la madre Shipibo Conibo a hacer uso de los servicios de salud porque no tienen otra alternativa.

Si se busca una explicación a este suceso se comprobaría la Teoría Cognitiva Cultural (Strauss y Quinn 1997), quienes manifiestan que los comportamientos culturales están en continuo cambio, que ante situaciones inesperadas las personas aplican un nuevo comportamiento que les dé una solución. A medida que este comportamiento continua, se reafirma, hasta convertirse en un hábito y una nueva creencia. No es la fuerza motivacional que influye en este suceso, es la situación o contexto que obliga a las madres a cambiar su accionar ante la enfermedad de sus hijos. Si ellas tuvieran los recursos naturales para tratar a sus hijos con la medicina tradicional, posiblemente no tendrían la necesidad de acceder prioritariamente a los sistemas de salud institucionalizados.

Reflexionando sobre este tema, se evidencia similitud con los trabajos realizados en Chile y Brasil, citados anteriormente, donde refuerzan el dato que las madres en algunas oportunidades combinan los saberes de los sistemas de salud tradicional e institucionalizado, la mezcla y el rescate de algunas prácticas de ambas medicinas permite a la madre tener una opción de salud.

Es justamente esa situación la que fomenta la importancia y necesidad de aplicar la adecuación cultural o armonización de los sistemas de salud, esto permitiría no sólo la revalorización del saber ancestral y de la cultura del poblador, sino además el fortalecimiento de las habilidades sociales del personal de salud.

Lidia Aparhecida y colaboradores en su trabajo de investigación “Significado Cultural del Cuidado humanizado en la UTI: mucho se habla y poco se vive “,elaborado en Brasil el año 2002, afirma que los significados culturales son explicaciones de cómo la persona percibe y comprende el mundo que habita, además refiere que la enfermera tiene responsabilidades y compromisos ético- profesionales para rescatar el sentido del cuidado a través de la comprensión de que el ser humano debe buscarse así mismo en su esencia para poder tratar a otros de forma integral.

Logrando el sistema de salud institucionalizado estas competencias, tanto la armonización del sistema de salud y el fortalecimiento del cuidado culturalmente coherente, la madre sentiría que acceder a un servicio de salud formal no implica negar sus creencias, sino que ambas fueron conjugadas en beneficio de la salud de sus hijos y de la comunidad.

Lamentablemente en la actualidad no hay visos de llegar a este gran objetivo, sólo tenemos las bases o cimientos más no estructuras

armónicas, es por ello, que la madre Shipibo Conibo tiene que hacer uso de su clasificación de enfermedades y agentes terapéuticos.

Considerando la importancia de ambas medicinas en la vida de la madre y el niño Shipibo Conibo, es necesario profundizar el análisis en las siguientes sub. categorías:

**a) CONSIDERANDO, CON EL MISMO RANGO, AL CURANDERO Y PERSONAL DE SALUD.**

Durante la realización de las entrevistas a las madres ciertos personajes adquirirían forma y presencia: el curandero y el personal de salud (médico, enfermera y obstétrices); la peculiaridad que se presentaba estaba en relación a la situación de jerarquía e importancia existente entre ellos, dentro de la atención al niño Shipibo Conibo. Para la madre ninguna de estos actores de salud goza de mayor protagonismo, para ella ambos se encuentran al mismo nivel:

*“El curandero cuando le lleves al niño al toque sabe que tiene, ah ya esto y esto y le cura y se sana, a ver a ver (gesticula con las manos)...miran también pues como enfermeros, como médicos...” (E1 Madre con 06 año de residencia en Lima)*

*“Ellos son colaboradores también (los profesionales de salud)... colaboran con nosotros, yo no veo a ninguno de los dos que no son buenos, ambos son buenos tanto los médicos como los curanderos “(E2 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“En el centro de salud me atienden bien, revisan a mi hijo, le ven lo que tiene para que lo puedan curar... ellos (los profesionales de salud) también son buenos... yo los veo igual que el curandero...los dos son buenos, porque te curan...” (E10 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

George Forest (1964) afirma que no todos los elementos de una cultura pueden combinarse, que algunas veces la contraposición de funciones genera necesidad de cambio y elección, siendo la cultura misma a veces una barrera para el cambio. Se aprecia en las referencias de las madres que la estructura socio-cultural de los actores de salud, no goza de jerarquía ni liderazgos, más bien para la madre ambos tienen la misma consideración y protagonismo. Este es un ejemplo del proceso de adaptación cultural, aceptando lo nuevo sin rechazar lo conocido.

#### **b) DANDO A CADA ENFERMEDAD UN AGENTE TERAPEUTICO DIFERENTE.**

En esta sub. Categoría se aprecia la caracterización de enfermedades y agentes terapéuticos en las madres de la etnia Shipibo – Conibo.

Para ellas es importante identificar el agente terapéutico idóneo para tratar la enfermedad de su hijo, descubrir si el tratamiento es más de componente orgánico (profesional de salud) o espiritual y restaurador (curandero, chaman, entre otros). Lo afirmado se deriva de las siguientes expresiones.

