

Prácticas de cuidado cultural de la salud en los pueblos originarios

Marta Aracelis Acosta Cárdenas

Rosa Jeuna Díaz Manchay

El siguiente ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre las prácticas de cuidado cultural de la salud en los pueblos originarios. Se identificaron la diversidad de valores, creencias, prácticas de cuidados culturalmente diferentes, en la diversidad de contextos ambientales, cuya característica en común, es que dichos cuidados se ofrecen en diferentes etapas del ciclo vital y son provistos por los miembros cercanos de la familia y la comunidad, compartiendo todos los conocimientos que han sido transmitidos de generación en generación. El respeto hacia el otro requiere del cuidado ofrecido por la enfermera de manera respetuosa, competente y asequible con las costumbres de los pueblos originarios, proveniente y practicante de las diversidades culturales. Al igual que se hace imperante el conocimiento mediante el aprendizaje de estas prácticas culturales propias de cada región, cuyo escenario o contexto ambiental debe ser reconocido para lograr empatizar culturalmente en el cuidado óptimo ofrecido.

Abstract

The following essay aims to reflect on the practices of cultural health care in the native peoples. The diversity of values, beliefs, culturally different care practices are identified, in the diversity of environmental contexts, whose common characteristic is that such care is offered at different stages of the life cycle and is provided by close members of the family and the community, sharing all the knowledge that has been transmitted from generation to generation. Respect for the other requires the care offered by the nurse in a respectful, competent and accessible manner with the customs of the original peoples, coming from and practicing cultural diversity. In the same way that knowledge becomes prevailing through the learning of these cultural practices typical of each region, whose scenario or environmental context must be recognized in order to achieve cultural empathy in the optimal care offered.

Keywords: Health Care; Culture; Native Peoples; Values; Beliefs.

Introducción

Desde tiempos inmemorables el cuidado hacia el otro(a) ha sido abordado en las diversas culturas y en sus variadas acepciones, según los pueblos y regiones del mundo. De tal manera que, el cuidado ha sido percibido y constatado desde la concepción de la cultura de los pueblos, y a este aspecto, según referencias de Castillo¹, ha sido definido muy ampliamente; sin embargo, fue conceptualizado por primera vez, de acuerdo a la información histórica por Sir Tylor citado por Castillo¹, al sustentar que la cultura se refiere a la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en relación a los diferentes integrantes grupales de la comunidad específica.

Posteriormente en 1978, en el campo de la Enfermería, define cultura como el conocimiento que se adquiere y transmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades.

Por otro lado, es consecuente, la forma en que se identifica a los pueblos originarios, lo que varía de un lugar a otro, según el país, de acuerdo con el contexto histórico, geográfico, político, cultural; identificándose también como pueblos indígenas, poblaciones indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus, naciones, nativos americanos, etnias, grupos étnicos, primeras naciones, nacionalidades, pueblos, sociedades, amerindios, entre otros. Los pueblos originarios son poblaciones diseminadas a través de todo el continente americano, localizados en su mayoría en áreas urbano marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. La salud es considerada como una necesidad elemental, para el logro de los objetivos que el grupo considera como legítimas para la interacción exitosa en los aspectos sociales del diario vivir; lo contrario corresponde a la realización de un acto inmoral e injusto para los miembros de la comunidad². Es necesario que el personal de salud pueda ejercer una relación culturalmente congruente con los pueblos originarios que se ubican en sus áreas territoriales cercanas, lo cual contribuye a generar un clima asertivo, el cual, disminuye la incidencia de los choques culturales que puedan ocasionarse a este respecto. Es necesario considerar las etapas del ciclo vital de nuestros aborígenes que incluyen mucha riqueza cultural, que en general, lo que varía son los contextos ambientales en los que se desarrollan. Cada pueblo mantiene sus características particulares para referirse en su contexto general a cada una de las etapas del ciclo vital de toda persona; y en esto se aprecian las similitudes, y las diferencias, son reflejadas en el idioma y las áreas de convivencia, lo que es constituyente de la identidad étnica, como lo refiere la Organización Mundial de la Salud, citado por Santa María³ se hace conveniente conocer las prácticas culturales de la salud para disminuir las diferencias y choques de tipo cultural en el cuidado de la salud.

