

Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante

LUZ ÁNGELA ARGOTE, Mg.*, MARTA LUCÍA VÁSQUEZ, Ph.D.*

RESUMEN

Introducción: Entre los países del mundo Colombia ocupa el tercer lugar con más desplazados que, en los últimos quince años son casi dos millones de personas, cuyo mayor porcentaje corresponde a mujeres. Esta «feminización» del desplazamiento, trae consigo para la mujer la ruptura de las relaciones de pareja, la pérdida de su compañero, de los bienes y medios de subsistencia y la convierte en jefe de hogar. Lleva a la ruptura de las redes de apoyo comunitario, a la destrucción de la cohesión social y de la solidaridad y altera la identidad colectiva. Respecto de la salud, muchas gestantes desplazadas no asisten a control prenatal y el cuidado de sí durante este proceso, se relaciona con las tradiciones, creencias y valores que traen pero en el marco de contexto que la situación de desplazadas les confiere. Con el desplazamiento hay gran heterogeneidad cultural, que tiene que ver con las experiencias previas de la mujer y su familia en torno al cuidado durante la gestación.

Objetivo: A partir de sus propios conceptos se exploró qué significa el cuidado de sí y del hijo por nacer en un grupo de mujeres gestantes desplazadas, que viven en el barrio Pampas de Mirador, Cali, con el intento de descubrir las dinámicas y la forma como reconstruyen, en el nuevo entorno social, las prácticas de cuidado que se relacionan con la gestación.

Métodos: Por medio de la etnoenfermería, y para recolectar los datos, se utilizaron entrevistas en profundidad. Se interrogó a nueve mujeres gestantes desplazadas y a dos informantes generales. El tamaño de la muestra se obtuvo con el criterio de saturación de datos.

Hallazgos: La preocupación para las mujeres desplazadas, objeto del estudio, es que el *niño nazca bien* y eso significa que lo conseguirán mientras logren llevar a cabo los cuidados que vieron practicar a la madre, a las tías y a muchas mujeres de su tierra. Están convencidas que en la ciudad será igual a cuando estaban en el campo y que las costumbres durante el período de gestación pueden ser similares a las que conocen. Durante este período, realizan acciones primordialmente orientadas a: «*procurar que el niño se acomode bien*», es decir con la cabecita «boca abajo»; «*evitar hacer una mala fuerza*»; «*mantener en el cuerpo el equilibrio entre el calor y el frío*»; «*alimentarse bien*»; «*transmitir seguridad y bienestar al hijo*» y por último «*cultivar la colaboración y el apoyo familiar*». Los patrones indicados se entrelazan y producen una sinergia en torno a conseguir que el hijo *nazca bien*. Como estas creencias, prácticas y costumbres relacionadas con la maternidad, en ocasiones se consideran irrelevantes en el cuidado que se proporciona en los centros de salud, se generan sentimientos de desconfianza para el uso de los servicios. Conocer cuáles son las prácticas de autocuidado que llevan a cabo las gestantes desplazadas, obliga a un intercambio de saberes que permite determinar cuáles de esas prácticas por su importancia se pueden preservar, cuáles se deben reacomodar o negociar y cuáles se deben reestructurar para que el estado de salud y bienestar de la madre y del hijo por nacer, sea el mejor posible.

Palabras clave: *Cuidado cultural; Enfermería transcultural; Mujeres desplazadas.*

While coping with displacement despair: A healthy child/baby, the pregnant woman's main yearning

SUMMARY

Introduction: Colombia occupies the third place in the world as a country with more displacements approaching two million persons in the last fifteen years and the major percentage corresponds to women. This «feminization» of the displacement, brings with itself the break of couple relations, the loss for the wife of her companion, of the goods and means of subsistence turning her into a household keeper. It takes to break the community support networks, the destruction of the social cohesion and of the solidarity altering the collective identity. With relation to health, a high number of displaced pregnant women do not attend pregnancy health controls and their self care during this process is related to the traditions, beliefs and values that they bring with

* Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: luargote@univalle.edu.co maluvasq@telesat.com.co
Recibido para publicación abril 26, 2007 Aceptado para publicación octubre 19, 2007

them into the context that the displacement situation awards them. The displacement brings a great cultural heterogeneity related to the previous experiences of these women's self care and their families' during pregnancy.

Objective: this research is related to the meaning of the pregnant mother's self care and her child to be born using a group of displaced women living in Pampas del Mirador neighborhood in the city of Cali, and based in their own beliefs. It tries to discover the dynamics and the way they reconstruct the practices of the care related to pregnancy, within their new social tissue.

Method: Ethno nursing includes deep interviews. Nine displaced pregnant women participated in the survey besides two general reporters. The size of the survey was taken by applying the criteria of data saturation.

Findings: The big concern for women is that the child is born well and this means for them that they will achieve this provided they develop the same care they saw their mothers to practice, their aunts and the great majority of women of their land. They are convinced that in the city everything will be like when they were in the field and that the customs during the period of pregnancy can be similar to those that they know. During pregnancy they realize actions mainly oriented to – «try that the child is well placed» «this means with the little head down placed», «avoid to do a bad force», «maintain the balance of the body between cold and heat», «eat well», «transmit safety and wellbeing to the son» and finally «cultivate the family collaboration and support». The indicated patterns are linked to produce a synergy aimed to achieve that the son is born well. These beliefs, practices and customs related to the maternity, are sometimes considered irrelevant in the care that is provided in the health centers thus generating distrust feelings in the use of these services. To get to know the self care practices of displaced pregnant women forces to an exchange of knowledge that allows to determine which of those practices are important to keep, which to adjust or to negotiate and which to be restructured so that the health and well being of the mother and her son will be the best possible.

Keywords: *Cultural care; Transcultural nursing; Displacement woman's.*

En Colombia la salud sexual y reproductiva tiene indicadores preocupantes, que se asocian con factores como bajo nivel de escolaridad, el ambiente de pobreza, la ubicación en zonas rurales y urbanas marginales, la realidad del desplazamiento, la residencia en lugares de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de las relaciones sexuales. Además de estos factores, hay estereotipos y

valores culturales afines con la sexualidad y la reproducción y en general con los vínculos afectivos, que condicionan actividades y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida con significación para cada persona en su contexto¹.

Se ha visto el desplazamiento de personas como un fenómeno alarmante que tiende a extenderse en todo el territorio nacional. Después de Sudán y Angola, Colombia ocupa el tercer lugar como país con más desplazados, pues su número, en los últimos 20 años fue 3.5 millones y para el quinquenio 2000-2005 hubo 1'677,870 de personas, sobre todo campesinos, indígenas y afro-descendientes^{2,3}.

Los datos del sistema de información RUT⁴ informan que en el año 2003 los principales departamentos expulsores de familias fueron en su orden: Bolívar, Antioquia, Meta, Tolima y Chocó; y los principales departamentos receptores fueron, a su vez, Bolívar, Meta, Antioquia, Valle y Nariño. El mismo informe señala que al analizar los sitios escogidos por las familias para ubicarse después del desplazamiento, casi todas lo hacen en municipios o departamentos cercanos a sus comarcas de origen.

Entre los motivos que pueden explicar las áreas que escogen los desplazados como lugar de asentamiento se encuentran entre otros: la identidad cultural; la cercanía geográfica con las pertenencias abandonadas; los familiares y conocidos que allí residen. Al Valle del Cauca llegan desplazados de los municipios del Valle del Cauca, Nariño, Risaralda, Caldas, Antioquia e incluso de Bogotá.

En Cali, los sitios de ocupación para los desplazados se hallan en sectores marginales de Siloé, el Distrito de Aguablanca, junto con algunas zonas de ladera aledañas a los municipios circunvecinos. Casi 76% se han asentado en las comunas 14 y 15 de la ciudad⁵.

La encuesta de Profamilia, en el año 2005⁶, para evaluar el impacto del Programa Nacional de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en población de bajos recursos y población desplazada, indica que del número total de desplazados en el país, entre 49% y 58% son mujeres; se habla así de una «feminización del desplazamiento». De ellas, 46.1% se deben al conflicto armado que sufre el país, 37.6% son emigrantes por causas diversas y tan sólo 16.3% son no emigrantes o lo que se denomina receptoras. Las emigrantes por el conflicto armado, mencionan dos razones para desplazarse que constituyen 75%: por amenaza a la seguridad de la familia, 53.6%; y porque físicamente las obligaron a dejar sus tierras, 21.7%. De la totalidad de mujeres desplazadas por el conflicto armado,

80% denunciaron su situación de desplazamiento.

El desplazamiento de mujeres solas, o mujeres cabezas de hogar, pasa casi siempre inadvertido. Es un desplazamiento invisible, porque es normalmente individual. Además, las mujeres no tienen acceso a los canales de comunicación en condiciones de equidad con los hombres. La violencia que antecede al desplazamiento o que acontece durante él, se manifiesta también en forma distinta en las mujeres. Si bien es cierto que las víctimas de violación del derecho a la vida mediante ejecuciones y masacres corresponden en su mayoría a los hombres, la violencia contra las mujeres, y en particular el abuso sexual por parte de los actores armados, es práctica común⁷. De las mujeres desplazadas por el conflicto armado, 64%, han sido objeto de toda clase de intimidaciones, 18.3% de violencia física y 3.7% de violencia sexual.

