

Determinantes sociales de la atención comunitaria: percepciones de la enfermera e indígenas Rarámuris

Salvador Vargas García², Luz Verónica Berúmen Burciaga², Isela Arias-Pacheco²,
Yadira Mejía Mejía², Lorena Realivázquez Pérez², Rebeca Portillo Sánchez¹

¹Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

²Universidad Autónoma de Chihuahua.

Resumen

Se describieron los determinantes sociales que influyen en el cuidado que la enfermera brinda a las familias indígenas Rarámuris de la región serrana del estado de Chihuahua. A finales del 2012 y el primer semestre del 2013 se realizó un estudio cualitativo etnográfico con técnicas de recolección de la información como la observación participante y entrevistas a profundidad a personal de enfermería (12), líderes Rarámuris (6) y Rarámuris (10). El análisis de los datos siguió las recomendaciones de la teoría fundamentada en los datos. Existe una influencia del ambiente de los indígenas Rarámuris, sobre la atención que reciben por parte de enfermería afectando el diálogo y el éxito de las intervenciones que el profesional realiza. El trabajo comunitario con indígenas debe de realizarse dentro de un marco incluyente, que no solo involucre los aspectos instrumentales de la atención sanitaria, debe considerar el mundo referencial de los indígenas.

Palabras clave: Indígenas Rarámuris, determinantes sociales, atención comunitaria, enfermera comunitaria.

Introducción

En México existen grupos étnicos que residen en zonas rurales y urbanas del país. En el 2010 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó 6,044,547 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008).

En el estado de Chihuahua, ubicado al norte del país habitan los, ubicados principalmente en la región serrana, de todos los indígenas del país son los que viven de manera más dispersa, sus problemas de pobreza extrema y su escaso índice de

desarrollo social son ampliamente conocidos.

La desigualdad social que enfrentan los indígenas es 11 veces más profunda que la de cualquier otro grupo social. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), su ingreso es 17 veces menor al de los capitalinos y 90% no tiene acceso a educación, salud, seguridad social, vivienda ni a servicios básicos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2010).

Los Rarámuris reciben atención sanitaria a través de brigadas móviles, el equipo sanitario integrado por una enfermera y un médico, quienes en su mayoría no pertenecen a esta etnia indígena, sin embargo capacitan mujeres indígenas quienes fungen como asistentes comunitarias, esto debido a la dispersión de las comunidades y en este sentido, es también conocido que las enfermeras con mayor preparación están muy lejos de esta realidad laboral.

Las barreras culturales y el lenguaje interfieren en la relación entre los indígenas Rarámuris y los profesionales de la salud y documentan situaciones de discriminación y maltrato a esta etnia en cuestiones de salud (Bustillos, Rincones, y Padilla, 2009).

Se nota bastante recelo en acudir al médico por parte de los Rarámuris, ya que el sistema sanitario se impone como una necesidad para aliviar el dolor y evitar la enfermedad, pero no ofrece a la población

indígena un trato suficientemente amable y respetuoso con su manera de ser, la frialdad del trato y la consideración de pobres ignorantes por parte del sistema, no ayuda a que se produzca un acercamiento de la población, manteniéndose como último remedio cuando no queda otro (Acuña y Gómez, 2010).

Para adaptarse a estos cambios, los Rarámuris resaltan dos aspectos: el primero es incluir a su cultura antes que nada, y demostrar que la conocen lo suficientemente bien como para hacerlos participes en los proyectos planeados. Y el segundo punto sería la aceptación a los avances tecnológicos en bien de ellos, sin reemplazar a sus conocimientos propios (Rincón, 2011).

Es preciso describir aquellos determinantes sociales que intervienen en la atención que la enfermera comunitaria brinda a estas comunidades indígenas, la percepción de los indígenas y su cosmovisión en salud.

Metodos

El estudio fue predominantemente cualitativo, con la estrategia de triangulación de los datos (De Souza, 2005), con técnicas de recolección de información propias del diseño etnográfico (De Souza, 2009), tales como la observación participante y entrevistas a profundidad y semiestructuradas (para caracterizar al personal de enfermería).

Lugar. Comunidades indígenas de difícil acceso de la sierra Tarahumara del estado de Chihuahua pertenecientes a las cabeceras

municipales de Bocoyna y Guadalupe y Calvo.