En el desarrollo de este ensayo se presenta una reflexión acerca de las prácticas de cuidados culturales que efectúan nuestros pueblos originarios, con características particulares, y se hace necesario plantearnos ¿cómo actuar ante algunas situaciones particulares de cuidados, los cuales han prevalecido de generación en generación?, a la vez plantearnos, ¿por qué debemos preocuparnos por la prestación de un cuidado culturalmente competente de quiénes acuden a nuestras instalaciones de salud y/o solicitar nuestras recomendaciones? Por ello se planteó como objetivo: reflexionar sobre las Prácticas de cuidado cultural de la salud en los pueblos originarios.

Desarrollo

Cuidados culturales durante el embarazo, parto, puerperio y la salud reproductiva

El cuidado en las áreas indígenas se relaciona intrínsecamente con la cosmovisión de sus creencias, costumbres, tradiciones y normas relacionadas a la salud o al tratamiento de la enfermedad. Es así como, en las zonas con mayor población indígena, presentan niveles altos de mortalidad materna, aunado a la presencia de barreras geográficas, económicas y sociales que se anteponen al acceso equitativo a servicios de salud con calidad y atención congruente a sus costumbres y cuidados. De igual forma, el cuidado debe prestarse con enfoque intercultural para facilitar la relación entre el sistema de salud estatal y las mujeres indígenas. Otras dificultades de salud que se presentan se relacionan a la incidencia de mayor número de muertes maternas. Es así, que se hace imperativo conocer y comprender, las costumbres, las creencias y acciones asociadas al posparto, lo que coincide con la integración de prácticas, enfocadas a la eliminación progresiva de los riesgos asociados a una maternidad en circunstancias de desigualdad, inaccesibilidad y enajenación. Por lo tanto, se precisa reforzar el nivel primario de atención de salud con la estrategia esencial de la enseñanza en enfermería hacia las madres de familia de las comunidades indígenas. Lo anterior induce a comprender los significados del cuidado, salud, enfermedad y bienestar de dichas familias. A la vez, que se exponga la importancia de aprender sus enfoques culturales sobre el cuidado de la salud³.

De aquí que son numerosos los cuidados que se ofrecen en las diversas culturas, como en todo el Continente de América, Panamá y el mundo. De manera que, en áreas cercanas a la frontera con la República de Colombia, se localizaron estudios sobre aspectos generales de la salud, de los pueblos

originarios, que comparten características similares, con Panamá, Meléndez⁴, describe que, desde el inicio del embarazo, se consume carnes de animales grandes como de res, cerdo y pescados. Se mantiene una dieta rigurosa durante el embarazo, como pescados pequeños, carne de pollo, huevos, frutas, chucula y chicha. Se prohíbe tomar gaseosas y enlatados. Se debe realizar baños medicinales que protegen a la madre y al bebé. Las bebidas y los baños medicinales se prolongan hasta el final del periodo de gestación. No se realiza el control prenatal.

En la atención al parto participan solamente las parteras o comadronas y el hombre, quien es el médico tradicional, debe estar preparado para cualquier complicación, y buscará plantas medicinales. Si el parto se complica aún más de lo esperado, se acude al cantor de muikala para que invoque a los espíritus protectores de la matriz de la mujer y acelerar el parto. Se colocan hojas de bijao (urua) debajo de la madre en cuclillas para proteger al niño en la caída. El cordón umbilical se corta con tijeras limpias y se liga con hilaza (windup), después se espera que salga la placenta. El médico tradicional consigue bebidas que faciliten el descenso rápido y se entierra sahumada con semillas de cacao, envuelta en tela limpia y blanca. Luego la mujer descansa y mantiene una dieta rigurosa: no consume sal, para evitar hemorragia posparto, ni carne de animales grandes hasta 12 días después del parto. Consume solamente cangrejos, camarones y langostinos. El hombre no realiza nada durante ocho días, para que no le dé lloradera al niño, cianosis, dificultad respiratoria o convulsiones. El médico tradicional le hace al niño tratamientos para fortalecer su vida, porque no tiene defensas adecuadas para cualquier enfermedad y tampoco ante los espíritus de la naturaleza⁴.