*“Cuando se enferma primero veo lo que tiene, si es fiebre, diarrea, vómito, qué es lo que tiene...” (E 10 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“El niño vomita porque puede estar cutipado, con mal aire o asustado...entonces eso hace mal al niño, y el curandero lo ve mediante el don de la ayahuasca... las diarreas pueden ser por infección... el dolor de cabeza también es para llevar a la posta...no hay cura con la medicina tradicional...” (E2 madre con 01 año de residencia en Lima)*

En el análisis situacional de salud de la etnia Shipibo Conibo se registra que las enfermedades que generalmente son atendidas por un profesional de salud son leves, tienen una causa evidente, comprobada efectividad de los remedios químicos o resultan poco manejables por los agentes tradicionales. En las madres entrevistadas se puede apreciar que se van aclarando y ampliando más los casos en los que llevan a su niño al centro de salud, identifican conceptos como “infección”, “medicinas”, “pastillas” y “ampollas”

*“Ahí(centro de salud) lo llevamos cuando el bebe se hace una herida, tienen fiebre...eso lo cura el médico, porque le puede dar una infección...ahí necesita pastillas...” (E3 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“Si es una fiebre, el curandero no la puede curar...para eso se necesitan pastillas...” (E10 madre con 01 año de residencia en Lima)*

*“Cuando tienen fiebre, heridas lo llevo al médico para que le de sus pastillas, le puede dar una infección a mi hijo, le puede hacer mal...para eso se necesita medicinas, ampollas...” (E12 madre con 05 años de residencia en Lima)*

*“A veces también no cura... porque es para que sane con pastilla, con remedio, con receta y eso a veces el curandero no puede sanar...” (E1 Madre con 06 años de residencia en Lima)*

Dentro de la cosmovisión que tiene la madre Shipibo Conibo del proceso de salud – enfermedad del niño, los curanderos o agentes tradicionales de salud son los encargados de restaurar el equilibrio interno del niño. Se acude a ellos en casos de enfermedades caracterizadas culturalmente, como: el susto, mal aire, cutipado, entre otros, estas enfermedades poseen una causa mágica, sintomatología conocida y un tratamiento más espiritual.

*“Cuando le da mal aire, le llevo al médico (se refiere al curandero), él le da sus preparados medicinales y así se curó mi hijita” (E5 madre con 08 año de residencia en Lima)*

*“Al curandero voy cuando mi hijito tienen diarrea, vómito, tiene la barriga hinchada, ahí lo llevo...” (E12 Madre con 05 año de residencia en Lima)*

*“La diarrea, el mal aire puede ser porque está cutipado o con mal aire...eso lo detecta el curandero y lo cura...” (E10 Madre con 01 año de residencia en Lima)*

Los síndromes culturales tienen una adherencia importante en la vida y mente de las madres Shipibo Conibo, manteniéndose invariante en algunas de ellas a pesar del cambio de hábitat y que las características de su realidad, actualmente, son sumamente diferentes al modo de vida que tenían en Pucallpa.

## **CAPITULO IV**

### **CONSIDERACIONES FINALES**

La metodología empleada en el estudio permitió a la investigadora fortalecer su capacidad de establecer relaciones interpersonales con personas de cultura diferente, además de fomentar el interés por el área de antropología de la salud. Este trabajo representó un gran reto porque significaba conocer y comprender un mundo culturalmente diferente, donde el mundo simbólico adquiere una connotación especial, siendo importante la valoración de este mundo para brindar un cuidado culturalmente congruente.

Es así, que en el presente estudio se ha logrado comprender el significado cultural que las madres otorgan al acceso a los servicios de salud para la atención de sus niños menores de 5 años. Para algunas de ellas acceder a un centro de salud pasa de ser una alternativa a una opción principal, asignándole la característica impuesta por el contexto. En otros casos, las creencias y costumbres orientan a la madre a hacer uso de la medicina tradicional como principal soporte de salud.

Siendo el objetivo principal del presente estudio comprender el significado cultural de las madres en relación al acceso a los servicios de salud, fué necesario profundizar en conceptos básicos y claves para lograr una mayor comprensión y compenetración con el trabajo. Es así que emergieron categorías y subcategorías que favorecieron ahondar en el pensamiento de la madre Shipibo Conibo, revalorando sus creencias, costumbres y la mirada que le dan al proceso salud enfermedad en sus niños, a la vez permitió identificar las rutas terapéuticas y el sustento de cada una de ellas.



En este marco emergió la primera categoría de estudio: **Encontrando el significado a la salud y enfermedad**, en esta categoría se rescata las asociaciones que las madres Shipibo Conibo realizan en torno a los conceptos salud y enfermedad, conjugan frases que permiten analizar su mirada hacia estos conceptos, llegando a interpretarlos en *el cómo se ven y cómo se sienten*.

En el análisis emergen dos sub. Categorías que permiten tener una interpretación más clara del pensamiento de la madre Shipibo Conibo en relación a la salud y enfermedad. La primera sub. Categoría: **Salud sinónimo de actividad, felicidad y apetito**, revela que las madres asocian el concepto de estar sano con las actividades que sus hijos realizan. Para ellas el que sus hijos salten, corran, coman y estén en continuo movimiento demuestra que gozan de salud, es decir, están sanos; la energía que derrochan es fruto de alegría en la familia. Esta interpretación permanece vigente a pesar del cambio de hábitat y del tiempo de residencia en Lima; se reafirma que la madre evalúa la salud a través de la actividad y movimiento, Para una madre Shipibo Conibo no hay mayor reflejo de que sus hijos están sanos sino a través de la actividad y la felicidad que demuestran.