La «feminización» del desplazamiento tiene múltiples efectos, no sólo los generados por la situación de violencia propiamente dicha sino por los sucesos que ocurren a nivel de la identidad colectiva, afectada por situaciones como la ruptura de las redes de apoyo comunitario, la destrucción de la cohesión social y de la solidaridad, que profundizan así, el deterioro de la calidad de vida.

En el estudio de Profamilia 2005⁶ se encontró que en más de la tercera parte de los hogares (34.8%) la cabeza del hogar era una mujer, pues aumentó su número con respecto a la encuesta anterior, 27%; y de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, la cifra para todo el país fue 30.3%. Es necesario tener en cuenta que en la región del Océano Pacífico, de donde procede gran porcentaje de los desplazados que llegan al Valle del Cauca, en casi la mitad de los hogares (48.6%) hay como cabeza una mujer⁸.

En el municipio de Cali la situación de los desplazados es homóloga a la encontrada a nivel nacional; la mayoría son mujeres (59%), niñas y niños cuya situación social es vulnerable ya que asumen los efectos de la violencia y el desarraigo⁶.

Otros efectos que tiene el desplazamiento en las mujeres, además del trauma violento que sufren por el asesinato del cónyuge o sus familiares, es la pérdida de sus bienes y de sus medios de subsistencia, la ruptura con los elementos conocidos de su cotidianidad doméstica y con su mundo de relaciones primarias y el desvío social y emocional que implica llegar desde una apartada región campesina a un núcleo urbano desconocido.

Los efectos emocionales del conflicto igualmente son

múltiples; aislamiento, angustia y agresividad, son generalmente consecuencias conocidas por las víctimas del desplazamiento. La nueva situación les produce crisis de identidad, afecta su autoestima y seguridad. No todas las desplazadas asumen y afrontan de la misma manera los problemas que les ofrece el nuevo escenario; cada persona manifiesta su propio drama en la desarticulación familiar y en el intento de reconstruir su núcleo hogareño.

En el caso específico de la salud, se reconoció la obligación estatal de protegerla, a partir de la aprobación de la Ley 387 de 1997 y, en los años siguientes, las autoridades adoptaron medidas en materia de salud y desplazamiento. Éste se declaró como «evento catastrófico» y se estableció que los desplazados tenían el derecho a recibir los servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993. Sin embargo, la prestación de tales servicios se ha visto afectada por múltiples factores relacionados con la falta de capacidad de los establecimientos públicos de salud tanto para ofrecer los servicios, como por la falta de mecanismos o procedimientos exigidos. Mediante la aplicación del Decreto 2131 de 2003, el Gobierno Nacional continuó con la reforma de la normatividad, que al parecer ha generado mayores obstáculos para que las personas desplazadas puedan disfrutar su derecho a la salud⁹. A excepción de algunos programas, el tipo de asistencia humanitaria de emergencia que se entrega es estándar, desconoce las necesidades específicas de grupos de población que se diferencian en edad, género, región o cultura, y se centra sobre todo en la ayuda de alimentos. Se observa que la atención en salud reproductiva no se incluye en los planes de asistencia humanitaria, y no se identifican necesidades específicas de las mujeres a través de entrevistas especiales y orientadas hacia este grupo.

Con respecto a la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2005)⁸ señala que en Colombia, la tasa bruta de natalidad (TBN), definida como el número de nacimientos ocurridos en un período determinado, generalmente un año, por cada mil habitantes, fue 20.4 y, la tasa total de fecundidad (TTF), definida como el número de hijos nacidos vivos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva fue 2.4 y para las mujeres desplazadas por el conflicto armado, 4.2. En la encuesta de salud y comportamiento reproductivo en las zonas marginales con énfasis en mujeres en situación de desplazamiento, el estudio de Profamilia (2005)⁶ encontró una

tasa de fecundidad de 4.8, mayor a la cifra nacional que fue 3.1, donde sobresalen las mujeres desplazadas por el conflicto armado quienes tienen 5.8 hijos en promedio. En esta misma encuesta, se encontró que más de la tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres (28.4%), o están embarazadas de su primer hijo (5.2%) lo que da un total de 33.6%, cifra mayor que la del promedio nacional, según el informe de ENDS 2005, que fue 20.5% siendo el fenómeno inversamente proporcional al nivel educativo. Respecto al control prenatal, cerca de una tercera parte (31.3%), de las mujeres entrevistadas que estaba en embarazo no había recibido atención profesional (médico, enfermera o partera).

Estas cifras corroboran las observaciones sobre la alta incidencia de embarazos en mujeres desplazadas que no asisten a control prenatal y, por tanto, en quienes el cuidado propio, durante este proceso se relaciona mucho con sus tradiciones, creencias y valores pero en el marco de contexto que la situación de desplazadas les confiere y cuyos efectos se mencionaron antes. Como se puede deducir, al cuidado para sí misma de la mujer desplazada lo afectan los indicadores que se mencionaron. El desplazamiento de estas mujeres y sus familias trae implicaciones en sus rutinas tradicionales de cuidado y de cambios por las necesidades permanentes surgidas de la evolución del embarazo. Con el desplazamiento llega la gran heterogeneidad cultural; sus formas culturales junto con sus valores tipifican esa identidad que se traduce en comportamientos de grupo familiar⁸. La diversidad tiene que ver con las experiencias previas de la mujer y su familia en torno al cuidado durante la gestación. Esas prácticas de cuidado se estudiaron de manera especial en esta investigación, por considerar que responden a las necesidades, valores y creencias, normas y estilos de vida que se han aprendido, compartido y transmitido de generación en generación pero que por razones del desplazamiento, algunas de ellas se pueden transformar e inciden en las condiciones de salud de las gestantes.

Reconocer las prácticas y saberes del cuidado de sí y del hijo por nacer en mujeres embarazadas en situación de desplazamiento aporta, no sólo, conocimientos para el examen y la vigilancia que el profesional de enfermería y los servicios de salud ofrecen a esta población sino también, elementos para que unos y otros tengan en cuenta esa diversidad cultural y sean afines con las necesidades de salud de las usuarias.

Aunque en Colombia se han hecho estudios sobre el

cuidado propio y del hijo recién nacido, en adolescentes durante el período del puerperio^{10,11}, faltan por estudiar las prácticas de cuidado que en la gestación realizan las gestantes desplazadas para ellas y sus hijos por nacer; estas prácticas son desconocidas por las enfermeras, por lo cual se hace necesario este conocimiento. Si los profesionales de enfermería se aproximan a las gestantes desplazadas para descubrir sus valores, creencias y prácticas en torno al cuidado, se podrán identificar algunas de las maneras como ciertas comunidades mantienen y promueven su salud.

MARCO CONCEPTUAL

Para esta investigación se tuvo como referente conceptual el Cuidado Cultural de Enfermería de Madeleine Leininger¹². Quien lo entiende como un fenómeno de asistencia, apoyo o facilitación a una mujer durante la etapa de gestación con el fin de promover su salud sexual y reproductiva. Leininger concibe el cuidado de enfermería como las habilidades formales y el conocimiento aprendidos a través de la formación académica en instituciones educativas que se usan para dar asistencia, apoyo o para capacitar a una persona o grupo con necesidades evidentes o anticipadas, a fin de mejorar la condición de salud, la incapacidad o encarar la muerte¹².

La teoría del cuidado transcultural de Leininger entiende al ser humano como un individuo social e histórico. Por tanto, el hombre se encuentra envuelto en una red de relaciones sociales, puesto en un determinado contexto; su conducta depende del aprendizaje que tenga en dicho contexto, es decir, de la cultura en la cual crece y vive.

Leininger¹² plantea en su teoría de los cuidados culturales que «la enfermería debe ir más allá de un mero estado de reconocimiento o de apreciación de las diferentes culturas». Se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de la enfermería profesional tengan una base cultural, una concepción y una planificación basadas en la cultura. La cultura es para ella el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida característicos de un grupo humano, que se aprenden, se comparten, se transmiten de generación en generación y guían el pensamiento, decisiones y acciones.

Leininger¹³ se refiere al cuidado cultural como «los valores, creencias y expresiones estructuradas conocidas de una forma cognitiva y que ayudan, apoyan o capacitan a las personas o grupos a mantener su bienestar, mejorar

su situación o modo de vida o enfrentarse a la muerte o a sus discapacidades».

Los valores son criterios de estimación, deseabilidad y aceptabilidad que dan significado y sentido a la cultura de una sociedad. La creencia se puede definir como una percepción permanente y continua acerca de cualquier cosa en el mundo del individuo. Cada sociedad y cultura forma y establece creencias sobre diversos aspectos de la vida de los seres humanos. Las creencias guían o determinan, en buena parte, lo que las personas hacen, es decir las prácticas o actividades que realizan en los diferentes aspectos de la vida¹³.

El cuidado de enfermería debe ser transcultural. Para esto, la enfermera, al ofrecerlo, debe tener en cuenta las diferencias y similitudes culturales de las personas con el objetivo de 1) preservar los valores, creencias y prácticas que promuevan el bienestar y eviten las enfermedades; 2) acomodar o negociar los valores y prácticas que eventualmente se podrían mejorar; y 3) reestructurar los valores, las creencias y las prácticas que en definitiva pueden ser perjudiciales para la salud. El cuidado de enfermería, por tanto, debe ser afín con la cultura de la persona que lo recibe¹⁴.

