

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EXPERIENCIA CON POBLACIÓN INDÍGENA DEL DEPARTAMENTO DE CHOCÓ

*Blanca Patricia Mantilla Uribe\**  
*María del Pilar Oviedo Cáceres\*\**  
*Andrea Hernández Quirama\*\*\**  
*Nieves Zoraida Flórez García\*\*\*\**

Recibido en junio 18 de 2013, aceptado en agosto 8 de 2013

---

## Citar este artículo así:

Mantilla BP, Oviedo MP, Hernández A, Flórez NZ. Educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de Chocó. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):96-109.

---

## Resumen

**Objetivo:** Desarrollar acciones de base comunitaria con la población indígena del departamento de Chocó, entre el periodo comprendido entre diciembre de 2010 y abril de 2013, utilizando la educación para la salud con enfoque diferencial como un medio de transformación de sus realidades, contribuyendo así al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición. **Metodología:** Se realizó un proceso de educación para la salud, en el marco de la Investigación-Acción-Participación, que buscó aportar elementos para la modificación de algunas condiciones de salud y nutrición de las niñas y niños del departamento de Chocó; las fases desarrolladas fueron: diagnóstico-exploración, realización de acciones y programación-acción. Se trabajó en todo el proceso con 185 personas representantes de autoridades étnico-territoriales, líderes indígenas en salud, hombres, mujeres, niñas y niños indígenas. **Resultados:** Producto del proceso realizado durante tres años, mediante un trabajo participativo y consensuado, se abordaron algunas temáticas de salud y nutrición a través de la promoción de acciones clave para trabajar de manera comunitaria y familiar con las comunidades indígenas, con metodologías adaptadas a sus realidades y materiales educativos con enfoque diferencial e incluyente. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados se permite identificar la Investigación-Acción Participativa como una estrategia metodológica que posibilita transformaciones de las realidades de las comunidades indígenas en relación con su situación de salud y nutrición.

## Palabras clave

Educación para la salud comunitaria, salud de los pueblos indígenas, participaciones en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Enfermera. Mg. en Pedagogía. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

\*\* Optómetra. Mg. en Salud Pública. Mg. en Educación para la Salud. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Autor para correspondencia: Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com

\*\*\* Trabajadora Social. Ph.D. en Investigaciones Feministas y Género. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

\*\*\*\* Enfermera. Especialista en Gerencia de Empresas. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

## HEALTH EDUCATION: AN EXPERIENCE WITH INDIGENOUS POPULATION FROM THE DEPARTMENT OF CHOCÓ

### Abstract

**Objective:** To develop community-based actions with the indigenous population from the department of Chocó between December 2010 and April 2013, using health education focused on a differential approach thus contributing to the improvement of their health and nutrition. **Methodology:** A health education process was carried out within the Participation-Action-Research framework, which sought to provide elements for the modification of some health and nutrition conditions of children from the Department of Chocó. The phases developed were: Diagnosis-exploration, performing actions and action programming. The complete process involved 185 people representing the ethnic-territorial authorities, indigenous leaders in health, men, women, indigenous children. **Results:** Product of the process carried out during three years, through a participatory and consensual work, some issues on health and nutrition through the promotion of key actions to work in a communally and familiar way with indigenous communities were addressed, using methodologies adapted to their realities and educational materials with differential and inclusive approaches. **Conclusions:** According to the results it is possible to identify Participatory Action-Research as a methodological strategy that enables transformations of the realities of indigenous communities in relation with their health and nutrition status.

### Key words

Community health education, indigenous communities, health of indigenous communities, participation in health (*source: DeCS, BIREME*).

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA COM INDÍGENAS DO ESTADO DE CHOCÓ

### Resumo

**Objetivo:** desenvolver ações comunitárias com a população indígena do departamento de Chocó, no período entre dezembro de 2010 e abril de 2013, utilizando-se a educação em saúde com abordagem diferenciada como um meio de transformar suas realidades, contribuindo para a melhoria de sua saúde e nutrição. **Metodologia:** Trata-se de um processo de educação em saúde como parte da Pesquisa-Ação-Participação, que procurou fornecer elementos para a modificação de algumas condições de saúde e nutrição do departamento de Chocó crianças, as fases desenvolvidas foram: diagnóstico-exploração, realizando ações e programação de ação. Eles trabalharam durante todo o processo, com 185 pessoas, representando as autoridades étnico-territoriais, lideranças indígenas de saúde, homens, mulheres, crianças indígenas. **Resultados:** produto do processo realizado durante três anos, por meio de um processo participativo e consensual, dirigiu algumas questões de saúde e nutrição, através da promoção de ações-chave para trabalhar como uma comunidade e da família com as comunidades indígenas, com metodologias adaptadas à sua realidades e materiais educativos com diferencial e abordagem inclusiva. **Conclusões:** De acordo com os resultados para identificar Pesquisa-Ação Participativa como uma estratégia que permite a transformação das realidades das comunidades indígenas em relação à sua saúde e estado nutricional.