La segunda sub. Categoría **Enfermedad sinónimo de intranquilidad, dolor, sufrimiento e inapetencia**, revela que el concepto de enfermedad está asociado al cómo se sienten los niños y cómo lo expresan; en este caso expresan enfermedad a través del llanto, intranquilidad, inapetencia, dolor, es decir, para la madre Shipibo Conibo un niño está enfermo cuando manifiestan lo antes mencionado.

De ambas sub. categorías se rescata que los conceptos se entrelazan y se contraponen, mientras que estar sano "*jacon*" es *sentirse bien*, feliz, alegre con ánimo de conocer y descubrir el mundo

donde la alimentación es la base para obtener energía, el estar enfermo “isnai” es sentirse mal, sin ánimo para realizar acciones, puesto que no hay motivación ni energía, por la inapetencia.

La categoría emergente “**Encontrando el significado al origen de la enfermedad**”, evidencia que para las madres de la etnia Shipibo Conibo el origen de las enfermedades presenta cierta variación con el cambio de contexto, dada su condición de comunidad migrante, confiriéndoles nuevas interpretaciones a las causas de la enfermedad.

Por un lado, las madres que presentan menor tiempo de residencia en Lima, conservan sus creencias en torno a la causalidad mágica de la enfermedad, a diferencia de las madres que tienen un mayor tiempo de residencia en Lima quienes otorgan otros orígenes a la enfermedad.

En el análisis emergieron tres sub. categorías que permiten ahondar en el tema.

La primera sub. Categoría **Descuidando al niño en su atención: Enfermedad evidente**, revela que las madres asocian el descuido al niño, durante su atención, con generación de enfermedad; se rescata frases como “*Se enferman principalmente por descuido...*”, “*...se enferman porque a veces la madre se descuida con sus hijos*”, estas frases dejan entrever que las madres sienten cierto grado de culpabilidad cuando sus hijos se enferman; para ellas su rol de madre es ser protectoras y vigías de la salud de sus hijos. La intensidad del vínculo madre – hijo puede estar influenciado por el cambio de hábitat, debido a que en este nuevo hogar no se realiza la división de roles en la formación de los niños, por ello la madre permanece más tiempo con sus hijos. Esta interpretación del origen de la enfermedad se observa

con mayor fuerza en las madres que llevan residiendo mas tiempo en Lima.

La segunda sub. Categoría **Encontrando causas mágicas a la enfermedad** revela el significado mágico religioso que las madres le otorgan al agente causal de las enfermedades, reflejando el componente animista en esta etnia. El significado mágico religioso disminuye a medida que aumenta el tiempo de residencia de las madres en Lima. Otorgan nombres específicos a ciertas sintomatologías orgánicas, a quienes les asignan un componente espiritual, es así que se rescata nombres como “cutipado”, “mal aire”, “susto”, entre otras. Este conjunto de enfermedades tradicionales han sido reconocidas por el sistema oficial de salud como síndromes culturales.

En la tercera sub. Categoría **Enfermarse forma parte del Crecimiento** revela que algunas madres Shipibo Conibo consideran que la enfermedad forma parte del crecimiento de sus niños, para ellas la salud llega con el tiempo y la madurez, es decir enferman más los niños pequeños; esta interpretación es más notoria en las madres que tienen un mayor tiempo de residencia en Lima; añaden que estas enfermedades pueden ser producto del contexto donde viven y que forman parte del crecimiento del niño.

En la categoría emergente **Accediendo al Sistema Tradicional de Salud: Las creencias y el Tiempo** se rescata la interpretación e importancia que las madres asignan al sistema tradicional de salud; en esta categoría las madres consideran a sus creencias, valores y costumbres como una alternativa de atención en salud, en algunos casos alternativa principal y en otros, secundario.

Para profundizar en ello es necesario revisar las sub. Categorías que la integran:

La primera sub. Categoría **El curandero: poseedor de un don y una preparación especial** revela el significado que tiene este personaje en la vida de las madres Shipibo Conibo, el curandero es reconocido como alguien elegido por la naturaleza para brindar un cuidado, este personaje debe estar sometido a una preparación especial, exigente y es esta preparación la que le concede la característica de eficaz.

En la segunda sub. Categoría **El curandero examina, trata y cura de mano de la naturaleza**, la madre considera que la característica de bueno, eficaz y certero que posee el curandero se halla en los recursos que él emplea. Él trabaja con plantas, con rituales mágicos que le conceden el poder de curación. Para la madre este componente natural es de suma importancia, ya que ellas reconocen que la naturaleza no les puede hacer ningún mal a sus hijos, sino al contrario, los cura.

En la tercera sub. Categoría **Familiaridad, confianza y no condicionamiento económico fortalecen el acceso a la medicina tradicional**, se rescata que el vínculo afectivo y familiar permite que se establezca una relación de calidad y empatía con el curandero, las madres califican al curandero como “conocido”, “propio de la comunidad”. Además refuerzan que las relaciones terapéuticas que se establecen con este agente tradicional de salud no se restringen al factor económico, sino al contrario éste puede no tener prioridad. Sin duda estos factores fortalecen el acceso a esta medicina, ya que aparte de ser propias de la comunidad le agregan la característica de confiable y no interesada económicamente.