Así las(os) enfermeras(os) deben percatarse de la diversidad cultural de las personas y tener en cuenta sus creencias, costumbres, mitos y tabúes para el éxito del cuidado. Leininger¹⁴ plantea que la importancia de conocer los valores y creencias de un grupo determinado reside en que este conocimiento se puede utilizar como base para producir el comportamiento del grupo en cuestión y ayuda a determinar las intervenciones de cuidado más apropiadas para las personas.

METODOLOGÍA

En el presente estudio se escogió como metodología la etnoenfermería¹⁵, para explorar la perspectiva *émica* en cuanto a las creencias, y prácticas del cuidado que las mujeres gestantes desplazadas, residentes en Cali en el asentamiento Pampas del Mirador, tienen durante el período de la gestación. Por perspectiva *émica* se entiende el punto de vista del nativo, que refleja las experiencias, creencias y lenguaje del grupo cultural por estudiar¹⁶. En las mujeres desplazadas la percepción de su punto de vista que hace parte de su cultura, fue importante para identificar los contrastes encontrados con respecto a la visión *ética*. Esta diferenciación era indispensable para lograr

que el cuidado que se ofrece contribuya a la promoción de la salud reproductiva de las mujeres.

Esta interacción entre investigadoras y mujeres participantes se posibilitó por la observación y las entrevistas realizadas que facilitaron un contacto con las personas en situaciones 'naturales', pues se trata de ser sensibles al lenguaje y a las concepciones de los sujetos en su vida cotidiana. Como el dominio central de este estudio es sobre valores, creencias y prácticas de las mujeres gestantes desplazadas, se trata de una etnografía de pequeño alcance o, según indica Spradley¹⁷, una etnografía orientada por temas, pues se centra en un aspecto de la vida: la gestación.

Hubo nueve participantes y cuatro informantes generales. Para obtener el tamaño de muestra se aplicó el criterio de *saturación de datos*, a través del cual se buscan nuevos participantes hasta que dejen de aparecer conceptos nuevos. Como Leininger¹¹ indica, la saturación se alcanza cuando hay una redundancia en la información, donde el investigador consigue la misma o similar información y los informantes no aportan nada distinto a lo dicho o hecho antes. Al principio se contactaron las mujeres participantes claves con las promotoras del centro de salud y, luego se encontraron las mujeres desplazadas por medio de los líderes comunitarios que integraban las redes sociales de apoyo de la misma comunidad. Estas personas conformaron los denominados *participantes generales* que servían para contrastar la semejanza o la diferencia de las ideas de las participantes clave. El trabajo de campo se extendió por seis meses y en él, la recolección de datos se hizo de manera cíclica registrando en detalle los factores ambientales, los comportamientos verbales y no verbales, que se analizaron de modo sistemático en el transcurso del estudio, hasta que se consiguió descubrir los significados simbólicos, que influyen en forma recíproca para formar el escenario cultural.

RIGOR METODOLÓGICO

El rigor del estudio se dio en la medida que el estudio demostró *credibilidad*, es decir, cuando las participantes reconocieron en los hallazgos de la investigación sus propias experiencias. Para alcanzar este criterio se le presentaron a cada participante las descripciones de los hallazgos y se le pidió verificar si correspondían a lo expresado por cada una de ellas, preocupándose en oportunidades de dar más ejemplos que ayudaron a clari-

ficar las interpretaciones de las investigadoras.

El segundo criterio tenido en cuenta en el cumplimiento del rigor metodológico fue permitir que otra investigadora, con perspectivas similares, examinara los datos y determinara si llegaba a conclusiones iguales o similares a las de las investigadoras permitiendo con ello, la *confirmación* de los hallazgos.

El tercer criterio tenido en cuenta fue la posibilidad de *aplicación o transferencia* de los hallazgos del estudio. Este criterio implica que los hallazgos tienen significación para otros en situaciones similares. Así, en este estudio, la audiencia ve los resultados como significativos y aplicables en términos de sus propias experiencias, pues reflejan tanto las situaciones típicas como las atípicas. Se describió a las desplazadas gestantes dentro de su propia perspectiva; para ello, la entrada de las participantes al estudio, se efectuó en los escenarios corrientes que las mujeres frecuentan, como los grupos o redes de apoyo de desplazadas.

Es importante destacar que, por ser el presente estudio una etnografía focalizada, no se considera que sus resultados sean conclusiones universales que se puedan extrapolar a otros escenarios culturales, sino que se deben entender dentro de los límites de tiempo y espacio en que se desarrolló la investigación y como generadores de hipótesis para otros estudios¹⁶.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenido el aval del Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, las investigadoras iniciaron el trabajo de campo en el asentamiento Pampas de Mirador. Se logró la información, con el modelo propuesto por Leininger¹⁵ inicialmente a partir de observar la cultura, escuchando la mayor parte del tiempo. Luego vino el proceso de interacción con las participantes, observando sus respuestas. En el tercer paso, las investigadoras, según el modelo Observación-Participación-Reflexión (OPR), aumentaron su aporte, pues ya habían logrado algo de familiaridad con el contexto cultural de las gestantes desplazadas.

Para sumergirse en una observación participativa las investigadoras trataron de responder las siguientes preguntas: *dónde, cuándo, cómo y qué razones tenían las mujeres desplazadas para cuidarse durante la gestación*. Además, averiguar *cómo* es la relación de las

mujeres gestantes en situación de desplazamiento con los servicios de salud de nivel primario en cuanto a la búsqueda de apoyo para el cuidado de su salud en esa época de la gestación.

Se elaboraron dos guías: una de información rápida a los participantes con los principales aspectos del consentimiento informado y otra etnográfica que facilitó recordar los temas de interés para tener en cuenta durante el desarrollo de las entrevistas. Que fueron no estructuradas, previo consentimiento informado, en promedio tres por participante.

Los hallazgos de la investigación se analizaron conforme indica Spradley^{17,18} pero se tuvieron en cuenta las cuatro grandes fases que Leininger¹⁰ propone para analizar las investigaciones de tipo cualitativo: la primera, consiste en obtener, registrar y describir los datos con las observaciones, entrevistas y experiencias participativas y algunos razonamientos preliminares. Durante la segunda fase se inició la identificación de dominios desde la perspectiva émica. En la tercera fase se elaboraron los contrastes que permitieron identificar taxonomías, a través de las cuales se pudo descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes y, por último, en la cuarta fase se delimitaron los grandes temas.

Descripción de Pampas del Mirador. El asentamiento «Pampas del Mirador» se halla en el sur de Cali, en el área montañosa cercana al barrio Alto Nápoles. El terreno ofrece alto riesgo de deslizarse por su ubicación geográfica y por sus características (tierra arcillosa). Actualmente lo forman 600 familias desplazadas, con un promedio de 7 miembros. De estas familias, 70 son desplazadas forzosas por la violencia y vienen de otros sectores del país, en su mayoría de los departamentos del Cauca y Nariño. Se destaca la presencia de niños y mujeres afro-descendientes. La población en general muestra bajo nivel de escolaridad y en lo que respecta a salud sexual y reproductiva tiene pocos conocimientos y se convierte en uno de los factores que incide en la tasa alta de natalidad y embarazos precoces sobre todo en adolescentes tempranas.

Casi todas las personas conservan las costumbres de sus zonas de procedencia y aunque en ocasiones las circunstancias de la vida en sus sitios de origen eran mejores, y añoran algunas prácticas, no desean volver a esos lugares por temor al conflicto armado que vive el país y del cual fueron víctimas.

En el momento actual la comunidad cuenta con una

escuela que en un comienzo se construyó en esterilla, luego con la ayuda de una ONG se remodeló. Esta institución brinda a la comunidad 90 cupos para educación básica primaria y la misma ONG paga los maestros. A pesar de estos esfuerzos, los cupos no son suficientes para el número de niños y jóvenes que se quedan en casa esperando una ayuda por parte del gobierno.

Para satisfacer las necesidades en salud, los habitantes de la zona se tienen que desplazar hasta el centro de salud y una vez demuestran que son desplazados, se les censa, se les identifica y obtienen el servicio de salud en forma gratuita. En ocasiones tanto las universidades públicas como algunas privadas e incluso el centro de salud realizan brigadas especiales en el asentamiento. Desde hace poco la comunidad gestiona ayudas para construir un pequeño centro de recreación, pues no hay espacios destinados para este fin en el lugar ni en las zonas aledañas. De esta forma y como meta principal los habitantes desean el crecimiento y la prosperidad del sector, con el trabajo duro, unidos y el aporte «desde el más niño hasta el mayor de un granito de arena».

HALLAZGOS

Identificación de dominios y temas. Luego de las presiones y el terror producido por el despojo de las tierras y de sus escasas pertenencias, de la pérdida de los lazos de familia, muy pocas opciones quedan a los desplazados sobrevivientes. Entre estas opciones está la de sumarse a los miles de emigrantes que con inmensa dificultad se acercan a las principales ciudades como Cali, para evadir, no siempre con éxito, el hambre y la muerte. Entonces, en este duro peregrinar, las mujeres se vuelven protagonistas de su propio desarraigo. Llenas de esperanza, arriban a la ciudad con sus seres queridos, huyendo de lo propio por causa de la guerra o de la pobreza en el campo; vienen cargadas con lo único de lo que no se las puede despojar: sus tradiciones y con la tarea de mantener unido lo que queda de sus familias y comunidades. Tal es el caso de las mujeres desplazadas que al llegar a Cali se asentaron en una porción de la ladera que se denomina «Pampas del Mirador».