En Colombia, Oviedo, Hernández, Mantilla, Arias y Flores⁵, obtuvieron como resultados que las comunidades Emberá y Wounnan presentan situaciones durante la gestación donde participan la gestante, su pareja, su familia y la comunidad alrededor del cuidado de la madre y del bebé, entre dichas situaciones se resaltan las siguientes: El papel de la pareja es importante en la toma de decisiones, el hombre decide sobre la atención de la medicina tradicional o medicina occidental. Y es necesario la presencia masculina para acudir a los servicios de salud. Cuando la gestante necesite atención de salud, acuden a la medicina tradicional, atendidas por la partera, el tonguero y el jaibana para el bienestar espiritual. Manifiestan resistencia para ser atendidas por médico. La partera al ser llamada atiende la gestación, en relación con la posición del bebé, lo acomoda y asiste el parto. Las gestantes realizan prácticas de protección a sus hijos cómo evitar el consumo de gran cantidad de agua. Se prestan gran atención a los antojos para evitar complicaciones como el nacimiento prematuro y el aborto. Los encargados de satisfacer estos deseos son las parejas y familias. Durante el embarazo, continúan realizando las actividades diarias: lavar la ropa, cocinar, aseo, cargar agua y leña, debido a que el bebé puede salir perezoso. En la gestación avanzada reciben ayuda de la familia para evitar el riesgo de aborto.

Kolodin, Rodríguez y Flores⁶, en su estudio sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica, en 29 comunidades de Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Entre otros resultados evidenciaron que con relación a las mujeres en las áreas rurales e indígenas de Mesoamérica tienen poca o ninguna influencia sobre las decisiones que afectan a su propia salud. Los atributos personales como edad o nivel educativo son concluyentes de la autonomía de la mujer, al igual que las decisiones sobre su salud dependen de las características de su red social (o sea, quiénes y cuántas personas conforman la red). De igual manera las relaciones que crean dentro de la familia. Un ejemplo son las comunidades indígenas de Nicaragua y Guna Yala (Panamá), en donde los patrones de residencia son matrilocales, lo que induce que las mujeres tengan mayor autonomía en relación con su salud, ya que pueden decidir el lugar del parto. Se verificó que los sistemas de salud no reconocen la importancia de las parteras, puesto que la información que ofrecen las redes sociales de los servicios de salud influye en las decisiones de las personas. La atención integral de calidad técnica de los servicios de salud es eficaz si se toman en cuenta los aspectos socioculturales de cada comunidad y país.

Estudios relacionados con la atención intercultural del parto vaginal en México, lo presenta Heredia, et al.⁷, donde el 66% de las mujeres eran indígenas; el 80% de los costos se efectuaban

debido a consultas y hospitalizaciones, y la totalidad de este, era de \$4188 (modelo convencional) y \$4002 (modelo intercultural). Se identificaron dos modelos interculturales principales: el parto vertical y la vinculación entre parteras tradicionales y prestadores de servicios, con los cual se hace necesario la implementación efectiva de intervenciones culturales con estrategias de reducción de la muerte materna.

Bula, Maza y Orozco⁸, concluyen que el cuidado está presente en todas las culturas, con diversas características; por lo que el continuo reproductivo de la mujer Emberá Katio está representado por una fusión de prácticas de cuidado heredadas en el tiempo de generación en generación, las cuales, a su vez, se encuentran reforzadas en un conocimiento y comportamiento cultural específico, que confirma la protección de la mujer y su descendencia.

Por lo tanto, se resaltan en esta síntesis interpretativa las siguientes prácticas de cuidado cultural:

1. El Jemené: rito que marca el inicio de la mujer Emberá Katio a la vida fértil.
2. La alimentación: una manera de preservar el bienestar de la madre y su hijo por nacer.
3. La verticalización del parto y el uso de plantas medicinales durante el trabajo de parto.
4. Los consejos y el acompañamiento de la partera tradicional durante el embarazo, parto, y posparto.
5. El reposo y la armonía de la madre y el recién nacido en el posparto.