En la cuarta sub. Categoría **Las creencias pierden vigor con el tiempo y el cambio de realidad** revela que algunas creencias y/o tradiciones están perdiendo vigor e intensidad, el cambio de hábitat y la imposibilidad de contar con sus recursos naturales y curativos limitan a

la madre a que pueda ejercer sus practicas tradicionales de salud. En algunos casos la concepción de una salud conjugada a la naturaleza no se presenta como una respuesta cercana a aplicar.

La cuarta categoría **Reconociendo los Servicios de Salud** revela las interpretaciones culturales que las madres Shipibo Conibo otorgan a este acceso. Para comprender e interiorizar esta interpretación es necesario revisar las sub. Categorías que la conforman.

En la primera sub. Categoría **Centro de salud: lugar donde recuperas la salud** se evidencia la definición que las madres le conceden a este espacio físico. Para ellas el centro de salud sólo adquiere vigencia en casos de enfermedad, no le reconocen su carácter preventivo – promocional. En las madres con mayor tiempo de residencia en Lima se aprecia que el concepto es más específico y adquiere forma, porque identifican la utilidad del centro y al personal de salud. En cambio, las madres que presentan menor tiempo de residencia en Lima le asignan al centro de salud la característica de tratar, más no el de curar.

En la segunda sub. Categoría **Personal de Salud: posee preparación académica** revela que las madres reconocen e identifican al personal de salud y le confieren la posesión de una preparación académica más no el de un don natural. Ellas coinciden en que el profesional de salud no posee ese don, que sí tiene el curandero, pero que cuenta con una preparación que le permite atender a las personas.

En la tercera sub. Categoría **La relación madre Shipibo Conibo – personal de salud: el trato y el tiempo de espera**, hace hincapié en el significado que otorga la madre a la atención que recibe, ellas califican esta atención como “buena”, “no saben tratar”, “tratan

mal", "el personal se molesta", entre otras. Estas aseveraciones adquieren más rigurosidad en las madres que llevan menos tiempo viviendo en Lima, porque el choque cultural es más intenso, se encuentran ante una realidad extraña y diferente; las madres con mayor tiempo en Lima profundizan en las razones del por qué de la molestia de los profesionales.

Es importante precisar que en este grupo poblacional no es la atención que recibe la que adquiere importancia, sino cómo se la brinda el trabajador de salud. El profesional de salud debe poseer una formación cultural que le permita una interacción armónica y respetuosa con este tipo de poblaciones.

Otro aspecto que adquiere valor en la decisión al acceso a los servicios de salud es el tiempo de espera, las madres Shipibo Conibo aún no se acostumbran a los procesos de atención en Lima, lo comparan con las experiencias tenidas en Pucallpa, considerándolo como demasiado tiempo el que invierten para ser atendidas. Para ellas el tiempo adquiere vital importancia, siendo a veces éste el que influye para optar por un sistema de salud más rápido y eficaz, su medicina tradicional

Finalmente en la categoría emergente **El acceso a los Servicios de Salud ¿Primera elección o una alternativa secundaria?** se evidencia la interpretación que tiene la madre en relación a la demanda y acceso a los servicios de salud. Se encuentra diferencias en el actuar de las madres entrevistadas, tales diferencias tienen relación con el tiempo de residencia en Lima, por un lado están las madres que ante una enfermedad acceden a un centro de salud prioritariamente y por el otro están las madres que hacen uso de la medicina tradicional. Este suceso adquiere

importancia cuando las opciones escogidas no tienen la efectividad deseada, si ese fuera el caso la madre hace uso de la otra opción, es decir la madre hace uso de ambos saberes. Cabe recalcar que las madres que acceden prioritariamente a un centro de salud, no lo hacen por motivación propia sino obligada por el contexto. Si ellas tuvieran los recursos naturales para atender a sus hijos, probablemente no llegarían a hacer uso del sistema de salud formal. Para ahondar en el sustento de la elección es necesario ver las siguientes sub. categorías.

La primera sub. Categoría **Curandero y Personal de Salud gozan del mismo rango** revela que para las madres Shipibo Conibo no existe jerarquía entre el curandero y el Personal de salud, ella le otorga a ambos la misma posición social, este vendría a ser un ejemplo del fenómeno de adaptación cultural.

En la segunda sub. Categoría **Para cada enfermedad un agente terapéutico diferente** revela la síntesis del proceso de atención de salud en los niños Shipibo Conibo. Para la madre los conceptos de salud, enfermedad, causalidad y ruta terapéutica se encuentran claramente diferenciados. Para ella es importante identificar el agente terapéutico idóneo, descubrir si el tratamiento es más de componente orgánico, necesitando la intervención de un profesional de salud, o si es espiritual y restaurador, siendo necesario recurrir al curandero, chaman, entre otros. Es en base a esto la madre tiene establecido claramente su accionar, ella identifica la probable enfermedad de su hijo y le asigna el agente terapéutico y recurre a él. Cuando este proceso de identificar se torna ambiguo, la madre toma la decisión de optar por uno de estos saberes en base a sus creencias y a su fé.