### Palavras chave

Educação em saúde, população indígena, participação comunitária (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

El departamento de Chocó está situado en el occidente de Colombia, la población estimada para el año 2010 era de 476.173 habitantes (1), según datos del Censo de 2005, el 74% de su población se reconoce como afrocolombiana (2) y un 11% corresponde a cinco pueblos indígenas: Embera, Embera Katío, Embera Chamí, Tules o Cunas y Waunaán (3) que se agrupan en 119 resguardos (4).

Las comunidades indígenas han reportado que el 99,9% de los hogares está en inseguridad alimentaria y 94,9% se encuentra en inseguridad alimentaria severa (5). Los indicadores de pobreza y calidad de vida reportados son inferiores a los promedios nacionales, el 79% presenta al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), mientras que a nivel nacional este indicador se reduce al 27,6% (2). En 2005 el 78,5% y el 48,7% se encontraba por debajo de la línea de pobreza e indigencia, respectivamente, frente a un total nacional de 49,2% y 14,7% (6). Otros datos revelan que un 63% de los hogares no tiene acceso a inodoro con conexión a alcantarillado; el 30% carece de abastecimiento de agua, el 41% cocina con carbón, leña o desechos; el 60% no tiene servicio de recolección de basuras y el 46% de hogares vive en hacinamiento (7). El acceso a acueducto es del 21,1%, alcantarillado es del 15,5%, y recolección de basuras del 27,2% (2). En cuanto al índice de calidad de vida (ICV) este es de 58 puntos frente al nacional de 79 (8), el promedio de hijos de las mujeres indígenas es de 6,5 hijos (9).

En relación a la situación de salud, el Ministerio de la Protección Social en los “Indicadores Básicos de la Situación de Salud en Colombia para el 2007”, muestra que la tasa de mortalidad infantil para el Chocó era de 32,8. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en niños y niñas menores de 5 años de edad es casi el doble de la tasa calculada para el país: Chocó 24,2 y Colombia 13,4 (10). En 2005 la tasa de mortalidad materna en este mismo

departamento fue de 250,9 por 100.000 nacidos vivos, frente a un promedio nacional de 73,1 (11).

Teniendo en cuenta el panorama anterior, se hace necesario implementar acciones de base comunitaria que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional, utilizando las acciones de educación para la salud con enfoque diferencial como un medio de transformación de sus realidades; dicho enfoque permite fortalecer la identidad indígena, alienta a las personas a que se involucren con la comunidad, al integrar conceptos y temas desde su cosmovisión, mitos, rituales, diversidades y costumbres haciendo que el conocimiento local se involucre, dando así pasos hacia estrategias sostenibles y aplicables al entorno y a sus realidades (12).

Es así como el presente estudio pretende abordar una manera de trabajo con las comunidades indígenas para mejorar sus condiciones de salud y nutrición.

## METODOLOGÍA

Se realizó un proceso en el marco de la Investigación-Acción-Participación, teniendo en cuenta los modelos propuestos por Goyette y Lessard-Hérbert, Susman y Evered (13) y Bosco Pinto (14); que buscó aportar elementos para la transformación de las condiciones de salud y nutrición de las niñas y niños del departamento de Chocó, el cual se llevó a cabo desde diciembre de 2010 a abril de 2013, en diferentes fases que fueron desarrolladas sin interrupciones en el tiempo, tal y como se describen continuación:

### 1) Diagnóstico-exploración

Para determinar los conocimientos y las prácticas de las comunidades indígenas en relación con la seguridad alimentaria y nutricional, se realizaron diversos momentos de conversación, llamados “Encuentros de saberes”, divididos en seis grupos

diferentes con hombres y mujeres líderes en salud (jaibanás, tongueros, yerbateros, docentes, parteras) y familias de Chocó así:

- Tres grupos distribuidos así: 10 representantes de autoridades étnico-territoriales, 30 hombres y 45 mujeres líderes de las comunidades indígenas (Embera Katío, Dóbida, Chamí y Waunaán).
- Encuentro con familias indígenas distribuidas en tres grupos así: 20 hombres y 20 mujeres, 60 niñas y niños.

Los encuentros se realizaron en el periodo comprendido entre diciembre de 2010 y mayo de 2011, utilizando diversas técnicas de recolección de la información adaptadas a las características propias de las comunidades indígenas, lo que fomentó su participación activa, entre las que se destacan: presentación de imágenes (fotografías reales y animadas), historias (asociadas a la dinámica y realidad de las comunidades), ejercicios vivenciales, mapas comunitarios, lluvia de ideas, juegos, narración oral (historias, mitos, leyendas y juegos de la región), para trabajar los temas y finalmente se promovía la conversación a través de la pregunta orientadora: ¿Qué están haciendo?

## 2) Realización de acciones

Los encuentros de saberes se constituyeron en un insumo para identificar las estrategias de educación pertinentes para realizar el trabajo con las comunidades indígenas, es así como a partir de lo que las comunidades propusieron para trabajar las temáticas de salud y nutrición, se realizó la adaptación de la metodología niño a niño (15, 16) logrando establecer una ruta para la construcción de un proceso educativo a través de tres pasos:

- Conocer el tema: comprender la situación que se quiere trabajar.
- Qué hacer: propuestas para trabajar la situación y superar el problema.
- Seguimos cuidando: invitación a realizar

actividades, revisar cómo vamos y mejorar.