En general, la atención de la gestante, durante la evolución del embarazo hasta el parto se desarrolla en función de la colaboración y participación de la familia y la comunidad que también colabora, representada en quienes se deposita la confianza y responsabilidad de la prestación del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio. Las personas de confianza están representadas en la matrona o médico tradicional, simultáneamente, en otras circunstancias, las abuelas, y ocasionalmente las madres de la gestante proveen los cuidados requeridos. Los cuidados son de mayor relevancia hacia la preocupación por el bienestar y advenimiento del nuevo miembro de la familia y de la comunidad: en la figura del neonato.

Por otro lado, la salud sexual y reproductiva es uno de los aspectos más importantes y vulnerables de los derechos de las personas, y es definida como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; tomando decisiones sin sufrir coacción, discriminación ni violencia”⁹.

García y De la Cruz¹⁰, realizan un estudio sobre la salud perinatal de la mujer en una comunidad indígena. Entre los resultados se resaltan las creencias y costumbres durante el embarazo, parto postparto. Se destaca en las entrevistas que el inicio de la vida sexual y reproductiva de las mujeres comienza a los 12 años, que es cuando se casan, y la familia recibe un mayor dote o compensación que consiste en animales, alimentos o tierras. Los padres reciben una compensación mayor cuando su hija tiene doce años antes de que surja la primera menstruación, o sea, que se casa antes de que la luna se la coma. Con esta tradición se confiere reconocimiento de la comunidad, lo cual es manifestado por el respeto al esposo. En el caso contrario, si la mujer se casa después de presentar su primera menstruación, se cree que no sirve, lo que significa que tendrá que enfrentar el rechazo de la comunidad donde vive. Después del matrimonio, al año siguiente nace el primer hijo, de acuerdo con sus creencias, costumbres, tradiciones y valores practicados. Mientras evoluciona el embarazo, las mujeres tienen la creencia de ofrecer al niño a un animal guardián que cuidará de él, indicado como un compañero que siempre lo custodiará (denominado tona por los miembros de la comunidad). Se tiene instituido el uso del cinturón de seguridad, el cual consiste en una banda o faja que las mujeres elaboran con telas procedentes de su región, se la colocan en la cintura, empleándola durante el embarazo, parto y posparto. Los alimentos ingeridos durante el embarazo, no deben ser fríos, como, por ejemplo, la calabaza, sandía, aguacate y coco.

Cuando las mujeres presentan alguna complicación, lo relacionan con un castigo divino, pero nunca piensan que sería una falta de cuidado realizada durante el periodo de embarazo. Entre otras de

las costumbres y creencias practicadas, se encuentran en que las mujeres solicitan la ayuda de la partera, como parte de su cultura, debido a que las creencias de la familia son respetadas, lo que da a la mujer confianza y seguridad, y a la vez, la partera da apoyo a la familia, no emplea medicamentos, y ofrece facilidades de pago, y lo más importante, es que no la separa de la familia. Asimismo, la partera permite el uso cinturón de seguridad, no ofrece alimentos fríos, da un baño de horno (llamado temascal), lo que es un baño con agua caliente; si hay complicaciones la partera los resuelve con la ingesta de bebidas calientes para relajamiento muscular y té para el sangrado. De manera que, el conocimiento cultural adquirido promueve el bienestar de la familia y la capacidad de la mujer para autocuidarse¹⁰.

En Bolivia, Castro¹¹, en su estudio sobre la salud sexual y reproductiva, concluye que se establecen referencias en relación con algunas determinantes socioculturales que influyen en la salud sexual y reproductiva, como lo son el idioma, la socialización de la sexualidad, las normas de parentesco, las organizaciones de base, la migración y trabajo, y la influencia de instituciones como la escuela, el cuartel y los agentes de salud, entre otros. Entre las consecuencias de los determinantes socio culturales, en la salud sexual y reproductiva, se encuentran las siguientes: Falta de acceso a información clara, la migración, la escuela, la religión, contribuyen a la inequidad de género. Se evidencia que el 3% de las mujeres indígenas utilizan métodos anticonceptivos; el 29% de las mujeres indígenas conoce el uso del condón como forma de protección; existe la insistencia en el uso de métodos anticonceptivos naturales; y además consideran que el uso del condón es sólo para usarlo en relaciones sexuales casuales.