## RECOMENDACIONES

En base a lo revisado en el presente trabajo de investigación donde se destaca la importancia de la revaloración de lo nuestro, y el respeto por la diversidad cultural, se considera necesario recomendar lo siguiente:

- Que se fortalezca en el nivel de Pregrado de Enfermería la enseñanza de la metodología cualitativa fortaleciendo la formación de futuros profesionales con habilidades para el estudio del mundo subjetivo del sujeto de cuidado.
- Que se incorpore en las líneas de investigación de la E.A.P. Enfermería el enfoque de interculturalidad en salud permitiendo la revalorización de la diversidad sociocultural de nuestro país.
- Garantizar en la formación del estudiante de Enfermería el desarrollo de habilidades que le permitan aflorar y fortalecer su sensibilidad cultural, en busca de garantizar cuidados culturalmente competentes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alarcon M, Ana M, Vidal H, Aldo y Neira Rozas, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile, sep. 2003, vol.131, no.9, p.106. ISSN 0034-9887.
2. Centro de Investigación Social de Ayacucho. El Enfoque Intercultural en el Mejoramiento de la Calidad de Salud [en línea]. <http://www.ceisaperu.org/node/43> [ citado en 02 de noviembre de 2007]
3. Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007. Washington D.C. 2004 pág. 6
4. Organización Panamericana de la Salud. 138º Sesión Ejecutiva. Rev. 2 (Esp.) 19 junio 2006. Pág. 5
5. Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007. Óp. Cit. Pág. 2-3
6. Organización Panamericana de la Salud. Óp. Cit. Pág. 4
7. Grupo Internacional de Trabajo en Asuntos Indígenas. El mundo Indígena 2006. Copenhague. Dinamarca. 2006 Pág. 12
8. Organización Panamericana de la Salud. 138º Sesión Ejecutiva. Rev. 2 (Esp.) 19 junio 2006. Pág. 3
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas. Rev. Desafíos. Enero 2008. N° 6. Pág. 24. ISSN 1816-7535.
10. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas. Washington D.C. 200 pág. 8-9
11. Organización Panamericana de la Salud. Hacia el abordaje Integral de la Salud. Washington D.C. 2000. Pág. 8-9
12. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud: Una Revisión de Prácticas y Tendencias. Washington D.C. 2004. Pág. 25-26

13. Centro de Investigación Social de Ayacucho. El Enfoque Intercultural en el Mejoramiento de la Calidad de Salud [en línea]. <http://www.ceisaperu.org/node/43> [ citado en 02 de noviembre de 2007]
14. Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro Peruanos (INDEPA). Mapa Etnolingüístico. [en línea]. <http://www.indepa.gob.pe/index.php> [ citado en 02 de noviembre de 2007]
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 -2005. Lima. Pág. 107 - 110
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). I Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia. Lima. 1993. Pág. 14-18
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007. Lima.2008 . Pág 46-47
18. Ibid. Pag 84-85
19. Ibid. Pág. 106-109
20. Ministerio de Salud. Plan General de Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas – 2005. Lima. pág. 4-6.
21. Organización Panamericana de la Salud. Óp. Cit. Pág. 5
22. Centro de Investigación Social de Ayacucho. El Enfoque Intercultural en el Mejoramiento de la Calidad de Salud [en línea]. <http://www.ceisaperu.org/node/43> [ citado en 02 de noviembre de 2007]
23. Fernández-García V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev. Enferm IMSS 2006; 14 (1): 54
24. Manuel López Morales, Regina Barra Arias, David Núñez Maldonado, Sandra Jofré Rivas. Interculturalidad en los Servicios de Salud: el caso de la comunidad mapuche de la costa de Valdivia (Chile).Índex de enfermería. ISSN 1132-1296, Año 12, N°. 43, 2003 , págs. 50-54 24

25. Carvalho Vila, Vanessa da Silva. Aparecida Rossi, Silvia. Significado Cultural del Cuidado Humanizado en la Unidad de Terapia Intensiva: Mucho se habla y poco se vive (Brasil). Rev Latino-am Enfermagem 2002 marzo-abril; Año 10, Vº 2, Págs. 137-44
26. Alarcón Muñoz, Ana María, Vidal Herrera Aldo Conrado. Dimensiones Culturales en el Proceso de Atención Primaria Infantil: Perspectivas de las Madres. Salud pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 47, Nº. 6, 2005, págs. 440-446
27. Kreutz, Irene; Gaiva, María Aparecida Munhoz, Azevedo, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes socio-culturales e históricos de las prácticas populares de prevención y curación de las enfermedades de un grupo cultural. Texto contexto - enferm., Enero. /Marzo. 2006, vol.15, no.1, p.89-97. ISSN 0104-0707.
28. Maeve Hautecoeur, María Victoria Zunzunegui, Bilkis Vissandjee, Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Revista de Salud Pública México. Volumen 49 Nº.2 marzo –abril. 2007. Paginas. 112-118
29. Arcaya Moncada, María, García Arias, Gladys, Infante Contreras, María. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Texto & Contexto – Enfermagem 2007. ISSN 0104-0707.2007, Volumen 16, Nº 4, pp. 680-687.
30. Francke, Marfil; Reynoso, Raquel .Salud y Enfermedad en los Margenes, Diagnóstico Participativo en Comunidades Peruanas que Sufren Pobreza y Exclusión. Consorcio de Investigación Económica y Social: Observatorio del Derecho a la salud -CIESCARE PERU. Lima . 2007 pág. 12-16.