De igual manera, se elaboraron participativamente materiales educativos de apoyo para trabajar con sus respectivas comunidades los temas abordados.

La realización de acciones se llevó a cabo en el periodo comprendido entre junio de 2011 y enero de 2012, utilizando como técnica los talleres participativos, con un grupo de 20 líderes indígenas en salud, quienes habían participado en la fase inicial.

Finalmente se elaboraron unos modelos de la cartilla y de los materiales educativos, que posteriormente en sesiones grupales de trabajo se presentaron a la comunidad para su validación, utilizando actividades grupales en las que se recogieron las percepciones relacionadas con los mismos. Esta fase se realizó con el mismo grupo poblacional durante el periodo de enero a septiembre de 2012, utilizando como técnica de recolección de información los grupos focales.

## 3) Programación-acción

Una vez realizados los ajustes propuestos, se generó la versión final de la cartilla “Seres de cuidado” y un morral con 21 piezas educativas que fueron utilizados por el grupo de líderes indígenas para el trabajo con sus respectivas comunidades. La acción se implementó durante los meses de octubre de 2012 a abril de 2013.

Las personas participantes fueron contactadas a través de convocatoria directa realizada por los líderes en salud, se les explicó los objetivos del proceso y los resultados esperados. A cada grupo se le solicitó de manera verbal el consentimiento informado para participar, grabar los encuentros, talleres y grupos focales, tomar fotografías, entre otros, respetando las normas de investigación en sujetos humanos estipuladas por la Declaración de Helsinki II y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual

se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Una vez obtenida toda la información se realizó la transcripción y análisis de la misma.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los tres momentos propuestos desde la metodología. Se integran los pasos 1 y 2 con el propósito de facilitar la visibilización del proceso llevado a cabo.

### Diagnóstico-exploración y realización de acciones

En los encuentros de saberes se abordaron las siguientes temáticas relacionadas con la salud y la seguridad alimentaria y nutricional: cuidados durante la gestación y el parto, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunación, cuidado de niñas y niños, espacios de juego, manipulación de alimentos, lavado de manos, agua segura, manejo de excretas, vectores y plagas y accidentes en el hogar. Posteriormente las comunidades realizaron sus aportes y sugerencias de acuerdo a los pasos propuestos en la metodología adaptada niño a niño.

**Cuidados durante la gestación y el parto.** La partería es una práctica tradicional de las comunidades indígenas y es transmitida de generación en generación. Son las parteras quienes realizan seguimiento y control a las gestantes, quienes no asisten a controles prenatales desde la “medicina occidental”, debido a barreras geográficas y económicas para acceder a los centros de salud. Asimismo refieren barreras culturales –en su mayoría los controles son realizados por médicos hombres quienes utilizan métodos invasivos que las hacen sentir violentadas– y no reciben ninguna explicación a la entrega de medicamentos y realización de procedimientos.

Las mujeres le tienen miedo al control prenatal, porque los doctores les mandan quitar la ropa interior para revisarlas, examinarlas, aun las vacunas también incomodan, el cuerpo es sagrado, ella es descubierta arriba, pero donde está la paruma ese cuerpo ni siquiera el marido lo conoce. (mujer Embera Katío)

Solo se asiste a los centros de salud en caso de que la gestante presente complicaciones durante el parto; “cuando revisé la placenta y me di cuenta que no salió toda, por dentro quedó un pedacito y por eso la remití al hospital” (partera Embera Katío).

Para la situación identificada las comunidades propusieron:

- Conocer el tema: abordar el conocimiento de los cambios físicos y emocionales presentados durante el embarazo.
- Qué hacer: mejorar las redes de apoyo para los cuidados a la gestante y realizar controles prenatales ya sea por profesionales del sistema de salud o de la medicina tradicional, parteras.
- Seguimos cuidando: realizar un plan de actividades con el grupo para ejecutar acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de las gestantes.

Para apoyar el trabajo de esta propuesta en las comunidades, se planteó la elaboración de un material educativo consistente en un rotafolio llamado “Porque te quiero te apoyo”, el cual se diseñó con el fin de permitir a las comunidades conocer cómo y quiénes pueden apoyar a las madres gestantes y lactantes.

**Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses.** Niñas y niños son amamantados, pero no de manera exclusiva; reciben otro tipo de alimentos, como caldos, sopas y agua azucarada, incluso desde las primeras horas de nacidos. “Desde pequeños los niños reciben de todo lo que uno les da, cuando el niño hace mala cara a algún alimento

que se le da a probar entonces uno no les da más de ese alimento” (mujer Embera Chamí).

También comentan: “A los niños se le da plátano en polvo bien molidito en colada y chicha que no es amarga, es dulce” (mujer Embera Dóbida). En ocasiones la lactancia empieza hasta una semana después del nacimiento: “si a la mamá, no le baja la leche se le da la colada de cualquier tipo de banano, porque si no da la leche con qué se va a sostener” (hombre Waunaán); en este sentido tienen la creencia de que “el calostro no se debe dar, porque esa leche es mala y hay que exprimirla y botarla, porque es amarilla” (mujer Embera Dóbida). La práctica del amamantamiento es realizada a libre demanda y hasta pasados los dos años de edad. No se realiza extracción de la leche materna porque no tienen dónde almacenarla.