Población y elección de los participantes del estudio. La elección se llevó a cabo a conveniencia de acuerdo a las características y disponibilidad de las personas.

- Enfermera comunitaria: Prestan sus servicios correspondientes al primer nivel de atención en brigadas sanitarias móviles que tienen contacto con indígenas Rarámuris. En total 12 enfermeras.

- Líderes comunitarios indígenas: Mujeres y hombres indígenas que fungen como representantes de las familias indígenas y que poseen dominio del idioma español. En total 6 personas.
- Indígenas Rarámuris: Mujeres y hombres entre 18 y 60 años con dominio del idioma español pertenecientes a comunidades de difícil acceso. En total 10 personas.

Procedimientos

La información se recolectó a través de la observación participante, mediante la convivencia cotidiana total con el profesional de enfermería, es decir 24 horas al día durante ocho semanas, al igual que con las familias indígenas. Se realizaron dos grupos de entrevistas abiertas, mediante el diálogo natural, con ayuda de un equipo de audio con previo consentimiento informado, el primero dirigido a enfermeras con el objetivo de conocer la experiencia de trabajar con familias indígenas en un contexto comunitario en regiones de difícil acceso, el segundo fue dirigido a indígenas Rarámuris con dominio del idioma español con el fin de conocer la perspectiva del cuidado que recibe por parte de la enfermera comunitaria, así mismo para conocer sus necesidades y su cosmovisión de la vida, salud, enfermedad y de la muerte.

El análisis de los discursos se realizó de acuerdo a la teoría fundamentada en los datos, se definieron categorías analíticas basadas en los temas explorados.

Posteriormente se llevó a cabo la organización de la información a fin de comprender la experiencia y cosmovisión de los informantes a partir de la comprensión de su contexto.

Prestadores de los servicios de salud (Enfermería)

Del personal de enfermería comunitaria el 93.5% corresponde al sexo femenino, el 98.2% del personal de enfermería comunitaria son monolingües, es decir su lengua materna es el español, respecto al 1.8% que han adquirido el idioma Tarahumara como segunda lengua, el 97.1% refiere haber presentado dificultades al brindar el cuidado enfermero en relación al idioma, en 68.9% de los encuentros entre enfermeras e indígenas Rarámuris no se comparte un idioma en común, de los encuentros indígena-Enfermera donde no se comparte el mismo código lingüístico, el 79.4% hace uso de intérpretes no calificados, el 10.5% utiliza lenguaje corporal para comunicarse, el 10.1% refiere no utilizar canal de comunicación alguno con los indígenas.

Del análisis de los datos surgen cuatro categorías que corresponden a problemáticas que afectan directamente el trabajo que la enfermera realiza en el día a día en las comunidades indígenas Rarámuris, sin embargo ésta no tiene una injerencia directa en la modificación de los determinantes ya que corresponden a áreas de oportunidad del contexto.

Resultados

Determinantes socioculturales del cuidado de enfermería

En esta categoría se describen cuatro subtemas relacionados con aspectos del contexto del cuidado familiar Rarámuri, es decir problemáticas, actitudes, sentimientos e idiosincrasia de las comunidades hablantes del Tarahumara.

Problemáticas perennes.

Problemáticas que permanecen a través de los años y hasta hoy tienen impacto directo en la sociedad Rarámuri, ya que han obstaculizado su desarrollo, situaciones que van desde la debilidad en la formación de los valores éticos y morales en las familias, la ausencia de la figura masculina en la convivencia familiar, el machismo, la violencia intrafamiliar, violencia sexual, desatención infantil, la ausencia de la motivación hacia el desarrollo y la despreocupación en salud, han colocado al indígena Rarámuri en un estado de vulnerabilidad permanente:

“[...] En una ocasión nos tocó llevar al hospital a una niña de 11 años embarazada, al investigar nos dimos cuenta que el tío abusaba de ella desde los ocho años, ella creía que era normal...” (Enfermera comunitaria).

Determinantes en la relación Rarámuri-Mestizo.

La relación es motivada por creencias mitológicas que han perdurado a través de los siglos, sin embargo también ha sido producto directo de conductas de dominio,

opresión, discriminación, abuso, maltrato y prejuicios del mestizo hacia el Rarámuri han sido factores que han afectado la relación con éstos, incluso para quienes se acercan a ellos con la intención de proporcionarles algún tipo de ayuda, como por ejemplo, la enfermera comunitaria.