31. Rodríguez Salazar, Tania. Cultura y Cognición: entre la sociedad y al naturaleza. Revista Mexicana de Sociología. ISSN 0188-2503. Vol. 68. N° 03. 2006. Págs. 399-341.
32. Strauss y Quinn. "Implicaciones para una teoría de la cultura: Una teoría cognitiva del significado cultural (1997) [en línea]. <http://www.paginasprodigy.com/peimber/BIBLIO.HTML> [ citado en 10 de febrero del 2009]
33. Pedroso de Morales Feltes, Heloisa. Semantica Cognitiva. Ihlas, pontes e teias. EDIPUCRS.1º Edicion. Brasil.2002. Págs. 24-27.
34. Rodríguez Salazar, Tania. Óp. Cit. Págs. 404
35. Strauss y Quinn. Óp. Cit. Págs. 2-3
36. Rodríguez Salazar, Tania. Óp. Cit. Págs. 46-408
37. Organización de las Naciones Unidas. Seminario Sobre Recopilación y desglose de datos relativos a los Pueblos Indígenas. Nueva York, 2004. Pág. 3.
38. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 2003. México D. F. pág. 4.
39. Constitución Política del Perú. Lima. 1993. Pág. 6.
40. Rivera Palomino, J. Pensamiento amazónico: sobre naturaleza, sociedad y hombre. Rev. Logos Latinoamericano Año 1, N° 1, 1994 Logos Latinoamericano. Pág. 26-28.
41. Organización Panamericana de la Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 24. Washington, DC., 2002. Pág.. 14-15
42. Cárdenas Timoteo, Clara. Los Unaya y su cosmovisión del Mundo Shipibo Conibo. CAAAP. Lima . 1989. Pág. 24-28

43. Valenzuela M. Pilar. Característica morfosintácticas del idioma shipibokonibo del Ucayali. Boletín de la Academia Peruana de la Lengua . U.N.M.S.M. 2000.
44. Cárdenas Timoteo, Clara. Los Unaya y su cosmovisión del Mundo Shipibo Conibo. CAAAP. Lima . 1989. Pág. 22-28
45. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Shipibo – Conibo. Oficina General De Epidemiología MINSA. Lima. 2002. Pág.80-81.
46. Ibíd. Pág. 81-83
47. Cárdenas Timoteo, Clara.Op. Cit. Pág. 47-49
48. Tournon, Jacques. La merma mágica: vida e historia de los Shipibo-Conibo del Ucayali. CAAAP. Lima . 2002. Pág. 46-52
49. Ministerio de Salud. Óp. Cit. Pág. 94=116
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).Op. Cit. Pág. 57-58
51. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas. Washington D.C. 2000 pág. 8-9
52. Organización Panamericana de la Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 24. Washington, DC., 2002.
53. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas. Washington D.C. 2000 pág. 8-9
54. Ministerio de Salud. Programa Salud de los Pueblos Indígenas. C.E.N.S.I.. Lima. 2004. Pág. 6.
55. Organización Mundial de la Salud. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo - 103º Reunión Ejecutiva. Washington D.C. Diciembre 1998. Pág. 3
56. Organización Panamericana de la Salud. Óp. Cit. Pág. 09

57. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima. 2000 pag.8
58. Defensoría del Pueblo. La salud de las Comunidades Nativas. Un reto para el Estado. Lima. 2008. Pág. 46-50
59. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Óp. Cit. pág. 62
60. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). XI de Población y VI de Vivienda y el II Censo de Comunidades Indígenas 2007. Lima .2008. Pág 68 y 73
61. Foster M. George. Las culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos. Fondo de Cultura Económica. México. 1964. Pág. 67
62. Ministerio de Salud de México. Las Barreras Culturales en los Servicios de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. México D.F. 2004. pág. 4
63. Tournon, Jacques. La merma mágica: vida e historia de los Shipibo-Conibo del Ucayali. CAAAP. Lima. 2002. Pág. 67-69
64. Cárdenas Timoteo, Clara. Óp. Cit. Pág. 68-67.
65. Foster M., George. Óp. Cit. 74-75
66. Cárdenas Timoteo, Clara. Óp. Cit. Pág. 73-75
67. Foster M. George. Óp. Cit. 77
68. Ministerio de Salud de México. Óp. Cit. Pág. 7
69. Fernández-García Victoria. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev. Enfermería IMSS 2006. Pág. 51-55.
70. Spector, R. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. Revista Cultura de los Cuidados IV-7/8. 2006. Pág. 116-127.
71. Organización Panamericana de la Salud. Óp. Cit Pág. 47 – 49
72. Ibíd. Pág. 56.
73. Ibíd. Pág. 61.
74. Galeano Marín, Maria Eumelia. Diseño de proyectos en la Investigación Cualitativa. Colombia. 1º Edición. 2004. Pág. 18

75. Anselm Strauss, Juliet Corbin, Corbin Julie. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia. 1º Edición 2002. Pág. 10-11
76. Lenise do Prado, Marta y coautores. Investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases conceptuales. Serie Paltex Salud y sociedad 2000 N° 9. Pág. ix
77. De la Cuesta, Carmen. Investigación Cualitativa y Enfermería. Revista Index de Enfermería. Edición digital 2000. ISSN: 1699-5988. Pág. 27-29
78. Wolcott Harry, Transformación de datos cualitativos: Descripción, análisis e interpretación. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería. Colombia. 1º Edición. 2003. Pág 124 – 126.
79. Lenise do Prado, Marta. Op. Cit. Pág. 132
80. Flick. Fundación PADEIA Galiza. Introducción a la investigación Cualitativa. Ediciones Morata. 2º Edición. 2004. Pág. 32.
81. Lenise do Prado, Marta y coautores. Óp. Cit. Pág. 140-141.
82. Carlos Alvarez-Dardet Díaz. Promoción de la Salud y cambio Social. Editorial Elsevier. España. 1º Edición. 2000. Pág. 86-87.
83. Rivera Palomino, J. Óp. Cit. Pág. 26-28.
84. Cárdenas Timoteo, Clara. Óp. Cit. Pág. 24-28
85. Ibid. Pág. 26-28
86. I.N.E.I. Op. Cit. Pág. 57-58
87. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Óp. cit. Pág 24
88. I.N.E.I. Óp. Cit. Pág. 26.
89. Ministerio de Salud. Óp. Cit. 64.
90. I.N.E.I. Óp. Cit. Pág. 27.

## BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE, Ángel “Etnografía – Metodología cualitativa en la investigación sociocultural”.Editorial Alfa omega. Grupo Editor México. 1997.
2. ANSELM Strauss, Juliet Corbin, Corbin Julie. Bases de la investigación cualitativa: Tecnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada. Colombia. 1º Edición 2002.
3. CARDENAS Timoteo, Clara. Los Unaya y su cosmovisión del Mundo Shipibo Conibo. CAAAP. Lima. 1989.
4. ALVAREZ-DARDET Díaz, Carlos. Promoción de la Salud y cambio Social. Editorial Elsevier. España. 1º Edición. 2000.
5. COFFEY, Amanda. “Encontrar Sentido a los Datos Cualitativos”. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2003.
6. ESPINO, Susana “El cuidado de la Salud y el significado para enfermería”.Conferencia presentada en el Colegio de Enfermeros del Perú. Lima. Agosto 2000
7. FLICK. Fundación PADEIA Galiza. Introducción a la investigación Cualitativa. Ediciones Morata. 2º Edición. 2004.
8. FOSTER M. , George. Las culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos. Fondo de Cultura Económica. México. 1964.
9. FRANCKE, Marfil; REYNOSO, Raquel .Salud y Enfermedad en los Márgenes, Diagnóstico Participativo en Comunidades Peruanas que Sufren Pobreza y Exclusión. Consorcio de Investigación Económica y Social: Observatorio del Derecho a la salud- CIESCARE PERU. Lima . 2007
10. GRUPO INTERNACIONAL DE TRABAJO EN ASUNTOS INDÍGENAS. El mundo Indígena 2006. Copenhague. Dinamarca. 2006.



11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 - 2005. Lima.2006.
12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). I Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía. Lima. 1993
13. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía. Lima. 2008
14. KEROUAC, Suzanne “El Pensamiento Enfermero”. Editorial. Etudes Masson. España. 1996
15. LENISE DO PRADO, Marta y coautores. Investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases conceptuales. Serie Paltex Salud y sociedad 2000 N° 9.
16. LOWIE, Robert. “Antropología Cultural”. Editorial. Rusel. 3ro edición. EE.UU. 1995
17. MARVIN Harris. Antropología cultural. Alianza Editorial Madrid. 1998
18. MINISTERIO DE SALUD DE MÉXICO. Las Barreras Culturales en los Servicios de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. México D.F. 2004.
19. MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Shipibo – Conibo. Oficina General De Epidemiología Ministerio de Salud. Lima. 2002.
20. MINISTERIO DE SALUD. Plan General de Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas – 2005
21. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Seminario Sobre Recopilación y desglose de datos relativos a los Pueblos Indígenas. Nueva York, 2004.
22. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 2003. México D. F

23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo - 103º Reunión Ejecutiva. Washington D.C. Diciembre 1998.
24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 138º Sesión Ejecutiva. Rev. 2 (Esp.) 19 junio 2006.
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Serie Salud de los Pueblos Indígenas No. 24. Washington, DC. 2002.
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud: Una Revisión de Prácticas y Tendencias. Washington D.C. 2004
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el abordaje Integral de la Salud. Washington D.C. 2000.
28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas. Washington D.C. 200
29. PROGRAMA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS. Plan de Acción 2005-2007. Washington D.C. 2004.
30. TORRALBAI, Francesc "Antropología del cuidar".Editorial. Lormo. Fundación Mapre Medicina. España.1998.
31. TOURNON, Jacques. La merma mágica: vida e historia de los Shipibo-Conibo del Ucayali. CAAAP. Lima . 2002
32. VALENZUELA M. Pilar. Característica morfosintácticas del idioma shipibo-konibo del Ucayali. Boletín de la Academia Peruana de la Lengua . U.N.M.S.M. 2000.
33. WOLCOTT Harry, Transformación de datos cualitativos: Descripción, análisis e interpretación. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería. Colombia. 1º Edición.2003

