

## 1

**ESTILOS DE VIDA Y PERCEPCIÓN DEL PERSONAL  
SANITARIO EN LA COMUNIDAD INDÍGENA  
EMBERÁ-CHAMÍ\***

**Edgardo Javier Ramos Caballero<sup>1</sup> - Raquel Anaya Hernández<sup>2</sup>  
Dahian Esther Ospina Herrera<sup>3</sup> - Neftalí Pérez Arellano<sup>4</sup>**

## Resumen

Introducción: Los indígenas Embera ocupan el tercer lugar en importancia demográfica entre los pueblos indígenas de Colombia, sus modos y condiciones de vida, un nivel educativo bajo, condiciones higiénicas precarias vulneran a esta población, por lo tanto, es necesario conocer el estilo de vida y la percepción del personal de salud con el fin de priorizar acciones que disminuyan a futuro la morbilidad y la mortalidad de causa cardiovascular en estas comunidades. Objetivo: Analizar la percepción de los participantes de una intervención educativa en estilo de vida saludable en la comunidad indígena Emberá-Chamí los aspectos

\*Capítulo de libro de investigación resultado del proyecto titulado "Lifestyles and perception of health personnel in the Emberá-Chamí indigenous community"

<sup>1</sup> Enfermero. Magister en Salud Pública. Doctor en Ciencias Biomédicas. Docente investigador. Corporación Universitaria Adventista. Medellín, Colombia. Correo electrónico e-mail: ejramos@unac.edu.co.

<sup>2</sup> Ingeniera de sistemas. Doctora en Ingeniería de Sistemas. Docente Investigadora. Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: HYPERLINK "mailto:raquel.anaya.hdez@gmail.com" raquel.anaya.hdez@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermera, Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: HYPERLINK "mailto:deospina@unac.edu.co" deospina@unac.edu.co.

<sup>4</sup> Médico, Subgerente Científico E.S.E. Hospital Gabriel Peláez Montoya, Medellín, Colombia. Correo electrónico: nef-taper@hotmail.com.

culturales y actitudinales observados del personal de salud que atiende a esta población. Métodos: A partir de un estudio descriptivo y bajo el uso de herramientas de la etnografía se pretendió caracterizar y analizar las percepciones de la población intervención y del personal sanitario. Resultados: La mayoría de la población no presentan hábito tabáquico, ni ingieren bebidas alcohólicas, el proceso salud enfermedad está centrado por creencias místicas, mayor compromiso de la mujer en la búsqueda de la salud, la comunicación en su idioma genera mayor confianza en la comunidad. Conclusión: En el proceso de transmisión y adopción de hábitos culturalmente coherentes, seguros y significativos, es necesario el buen uso de la preservación, la negociación y la reorientación de los cuidados culturales.

**Palabras clave:** Estilo de vida, comunidades indígenas, conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

## Abstract

Introduction: The Embera indigenous people occupy the third place in demographic importance among the indigenous peoples of Colombia, their ways and conditions of life, a low educational level, precarious hygienic conditions violate this population, therefore, it is necessary to know the lifestyle and the perception of health personnel in order to prioritize actions that reduce cardiovascular morbidity and mortality in these communities in the future. Objective: To analyze the perception of the participants of an educational intervention in a healthy lifestyle in the Emberá-Chamí indigenous community, the observed cultural and attitudinal aspects of the health personnel who care for this population. Methods: From a descriptive study and using ethnographic tools, it was intended to characterize and analyze the perceptions of the intervention population and the health personnel. Results: Most of the population does not have a smoking habit, nor do they ingest alcoholic beverages,

the health-disease process is centered on mystical beliefs, greater commitment of women in the search for health, communication in their language generates greater trust in the community. Conclusion: In the process of transmission and adoption of culturally coherent, safe and meaningful habits, it is necessary to make good use of the preservation, negotiation and reorientation of cultural care.

**Key words:** Lifestyle, indigenous communities, knowledge, attitudes and practices in health.

## INTRODUCCIÓN

Los indígenas Embera ocupan el tercer lugar en importancia demográfica entre los pueblos indígenas de Colombia; en tiempos prehistóricos se conocieron como los indígenas “choco” caracterizados por su movilidad territorial, por la cultura selvática, por una estructura social donde la familia es la base y por su tradición social y religiosa denominada Jaibanismo, que trata sobre la relación de los espíritus con la naturaleza y la manera en que los Jaibanás marcan las vivencias de la comunidad en forma cíclica (Rosique, Restrepo, Manjarrés, Gálvez y Santa, 2010; Ministerio de Cultura, 2000).

A partir de la conquista y la colonia y la introducción de misiones evangelizadoras, la población Embera fue dispersándose y replegándose hacia diversas regiones del país (Risaralda, Caldas, Antioquia) y formando diversas comunidades o etnias que, si bien comparten unos rasgos distintivos, se adaptaron a las condiciones del contexto: Chamí, Katio y Siapidara.