Es claro que este cambio de vida les causa una ruptura con el proyecto de vida que tenían en su vereda, pueblo o finca; la nueva organización les lleva a cumplir unas labores que no les era propia. En el campo se dedicaban sobre todo a las tareas del hogar, cultivar la tierra, cuidar

de los hijos y ayudar al esposo. «La pérdida de los bienes de subsistencia (casa, enseres, cultivos, animales) implica la ruptura con los elementos conocidos de su cotidianidad doméstica y con sus relaciones primarias además del desarraigo social y emocional que sufren al llegar desde una apartada región campesina a un núcleo urbano desconocido».

A las mujeres en situación de desplazamiento se les suma el cambio de funciones en el momento que deben asumir la carga económica del hogar, que choca con sus costumbres y su visión de mundo. Casi todas las mujeres campesinas desplazadas, como en este caso ocurre, han sido criadas en un esquema de cultura rural con rígida separación de esferas masculina y femenina, donde esta última se centra casi exclusivamente en la gestión doméstica, en la maternidad, y en las actividades agrícolas cercanas al recinto de lo doméstico, y una indudable sujeción al mandato del hombre^{20,21}. En su nuevo asentamiento, «Pampas del Mirador», su accionar no está en el ámbito de lo privado, sino que deben organizarse para conseguir el sustento propio y el de su familia. El testimonio de una de estas mujeres ilustra este aspecto:

«Hace bastantico llegamos aquí a esta invasión, con mi mamá y mis hermanos. Mi mamá nos trajo a todos y aquí pues mi mamá y mi padrastro han luchado por este lote, aquí hicieron este rancho. Primero vivíamos así bajo unos plásticos mientras ellos buscaron la manera de taparlo mejor, y aquí estamos ahorita. Mi padrastro está enfermo, mi mamá no tiene trabajo, aquí estamos solos, aquí prácticamente no trabaja ni mi mamá ni mi padrastro, porque él está enfermo y mi mamá pues le toca así cuidándolo y ayudando cuando le sale una lavadita de ropa pues para sostenerse».

Es de anotar que la mayoría de las mujeres entrevistadas, en especial las adolescentes, se embarazaron después de estar ubicadas en este nuevo sitio de residencia, reafirmando lo expuesto en la Encuesta de Demografía y Salud de 2005 en el sentido que la situación del desplazamiento se convierte en un factor de riesgo para aumentar el número de embarazos precoces y en consecuencia la atención del parto se torna en una demanda prioritaria de este grupo.

Al principio casi todas estas mujeres tuvieron dificultades para acceder a los servicios de salud lo que les afectó su seguridad y autoestima. Una vez que se registran como

desplazadas, pudieron asistir al centro de salud más cercano sin costo alguno para realizar el control prenatal, en contraste con lo que usualmente ocurre en sus sitios de origen pues allá las mujeres no acuden al médico porque «no se sienten enfermas». En la cultura rural, la mujer no considera una enfermedad el embarazo y su cuidado se centra sobre todo durante el post-parto o «dieta» época en la cual ella se esmera atendiéndose y esmerándose en su propia asistencia para evitar dolencias y recaídas durante el resto de su vida.

A pesar de que el embarazo y el parto, son procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, nunca ocurren como un mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, y se dan de distintas maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales. En consecuencia, las mujeres embarazadas desplazadas en Pampas del Mirador consideran la gestación como un estado fisiológico que no requiere cuidados especiales:

«Es que acá todo es distinto. Por cualquier dolor o molestia le dicen a uno acuéstese porque de pronto es algo que le ha hecho daño. Allá uno no se queja de nada. Yo no sé si es que las mujeres allá no nos quejamos o yo no sé si es que uno acá es más delicado. O será que nos acostumbraron a guardarnos cualquier dolor que nos da. Yo pienso que son más fuertes las mujeres de allá porque no mantienen acostadas».

Comentan además, que cuando la mujer no está embarazada «está libre»; libertad entendida como la posibilidad de más facilidades para desplazarse y realizar trabajos domésticos o caminar, es decir, la libertad se concibe en términos de poder desarrollar el trabajo asignado tradicionalmente a la mujer y cumplir durante este período con las tradiciones familiares que se relacionan con el cuidado en el hogar.

Así, una vez ubicadas en Pampas del Mirador, donde familiares o amigos, la preocupación siguiente para las mujeres es que su *niño nazca bien* y eso significa, para ellas, que lo conseguirán en la medida en que logren llevar a cabo los cuidados que vieron practicar a su madre, a sus tías y a la gran mayoría de las mujeres de su tierra. Están convencidas que en la ciudad será igual que cuando estaban en el campo y que las costumbres durante el período de gestación pueden ser similares a las que ellas conocen.

Es importante anotar que para las mujeres desplazadas los cuidados que deben prodigarse a sí mismas durante la gestación se orientan a evitar el sufrimiento y dolor en el parto y durante el período del post-parto o «dieta» los cuidados se intensifican pues de ellos depende su salud posterior. El siguiente testimonio ilustra esta situación:

«Es que si uno no se cuida uno puede quedar así, le entra el pismo, una enfermedad así es como se llama y uno queda enfermo, con dolores de cabeza en el cuerpo, en los pies».

Consideran que el embarazo es normal y por tanto no requiere cambios importantes de la vida. Indican que la mujer en la ciudad se cuida durante el embarazo, pues cambia los hábitos relacionados con la alimentación, el descanso y el ejercicio mientras en el campo la vida transcurre igual. Hay que caminar distancias largas para llevarle los alimentos al compañero, cultivar la tierra, recoger las cosechas de los cultivos, cuidar los hijos y hacer las actividades propias del hogar. Sólo descansa de su labor diaria durante el período de la dieta para dedicarse, de preferencia, a su cuidado y al cuidado de su bebé.

En ese sentido, el cuidado durante el embarazo se centra en las tareas que han aprendido a hacer desde niñas con el fin de garantizar que el *bebé nazca bien*; por ello, los procedimientos de cuidado, no se realizan en torno a sí misma, sino en función del bebé, y deben culminar en un parto con el menor sufrimiento posible y con el mínimo dolor. Estudios como el de Argote y Vásquez²² han mostrado que durante el período del puerperio las acciones de cuidado de la madre se dirigen a «procurar que el niño se críe sano y fuerte en el futuro».

Con este objetivo las mujeres en situación de desplazamiento, ubicadas en Pampas del Mirador, durante el período de la gestación, efectúan acciones primordialmente orientadas a: «procurar que el niño se acomode bien», es decir con la cabecita boca abajo»; «evitar hacer una mala fuerza»; «mantener en el cuerpo el equilibrio entre el calor y el frío»; «alimentarse bien»; «transmitir seguridad y bienestar al hijo» y finalmente «cultivar la colaboración y el apoyo familiar». Los patrones indicados se entrelazan y producen una especie de sinergia en torno a conseguir que el hijo nazca bien (Figura 1).

Estas creencias, prácticas y costumbres que se relacionan con la maternidad, a veces se consideran irrelevantes en el cuidado que se proporciona en los centros de salud y origina sentimientos de desconfianza en el uso de

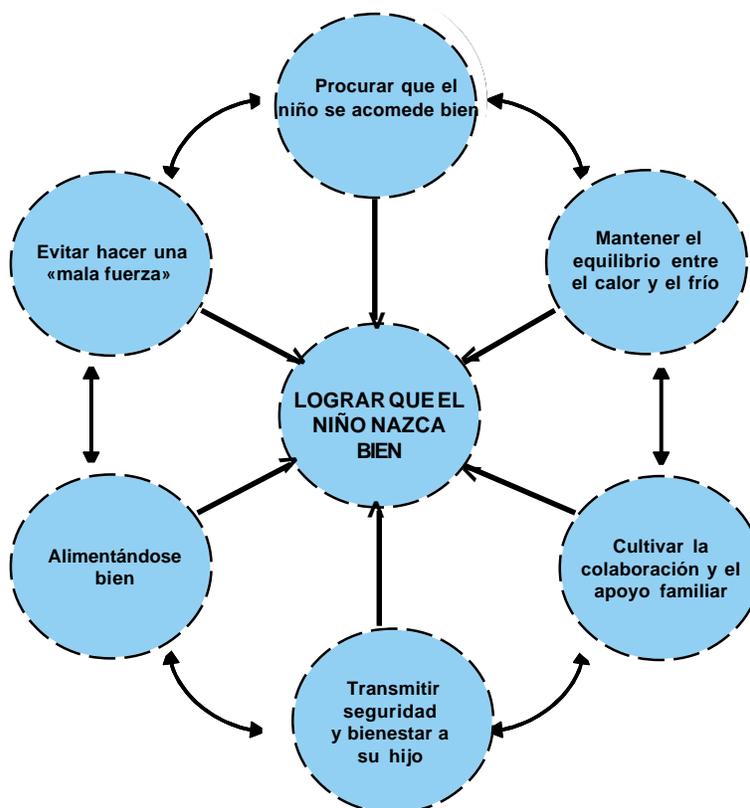


Figura 1. Lograr que el niño nazca bien

los servicios por parte de las mujeres. El cuidado de la salud se puede ver amenazado por barreras lingüísticas y culturales, pues la reproducción y la maternidad constituyen fenómenos culturales donde se reflejan los valores y sentimientos de las personas.