## REVISTAS :

1. ALARCON M, Ana M, VIDAL H, Aldo y NEIRA ROZAS, Jaime. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". Revista. Méd. Chile, sep. 2003, Vol.131, no.9,. ISSN 0034-9887.
2. ALARCÓN Muñoz, Ana María, VIDAL Herrera Aldo. "Dimensiones Culturales en el Proceso de Atención Primaria Infantil: Perspectivas De Las Madres". Revista Salud pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 47, N° 6, 2005,
3. ARCAYA Moncada, Maria, GARCÍA Arias, Gladys, INFANTE Contreras, Maria. "Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú". Revista [Texto & Contexto – Enfermagem 2007](#). ISSN 0104-0707.2007, Volumen 16, N° 4,.
4. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). "La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas". Revista Desafíos. Enero 2008. N° 6. Pág. 24. ISSN 1816-7535.
5. DE LA CUESTA, Carmen. "Investigación Cualitativa y Enfermería". Revista Index de Enfermería. Edición digital 2000.ISSN: 1699-5988. Pag. 27-29
6. GÓMEZ, Elsa. "Equidad, Género Y Salud: Mitos Y Realidades". Revista SITUA [Vol. 15, N° 1-2, 2006](#). UNMSM
7. FERNÁNDEZ-García V. "[Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano](#)". Revista Enfermería IMSS 2006; 14 (1): 54
8. KREUTZ, Irene; GAIVA, María Aparecida Munhoz Acevedo, Rosemeiry Capriata de Souza. "Determinantes socio-culturales e históricos de las prácticas populares de prevención y curación de las enfermedades de un

- grupo cultural”. Revista Texto contexto – enfermería. Enero- Marzo. 2006, Vol.15, no.1. ISSN 0104-0707.
9. MAEVE Hautecoeur, ZUNZUNEGUI, María Victoria; BILKIS Vissandjee, “Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala”. Revista de Salud Pública México. Volumen 49 N°2 marzo –abril. 2007.
  10. LÓPEZ Morales, Manuel. BARRA Arias, Regina. NÚÑEZ Maldonado, David. “Interculturalidad en los Servicios de Salud: el caso de la comunidad mapuche de la costa de Valdivia (Chile)”. Revista Index de enfermería. ISSN 1132-1296. Año 12. N°. 43. 2003.
  11. RODRÍGUEZ Salazar, Tania.”Cultura y Cognición: entre la sociedad y al naturaleza”. Revista Mexicana de Sociología. ISSN 0188-2503. Vol. 68. N° 03. 2006. Págs. 399-341.
  12. SPECTOR, R. “La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro”. Revista Cultura de los Cuidados IV-7/8. 2006.

# **ANEXOS**

## ANEXO A



*Universidad Nacional Mayor De San Marcos*  
*Escuela Académico Profesional De Enfermería*



## ENTREVISTA

**Código:.....**

➤ **Fecha:**

**Hora:**

➤ **Introducción:**

Buenos días (tardes) mi nombre es Maria Colán Gómez, soy estudiante de Enfermería en la UNMSM, y con la autorización de las autoridades pertinentes estoy realizando un trabajo de investigación sobre el significado cultural que otorgan las madres, integrantes de la Asociación de Shipibos residentes en Lima ASHIREL, al acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 5 años.

Es por ello que solicito su colaboración y participación en el presente estudio. Cabe mencionar que los datos y/o información que usted me proporcione serán de carácter anónimo y serán de uso exclusivo para la investigación.

➤ **Nº de hijos:**

➤ **Tiempo de residencia :**

➤ **Estado civil :**

➤ **Preguntas:**

1. ¿Cuándo considera usted que su hijo está sano? ¿Y cuándo considera que está enfermo?
2. ¿Cuáles son las razones que usted considera son las causantes de que sus hijos se enfermen?
3. Cuando su niño enferma: ¿qué hace usted?
4. ¿Cuáles son las enfermedades de su niño que son atendidas por un curandero? ¿Y cuáles son atendidas por un médico?
5. ¿Qué es para usted el centro de salud?
6. ¿Cómo es la atención que recibe en el centro de salud? ¿ Está usted satisfecha con esa atención?

## ANEXO B



*Universidad Nacional Mayor De San Marcos*  
*Escuela Académico Profesional De Enfermería*



### CARTILLA DE VERIFICACION DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**TÉCNICA:** Revisión Documental

**OBJETIVO:** Recoger información sobre el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo

**A.-Código que se le asigna:**.....

**B.- Datos del carnet:**

1. Edad del menor:
2. Nº de controles de CRED:
3. Fecha del ultimo control :
4. Peso (ultimo control) :
5. Talla(ultimo control):
6. Estado Nutricional :



- a) Obesidad
- b) Sobrepeso
- c) Normal
- d) Desnutrición Leve
- e) Desnutrición Moderada
- f) Desnutrición Severa

**7. Talla para la edad:**

- a) Normal
- b) Retardo en el crecimiento

**8. Cumplimiento de Inmunización:**

Edad	1º D	2º D	3D	R
BCG				
VPO				
DTP				
VHB				
ASA				
S.P.R.				

**9. Desarrollo Psicomotor**

- a) Adecuado
- b) En proceso

**10. Despistaje de anemia**

- a) Si
- b) No

**11. Uso de Sulfato Ferroso**

- a) Si
- b) No

## ANEXO C

### FORMATO LIBRETA DE CAMPO

**Técnica:** Observación Participante  
**Instrumento:** Formato Libreta de campo  
**Objetivos:** Recoger información sobre las actitudes de las madres en relación al acceso a los servicios de salud para la atención de sus hijos menores de 05 años

**Código de la madre:** .....

**Fecha y hora:** .....

**Lugar:** .....

**Expresiones faciales:** .....

**Expresiones verbales:** .....

**Descripción de la secuencia de los acontecimientos:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANEXO D**  
**MATRIZ DE PROCESAMIENTO Y**  
**ANALISIS DE DATOS**

<b>Unidad de Análisis</b>	<b>Código</b>	<b>Sub. Categoría</b>	<b>Categorías</b>