Para el tema plantean:

- Conocer el tema: identificar la importancia de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto, incluyendo el calostro.
- Qué hacer: motivar la lactancia materna como una práctica de la gestante y su familia.
- Seguirnos cuidando: crear redes de apoyo familiar, comunitario y de personal de salud.

Para trabajar la lactancia materna como una fuente de alimento y afecto se propuso la elaboración de un rompecabezas denominado “La otra cara”.

**Alimentación complementaria.** Las familias dan alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de edad: “el niño recibe comida completa a los cuatro meses o antes, a partir de esta edad se le da lo que tengan en la casa, le dan huevos y chicha, o si una cosa no les gusta no se le da, algunas veces no les gusta porque lo vomitan” (mujer Embera Katío); acostumbran a dar otras comidas cinco días después del nacimiento de los bebés.

Para trabajar el tema sugieren:

- Conocer el tema: identificar los alimentos requeridos de acuerdo a la edad.
- Qué hacer: se propuso una guía de alimentación de acuerdo a la disponibilidad de la zona y se enfatizó en la participación de la familia en la alimentación con afecto.
- Seguirnos cuidando: motivar la alimentación complementaria y revisar las mejores formas de ofrecer alimentación de acuerdo a la edad y disponibilidad.

Para identificar qué alimento es el adecuado de acuerdo a la edad de niñas y niños, se creó un material didáctico, un cubo denominado “Cada alimento en su momento”.

**Vacunación.** Las niñas y los niños son vacunados cuando llegan las brigadas, pero estas no son periódicas, se encuentran niñas y niños que no han recibido ninguna vacuna debido a la falta de dinero para el desplazamiento a los centros de salud:

[...] se vacunan solo cuando las vacunas llegan a la comunidad porque no hay plata para llevarlos a hospitales, entonces cuando van a la comunidad ellas quieren ponerle tres o cuatro, pero yo solo les dejo colocar dos, porque se han muerto niños por ponerle tres vacunas. (mujer Katío)

Para el tema refieren:

- Conocer el tema: comprender el mecanismo de acción de las vacunas en el cuerpo y cómo estas son una forma de defenderse ante las enfermedades inmunoprevenibles.
- Qué hacer: permitir la vacunación, establecer comunicación con los equipos de salud, para programar jornadas de vacunación y conservar en buen estado el carné.
- Seguirnos cuidando: organizar jornadas de vacunación según necesite la comunidad, evaluar cómo resultaron y programar la siguiente jornada.

Para el tema se propuso un material llamado “Vacunas inolvidables”, el cual les permite saber que las vacunas son un recuerdo que se aplica en el cuerpo de una persona para que cuando llegue el microorganismo, lo reconozca y sepa cómo defenderse.

**Cuidados y tratamiento a niñas y niños, en especial, durante las enfermedades.** Brindan cuidados con base en conocimientos y prácticas tradicionales: “existen tres clases de enfermedades: la enfermedad occidental, la enfermedad de los indígenas y luego enfermedad natural. Antes de llevar al médico occidental cuando se enferma un niño llevamos a Jaibaná y Yerbatero y si no, a medico occidental” (hombre Embera Chamí). No suelen asistir a servicios de salud debido a diferentes tipos de barreras tales como: geográficas debido a las largas distancias, económicas dadas por la falta de dinero para desplazarse, institucionales relacionadas con la mala calidad de la atención y, en algunas ocasiones, el maltrato por parte de quienes les atienden. Existen, además, otras barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud: la mayoría de la población indígena no habla español y en los centros de salud no hay intérpretes; en varias ocasiones, tampoco cuentan con la documentación necesaria (el carné de salud y el registro civil). Las principales enfermedades y problemas que afectan la salud de niñas y niños son: diarrea, gripas, paludismo, tuberculosis y desnutrición.

Para abordarlo proponen:

- Conocer el tema: identificar la manera de atender a niñas y niños durante la enfermedad, considerando el afecto como forma de proteger y cuidar.
- Qué hacer: organizar a la familia y comunidad para crear redes de apoyo para el cuidado de niñas y niños durante la enfermedad, que permita identificar señales de alarma y manejo de la enfermedad.

- Seguirnos cuidando: motivar el cuidado y expresar el afecto a niñas y niños permanentemente.

Para este tema se planteó un material que fomente el afecto y cuidado a niñas y niños: “El manto del afecto”.

**Espacios de juego y aprendizaje con niñas y niños.** Los juegos están relacionados con imitar las actividades de madre y padre: “nosotros con el niño usamos el canasto, hacemos muñequitos con paruma y se envuelven y cuelgan en la espalda, niño y niña así juegan, con canasto se llena y carga y van jugando” (hombre Embera Katío); también comentan: “las mamás juegan siempre con ellos enseñando cómo cargar palitos, cortar leña, cargar canastos, cargar plátanos, cocinar, arreglar la cocina” (hombre Embera Dóbida); también repiten los comportamientos de los animales y sus juguetes son extraídos de la naturaleza.