Una de ellas es el resguardo indígena de Cristianía, que se encuentra a 12 kilómetros del municipio de Jardín. Se encuentra en mejores

condiciones que otras comunidades indígenas del país; no obstante, también puede verse allí, un escenario de contradicciones, tal como lo menciona el periódico El Colombiano, en una nota del 17 de julio del 2016, titulada "Resguardo indígena de Cristianía quiere desarrollo bajo su tradición" que dice: "mientras Jardín es considerada una de las poblaciones más lindas de Antioquia y uno de los pueblos patrimonio de Colombia, Cristianía tiene un déficit cuantitativo y cualitativo en su desarrollo de infraestructura, económico y social" (s. p.).

Para este estudio se definió el concepto de estilo de vida; como patrones de comportamiento identificables que pueden ejercer efecto en la salud de los individuos y están determinados por la interacción entre las características personales, socioeconómicas y ambientales (nutrición, ejercicio, responsabilidad en la salud, manejo del estrés y soporte interpersonal), (Tenahua-Quitl, et.al., 2014).

Asimismo, es importante entender que la cultura moldea las creencias y las prácticas del cuidado de la salud y que éstas se fortalecen dentro del contexto social, por ello, se deben tener en cuenta los aspectos culturales y de creencias cuando se trata de intervenciones en comunidades indígenas, bajo unas bases de diálogo y respeto para construir sistemas interculturales de salud, donde se rescaten las prácticas y conocimientos sobre el cuerpo, las interacciones sociales y la convivencia con la naturaleza (Melguizo y Alzate, 2008, Cardona-Arias, 2012; Patiño y Sandín, 2014).

El objetivo de este estudio de caso es dual: en primer lugar, caracterizar a los participantes de la intervención educativa en estilo de vida saludable y, en segundo lugar, analizar la percepción sobre los aspectos culturales y actitudinales observados del personal de salud que atiende a esta población.

Para esta investigación se aplicó con lo dispuesto en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia y el estudio se consideró de mínimo riesgo. El trabajo se realizó en el marco de los servicios ofrecidos por el hospital de Jardín y se obtuvo consentimiento de los representantes indígenas. Se contó con el apoyo de miembros de la comunidad en general y profesionales en salud quienes fueron mediadores del proceso de interacción en el trabajo de campo, con ellos se realizó la traducción de las carteleras y las notas radiales a lengua Embera con la autorización del Jaibaná.

## DESARROLLO

### ANTECEDENTES

Existen estudios que han abordado los problemas de seguridad alimentaria, hábitos alimentarios y nutrición; prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares; hipertensión arterial y factores de riesgo (Arango, Zuluaga, 2007; Rosique, et.al, 2010; Cataño, Bedoya, et.al., 2015; Cardona-Arias, Llanes-Agudelo, 2013). En este último estudio, se concluyó que es necesario realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de disminuir a futuro la morbilidad y la mortalidad de causa cardiovascular en estas comunidades. Ya que en el nivel de adherencia al tratamiento se encontró, que durante el año 2014 el Hospital Gabriel Peláez Montoya, estaba atendiendo por problemas de hipertensión a 102 pacientes de la comunidad indígena, de los cuales el 74 % (75) eran mujeres y el 26 % (27) eran hombres, de los cuales las mujeres tuvieron 90 % de adherencia, mientras que los hombres un 52 %, respecto al cumplimiento de 12 citas de control programadas por el hospital.

## METODOLOGÍA

El estudio se realizó en dos fases; la primera cuantitativa a través de un estudio descriptivo de corte transversal donde se pretendió caracterizar 40 adultos que asistieron a la intervención educativa en estilo de vida saludable, llamado expo-vida; y la segunda, a través de un estudio cualitativo de tipo etnográfico, aplicando una encuesta semiestructurada a informantes claves, los cuales está conformado por un representante del área administrativa, cuatro enfermeras; dos extramurales y dos intramurales, una nutricionista y cinco médicos.

Además, se realizó una intervención educativa-motivacional acerca del uso de prácticas saludables en donde se hizo la caracterización de la comunidad en el uso de prácticas saludables a través de una encuesta aplicada; el análisis de los aspectos culturales se hizo a través de preguntas abiertas al personal administrativo y asistencial que atiende a la población. El proceso de intervención a la comunidad siguió las siguientes etapas

### **Etapa de diagnóstico y priorización**

El diagnóstico se realizó con el equipo de salud del hospital y se identificaron las siguientes problemáticas: (a) la poca divulgación de Estilo de Vida Saludable (EVS) a través de los medios masivos que genera poco conocimiento de las prácticas saludables; (b) la falta de esfuerzos para llegar a los hogares de manera temprana; (c) la inexistencia de programas de intervención en prevención primaria y; (d) el aumento de los gastos de inversión para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Durante esta etapa se identificó que la Empresa Social del Estado (E.S.E). del municipio de Jardín estaba atendiendo por problemas de hipertensión a 102 pacientes de la comunidad indígena, de los cuales el 74 % (75) eran mujeres y el 26 % (27) eran hombres.