Cuidados culturales en la salud en los niños

En relación con los cuidados de la salud de los niños, la Convención sobre los derechos del niño, señala que “en los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena, el derecho que le corresponde...”¹². En concordancia con este mandato universal, Banda, Álvarez y Casique¹³, se refieren a la perspectiva cultural como el reto que implican los diferentes significados relacionados con la protección y defensa de la vida del niño. Asimismo, es necesario considerar las costumbres y credos de las mujeres indígenas en un esfuerzo por mantener acciones de cuidados que no sean considerados como pugna cultural que incide en el alejamiento de la atención de salud, de las personas que así lo requieran. En este encuentro tan sutil, los cuidados de enfermería y salud, involucrados en la atención del recién nacido, considerado como máxima prioridad, implica la exigencia del profesional de salud y enfermería de todo el interés hacia el conocimiento de los cuidados culturales.

En otras instancias, el estudio de Ochoa y Quintero¹⁴, efectúa una revisión de fuentes primarias y secundarias para exponer algunas de las formas de saberes y prácticas en salud de la niñez indígena, desde la época de la conquista en Colombia, coincidiendo con la Edad Media y los inicios del Renacimiento en Europa, aunque no son referentes históricos, pero es importante indicar que la noción de niñez, los saberes y las prácticas en salud, fueron impuestas en el momento de la conquista, y las prácticas de los pueblos indígenas fueron aniquiladas abruptamente, se prohibió los rituales de curación a niños y niñas realizadas por el chamán, no fueron considerados porque se creía innecesario.

Según, Londoño-Vega, Londoño-Vélez citado por Ochoa y Quintero¹⁴, el papel de la familia indígena, específicamente, el de la madre, cambió bruscamente, ya que ninguna mujer española que tuviera indios por encomienda criaba el hijo o hija que parió, sino que era encargado a las amas de cría, las cuales, eran separadas de sus hijos e hijas naturales. Para Sánchez-Téllez citado por Ochoa y Quintero¹⁴, el carácter sobrenatural de la enfermedad entre los pueblos originarios, al igual que la visión mágico-espiritual para tratarlas por medio de remedios vegetales en la tradición precolombina, encontró similitudes, como lo es, con la tradición de los herbarios monásticos.

De acuerdo con lo descrito, hoy en día, las formas de pensar y de tratar la niñez, pertenece a una

fusión de saberes y prácticas propias de culturas indígenas, negras y españolas, siendo una mezcla de culturas y razas étnicas. Sin embargo, es importante precisar que la permanencia de los saberes y prácticas médicas ancestrales conducentes al cuidado y preservación de la salud de la niñez se dio porque algunas comunidades lograron conservarlas y ponerlas en práctica en los sitios más alejados de las ciudades, sobre todo, los amerindios.

Un estudio orientado hacia la Niñez y crianza en una zona rural tzeltal en Altos de Chiapas, efectuado por Peña-Ramos, Vera-Noriega, Santiz-López¹⁵, destaca que en la díada padre/hijo/hija, hay procesos de integración, como la interacción durante el trabajo, al llevar a los niños a los trabajos en la milpa, para poder vigilarlos. Los juguetes que utilizan los niños (carritos, canicas), y las niñas (muñecas, ositos), si los pierden, no pueden conseguirlos debido a las limitaciones de recursos para adquirirlos, por lo que los niños juegan con objetos como palos, ramitas, subir a los árboles frutales, o inventar otros tipos y formas juegos. Los padres se ocupan del sustento y la provisión de la familia. En general, se concluye que el *chulel*, representa el alma adquirida desde la concepción del niño(a), el cual se encuentra presente en el desarrollo y crecimiento del niño(a). Se puede perder el *chulel*, cuando el niño(a) se encuentra en condiciones de riesgo, como en un accidente o la enfermedad propiamente. Una de las prácticas maternas más practicadas que deben ejercer las madres, es impedir las conductas negativas de los niños como el berrinche o el enojo, se inculca el respeto a los padres. En relación con la alimentación de los infantes, se inicia a temprana edad, reduciendo el tiempo del destete, a los 3 o 4 meses de nacido, y se inicia con alimentos como caldos de frijol, tortillas remojadas con caldo de frijol o alimentos suaves. Se enseña a controlar los deseos de efectuar sus necesidades de eliminación, a partir de los dos a tres años, enseñándoles a usar las áreas de fosa séptica o letrina. Los niños(as) son llevados a la clínica de la comunidad vecina de Chaonil, la cual pertenece al municipio de Oxchuc, por motivos en los que requieren atención de la salud, como en vacunación, realización de curaciones de heridas leves, medicamentos para la tos, fiebre, gripe y dolor de estómago.