Sugieren:

- Conocer el tema: identificar el juego como una vía mediante la cual niñas y niños exploran el mundo, lo conocen y aprenden de él.
- Qué hacer: fomentar el juego en las familias con los recursos con los que se cuente, como una forma de expresar afecto y rescatar los juegos ancestrales y la tradición oral.
- Seguirnos cuidando: establecer espacios permanentes de juego en la familia y la comunidad.

Para promover el juego en las familias se diseñó el material “A que te cazo ratón”.

**Manipulación, conservación y consumo de los alimentos.** La conservación de los alimentos se realiza en baldes, ollas, paquetes, canastos, botellas, cajones y en el piso: “la papa, la yuca, el plátano se guardan en un canasto o se dejan en un rincón al lado del fogón en el piso, el arroz y la panela en baldes” (mujer Embera Dóbida); por

otra parte, salan el pescado y ahúman la carne, no utilizan mesas. Habitualmente no se lavan las manos antes de preparar los alimentos. Cocinan todos los días arroz y plátano para el desayuno, almuerzo y comida, las pocas frutas que consumen las toman directamente de los árboles, no ingieren verduras, usan plantas aromáticas. Ocasionalmente consumen pescado y carne de monte, cuando logran adquirirlos, “desde que empezó la violencia todo el alimento se ha acabado, en la comunidad ya no se consigue carne de monte” (indígena), dado que han escaseado por la situación de orden público, la minería y la maquinaria que ha entrado a la zona, la producción de alimentos se ha disminuido considerablemente.

Para trabajar este tema propusieron:

- Conocer el tema: identificar las prácticas adecuadas para la manipulación, conservación y consumo de los alimentos.
- Qué hacer: promover la cosecha de alimentos para el autoconsumo, las huertas caseras, intercambiar productos y semillas, recuperar formas tradicionales de producción y siembra, adecuar los espacios en la vivienda para conservar adecuadamente los alimentos.
- Seguimos cuidando: motivar a las familias y comunidades para mantener las huertas como una fuente de alimentos.

Para trabajar este tema se creó el rotafolio “Comida segura”, el cual les permite identificar que la seguridad a la hora de comer tiene que ver con la cantidad, la frescura, la limpieza y el valor nutricional del alimento.

**Lavado de manos.** No es una práctica común lavarse las manos, además refieren dificultades económicas para adquirir el jabón; “no todas las veces se lavan las manos, los que tienen utilizan jabón, la gente hace chichí y popó se limpia y ya, por eso hacen popó en el río” (mujer Embera Dóbida).

Para abordarlo sugieren:

- Conocer el tema: reconocer todas las actividades que realizamos cotidianamente con las manos y por tanto estas se pueden convertir en un medio para adquirir enfermedades.
- Qué hacer: identificar la manera de realizar un correcto lavado de manos, los momentos clave para hacerlo y las alternativas para elaborar lavamanos en las viviendas.
- Seguimos cuidando: incentivar a las personas integrantes de las familias a convertir el lavado de manos en una rutina.

El material propuesto “Manojo de guantes”, se orienta a fortalecer la práctica del lavado de manos como una forma de protección de enfermedades.

**Agua segura para consumo y aseo personal.** Las fuentes de agua son la lluvia, los ríos, las quebradas y los nacimientos: “tomamos el agua de lluvia, la almacenamos en tanques y esa es la que tomamos” (mujer Waunaán). Entre los principales motivos que impiden tener agua apta para consumo se encuentran: la contaminación excesiva de las fuentes de agua producida por excretas, basuras, cadáveres de animales y de personas, producto del conflicto armado; desechos generados por la instalación de los campamentos del Ejército y grupos armados ilegales en los nacimientos de los ríos y por la explotación minera: “como hay tanta violencia y como matan tanta gente en el campo por allá, entonces dizque al llover como se queda ese coso pudriéndose por ahí, entonces esa agua no es buena” (indígena). Desconocen, además, métodos como la cloración y el hervido, no almacenan el agua de manera adecuada y, cuando se les ha hecho entrega de filtros, no han recibido la capacitación correspondiente para su correcto uso y mantenimiento: “el filtro tiene una arenita que no se consigue, entonces quedamos en la misma” (líder indígena).



En cuanto a la temática aluden:

- Conocer el tema: indagar sobre las fuentes, el almacenamiento y tratamiento de agua y las enfermedades que se pueden presentar por el consumo de agua contaminada.
- Qué hacer: implementar medidas de tratamiento, conservación y protección de las fuentes de agua.
- Seguimos cuidando: incentivar como prácticas cotidianas en la familia y comunidad la conservación de las fuentes hídricas y el tratamiento y conservación del agua.

Se sugirió el material “Acercamientos” que permite reflexionar y conversar referente a la importancia del agua segura.

**Excretas, aguas residuales y residuos sólidos.** En cuanto a la disposición de basuras la mayoría las arrojan al río y una minoría las quema, entierra o elabora abono. Hacen sus necesidades fisiológicas en el río y arrojan las aguas residuales detrás de la vivienda: “la necesidad fisiológica es en el río, claro que crece el río, listo limpiará, pero cuando no crece, se consume esa agua, entonces no es segura el agua que consumimos” (hombre Embera).