## Etapa de planificación

En esta etapa se identificó la población objeto de estudio con las que se llevaron a cabo las actividades de divulgación. La población que se identificó fueron los pacientes en tratamiento de hipertensión que estaban siendo atendidos por la E.S.E.; se hizo un proceso de extracción de la historia clínica de los datos obtenidos del sistema de información de hospital y luego se realizó el análisis de adherencia al tratamiento de dichos pacientes.

Respecto a las actividades de divulgación se enviaron cartas de invitación especial a los principales estamentos de la comunidad de Cristianía (gobernadora, rector del colegio, chaman, guardia indígena, gestor en salud) para que estos a su vez, realizaran la invitación a las comunidades y así promover la asistencia al Expo-Vida. Se realizó una campaña de educación y promoción a través de la emisora propia de la comunidad, en la cual, de acuerdo con los promedios del rating, se llegó a unas 500 personas. Se imprimieron y distribuyeron 500 volantes escritos en el idioma nativo; una parte de éstos se distribuyeron en visitas casa a casa y los otros se dejaron en lugares de reuniones como colegios y el cabildo. Durante 2 días se hicieron visitas puerta a puerta en 5 sectores de más conglomerado de viviendas, para invitar la comunidad a participar en el Expo-Vida y hacerles entrega del volante, logrando contactar en promedio 200 personas.

La promoción a través de la emisora se realizó durante 4 semanas previas a la actividad, con salidas al aire 3 días a la semana (lunes, miércoles y viernes) con una frecuencia de dos o tres veces al día, en espacios entre los 3 y 5 minutos en los cuales se daban pautas o tips para mantenerse sano o se brindaban notas sobre curiosidades en salud. El coordinador de la actividad enviaba por correo la información que debía ser presentada

cada día y el coordinador de la emisora se encargaba de traducirla al idioma nativo.

## Etapa de ejecución

Durante la intervención se aplicó el instrumento presentado en la tabla No 1, el cual permite obtener el perfil de estilo de vida saludable del individuo.

Tabla No. 1

### *Estructura de la encuesta aplicada*

Datos generales	Edad	
	Sexo	
	Peso (Kilogramos)	
	Estatura (Centímetros)	
Indicadores de Hábitos Saludables	Ejercicio	1: Casi diariamente 2: Menos de tres veces por semana 3: Rara vez
	Desayuno	1: Casi diariamente 2: A veces 3: Rara vez o nunca
	Merienda	1: Casi diariamente 2: De vez en cuando 3: Rara vez
	Sueño	1: 6 horas o menos 2: 7 a 8 horas 3: 9 horas o más
	Fumar	1: Nunca fume 2: Deje de fumar 3: Fumo menos de 1 paquete al día 4: Fumo más de un paquete al día
	Alcohol	1: No bebo 2: 1 a 2 porciones 3: 3 a 10 porciones 4: Más de 10 porciones

Fuente: Elaboración propia.

La ejecución contó con un equipo de 19 personas del área de la salud: tres enfermeros profesionales, diez estudiantes de enfermería, un antropólogo, un tecnólogo en atención prehospitalaria, un psicólogo, un nutricionista, un médico y un terapeuta familiar; como personal de apoyo se contó con un ingeniero de sistemas y dos estudiantes de ingeniería para la captura de la información y tratamiento posterior de los datos. Además, se contó con la presencia de 14 militares del batallón de infantería No 11, Cacique Nutibara, quienes dirigieron actividades lúdico-recreativas para los niños y contribuyeron con la entrega de calzado y ropa; y con 3 representantes de la administración de la comunidad indígena: un guardia indígena, un gestor comunitario y un delegado de la gobernación, quienes supervisaron el proceso. El espacio fue amenizado con la mascota institucional de la entidad de salud.

Se organizaron 9 stands, uno de bienvenida y registro de datos generales y los restantes con los temas de Expo-Vida en los cuales se impartió educación directa sobre estilo de vida saludable en los temas de: agua, descanso, ejercicio, luz solar, aire, nutrición, temperancia, esperanza.