Rodríguez, Santos, Talani y Tovar¹⁶ se refieren a las prácticas y creencias culturales en relación con el cuidado infantil de menores de un año en madres de Chocontá Colombia, y concluyen que se identificaron 19 mitos, entre los cuales 10 recomiendan reestructurar por ser de riesgo al menor, como es el caso de colocar un botón en el ombligo y sostenerlo con un fajero, o acudir a un sobandero para que realice masajes en el abdomen y rezos para curar la diarrea. Ocho mitos deben ser negociadas con las madres y cuidadoras, como el colocar una camiseta de bayetilla roja en contacto directo con la piel del bebé para protegerlo de la tos o el uso de azabache (manilla con imagen religiosa) en manos y tobillos para prevenir el mal de ojo. Una creencia se puede conservar ya que no afecta la integridad del niño, tal como es: bañar rápidamente al recién nacido para evitar la entrada de frío.

Los niños representan la continuidad de la familia y de la tribu étnica, los cuidados que se ofrecen son esmerados, sin embargo, en sus inicios de vida no se manifiesta la demostración afectiva efusiva, debido al temor inconsciente de la pérdida del niño en sus primeros años, para no lidiar con el duelo que representa la pérdida. Desde la conquista no se consideraban los cuidados esmerados a la niñez, y a la vez no fueron considerados de importancia, y se impuso un régimen de la época de prohibición de prácticas rituales, al mismo tiempo que la infancia indígena no fue considerada para ser protegida.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la enfermera y el personal de salud, con conocimiento del significado y valor cultural, respetará las creencias y prácticas culturales, ofreciendo cuidados congruentes, desde la perspectiva del conocimiento profesional y científico.

Cuidados culturales de la salud en los adultos

Los eventos evolutivos del ciclo vital de la población, en el que Reyes¹⁷ enfoca su estudio en etnogerontología en contextos indígena en Chiapas-México, refiere el advenimiento progresivo del envejecimiento, marca un hito demográfico mundial y diversificado, incluye diferencias según el

sexo, discapacidad, situación laboral, ubicación geográfica rural o urbana, y otras características sociodemográficas relacionadas con eventos presentes en la población adulta mayor. Los eventos de transición demográfica y epidemiológica, se iniciaron a principios del siglo XX, en donde los factores influyentes se relacionan con aspectos biológicos y socioculturales, más reflejados en la vejez de áreas indígenas. Es así que el hecho de sentirse útil y productivo representa la característica básica distintiva de ser considerado “viejo”, en la esfera social. La particularidad de identificación de la etapa de la vejez, en la comunidad se observa cuando a los hombres, no se les invita a trabajar en actividades remuneradas o colectivos gratuitos y solidarios, como en prácticas comunitarias en México, denominadas el tequio, la fajina y la vuelta-mano. En el caso particular de las mujeres, pierden el poder en el ámbito familiar, en la consulta para toma de decisiones, sumado, además, la viudez y enfermedad discapacitante y dependiente.

Todo lo anterior, provee a la población indígena de una situación de vulnerabilidad, debido a la marginación y pobreza extrema presentes en sus ambientes. De manera que, en este proceso de envejecimiento, la Organización Panamericana de la Salud¹⁸, señala que quizás una decisión trascendental en el ser humano consiste en distinguir y seleccionar un camino en el que pueda direccionar sus días últimos. La salud y nutrición son esenciales y es una complicación en las edades avanzadas, de manera que la variable de la salud nutricional es básica; sobre todo por las alteraciones que conlleva la evaluación de la salud oral, que se inicia con la falta de piezas dentales que conlleva a la principal dificultad para la masticación.