Es interesante notar que estas acciones de cuidado, se repiten durante varias etapas de la vida reproductiva de la mujer. Por ejemplo, en la época de la menstruación algunas mujeres no se bañan por imaginar que el agua tiene un efecto negativo en su cuerpo y es importante mantener el equilibrio entre el calor y el frío para evitar consecuencias negativas futuras en su organismo; y este cuidado se conserva durante el embarazo y el puerperio. Igualmente restringen el consumo de algunos alimentos, por ejemplo, ciertas clases de pescado porque aumentan el sangrado, consideración que de igual manera tienen las mujeres durante la época de la menopausia. Sin duda esta fase, como las otras, aunque se puede describir de forma independiente, se debe entender en continuidad, porque las relaciones y conceptos que se dan, son comunes a todas. En ese sentido muchos significados permanecen

inalterables en las diferentes culturas durante todo el ciclo procreativo de la mujer desde la menarquia hasta la menopausia.

Estas diferencias conceptuales, que se inician desde el mismo momento en que las mujeres descubren su embarazo, propician comportamientos particulares con base en unas tradiciones que sienten mucho más cercanas que las indicaciones que posiblemente pueden recibir en los centros de salud. La conciencia de que a partir de ese momento su cuerpo requiere un cuidado especial que les ayude a pasar por un proceso natural como lo es el embarazo, se da con la misma soltura con la que se aproximan al cuidado del hogar, pues le evita a su cuerpo, cambios bruscos o súbitos de la temperatura, no desde la perspectiva de la enfermedad que puede incrementar la temperatura, sino de la seguridad que el cuerpo interiormente tiene una temperatura estable y que, por tanto, no se le debe someter a cambios mayores.

Mantener en el cuerpo el equilibrio entre el calor y el frío. Dentro del marco de los conceptos y prácticas de cuidado que las embarazadas guardan, independiente-

mente de su condición de desplazadas y que retoman en la ciudad, sin que riñan con los criterios médicos expuestos en los centros donde reciben la atención de profesionales, está el concepto de «evitar recoger el frío», que las lleva a una serie de prácticas que les permite conservar el equilibrio entre el frío y el calor y que les garantiza, desde sus conocimientos tradicionales, quedar bien después del embarazo y permanecer bien durante el tiempo que están embarazadas.

La preocupación de ellas se concentra en evitar recoger el frío, con el fin de impedir que les dé el «pasma», trastorno que mezcla síntomas tanto físicos como mentales en algunas ocasiones y que se traducen en un profundo e indeterminado malestar corporal, fuertes dolores de cabeza y, en casos extremos locura. Estas consecuencias dañinas no sólo le ocurren a la futura madre, sino que se pueden transmitir al bebé y por tanto tener efectos negativos en su desarrollo posterior.

El frío entra al cuerpo por «el estómago» y en consecuencia, ellas deben cambiar algunas de las rutinas y eliminarlas durante el embarazo. Todas las actividades que se relacionan con el agua se corresponden íntimamente con lo que no deben realizar, así por ejemplo: lavar la ropa no es aconsejable, puesto que «el estómago» en esta actividad recoge directamente el frío, colocándolas en una situación de peligro. Caminar descalzas o someterse a recibir el viento o una corriente de aire fuerte, son acciones que se evitan, al igual que por ninguna razón se debe caminar bajo la lluvia, o permanecer mucho tiempo con la ropa húmeda. Otra manera de «recoger frío» es bañarse con agua fría. Si es ineludible tomar un baño, éste debe ser corto y rápido y además debe acompañarse con bebidas calientes que les permita sacarse el frío que hayan podido coger durante el baño.

«Para no recoger frío, no debe bañarse tan tarde; no quedarse con la ropa mojada en el cuerpo, ni andar así descalzo cuando llueve mucho y hay mucho barro le entra frío y eso no se debe hacer. Porque con el frío le pueden dar dolores antes de nacer el bebé le dan dolores de cintura y uno se siente muy mal y ese frío no le hace daño a ella no más; también se le concentra al bebé. Y por ejemplo este niño recogió frío cuando yo estaba embarazada y ya no me quiere andar rápido, no quiere caminar, y fue por eso

porque recogió mucho frío en ese cuerpecito».

Las bebidas calientes que se ingieren para mantener el equilibrio entre el frío y el calor, y evitar que sus cuerpos recojan el frío, se hacen de canela, manzanilla, hierbabuena o flor de algodón. Estas bebidas, además de ayudarles a mantener el equilibrio de la temperatura, favorecen la atenuación del dolor.

Estas creencias muestran que la etiología de muchas entidades nosológicas tradicionales, así como su tratamiento, descansa sobre la concepción dicotómica frío-calor, donde la enfermedad se produce por un desequilibrio entre ambos elementos. Pelecvastre *et al.*²³ encuentran que un aspecto central de las enfermedades frías como el «pasma» que relatan las participantes, es su causa que se considera como el resultado de la intrusión, desde el exterior, de la calidad fría hacia alguna parte del cuerpo; esta invasión podía ser efecto de la exposición del individuo a una corriente de aire frío o a la ingestión de alimentos fríos. «Las enfermedades frías son en general incapacitantes, pues las funciones motoras y sensoriales del cuerpo se alteran o se suspenden por completo. Las enfermedades frías en general no son visibles desde el exterior; sus principales síntomas son el dolor y la inmovilidad». En consecuencia, «un principio general de este sistema de patología es que lo frío daña a los individuos porque invade sus cuerpos desde el exterior, mientras al contrario de las calientes que lo caliente los daña a través de su expansión o desplazamiento desde el centro (interior) del cuerpo hacia su superficie»²⁴.

Una vez garantizado ese sutil pero fundamental equilibrio de la temperatura interior y exterior que el cuerpo debe asumir con el menor cambio posible, para evitar de esta manera la brusquedad de sensaciones corporales que para ellas puede afectar de modo negativo a los bebés, su preocupación va un poco más allá, y pasa de algo simple, como puede ser evitar el frío, a no someter el cuerpo a tensiones físicas que con mayor razón pueden afectar la comodidad y bienestar de sus bebés, por lo que paralelamente a la temperatura, concentran su atención en eludir situaciones que le impliquen a sus cuerpos la asimilación de fuerza física que no convenga a su estado.

Evitar hacer una «mala fuerza». A través de todos los tiempos, el hombre ha enfrentado la imagen de la enfermedad por medio de dos actitudes diferentes. En la primera, cuando no tiene explicación alguna sobre la causa del padecimiento, la considera como de origen sobrenatu-

ral. En la segunda, asume una postura empírica, que se apoya en la experiencia cotidiana y, en este caso, explica el origen del problema por la intervención de un cuerpo mágico, de la sublimación religiosa o a través del precepto de lo prohibido.

Aunque la medicina tradicional, con respecto a algunos problemas que se originan en el proceso de la gestación, reconoce que las mujeres que trabajan durante este período con posiciones mantenidas por largo tiempo, sentadas o de pie, tienen mayores posibilidades de presentar dolor en la columna, o la pelvis, las mujeres desplazadas toman conciencia de esta situación desde el precepto de lo prohibido y «evitan hacer una mala fuerza» para lograr que el niño nazca bien.

La violación de esta regla, puede traer consecuencias desafortunadas para el hijo que está por nacer, como «quebrarse, lastimarse la cabeza o salir herniado». «La mala fuerza», según la interpretación que dan las mujeres en las entrevistas, ocurre porque al realizar algunas actividades que son prohibidas, se genera una gran presión sobre la cintura, la cual se transmite al útero y por consiguiente al bebé y esto origina la caída de la matriz y los defectos en él. Al respecto dice una de las mujeres desplazadas entrevistadas:

«Pues como uno está fuerciendo, uno también está fuerciendo la cintura, o sea la espalda. Yo no lo hago más porque como el bebé esta paradito, se va a agachar, lo va a doblar y entonces ahí está la hernia entiendo yo».

La toma de conciencia de esta prohibición lleva a la mujer gestante en situación de desplazamiento a evitar actividades que, aunque son propias del hogar, les representa gran esfuerzo físico. Algunas de ellas son: efectuar oficios pesados como trapear, cargar objetos pesados como el agua en baldes, lavar ropa grande como «bluyins» o cobijas, pues al efectuarlos se origina la «mala fuerza» y desciende la matriz.

Al respecto, las mujeres comentan que en el sitio de residencia anterior al desplazamiento, generalmente el área rural, evitan llevar cargas pesadas como leña, llevar consigo racimos de plátano o canastos con el café recolectado, platonos o cajas con frutas o alimentos, pues estas cargas representan gran peso y deben caminar con ellas largas distancias. En el nuevo sitio de vivienda, las mujeres entrevistadas comentan que si bien la actividad cambia en el sentido que las cargas pesadas son distintas, igual deben

transportar objetos pesados como ropa mojada y agua en recipientes, lo cual no es recomendable durante el embarazo.