### **Etapa de evaluación de resultados**

La evaluación de los resultados estuvo dividida en dos fases: En la primera, se hizo la evaluación cuantitativa, para indagar acerca del nivel de adopción de prácticas saludables de la comunidad indígena a través del instrumento mencionado. Si bien el foco inicial era hacer el diagnóstico de los pacientes que actualmente estaban en tratamiento de hipertensión, en consenso con las autoridades indígenas y el hospital se decidió abrir esta brigada a toda la población indígena.

En la segunda fase, se llevó a cabo la evaluación cualitativa de la experiencia, que tuvo como propósito analizar los causales de la baja participación de la comunidad en el evento de Expo-Salud. Para tal

propósito, se diseñó un instrumento para aplicarlo al personal de salud del hospital conformado con 3 preguntas abiertas. Se recopilaron percepciones de 12 miembros del equipo de salud de la E.S.E: El director científico, 3 enfermeras de programas extramurales, 2 enfermeras de programas intramurales, 5 médicos y 1 un practicante que estuvo al frente de la experiencia. Las preguntas abiertas fueron las siguientes:

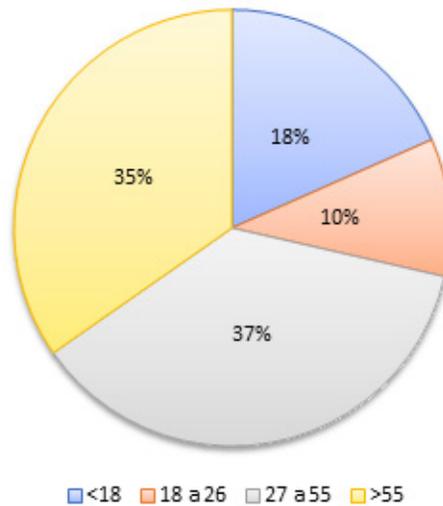
- Pregunta 1: ¿Cuáles son las *creencias, prácticas y hábitos* que usted conoce respecto al cuidado de la salud de la comunidad indígena?
- Pregunta 2: ¿Cuáles son las *estrategias de comunicación* más efectivas para lograr la participación de los miembros de la comunidad?
- Pregunta 3: ¿Qué aspectos culturales *inciden en la baja participación* del hombre en este tipo de actividades?

Las respuestas fueron codificadas siguiendo el código AX.Y, donde X indica la pregunta a la cual se corresponde la afirmación y Y es un consecutivo de la afirmación dentro de la pregunta, teniendo en cuenta que la respuesta de un participante pudo originar más de una afirmación.

## RESULTADOS

### Caracterización de la población en el uso de prácticas saludables

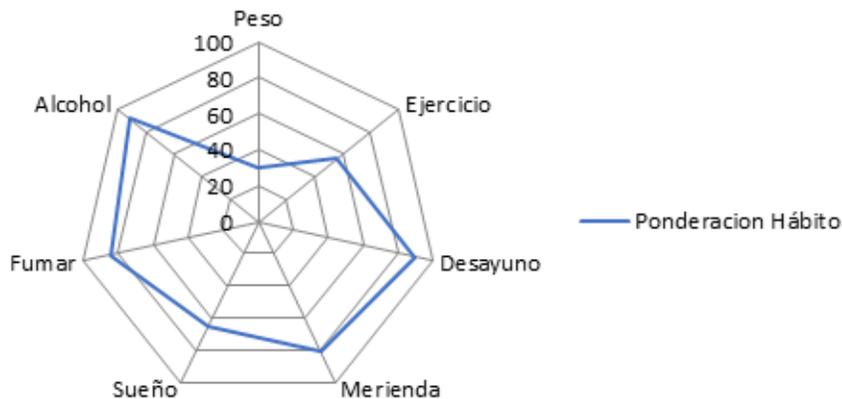
Se caracterizaron 46 miembros de la comunidad indígena, 40 de los cuales (87 %) son de género femenino y 6 (13%) son de género masculino, con una edad promedio entre 30 y 59 años. La figura No.1 presenta la distribución de los participantes según la edad. Se puede observar que la mayoría de las personas intervenidas fueron gente adulta con una representación mayor entre las edades de 27 a 55 años (37 %), seguido por personas mayores de 55 años (35 %); hubo también participación de menores de 18 años (18 %) y la menor representación fue la de adultos jóvenes (18 a 26 años) con una participación del 10 %.



*Figura No. 1.* Distribución de participantes por edad  
Fuente: Elaboración propia

La población intervenida tiene un peso de 56 a 60 kilogramos, una altura no mayor a 1.60cm y el 45 % de ellos tiene un IMC entre el 25 a 29.9 kg/m<sup>2</sup>. Con relación a los hábitos saludables, el 47.5 % de la población rara vez realiza ejercicio, el 77,4 % toma un desayuno diario, el 72,5 % consumen merienda, el 50 % duerme entre 7 y 8 horas nocturnas, el 80 % de los encuestados, nunca fumó cigarrillo y un 77,5 % no consume alcohol.