Al respecto indican:

- Conocer el tema: visibilizar los elementos alrededor de la vivienda que pueden convertirse en factores de riesgo para la salud.
- Qué hacer: organizar a las familias y comunidad para el adecuado manejo de las basuras, malezas, excretas y aguas residuales; se motiva la elaboración de abono, reciclaje y letrinas.
- Seguimos cuidando: realizar constantemente jornadas de limpieza y continuar con la práctica de reciclar y abonar.

Con el material educativo “Tablero magnético” se propició la conversación para poner en práctica los temas abordados, identificando la importancia

de hacer de la vivienda y la comunidad un lugar agradable.

**Vectores y plagas.** En las viviendas se encuentran cucarachas, moscas y ratones. Reconocen que son plagas, que contaminan los alimentos y que causan enfermedades; en algunos casos, las ratas han lastimado a niñas y niños. Identifican focos de infección como el río contaminado, las basuras, los plásticos, los excrementos y los cadáveres de animales y personas que bajan por el río, también dicen que padecen o han padecido leishmaniasis y paludismo: “el zancudo crece en pozos, a mí me dio dos veces, con dolor de cabeza y mucha fiebre, casi me muero y mi hijo también” (mujer Embera).

Para trabajarlo sugieren:

- Conocer el tema: reconocer que el desaseo en el hogar y la comunidad es un factor que promueve la aparición de vectores que transmiten enfermedades.
- Qué hacer: mantener la vivienda limpia, controlar los criaderos de vectores y recuperar las formas tradicionales de control de plagas.
- Seguimos cuidando: organizar grupos en las comunidades encargados de controlar los vectores.

Con el material “Todo se pega” se busca conversar sobre todo lo que transportan y transmiten los vectores.

**Accidentes en el hogar y su entorno.** Los accidentes más frecuentes entre las niñas y los niños son: fracturas, laceraciones, quemaduras, cortadas, picaduras y mordeduras de animales, accidentes de tránsito, ahogamiento e intoxicaciones. Por otra parte, dado que la cocina y el fogón se encuentran en el piso, también se constituyen en un riesgo para quemaduras, como se describe a continuación:

[...] los niños se caen del tambor al suelo y se rompen los huesos, se queman con tizón, chicha

o manteca caliente, cuando la mamá se descuida se caen a la olla caliente, también cogen escorpión, arañas porque los niños no saben. (hombre Embera Dóbida)

Sobre el tema proponen:

- Conocer el tema: reconocer los elementos que se encuentran en la vivienda y el entorno que pueden generar accidentes en el hogar.
- Qué hacer: implementar y organizar acciones preventivas en el hogar y en las comunidades.
- Seguirnos cuidando: se sugiere elaborar propuestas de prevención en las comunidades de acuerdo a las experiencias propias.

Para este tema se construyeron dos materiales, “Toca-toca” y “Cuidar el fuego”, para identificar los cuidados que se deben tener en la vivienda y su entorno.

En un segundo momento, posterior a la construcción de las propuestas dadas por las comunidades, se realizó un proceso de entrega y validación de la cartilla y los materiales educativos. Es así como, a través de las respuestas de los grupos focales se logró identificar la apropiación, aceptación y sugerencias de líderes indígenas en salud y con base en estas se realizaron ajustes para su edición final.

### **Programación-acción**

Una vez los líderes indígenas en salud participaron en los talleres, se desplazaron a sus comunidades donde iniciaron la implementación de la estrategia “Seres de cuidado” a través del proceso educativo, utilizando para ello la cartilla y sus materiales.

Los líderes realizaron un primer ejercicio de presentación del trabajo con sus comunidades, donde se establecieron acuerdos sobre las prácticas clave a intervenir según sus realidades, haciendo énfasis en la necesidad del trabajo colectivo para

lograr modificar favorablemente las condiciones y además apropiarse de las propuestas. En este sentido, como mecanismo de control comunitario, se encontró que en algunas comunidades los gobernadores establecieron los temas y acciones propuestas de obligatorio cumplimiento en sus reglamentos internos. “El cabildo y la comunidad decidieron conformar un equipo de producción, salud, educación, recreación y deportes y cultura, con el fin de que anime a las comunidades, para no perder lo que se consiguió” (Unión Waunaán).

En la implementación del proceso educativo se llevó a cabo un seguimiento para determinar la evolución de los temas tratados; es así como se identificaron cambios positivos desde los testimonios dados por las personas participantes, donde expresan las modificaciones implementadas en sus comunidades, en relación con los comportamientos promovidos, entre estos se mencionan algunos como: “Ellos van a jugar o a andar por ahí y cada vez que llegan a la casa piden comida y toca decirles que se laven las manos antes de comer” (mujer, Unión Waimia). “Las basuras las echamos en la compostera de abono. Estamos haciendo esa práctica. Creo que estamos mejorando y mejoramos mucho, porque yo veo que un niño no está como antes, sino que cambió” (hombre Tarena Central).