Otra actividad que ocupa un lugar importante entre las prohibiciones es el «agacharse» porque la «matriz se va para abajo y puede salirse». Las mujeres desplazadas consideran que el útero es un órgano frágil, colgante y por tanto fácil de desplazarse a causa de presiones externas. Por ejemplo, al portar el canasto para la recolección de café, se comprime el abdomen y se presiona simultáneamente el útero lo que hace que éste se desplace o se descuelgue.

En el campo, comentan las mujeres, evitan trabajos como desyerbar, zoquiar (cortar los retoños de la matas) y tronchar (cortar los troncos de los árboles), pues para ello utilizan herramientas como el azadón, la pala y el hacha que, además de ser objetos pesados, al agacharse con ellos hace que la fuerza realizada sea mucho mayor y le ocasiona malformaciones al bebé. Agacharse no se hace una sola vez sino que por el contrario se hace repetitivamente y por tanto le imprime un mayor riesgo al bebé. También durante este trabajo deben prestar atención importante a los caminos que recorren, dado que son irregulares y resbalosos y además de la fuerza y el peso pueden caer fácilmente y perder al hijo que esperan.

*«Yo no lo hago, porque todo se va pal bebé. Porque al agacharse uno se va a herniar y si además le coloca el canasto del café, pues analice usted. Al bebe le va afectando, le puede aplastar un lado de la cara, de la cabeza también, es lo que entiendo yo».*LI

Su nuevo sitio de residencia implica un cambio en las actividades pues no les permite a las mujeres continuar con los oficios propios del campo. Además, como los terrenos son escarpados y resbalosos y difíciles de transitar, de igual manera, pueden caer fácilmente.

Las mujeres son muy cautelosas en cuidarse desde el primer embarazo, pues de lo contrario sus consecuencias se pueden evidenciar con los embarazos siguientes:

«Si se ha hecho disparate en el primero, ya pa los otros que tenga, no le hace daño, ya se enseñó»

El respeto por las propias limitaciones físicas, no en razón de enfermedad, sino de cuidado, desde la perspectiva de sus tradiciones, se convierte en la garantía que los bebés pueden hallar la mejor posición durante el embarazo

y de acuerdo con el proceso en términos de tiempo. No se tiene consideración en asimilar fuerza tan sólo por el cuerpo mismo y el bebé para no someterlo a tensiones físicas innecesarias o contraproducentes, sino porque además, deriva una buena parte de la garantía que el niño va a tener la mejor acomodación durante la gestación y finalmente un buen preámbulo para su nacimiento.

Procurar que el niño se acomode bien. Lograr que el *niño nazca bien*, parte de la necesidad y de la creencia que una de sus obligaciones es facilitar y ayudar a que el bebé encuentre la posición correcta para el nacimiento, esto es, «que se acomode bien» con la cabeza hacia abajo, de tal forma que eso contribuya al logro de la meta que es el bienestar del bebé, en el momento en que nace.

El primer paso consiste en conseguir que alguna de las mujeres mayores o parteras les «sobe la barriga»; normalmente son personas con más experiencia y con las que, en la medida en que hacen las «sobadas», establecen una relación que se caracteriza por una comunicación afectuosa y de cariño, casi como si las gestantes fueran sus propias hijas. Estas jóvenes sienten que las sobaderas reflejan una gran consideración por su estado y además de conversar en tanto que hacen el procedimiento les van indicando otros cuidados, por ejemplo que ingieran aguas de hierbas, como la de la flor de algodón y acuerdan el número de sesiones que podrán dedicarles.

«Ella es como una abuela. Parece que fueran como de la familia porque ellas lo tratan a uno bien y le hablan como si fueran de la familia. Entonces ella le dice: que se cuide de esto, que esto es lo que le hace daño. Pero ustedes como jóvenes no ponen atención a lo que les dice una vieja como uno, dicen las abue-las»...

Una vez que los pormenores se han convenido, las mujeres mayores colocan a las embarazadas boca arriba, tiban un poco de aceite y después de impregnar la piel, efectúan la sobada, consistente en empujar la barriga de izquierda a derecha y de atrás hacia adelante lo más fuerte que la gestante resista, con el fin de desplazar al bebé hacia abajo. Esta tarea se repite de tal manera que haga mover el feto en la dirección de la «sobada». Una sola sesión tiene un costo de \$5,000, pero si la partera o la mujer que realiza la «sobada» acompaña con sus masajes a la embarazada durante todo el período de gestación el costo es de \$20,000.

Contrasta esto con la situación que viven las mujeres, en su mayoría adolescentes, cuando acuden a los centros de salud de la ciudad para sus controles prenatales, en los que el médico concentra su atención sobre todo en verificar el estado del bebé, mide el tamaño del abdomen, pesa a la madre, y escucha los latidos del corazón del bebé, a través de un «aparato», pero en ningún momento establece una comunicación con la embarazada más allá de lo estrictamente necesario.

«En la finca no hay doctores ni nada que lo estén mirando a uno como por acá y pues hay señoras que le soban la barriga a uno para que el niño vaya creciendo bien como él va a nacer.

En el campo siempre le sobaban a uno la barriga con aceite y con eso acomodan al niño. Yo cuando estuve allá, una señora me sobó durísimo dizque porque el niño estaba para arriba; acá no, la doctora apenas lo mide a uno, porque ella, la que siempre me atiende a mí, apenas mide la barriga, me pesa y no sé ella le coloca un aparatito para ver como está el corazón del bebé... porque eso es lo que se oye ¿no...?»

«Pues es que a uno donde el médico le dicen que aguas de yerbas no puede tomar porque eran un abortivo... En cambio la señora le dice: Tome un agua de tal cosa y uno se la toma y así se mejora. Donde el médico sólo lo miden y le dicen a uno que «está normal» y no más. Que los dolores que a uno le dan eso es normal y que tiene que aguantarse hasta que se le quite ese dolor».

Este hallazgo es consistente con lo descrito por Sadler²⁵ en el sentido que la atención del embarazo, parto y postparto pasa a ser un acontecimiento aislado del entorno social, igual y uniforme para todas las mujeres, donde ya no es un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario -principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes; y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización.

El segundo paso en la búsqueda de que el *niño se acomode bien* es modificar la posición para dormir, y evitar que el propio cuerpo quede boca abajo, pues esta posición según ellas, podría lastimar al bebé; ellas han oído a sus mamás y a las vecinas allá en sus veredas, que es

fundamental aprender a dormir de lado para que el bebé no se lastime. Esta posición también la indica la medicina occidental con un propósito distinto: mantener el flujo sanguíneo correcto porque el decúbito dorsal facilita la presión del útero grávido a los grandes vasos y dificulta de esta manera la oxigenación apropiada del feto. Aquí se puede ver, cómo a pesar de los propósitos distintos entre una y otra perspectiva, el fin es el bienestar del bebé.

El tercer paso es recorrer distancias considerables, pero esto no se puede cumplir en la ciudad, porque la situación de desplazamiento les impide hacerlo. En sus veredas parte de las rutinas cotidianas son el trabajo y cultivo en el campo. Esta actividad, como es de suponer, está inmersa en su natural accionar y no tienen que planearla como algo diferente. En la ciudad los espacios son reducidos, las casas se encuentran contiguas y su misma condición de desplazadas les indica que hay muchos peligros de los cuales deben cuidarse. El desplazamiento las obliga a restringir sus salidas y de alguna manera las hace sentirse presas a pesar de que huyeron en busca de la libertad. Y por último, consideran de gran importancia tener relaciones sexuales durante el embarazo, pues así logran «abrirse» para ayudar y facilitar el nacimiento del bebé.

Al alimentarse bien, el niño nace fuerte. Si bien, los ajustes en la vida de las personas con frecuencia se originan en los cambios sociales y económicos, en este caso en particular por el desplazamiento, las gestantes que viven en este lugar, aunque reciben una influencia grande de los hábitos alimentarios de su nuevo contexto, aún conservan de manera arraigada las tradiciones familiares de su sitio de procedencia respecto de lo que comen, la manera como preparan los alimentos, y los nutrientes que consumen durante esta época de la vida y confirman que en las prácticas de cuidado de la mujer gestante desplazada, influyen las prácticas inducidas por sus interacciones previas al desplazamiento y por los intercambios que se dan en el nuevo contexto social y familiar. El testimonio de una de las mujeres dice así:

«Mucha gente de aquí se queda con las costumbres que traen: por ejemplo cocinar con leña, tostar su propio café. Por ejemplo ese café que están tostando ahora lo traen de por allá. También siembran algunas cositas...»

Sin embargo, los factores económicos como la escasez de dinero influye en la selección de alimentos que pueden

comprar y se da mayor importancia al precio sin tener en cuenta el valor nutritivo.

El uso tradicional, en la comida diaria, de productos como plátano, papa, acompañados de leguminosas como fríjoles o lentejas y de bebidas como agua de panela y pan es común en el sitio de origen de las gestantes, pues es lo que cultivan y es el tipo de alimentos a los que tienen mayor acceso, y se convierte en parte de las tradiciones que reproducen en su nuevo hogar. Algo similar ocurre con el horario de las comidas; prefieren hacerlo temprano, almuerzan a las 11:30 y comen a las 5 de la tarde, igual que en el campo, pues de lo contrario los alimentos «les caen pesados» y no logran conciliar el sueño.