La figura No. 2 presenta una ponderación de los hábitos saludables en la población intervenida, donde el valor 100 % indica una adopción total del hábito saludable en la población. Se puede observar una baja tendencia a adopción de conductas de riesgo, siendo la mejor puntuada el no consumo de alcohol que tuvo una ponderación del 91.5 % y el no uso del cigarrillo cuya ponderación es del 84.7 %. Las puntuaciones más bajas se presentan en el hábito del sueño (64.5 %), el ejercicio (56.1 %) y el peso (30 %).



*Figura No. 2.* Ponderación de hábitos en la población intervenida de la comunidad indígena.

Fuente: Elaboración propia

## Aspectos culturales, de creencias y prácticas y de comunicación de la comunidad

### Respecto a las creencias, prácticas y hábitos.

Para la comunidad indígena el proceso salud-enfermedad está mediado por unas creencias místicas de espíritus que viven dentro de la persona en donde el Jaibaná (sabio tradicional médico de la comunidad) tiene la autoridad para liberarlos a través de los elementos de la madre naturaleza, que tiene el poder para curar la enfermedad.

A1.1: "creen en la madre tierra y en el poder y bondades de esta para curar enfermedades y cuidar la salud". A1.2: "para ellos es muy importante el acompañamiento que hace el médico tradicional (Jaibaná) a las familias y al resto de la comunidad en especial en su conexión con el medio". A1.6: "Tienen la creencia de "echar o tirar al mar" = espíritus malos que enferman a los pacientes" (Comunicación personal).

La comunidad indígena se encuentra dentro de una encrucijada entre la medicina occidental y la medicina tradicional heredada de sus ancestros; tratan las enfermedades del espíritu a través de rezos, ceremonias y bebidas y solo se recurre a la medicina occidental, como última opción, en los casos en los que el Jaibaná no puede curarlos.

A1.3: "Hay una concepción diferente al resto de población con respecto a salud-enfermedad; es una concepción no científica que se basa en mitos". A1.4: "Muchas personas de la comunidad acuden primero a su medicina tradicional y después al médico del hospital". A1.7: "La comunidad tiene la creencia en la presencia de espíritus como causantes de la enfermedad a los cuales la medicina occidental no tiene ningún efecto; por tal razón realizan rezos, ceremonias, toman bebidas hasta liberarse de estos". A1.11: "Andrés el Chaman, hace claridad que la salud viene de dos maneras: enfermedades del cuerpo, debido a malos hábitos de vida, algunas se pueden curar por plantas, pero otra no, y otras vienen de la parte espiritual; él remite a los pacientes al centro de salud cuando no vienen de la parte espiritual" (Comunicación personal).

La comunidad indígena ya reconoce las diferencias entre la medicina tradicional y la medicina occidental y reconoce el papel de ésta en el tratamiento de algunos casos como el manejo de la hipertensión. Existe inquietud entre los líderes de la comunidad indígena para llegar acuerdos con el centro de salud en el tratamiento de las enfermedades de los pacientes.

A1.12: "La comunidad conoce la diferencia y es activa en la búsqueda de la salud; el hospital tiene un buen grupo de indígenas en el programa de control de la hipertensión". A1.13: "Andrés, el chamán tiene buen contacto con el sistema de salud del hospital; les ha hecho claridad

de los dos orígenes de la enfermedad; remite a los pacientes al centro de salud cuando no vienen de la parte espiritual y quisiera que ellos le remitieran al paciente cuando se trata de enfermedades del espíritu". A1:14: "Existe alguna confusión respecto a las enfermedades que "son del cuerpo" y enfermedades que "son de alma"; no existe un referente o punto de partida que permita diferenciar el origen de la enfermedad" (Comunicación personal).

Existen condiciones sociales que afectan directamente la calidad de vida de la comunidad; su cercanía con Jardín genera en ellos una situación cómoda de esperar las ayudas del gobierno; no trabajan sus propias tierras. Por otra parte, algunos han sabido aprovechar la cercanía con la civilización para estudiar y tener alguna profesión u oficio que ha generado mejoras en su salud emocional.

A1.14: "Se han habituado a la pobreza; algunos de ellos trabajan en otras tierras no indígenas que les pagan poco y teniendo tierras no las utilizan". A1.15: "Existe la posibilidad de un ambiente más saludable pero el mismo contexto no les facilita". A1.16: "Tienen unos grupos que les han traído de afuera que les dan curso de peluquería, costura, panadería, manicure, lo que ha sido positivo para ellos". A1.17: "Entre los que han estudiado hay una enfermera profesional que trabaja en el hospital y que sido clave como puente de entrada a la comunidad" (Comunicación personal).