En general, se evidencia que las prácticas clave más trabajadas son: agua segura principalmente para las niñas y los niños a través del hervido del agua y la utilización del filtro, vivienda libre de riesgos, limpieza en el entorno y vacunación.

Nos han dado capacitación de salud, enseñaron a las mujeres que al preparar los alimentos y antes de comer, se deben lavar bien las manos y enseñar a los niños para que se eviten enfermedades. Hay que mantener bien la casa, lavar bien la ropa y mantener limpio el piso. Usar agua hervida para que no dé diarrea. (mujer Comunidad “El 18”)

## DISCUSIÓN

Al indagar los elementos abordados en el presente estudio, se identifica poca literatura en el área específica con población indígena; sin embargo, en cuanto al consumo de alimentos se hallan situaciones similares por parte de las comunidades indígenas otomíes en México, que presentan condiciones económicas difíciles en cuanto a acceso y productividad de la tierra (17). Referente a la dieta, se encuentran similitudes en Perú donde en vez de plátano y arroz como en Chocó, la dieta se basa en yuca y plátanos y escasos alimentos de origen animal (18).

Los pueblos indígenas han modificado sus tradiciones por problemas ambientales disminuyendo la caza, pesca y recolección de alimentos al igual que lo reportado en Perú (19). La compleja situación social y política en las que se encuentran inmersas las comunidades indígenas, son mencionadas también en México (20), las cuales afectan directamente la dieta diaria.

Los estudios sobre el estado nutricional de indígenas emberas y tules (21, 22) demuestran un sinnúmero de factores que afectan la seguridad alimentaria de las comunidades, tales como los hábitos alimentarios, carencia de tierras fértiles, dificultades con la caza y pesca, elementos concordantes con lo encontrado en las comunidades del departamento de Chocó que participaron en este estudio.

Por otra parte, se han realizado diversos estudios y trabajos para conocer las realidades de las comunidades indígenas en los temas de salud (23-28), en sus prácticas, cosmovisión, tratamiento de enfermedades, entre otras. La situación encontrada en relación con las barreras de acceso a los servicios de salud (distancias, escasez de transporte), culturales (diferencia

de lenguas), económicas (precios de consultas, medicamentos, desplazamientos, entre otros) de las poblaciones indígenas del departamento de Chocó, han sido reportadas en otros escenarios, como México y Guatemala (29, 30), en donde se encontraron dificultades percibidas por la comunidad indígena para el uso de los servicios de salud por el desconocimiento de las características diferenciales, que los grupos étnicos tienen en el proceso salud, enfermedad y atención.

Es así como, las condiciones de inequidad identificadas en el presente estudio ponen sobre la mesa la importancia de reorientar las políticas y programas que tomen en consideración las realidades, características, tradiciones y necesidades de las comunidades indígenas (31).

## CONCLUSIONES

Realizar procesos de investigación-acción en comunidades indígenas del departamento de Chocó, permitió poner en evidencia sus realidades, percepciones y necesidades frente a su situación de salud y nutrición. De igual manera, el abordaje metodológico utilizado contribuyó a la participación activa de los miembros de las comunidades, mujeres, hombres, niñas y niños permitiendo así la apropiación e identificación de los mismos en lo trabajado.