Como casi todas las mujeres desplazadas durante la gestación no trabajan, o lo hacen de forma irregular, por la dificultad de encontrar un empleo por su estado de gravidez, o porque no conocen la ciudad y los posibles sitios de trabajo, o porque lo que saben hacer es diferente a lo que se hace en la ciudad, el tipo de alimentos que se consume y la cantidad de ellos, se ve sometido a la buena intención de la persona con la que en ese momento comparte la vivienda y esto limita en forma parcial la calidad y la cantidad de alimentos que consumen. Es de anotar que a las gestantes las apoyan algunas personas que, aunque no conocían, forman parte del grupo familiar a donde ellas llegan por primera vez después del desplazamiento, y son ellas las que precisamente les colaboran en la consecución de un sitio donde laborar, por lo general casas de familia para hacer los oficios domésticos.

Las mujeres entrevistadas comentan que tratan de «comer bien» para que el niño «nazca bien», esto es que no nazca antes de tiempo, herniado o con malformaciones, y reafirman lo que se encontró en los temas anteriores, que las acciones de cuidado durante la gestación se orientan a lograr que el niño nazca en buenas condiciones dejando la mujer a un lado sus propios intereses. Saben que deben consumir carne, verduras, frutas, huevos y leche, pero como se explicó antes, el consumo de estos alimentos se ve limitado con frecuencia por los deficientes ingresos económicos de las familias. La base de la alimentación son por tanto, harinas y fritos y en escasa cantidad las verduras, porque a pesar de tener un costo bajo, no forman parte de los hábitos alimenticios de estas familias y las consumen en escasa cantidad. Además, evitan las bebidas ácidas porque les producen «agrieras» y las bebidas alcohólicas porque saben que puede traer consecuencias desafortunadas para la salud del bebé como comenta Rosa:

«Como la carne está tan cara, toca comer las pepas: lentejas, fríjoles y papas, sopas. Por la tarde no tomo sino café, o avena y pan o algo así. Me dijeron que comiera así para que el niño no me fuera a nacer tan débil. A mí me decían que comiera frutas pero yo casi no las como porque por acá casi no se consiguen y como son tan caras... yo como de vez en cuando, así como mangos o una manzana; naranjas no porque son muy ácidas».

Aunque las mujeres desplazadas acuden al control prenatal al centro de salud, las recomendaciones médicas en materia de nutrición, no siempre se tienen en cuenta como únicas. Ellas mismas restringen algunos alimentos cuando se sienten molestas y demuestran que estos mecanismos de auto-cuidado responden con eficacia a los problemas durante la gestación.

Aquí vemos cómo el nivel del cuidado va cobrando una mayor elaboración y a partir de haberlos implementado en sus costumbres y quehaceres cotidianos, pasan a un cuidado más de carácter emocional que físico. Sin embargo, el paso de uno a otro nivel no se lleva a cabo de manera disociada sino que por el contrario se hacen paralelamente, en un tejido de costumbres culturales que se dan con total naturalidad, sin que tenga que intervenir un proceso de racionamiento intelectual por parte de las embarazadas. Dentro de los conceptos culturales que se observan, la noción de comunidad, de vecindad, de colaboración cobra una importancia vital durante el proceso de embarazo. Ese soporte social que se da en la comunidad a la que llegan de su tierra y que las acoge y las protege mientras se ubican y acostumbran a la pérdida de lo propio y reconocimiento y adaptación de lo nuevo, en este período se da de manera evidente y sin necesidad de exigencia por parte de ellas, es parte natural tanto del embarazo como de la comunidad y por eso se convierte en una parte fundamental para el bienestar tanto de la madre como del bebé, en la medida en que su sentimiento o percepción de estar protegidas por la comunidad se hace palpable.

Cultivar la colaboración y el apoyo familiar. Las mujeres entrevistadas cuando llegaron a Pampas de Mirador, lo hicieron gracias al conocimiento que tenían de este lugar, pero de manera básica porque contaban con familiares o amigos que les brindaron ayuda temporal para que pudieran trasladarse desde su sitio de origen. Es de anotar

que estas primeras familias residentes en Pampas de Mirador lo hicieron como desplazadas, pero la población ha continuado incrementándose porque los familiares lo hacen en forma silenciosa, como desplazamiento individual o a «cuenta gota».

Esta cultura de solidaridad (tradicional en la zona del Pacífico) se afianzó con la acogida de las mujeres por parte de la familia extensa. Las participantes comentan que cuando llegaron no encontraron una infraestructura que les permitiera satisfacer todas sus necesidades pero sí contaron con la ayuda de una familia, que aunque pasaba penurias, les brindó protección.

«Mi hermano de acá está pendiente de que si yo almuerzo, si como, él me pasa la comida. A veces estamos solos en la casa él llega a mí y me dice: gorda y yo salgo y me lleva el almuerzo. Acá yo me alimento mejor. Allá pasábamos muchos trabajos, no teníamos de adonde. A veces uno no comía, y pues eso si que es feo, a uno le da como un vacío acá en el estómago todo horrible, y entonces pues allá era muy difícil la situación. Pues un día comía y al otro día no y al otro día pues si desayunaba no almorzaba, y ni comía y así. Claro que yo podía salir más fácil a caminar, iba a la galería, acá me da miedo».

Algunos de estos familiares no eran conocidos porque son fruto de nuevas uniones propias de la pérdida de la estructura familiar que produce el desplazamiento. En este nuevo sitio encontraron solidaridad y respaldo, particularmente en su situación de embarazo.

Se confirmó además, lo que publican los estudios sobre desplazamiento mencionados³⁻⁵ en el sentido que el estado de desplazamiento vuelve más vulnerable a la mujer para algunas situaciones pero en particular para el establecimiento de nuevas relaciones y para el embarazo. Pero también le permite a la mujer acomodarse mejor en su nuevo sitio de ubicación y al contrario de lo que sucede en el área rural pueden proveerse económicamente como empleadas domésticas o en trabajos informales.

Durante el tiempo que las mujeres pudieron ubicarse en el trabajo, contribuyeron en lo económico a la familia, reafirmando que en los sectores pobres se privilegia el tipo de familia extensa, en este caso intergeneracional e interdependiente, a partir de la necesidad de sumar los

ingresos de los distintos miembros. El salario que reciben lo complementan con el de su compañero y con el de otros miembros de la familia compartiendo los gastos. Sin embargo, a algunas de ellas el embarazo no les permitió continuar trabajando, por cuanto las personas para quienes laboraban no desearon incurrir con los gastos que suponen la atención de la mujer gestante.

Además del apoyo económico, la familia se interesa en forma particular por la embarazada, destacándose como hecho fundamental el desear que tanto la mujer como el niño lleven el embarazo en las mejores condiciones posibles. Para ello, se preocupan constantemente porque la mujer coma bien, le proporcionan alimento en la medida de sus condiciones, le indican como inscribirse en el control prenatal en el Centro de salud y la acompañan de modo habitual a esta actividad, le proporcionan alimentos y dinero en caso necesario y le ayudan a cuidar al niño cuando nace. Estas acciones las desarrolla la mujer cabeza de hogar, pues se destaca su papel como cuidadora y sobre todo como trasmisora de los conocimientos, creencias y prácticas de cuidado de la mujer durante el embarazo que vienen de generaciones anteriores. Aunque hacen uso de los medios convencionales de salud y siguen las indicaciones médicas, además proporcionan algunos cuidados según las tradiciones familiares.

La mujer también encuentra apoyo en los vecinos y amigos de la comunidad para el mantenimiento de la salud. Es interesante la ayuda que brindan a la mujer para su traslado para la atención del parto. Por lo escarpado del terreno, es difícil y riesgoso que la mujer, en trabajo de parto, camine por esos terrenos por lo cual la ayudan cargándola o llevándola sentada y son precavidos en realizar estas acciones durante el día, antes que caiga la oscuridad al asentamiento.

Se puede concluir que la mujer en embarazo, es objeto de cuidados especiales por la familia, y las acciones, como se describen en los temas anteriores, van dirigidas a que el niño nazca bien.

Toda esta serie de cuidados que cubren desde lo más sencillo y elemental alrededor del cuerpo, pasando por la eliminación de riesgos físicos al evitar hacer esfuerzos o la mejoría de la alimentación, culminan en el aseguramiento de las condiciones sociales alrededor de la madre embarazada, desembocan en el interés primordial de ellas, que es poder transmitirles a los bebés la sensación de bienestar y seguridad. Este fin fundamental es lo que en últimas y como único objetivo claro persigue todo el

entramado cultural aparentemente simple, casi sutil, pero perfecto dentro de sus tradiciones, que como se expresó al comienzo, busca reacomodarse, sin perder del todo lo que desde antes han aprendido.

Transmitir seguridad y bienestar a su hijo. En su condición de mujeres embarazadas y desplazadas, estas jóvenes interiorizan actitudes alrededor de su embarazo, pues aúnan tradiciones de sus tierras y las indicaciones que reciben en los centros de salud en las ciudades a las que llegan. Así, de manera comprometida, cuidan de su propio bienestar, no sólo físico, sino emocional, en la medida en que unas condiciones de tranquilidad para sí mismas, le garantizan al bebé unas conveniencias mejores para su desarrollo.