### **Respecto a las estrategias de comunicación.**

El aspecto más importante en las estrategias de comunicación es el uso del dialecto Emberá, bien sea escrito u oral, ya que esto transmite confiabilidad y persuasión desde su imaginario colectivo. La comunicación oral a través de vocero que hable su idioma y el uso de la emisora Radio Chamistereó, se identificaron como los medios más efectivos de comunicación con la comunidad.

A2.2: “la emisora juega un papel muy importante ya que es el medio que la gente accede para la comunicación e información”. A2.3: “Hay buena receptividad a las campañas de salud por medios hablados o escritos”. A2.4: “Considero que más que medios de comunicación es tener un vocero que hable el idioma de ellos”. A2.11: “La emisora representa un medio indispensable para difundir los mensajes de interés para la comunidad, ya que la mayoría de familias la escuchan y están pendientes de la información que transmiten” (Comunicación personal).

Entre las estrategias recomendadas para lograr una mayor participación de la comunidad se identificaron: (a) fortalecer la difusión de las convocatorias de forma radial; (b) ganar primero la confianza de las autoridades civiles de la comunidad y comprometerlos para que sean ellos quienes motiven al personal; (c) disponer de incentivos para solventar las necesidades básicas, tales como: ropa, alimentos, puesto que muchos no asisten por el rebusque de las necesidades diarias; (d) realizar actividades lúdico-recreativas dirigidas a los niños.

A2:12: “mayor tiempo de publicidad por la emisora y carteles en sitios estratégicos” A2.13: “Comprometer a los directivos de la comunidad (gobernadora, consejo indígena) para que sean ellos los que más motiven a la comunidad”. A2:14: “Informar al cabildo para que esta dependencia anime y comprometa a las familias de la comunidad”. A2:15: “Deben realizarse actividades que incluyan donación de alimentos o prendas de vestir”. A2:16: “Dar incentivos para que asistan a las actividades como mercado, ropa, comida” (Comunicación personal).

## Aspectos culturales con respecto a la baja participación de los hombres y jóvenes en este tipo de actividades

Se evidencia un mayor compromiso de la mujer en la búsqueda de la salud. La curiosidad innata de los niños los hace receptivos a cualquier tipo de intervención externa y participan de manera activa en las actividades lúdico-recreativas. Se evidencia una comunidad donde las mujeres estas relegadas al trabajo de la casa y son responsables de la salud de sus niños, quienes son la población más vulnerable por problemas de nutrición. Asimismo, existe una baja participación de los jóvenes.

A3:2 "Se observa más participación en madres y niños; hay menor cantidad de hombres por su jornada laboral". A3:4 "Las mujeres son las que más participan en diferentes actividades por el tiempo". A3.5: "Hay mayor compromiso de la mujer". A3.9: "Todavía hay machismo en la comunidad; como, por ejemplo, los hombres les prohíben a las mujeres entrar al control de planificación y lo hacen a escondidas". A3:12 "Los hombres consultan y asisten con menor frecuencia a actividades relacionadas con la salud, las mujeres son más receptivas". A3:13 "Los niños por curiosidad son los que más participan de las actividades, algunos acompañados por sus madres; las mujeres son las más receptivas en los temas de salud; la población más apática a dichas actividades son los jóvenes". A3: 14: "La mujer está encargada del hogar todo el día. El niño es el más necesitado de la comunidad por riesgo de desnutrición. El rol de mayor acción es el de la mujer y el hombre trae. La que tiene mejores hábitos es la mujer" (Comunicación personal).

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los estilos de vida y las conductas protectoras de salud se observó que en los participantes el 80 % no fuma cigarrillo y el 78 % no consume bebidas alcohólicas. Resultados similares fueron encontrados en un estudio de una comunidad indígena en Honduras donde el tabaquismo estuvo presente en 21,3 % de los entrevistados. (Reyes-García, et.al 2011). Es importante resaltar que el consumo de alcohol o tabaco en las comunidades indígenas es de uso medicinal y está restringido si se lleva a cabo individualmente; la única manera en que se puede consumir es con la presencia de la autoridad que en este caso son los médicos tradicionales. (Mendoza, et.al., 2015). Debido a que estos hábitos suelen predisponer a la aparición de enfermedades cardiovasculares, se hace necesario educar a la población sobre los posibles riesgos a los que se enfrentan, pese a que su exposición sea mínima. (Reyes-García, et.al, 2011, Cataño, Bedoya, et.al., 2015).

Por otro lado, los estilos de vida no saludables se consideran condiciones que facilitan la aparición de factores de riesgo, alguno de los cuales son modificables, dentro de las conductas de riesgo asumidas, se encontraron: el no consumo regular del desayuno en un 23 %, dormir menos de 7 horas al día en 50 %, el consumo de meriendas entre las comidas en 73 % y la poca práctica a la realización de ejercicio; el 48 % rara vez realiza ejercicio físico, como factor más importante. Datos que concuerdan con los reportados a nivel nacional, con cifras muy bajas, siendo algo más del 21 % en personas de entre 12 y 69 años. (Manrique, et.al., 2014).