“[...] El indígena ha recibido humillaciones por parte del personal que lo atiende en los hospitales, lo hemos visto nosotros y ellos ya no quieren regresar a hospital, padecen maltrato muy fuerte, de ahí empieza el problema, se sienten menospreciados por el mestizo ...” (Enfermera comunitaria).

Sentimientos del Rarámuri hacia el mestizo

Éstos surgen al entablar contacto con el mestizo, han sido determinados por las conductas negativas de las que han sido objeto por parte del hombre blanco, las cuales fueron mencionadas anteriormente y que frenan en cierto grado el desarrollo de relaciones más estrechas entre ambos, en cualquier situación en la que esta se desarrolle, permean sentimientos tales como la desconfianza, el miedo y el sentimiento de inferioridad:

“[...] Siempre nos da pena, no sé, porque siempre discriminan, ese ha sido el problema... Se sienten menos, dicen que no tienen las mismas posibilidades que la gente mestiza...” (Líder Rarámuri)

“[...] No hay confianza, como que nos da miedo de qué nos van a hacer, pues sí, porque luego se llevan a los pacientes a Chihuahua y ya los traen muertos... Nos hace falta entender, no alcanzamos a comprender...” (Líder Rarámuri).

Cosmovisión Rarámuri

Repercute en la labor que las enfermeras comunitarias realizan debido a que se encuentra relacionada a sus creencias en relación a los procesos de salud-enfermedad, ya que desarrollan un fuerte vínculo con la medicina tradicional, dándole a ésta un papel estelar en el mantenimiento y la recuperación de la salud; la concepción de salud del Rarámuri es amplia ya que no solo incluyen cuestiones de salud física sino también de convivencia comunitaria y existencia de eventos sobrenaturales y fuerzas fenomenológicas:

“[...] Yo estaba mala del corazón, me llevaron a Chihuahua y me dieron medicamento y nunca me curé, pero fui con mi tío y me dijo que era un mal puesto, el me curó, pero no me dijo quién me puso el mal para no causar enemistades...” (Indígena Rarámuri)

Determinantes político-económicos.

Necesidades fisiológicas y de seguridad insatisfechas: en dicha problemática la resolución no solo se encuentra fuera del alcance de la enfermera, sin embargo, debe considerarse, ya que tiene un impacto directo dentro de su quehacer diario, sobre todo al brindar educación para la salud a las familias indígenas de la Sierra Tarahumara.

Necesidades Fisiológicas insatisfechas.

Falta de alimentación, el vestido y el acceso a los servicios básicos como luz, drenaje, agua, servicio de recolección de basura, la enfermera en su día a día lucha para mitigar el efecto de dichos determinantes ya que tienen alto impacto en la salud de las comunidades indígenas sobre todo al proporcionar promoción a la salud.

“[...] Cómo vine uno y les dice que tiene que comer fruta, que tienen que comer carne, cómo les puedo decir que coman bien si no tienen nada que comer...” (Enfermera comunitaria).

Necesidades de seguridad insatisfechas.

Aquí se incluye la inseguridad que viven en el día a día los Rarámuris a causa de la violencia social que se ha incrementado alarmantemente en los últimos años y tal parece que han aprendido a vivir con ello, es común observar grupos de hombres con armamento de alto poder, transitar por las comunidades libremente, obstaculizando la labor de la enfermera comunitaria, incluso al recibir amenazas por parte del crimen organizado:

“[...] Dejamos de ir a una comunidad porque nos amenazaron, nos impidieron la entrada a la comunidad para que no les enseñemos, porque siempre les decimos que tienen derecho a un salario, porque traen a los indígenas sembrando amapola y los conforman con droga y alcohol, así que nos retiramos...” (Enfermera comunitaria).

Determinantes de educación

Estos directamente se convierten en un factor que altera el proceso de cuidado familiar, a consecuencia de los bajos niveles de educación que presentan en la zona, el analfabetismo hace presencia y mella debido a que dificulta la comprensión hacia la enfermera, así como afecta directamente la adquisición de un segundo idioma:

“[...] Ellos ya traen un patrón destinado, sí es difícil y sí he batallado con ellos porque ya están grandes y les estás enseñando y no entienden, es un problema de educación que arrastran de décadas...” (Enfermera comunitaria).

“[...] A muchos nos da vergüenza ir porque no entendemos...” (Indígena Rarámuri)

Determinantes institucionales.