El incluir a las comunidades durante el proceso, generó que las estrategias educativas utilizadas y los materiales tuvieron mayor aceptación, dado que finalmente fueron diseñados y elaborados con y para ellos, lo que a su vez permitió la apropiación y afianzamiento de las acciones contribuyendo a generar estrategias que permitan la sostenibilidad de las mismas en las comunidades, aportando al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud y Gobernación del Chocó. Indicadores básicos en salud, Chocó [Internet]. 2008 [citado 20 Sept 2012]. Disponible en: [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=104](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=104)
2. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia. CONPES 3553 de 2008, “Política de promoción social y económica para el departamento del Chocó”. Departamento Nacional de Planeación (DNP).
3. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Dirección de Censos y Demografía; 2007.
4. Resoluciones de constitución y ampliación de resguardos, Departamento del Chocó. Asociación de cabildos indígenas del Chocó Orewa [Internet]. 2009 [citado 8 May 2013]. Disponible en: [http://choco.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48:asociacion-de-cabildos-indigenas-del-choco-orewa&catid=39:informativo-choco&Itemid=70](http://choco.org/index.php?option=com_content&view=article&id=48:asociacion-de-cabildos-indigenas-del-choco-orewa&catid=39:informativo-choco&Itemid=70)
5. Fondo fiduciario PNUD-España para el logro de los ODM: Las comunidades indígenas y afrocolombianas promueven su seguridad alimentaria y nutricional, Ventana de seguridad alimentaria y nutrición [Internet]. 2009 [citado 8 May 2013]. Disponible en: [http://www.pnud.org.co/img\\_upload/36353463616361636163616361636163/72828\\_\\_MDGF\\_SEGURIDAD\\_ALIMENTARIA\\_CHOCO.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/36353463616361636163616361636163/72828__MDGF_SEGURIDAD_ALIMENTARIA_CHOCO.pdf)
6. Cálculos de MERPD con base en encuestas de hogar del DANE [Internet]. [citado 8 May 2013]. Disponible en: [https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En\\_Que\\_Vamos/Cuantos\\_son\\_los%20pobres\\_\(DEF2\).pdf](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/Cuantos_son_los%20pobres_(DEF2).pdf)
7. Flórez J, Millán D. Derecho a la alimentación y al territorio en el Pacífico colombiano [Internet]. 2007 [citado 8 May 2013]. Disponible en: [http://www.africafundacion.org/africaI+D2008/archivos/INFORME\\_LIBRO\\_DD\\_ALIMENTACION.pdf](http://www.africafundacion.org/africaI+D2008/archivos/INFORME_LIBRO_DD_ALIMENTACION.pdf)
8. Indicadores del Chocó frente al Censo, 2005 [Internet]. Disponible en: [www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/dane/choco\\_indica.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/dane/choco_indica.pdf)
9. Piñeros M, Ruiz M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. *Salud Pública de México*. 1998;40(4):324-329.
10. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos en Salud 2007, Chocó [Internet]. Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=270:indicadores-basicos-en-salud-de-choco-2007&catid=687&Itemid=361](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=270:indicadores-basicos-en-salud-de-choco-2007&catid=687&Itemid=361)
11. Situación de Salud de Colombia. Indicadores básicos 2003-2007. Ministerio de la Protección Social, DANE.
12. Gow, D. Replanteando el desarrollo: Modernidad indígena e imaginación moral. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2010. p. 157-178.
13. Abad E, Delgado P, Cabrero J. La investigación-acción-participativa: Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest. educ. enferm.* [Internet]. 2010 [citado 21 May 2013];28(3):464-474. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000300017&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300017&lng=en)
14. Bosco J. Investigación – Acción. Facultad de Desarrollo Familiar, Universidad de Caldas, Manizales; 1987.
15. Gibbs S, Mann G, Mathers N. Child-to-child: A practical guide. Empowering children as active citizens [Internet]. 2002 [citado Feb 2012]. Disponible en: [www.child-to-child.org](http://www.child-to-child.org)
16. Mantilla L. Niño a niño. Una forma diferente de realizar acciones de promoción de la salud con

- niñas, niños y jóvenes. Reseña elaborada para el taller en metodología niño a niño del Primer congreso Internacional, Tercer Congreso Nacional (Proinapsa UIS 20 años). Bucaramanga, noviembre 2005.
17. Anderson R, Calvo J, Serrano G, Payne G. Estudio del estado de nutrición y los hábitos alimentarios de comunidades otomíes en el Valle del Mezquital de México. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2009 [citado 2012 Junio 26];51(Suppl 4). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009001000021&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009001000021&lng=en)
  18. Huamán-Espino L, Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna. Amazonas, Perú 2004. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2012];23(1). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/a03v23n1.pdf>
  19. Huamán-Espino E. Más allá de la estadística alimentaria y nutricional. Percepciones de un aguaruna con relación a la situación alimentaria de su pueblo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2012];23(1). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/a12v23n1.pdf>
  20. Reyes I, Beutelspacher A, Estrada E, Mundo V. Alimentación y suficiencia energética en indígenas migrantes de los Altos de Chiapas, México. *ALAN* [Internet]. 2007 [citado 10 May 2013];57(2):155-162. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222007000200008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000200008&lng=es)
  21. Rosique J, Restrepo M, Manjarrés L, Gálvez A, Santa J. Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas embera de Colombia. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2010 [citado 3 Jul 2012];37(3). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182010000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000300002&lng=es)
  22. Carmona J, Correa A, Alcaraz G. Población, alimentación y estado nutricional entre los tules (kunas) del resguardo Caimán Nuevo (Turbo y Necoclí; Antioquia, Colombia), 2003-2004. *IATREIA* [Internet]. 2005 [citado 3 Jul 2012];18(3). Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/165/128>
  23. Durán V. Cuerpo y educación en la cultura Wayúu. *Revista Educación Física y Deporte.* 2010;29(2):239-252.
  24. Díaz O, Callejas M, Camargo P, Correal I, Cruz F, Hernández A, Reina L, Reina S, Rotavista J, Zamudio A, Pacheco A. Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía, 2010. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2011;VI(6):35-46.
  25. Alcaraz López GM, Yagarí Tascón L. La concepción de la curación chamánica entre los indígenas embera de Colombia: un proceso de comunicación socio-cultural y fisiológico. *Invest. Educ. Enferm.* 2003;21(2):60-78.
  26. Díaz A, Pérez V, González C, Simón J. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería.* 2004;X(1):9-16.
  27. Arias MM. Experiencia de interacción en trabajo de campo en una zona rural colombiana. *Invest Educ Enferm.* 2010;29(1):126-130.
  28. Clavijo C. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos. *Iatreia.* 2011;24(1):5-15.
  29. Montero E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2011 [citado 24 Abr 2012];7(1):73-86. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652011000100006&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100006&lng=en)

30. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2007 [citado 24 Abr 2012];49(2):86-93. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=en)
31. Torres C. Descendientes de africanos en la Región de las Américas y equidad en materia de salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 24 Abr 2012];11(5-6):471-479. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500027&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500027&lng=pt)