Dentro de las principales barreras para la actividad física, investigaciones previas han referido la falta de tiempo, de voluntad y de energía, lo que muestra similitud con los Emberá-Chamí, e implica la

adopción de conductas poco saludables y la pérdida del arraigo cultural en esta comunidad indígena (Cardona-Arias y Llanes-Agudelo, 2013).

Uno de los aspectos a resaltar son las concepciones encontradas sobre salud-enfermedad de la medicina tradicional de la comunidad indígena y la medicina científica que se practica en los centros de salud. Las afirmaciones por los encuestados acerca de las creencias y prácticas de la salud en la comunidad indígena, (A1:2, A1:4, A1:6, A1:7), se encuentran alineadas a la conceptualización que Cardona-Arias (2012) realiza acerca de la medicina tradicional, “como uno de los componentes centrales de la cultura indígena, que articula la tradición oral y riqueza ancestral; para la comunidad Emberá-Chami, la medicina tradicional “es el eje articulador de la vida física-mental-espiritual, es la conjunción de saberes y prácticas de relación con la madre naturaleza y sus componentes curativos” (p. 5).

A diferencia de otras comunidades indígenas donde por problemas de ubicación, costos, lengua y valores culturales el acceso a los sistemas de salud está restringido, la cercanía de esta comunidad a la cabecera municipal (Jardín), facilita la atención a la comunidad. De hecho, se encontró, que gran parte de la población está siendo tratada por problemas de hipertensión. En este estudio, también se destaca los esfuerzos por llegar a acuerdos para establecer sistemas de salud interculturales para las comunidades indígenas (Patiño y Sandín, 2014).

La necesidad de incorporar la perspectiva indígena en las políticas sanitarias de las naciones ya ha sido identificada por la OPS y la OMS, las cuales buscan mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas e integrar criterios interculturales como parte de la estrategia de la atención primaria de la salud (Patiño y Sandín, 2014). Se observó que la comunidad de Cristianía, encabezada por su chaman (A1:33) maneja una relación de respeto y cordialidad con el centro de salud, por lo tanto se presentan condiciones

favorables para la creación de escenarios en los que se considere el papel de la medicina tradicional en la atención primaria en salud, reconociendo que sus sistemas de salud son eficaces como tratamientos preventivos cuya cosmovisión se basa en el equilibrio la armonía y la integralidad; antes que considerar que sus creencias están basadas en mitos (A1:3), tal como lo apuntan Patiño y Sandín (2014), “es necesario que occidente deje a un lado la soberbia intelectual, al mirar de forma despectiva todo lo que no proviene de la academia” (p.13).

Los problemas de desnutrición crónica de estas comunidades ya han sido identificados por Rosique, et.al., (2010), especialmente en la población infantil. Asimismo, Cardona-Arias y Llanes-Agudelo (2013) analizaron la asociación de factores de riesgo cardiovascular con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de un resguardo indígena Embera-Chami. Este estudio arrojó la tendencia al sobrepeso, el bajo nivel de ejercicio de la población y un indicador de sobrepeso, que son algunas de las evidencias de problemáticas que tiene la comunidad.

A pesar de conservar una tradición, se observa que en la comunidad de Cristianía se presenta un choque cultural debido a que tienen fácil acceso al entorno cultural de occidente y, por lo tanto, se encuentra permeado por prácticas de alimentación y diversión que inciden de manera negativa en sus hábitos de salud, tales como el consumo de gaseosas, comida chatarra, productos de panadería, que son ricos en calorías, pero bajos en proteínas y minerales. Estos alimentos ahora son imprescindibles en la dieta de estas comunidades, cambiando sus gustos e imposibilitando el acceso a alimentos saludables (Rosique, et.al, 2010). Estos procesos de occidentalización son una de las causas en la aparición de alteraciones cardiovasculares que representa un problema de salud pública en las comunidades indígenas (Cardona-Arias y Llanes-Agudelo, 2013).

Existe hoy en día una paradoja en la comunidad de Cristianía; a pesar de tener tierras para cultivar, no trabajan en ellas (A1:14); este es un fenómeno que se originó en los procesos de conquista y colonización. Los Embera Chami fueron perdiendo sus dinámicas sociales como la relación con la tierra, dedicada al usufructo de los recursos naturales para la supervivencia (MinCultura, 2000). El Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y del Caribe ha realizado estudios con el propósito de analizar la problemática alrededor de la producción de alimentos de las comunidades Embera, buscando rescatar los sistemas agroalimentarios y su importancia social, cultural, política y simbólica (Arango, Zuluaga, 2007).