La sobrecarga de trabajo para la enfermera y carencia de infraestructura para el cuidado, cuales limitan la creación de un ambiente propicio para el cuidado, así como para proporcionar una atención individualizada tanto en tiempo como en espacio para el encuentro entre la enfermera y la familia Rarámuri:

Sobrecarga de trabajo

La enfermera como administradora del cuidado desempeña múltiples funciones, que limitan el tiempo y disminuyen la oportunidad para brindar un cuidado oportuno, cuestiones como: la numerosa población a la cual se dirige, la dispersión de

las comunidades, la cantidad de programas que amerita implementar, las múltiples actividades administrativas necesarias para documentar todos y cada uno de los procedimientos que realiza y en ocasiones adoptando roles correspondientes a otras disciplinas como en el caso de la medicina, todo lo anterior le resta tiempo a las intervenciones de cuidado:

“[...] Todos los coordinadores creen que son el único programa o que son el más importante, tengo que estar repartida en muchas partes, no atiendo a un paciente como debe ser porque atiendo una cosa o atiendo otra...” (Enfermera comunitaria).

Infraestructura limitada.

Las limitaciones tanto en espacio físico, así como de recursos tecnológicos y materiales dificultan la labor del personal de enfermería, ya que carece de herramientas necesarias para proporcionar la asistencia oportuna en algunas ocasiones, situaciones que ameritan su urgente resolución o en su defecto se traduce en la realización incorrecta de procedimientos o la omisión de los mismos por dichas limitantes:

“[...] Aquí no te dan la solución para que tú corrijas el problema, estamos limitados porque no tenemos, queremos ayudarlos pero no podemos, nos faltan muchas cosas, desgraciadamente la ayuda oficial no nos ayuda, allí es donde también nosotros nos quedamos estancados...” (Enfermera comunitaria).

Conclusión

Los indígenas Chihuahuenses viven por lo general en condiciones precarias en materia de educación, vivienda y servicios, lo cual influye en su estado de salud, estos factores determinan gran parte de los riesgos de los individuos y grupos sociales. El acceso limitado a los servicios de salud, barreras geográficas y culturales contribuye a incrementar la marginación y aumentar las desigualdades en salud (Torres, Juárez, Ramírez, y Ramírez, 2007).

Al analizar el contexto por medio de la expresión de los cometarios de las personas inmersas en el mismo y la observación, se configura el escenario que sin duda es conocido por muchos, pero hasta hoy en día ignorado, las pocas estrategias que se realizan para mitigar el impacto de dichos determinantes sobre la salud de las familias indígenas, son desde una perspectiva aislada que no llegan a tener beneficio importante para éstas comunidades de la sierra Tarahumara.

La desigualdad social no solo es representativa de minorías, si no se convierte en el común denominador de las etnias indígenas de nuestro país.

Existe una fuerte interrelación entre la discriminación, la pobreza y la exclusión social, lo que conforma una triada que perpetua la desigualdad social creándose un problema de salud pública (Benavides, Torero, Valdivia, 2006; Bringiotti, 2005).

La información obtenida evidencia la situación de maltrato y discriminación sobre los Rarámuris en la Sierra Tarahumara, que

si bien ha sido poco documentado, es un problema latente en dichas comunidades; sin embargo, la situación se torna aún más crítica cuando el mismo personal sanitario es el que ejerce este tipo de violencia en contra de quienes se supone debe de vigilar el bienestar físico, psicológico y espiritual.

El temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o desencuentros culturales, impiden a menudo que los indígenas busquen en el sistema de salud la atención que necesitan, aunado a las barreras comunicacionales entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad (Jara, C. (2009).

El modelo biomédico aún permea en nuestro actual sistema de salud, las enfermeras siguen siendo atraídas por el mismo, por lo cual aún conserva su hegemonía, las estrategias morbicéntricas del mismo restan importancia a las actividades prioritarias de un primer nivel de atención: la prevención y la promoción de la salud, aunado a que no se toman en cuenta las preferencias de los indígenas a la hora de prestar el cuidado enfermero, lo que se convierte en un aspecto crítico para brindar un cuidado culturalmente congruente.

Cada colectividad desarrolla a través de su cultura su propio estilo de cuidado, resulta imposible cuidar a un ser humano fuera de los parámetros de su cultura, porque solo en el marco de su hemisferio cultural se siente seguro y protegido, amparado y reconocido (Ibarra y Noreña, 2009).