El cuidado de sí mismas, incluye cuidarse emocionalmente y este concepto se origina en la convicción que, les garantiza bienestar y tranquilidad a los bebés. Y desde esta perspectiva, tratan de evitar situaciones que les generen sentimientos negativos, ya sea de tristeza o de rabia o de angustia, pues saben que afectarían a sus bebés, por lo que tratan de mantenerse alejadas de sentimientos negativos, porque según ellas, «el bebé siente lo que la mamá siente». Si bien estas jóvenes no lo expresan con claridad, se deduce a través de las entrevistas, que todo su cuidado emocional se orienta a proporcionarse unas condiciones de tranquilidad y serenidad para ellas mismas y en esa forma, a su vez garantizar unas características de bienestar y seguridad para su hijo durante la gestación.

Todas las condiciones de cuidado emocional las llevan a evitar confrontaciones o a evadir las circunstancias que puedan desencadenar tales emociones negativas, en la certeza que si ellas dan cabida a este tipo de sentimientos, sus bebés en gestación serán afectados por éstos, de manera inconveniente.

En los temas anteriores se había visto una serie de conductas de estas mujeres que giraban alrededor de optar por cuidados físicos que evitaran consecuencias que afectarían, según ellas, a sus bebés, pero también es posible observar, que esas disposiciones que adoptan llegan hasta cuidar las condiciones un poco más relacionadas con lo emocional, que como se expresó, puede no estar precisado en palabras por ellas, pero conceptualmente se deduce que apuntan justamente a mantener una tranquilidad que les permita transmitir a sus bebés, bienestar y seguridad durante el embarazo como comenta una de las entrevistadas:

«Mire: a pesar de que uno pasa tantos

problemas, trata de estar tranquila. Porque según lo que yo he leído, si uno mantiene un temperamento de estar llorando, eso afecta también al niño. Si uno está triste el niño también se pone así y pues psicológicamente puede salir deprimido»

Es decir, que así como desarrollan comportamientos particulares de índole protector alrededor de un cuidado físico, de igual forma, tienen conciencia de la necesidad y la importancia de un cuidado evidente de carácter emocional. Estos cuidados contrastan en su condición de desplazamiento y de posible escaso nivel educativo alcanzado por ellas, pues dentro del imaginario urbano común, el cuidado durante el embarazo se dirige básicamente a garantizar un bienestar físico y una tranquilidad alrededor de la mujer embarazada, pero es escasa la conciencia particular de la necesidad de unas condiciones emocionales individuales, como puede ser el caso de una mujer ejecutiva joven que no puede evitar las tensiones y las presiones propias de su condición laboral, sin ser consciente que éstas pueden afectar al bebé en gestación, mientras que estas mujeres desplazadas tienen interiorizadas estas creencias de evitarse emociones que consideran negativas, en la firme convicción que afectarían negativamente también al bebé.

REFLEXIONES PARA ENFERMERÍA

La necesidad de la competencia en el cuidado transcultural, hoy se hace más visible ante el fenómeno del desplazamiento forzado, que ha puesto en aprietos a los profesionales de la salud, principalmente a los enfermeros y enfermeras, que encuentran a un grupo de personas, familias y comunidades, como sujetos de su cuidado de diversas procedencias y acervos culturales y para lo cual, los profesionales de enfermería, cuentan con pocas herramientas conceptuales relacionadas con el cuidado con una especificidad cultural para brindar un cuidado de la salud apropiado.

La existencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en muchas partes del mundo, lo que suscita un profundo y continuo debate sobre las diversas valoraciones que se hacen del término multiculturalismo cuando se liga a modelos de sociedad. El multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad visible: la

coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes¹. Una adopción política del término apunta a considerar el multiculturalismo como un ideal por alcanzar, y esto lleva al debate de los modelos multiculturales de la sociedad. Los modelos de integración de la inmigración (es el fenómeno social que ha traído el término al vocabulario), es decir, de la gestión de lo distinto se corresponde con la historia del concepto de ciudadanía.

Según Vásquez²⁶, las dimensiones que inciden en la diversidad cultural de los grupos humanos y que deben tenerse en cuenta en el cuidado de enfermería son:

- La etnicidad y la religión porque son modeladores de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud.
- La inmigración que a pesar de las diversas causas (económicas, políticas, religiosas y sociales), tienen en común tres rasgos importantes: la ruptura sociocultural, familiar y del modo de vida. Las diferencias culturales, sociales y de idiomas.
- Las dificultades de acceso a las redes sociales y entre éstas, a los servicios de salud.

El cuidado de enfermería desde la teoría de la enfermería transcultural significa el paso de la atención paternalista vertical enfermero-paciente a una relación comunicativa de diálogo, que reconoce al otro como poseedor de saberes diferentes y con quien se comparten algunos elementos comunes del mundo de la vida²⁷. Desde esta perspectiva es imperiosa la necesidad de adquirir las competencias culturales, entendidas como ser sensible a los asuntos relacionados con la cultura, la raza, el género, la orientación sexual, la situación social y económica. Esto significa no sólo comprender las necesidades de los otros, sino tener las habilidades de intervenir apropiadamente en el cuidado de las personas.

La competencia cultural como conocimiento aplicado a la enfermería será uno de los temas de investigación más significativos para las próximas décadas y el desarrollo de sus teorías y modelos representa el camino de progreso hacia la consecución de unos cuidados de calidad. En ese sentido como lo describen Crespo *et al.*²⁸, esa competencia cultural debe comprometer el conocimiento cultural, la sensibilidad cultural y la colaboración cultural. A partir del desarrollo de estos tres puntos, se podrán reconocer las descripciones culturales de los diversos grupos, como el de las gestantes en situación de desplazamiento, y ofrecer un cuidado culturalmente lógico, exacto y preciso.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública. República de Colombia. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
2. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). *El desplazamiento forzado en Colombia*. El Espectador. Semana del 8 al 14 de octubre de 2006. p. 7F.
3. Guevara RD. *Mujeres desplazadas por el conflicto armado. Situaciones de género en Cali y Popayán*. 2002. Universidad del Valle-PRODESO. (fecha de acceso noviembre 3, 2004). URL disponibles en: www.disaster-info.net/desplazados/informes/asprodeso/mujeresdesplazadas.htm
4. Secretaría Nacional de Pastoral Social. Sección de Movilidad Humana. Sistema de información sobre población desplazada por la violencia en Colombia «RUT». *Características generales de la población desplazada a diciembre 2003*. (fecha de acceso noviembre 3, 2004). URL disponible en: www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/22
5. *Salud sexual y reproductiva en zonas marginales. Situación de las mujeres desplazadas*. Octubre 2000 mayo 2001. (fecha de acceso noviembre 3, 2004). URL disponible en <http://página de desplazados>.
6. Profamilia. *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas 2005*. Bogotá: Printex Impresores; 2006.
7. Project Counselling Service (PCS), Sociedad Internacional. *Impunidad pongámosle fin: violencia sexual contra las mujeres en conflicto armado y post-conflicto en América Latina*. [revista en internet] 2005 acceso en agosto 2005]; 254-26. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/4739.pdf
8. Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Printex Impresores; 2005.
9. ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), OCHA (Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios), GTD (Grupo Temático de Desplazamiento). *Estado de situación del desplazamiento*. Bogotá: Sáenz & Cia S.A.; 2001.
10. Argote LA, Bejarano N, Muñoz L, Ruiz CH, Vásquez ML. Protegiendo al bebé la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. *Avances en Enferm* 2003; 21: 32-48.
11. Argote LA, Bejarano N, Muñoz L, Ruiz CH, Vásquez ML. Transitando la adolescente por el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. *Aquichan* 2004; 4: 18-29.
12. Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1991.
13. Leininger M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley and Sons; 1978.
14. Leininger M. Towards conceptualization of transcultural health care systems: concepts and model. *J Transcult Nurs* 1993; 4: 32-40.
15. Leininger M. Ethnography and ethn nursing: models and modes of qualitative data analysis. In: Leininger M (ed.). *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton; 1985. p. 33-75.
16. Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1994.
17. Spradley J. *Participant observation*. Orlando: Library of Congress; 1980.
18. Martínez M. *Investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México, D.F.: Editorial Trillas; 2000.
19. Spradley J. *The ethnographic interview*. Orlando: Library Congress; 1979.
20. Red de Mujeres. *Medio millón de mujeres desplazadas. Las mujeres desprotegidas deambulan por Colombia*. Vientos del Sur (revista en línea) 2000 mayo (acceso 19 de octubre de 2005). URL disponible en <http://www.vientosur.info>
21. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Misión salud. Red Materna y Perinatal. *Revista trimestral de la Salud* 2002; p. 4.
22. Argote LA, Vásquez ML. La «dieta» como camino para asegurar un hijo sano: Una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. *Colomb Med* 2005; 36 (Supl 3): 58-64.
23. Pelecavastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis de Potosí, México. *Rev Esc Enferm* 2005; 39: 379.
24. Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco. *Salud Publica Mex* 1995; 37: 329-338.
25. Sadler M. *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Tesis de Maestría. Santiago: Universidad de Chile; 2003.
26. Vásquez ML. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Rev Invest Educ Enfer* 2001; 19: 48-54.
27. Duque MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actualizaciones en Enfermería 2002. 5. (fecha de acceso mayo 4, 2006). URL disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria/5202-enfermeria2.htm>
28. Crespo L, Moreno F, Domínguez JM, Galao R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index Enferm Digital* 2004; 44-45. (fecha de acceso mayo 4, 2006). URL disponible en http://www.index-f.co./index/enfermeria/44revista/44_articulo_47-50