Se evidenció una apatía general de la comunidad a eventos externos y específicamente a actividades de promoción y prevención de salud, debido a su tradición cultural; buena parte de las sugerencias para lograr una mayor participación están enfocadas en disponer de incentivos para solventar las necesidades básicas, tales como: ropa, alimentos (A2:12, A2:14), que puede interpretarse como el rompimiento de la conservación cultural por la urgencia de satisfacer sus necesidades (Rodríguez y Vásquez, 2007).

De igual manera, se observó que existen prejuicios de género dentro de la comunidad, los cuales delegan a la mujer las tareas rutinarias del hogar, el cuidado de los niños y la asistencia a este tipo de eventos (A3:5, A3:9, A3:12, A3:14). El papel de la mujer toma relevancia como comunicadora de la familia, tal como lo concluye Arias, et.al., (2013), de crear estrategias de acción dirigidas hacia el fortalecimiento de la educación de las madres, como una iniciativa para promover el diálogo intercultural.

En este tipo de comunidades vulnerables con grandes tradiciones, puede ser difícil lograr un cambio de conducta en la población mayor. Durante la intervención se observó la disposición y atención que los niños

y adolescentes tuvieron en la actividad. Queda el interrogante abierto si estas nuevas generaciones que crecen en un ambiente de choque cultural podrán establecer un equilibrio adecuado entre el valor de sus tradiciones y los elementos de progreso de la cultura occidental.

## CONCLUSIONES

En este artículo se identificó la necesidad de definir estrategias interculturales de comunicación y convocatoria para la atención primaria de las comunidades indígenas; así como de potenciar el papel de la mujer como comunicadora y cuidadora directa de la familia.

Las acciones de intervención comunitaria deben estar enfocadas a los niños y jóvenes, pues ellos son los que poseen mayor apertura a la escucha, y sobre los cuales recae el relevo generacional que transforma la cultura, y podría emigrar hacia la adopción de procesos comportamentales más saludables.

Ante el contexto sociocultural mítico y religioso adverso para transmitir cuidados culturalmente coherentes, seguros y significativos, se recomienda el buen uso de la preservación, la negociación y la reorientación de los cuidados culturales. Cuyo fin principal es la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

## REFERENCIAS

- Arias M, Tarazona, M.C, Lamus, F., y Granados, C. (2013). Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 613-25.
- Arroyave, J. U., Sánchez, G. P. (2007). Seguridad alimentaria desde una perspectiva de Gestión Ambiental en territorios de comunidades Embera del Atrato Medio Antioqueño. Medellín: Fondo Indígena.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Publica*, 14(4), 630.
- Cardona-Arias, J. A, y Llanes-Agudelo, O. (2013). Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas Emberá-Chamí. *CES Medicina*, 27(1).1-20.
- Cataño, J., Duque, J., Naranjo, C., Rúa, D., Rosique, J., García, A., Gómez, L., Cardona, J., Caro, M., Bedoya, G., y Pizano, N. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas embera-chamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. *Iatreia*, 28(1), 1-25.
- Manrique Abril, F., Ospina Diaz, J., y Herrera Amaya, G. (2014). Prevalencia de inactividad física y factores posiblemente asociados en Boyacá, Colombia. *Salud, historia y sanidad on-line*, 9(2), 15-30. Recuperado de <http://agenf.org/ojs1/ojs/index.php/shs/article/view/184/166>
- Mendoza, A., Reyes Romero, F., Gutiérrez Mendoza, G.A., y Posada, I. C. (2015). Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia.

Universitas Psychologica, 14(3),975-983. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64744106015>.

Patiño Suaza A. E., y Sandín Vásquez, M.. (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud colectiva*, 10, 379-96.

Resolución No. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud de la República de Colombia.

Reyes-García, S. Z., Zambrano, L., Fuentes, I., Sierra, M., y Urquia-Osorio, H. (2011). Estudio descriptivo de factores de riesgo cardiovascular a una muestra de la población de una comunidad indígena de honduras. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 16(1), 32-37. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71723602007>.

Rosique, J., Restrepo, M.T., Manjarrés, L.M., Gálvez, A., Santa, M. (2010). Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Embera de Colombia. *Revista chilena de nutrición*, 37(3), 270-80.

Tenahua-Quitl, I., Grajales-Alonso, I., Ordaz-Zurita, R, Cortés-Bohórquez, E., Pinacho-Cortés, H., Duque-Bautista, H., y Zurita-Vázquez, G. (2014). Estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular en personas de 30 a 65 años de edad. *Revista de Enfermería del Instituto de Mexicano Seguro Social*, 22(2), 101-6. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim142g.pdf>.