Si bien lo anterior es una invitación al desarrollo de una filosofía incluyente donde el respeto a la diferencia enmarque el encuentro entre el personal de salud y las familias indígenas Rarámuris, existen otras situaciones que desestabilizan aún más el éxito de las intervenciones de la enfermera comunitaria, tal es el caso de los problemas de comunicación, motivados en primera instancia porque no existe un idioma compartido entre la enfermera y los indígenas, y segundo por los niveles bajos de alfabetismo en dicha región serrana.

El profesional del área de la salud y como promotores de la salud se debe apropiarse de la comunicación; lograrlo no es nada fácil ya que en la mayoría de las universidades encaminadas a la formación de profesionales de la salud desde hace poco tiempo se han incorporado pequeños contenidos formales que hacen referencia a la comunicación como poderosa herramienta para la promoción y prevención (Abadía, 2006).

Los niveles educativos bajos o el analfabetismo, se asocia con deterioro de la salud, varios estudios comprueban la elevada mortalidad en población analfabeta por causas prevenibles por ejemplo la mortalidad infantil por omisión de cuidados

o detección de signos y síntomas (Leno, 2006).

Mejorar el cuidado no solo es cuestión de la enfermera, si no corresponde a los organismos gubernamentales la resolución de los conflictos sociales por los que atraviesan estos indígenas, desde Alma Ata, existía un vislumbre de esperanza para estas comunidades, sin embargo los resultados no han sido evidentes.

Por lo anterior se hace necesario brindar cuidado, el cual implica comprender y ello conlleva un proceso de empatía, identificación y proyección, además como fenómeno humano el cuidado tiene una dimensión de intersubjetividad, la cual precisa apertura, simpatía y generosidad, el acercamiento cariñoso, interesado y respetuoso, una claridad sobre la condición física y la educación de la persona de cuidado, constituyen elementos clave para la tranquilidad, seguridad, confianza, aceptación y colaboración en el cuidado (Waldow, 2008; Huércanos, 2010) refiere que ofrecer cuidados es escuchar, tener tiempo para unir la reflexión y la acción, expresar sentimientos, construir y evaluar juntos los proyectos de Cuidado y curación de acuerdo a sus hábitos y creencias.

Referencias

Abadía, C.E. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*, 12, 9-22.

Acuña, A., y Gómez, E. (2010). Salud y enfermedad rarámuri: en torno a las prácticas de curanderismo. *Rev Antropología Experimental*; 1,1-23.

Benavides, M., Torero, M., Valdivia, N. (2006). Más allá de los promedios afrodescendientes en América Latina. 1a edición. Washington:Editorial Grande, 15-18.

Bringiotti, M. (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia

familiar y maltrato infantil. *Texto Contexto Enferm*, 14, 78-85.

Bustillos, S., Rincones, R., Padilla, R. (2009). Diagnóstico de la discriminación en el estado de Chihuahua. 1a edición. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

De Souza, MC. (2005). Evaluación por triangulación en los métodos: abordaje de programas sociales. 1a edición. Argentina: Lugar Editorial.

De Souza, MC. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. 1a edición. Argentina: Lugar Editorial.

Huércanos, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 6(1).

Ibarra, T. J., Noreña, A. L. (2009). Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. *Index Enferm*, 18, 116-120.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2008). Perfil sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espan

ol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/uem/702825047610_1.pdf.

Jara, C. (2009). Comunicación para la equidad en salud: una visión estratégica. *Cuad Méd Soc*, 4, 248-253.

Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Rev Gazeta de Antropología*, 22, 67-87.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación. (2010). La Ciencia y la Cultura. Informe mundial de la UNESCO: Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural. Francia: UNESCO, Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/culture/resources/report/the-unesco-world-report-on-cultural-diversity>.

Rincón, F. (2011). Rarámuri: una convivencia solidaria. 1a edición. México: Universidad Veracruzana.

Torres, A. R., Juárez, J.P., Ramírez, B., Ramírez, G. (2007). Pobreza en territorios indígenas de México: el caso del municipio de Xochitlán de Vicente Suárez en la sierra nor-oriental de Puebla. *Rev Ra Ximhai*, 3, 781-803.

Waldow, V. R. (2008). Cuidar: expresión humanizadora. 1a edición. Brasil: Editorial Nueva Palabra.