El estudio está enfocado en las creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi, Chile, por Misrachi, Manríquez, Kuwahara y Fajreldin¹⁹. El 66,2%, refirió que no lavarse los dientes es una causa de caries, en relación sobre “creencias sobre etiología de las caries”. Asimismo, manifestaron concepciones referentes al sistema médico local popular o indígena, como lo es la presencia de “aire en las muelas” y “pasma”. El 80% manifestó cepillarse por lo menos dos veces al día. En la población existe la creencia de que las situaciones de sangramiento gingival, pérdida dentaria y la caries dental, no representan problemas dentales. Lo anterior puede deberse al aislamiento geográfico con dificultad de acceso al servicio dental, con la falta de recursos de las personas para su movilización. Se hace necesario mejorar el acceso a los servicios de salud, igualmente se requiere de un programa educativo relacionado a los conocimientos y creencias en salud oral con enfoque intercultural.

En correspondencia a las prácticas culturales que se pueden considerar en el cuidado cultural del adulto mayor hospitalizado, realizado por Arica y Díaz²⁰, se destaca la complementariedad, calor humano e interculturalidad, enfocan los conceptos de cuidar-cuidado-cuidando, que implica ofrecer apoyo de manera comprensiva hacia la fragilidad del adulto mayor, induciendo a reflexionar en la experiencia vivida de salud-enfermedad. En esta situación, la familia comprende el eslabón de apoyo importante en las etapas extremas de la vida, como soporte principal del adulto mayor. Las conclusiones enfocan la interculturalidad y necesidad de información para ofrecer cuidados en el hogar, para lo cual se requiere conocimientos, preparación y trabajo de campo. Asimismo, la interculturalidad para cuidar de la enfermera al adulto mayor hospitalizado, significa que debe existir interrelación de la enfermera con el adulto mayor, con aceptación y respeto de los saberes, creencias y prácticas de salud que favorezca el cuidado del adulto mayor.

En la etapa final de la vida, son necesarios los cuidados específicos conllevan el estado de envejecimiento, dependencia con disminución de las funciones naturales corporales, se requiere del apoyo familiar en todos los contextos, respetando la cultura y saberes ancestrales de nuestros ancianos indígenas.

Conclusión

Reconocer a la persona en todos los procesos del ciclo vital, desde la concepción y su evolución, representa un desafío lograr identificar las necesidades propias de cada etapa, según la diversidad

de costumbres, valores y creencias propias de cada cultura. Respetar las diferencias de la diversidad, acoger aquellas prácticas que coadyuvan al restablecimiento de la salud, y si es necesario reforzarlas, en otras, se tendrá que establecer un proceso de negociación para mejorarlas, o quizás adecuarlas en un proceso que no represente una amenaza o confrontación de culturas, sino, más bien, un encuentro, en el que prevalece la armonía con los seres humanos, el ambiente y el universo, tanto físico como espiritual, logrando el anhelado Buen Vivir identificado en la cosmogonía y cosmovisión de los pueblos originarios.

Las edades extremas y más vulnerables representados en la niñez y adultos mayores incluyen una serie de eventos de cuidados particulares que involucran dedicación, demanda y paciencia para procurar la satisfacción de necesidades de un grupo en franco crecimiento y desarrollo, mientras que el otro se redime hacia el ocaso de la vida.

El cuidado culturalmente competente y asequible con las necesidades del otro(a), representa un desafío para la enfermería del Siglo XXI, en particular de los grupos minoritarios, como lo son los pueblos originarios. De manera que, conocer los ambientes y procedencias de nuestros potenciales clientes/pacientes, induce al imperante compromiso de un aprendizaje continuo y permanente, acerca de los valores, creencias y costumbres de la población, a quien la enfermera ofrece sus cuidados intra o extrahospitalarios, ya sea de forma individual, familiar o comunitaria.

Referencias

1. Castillo J. El cuidado cultural de Enfermería. Necesidad y relevancia. Revista Habanera de C Santa María Luis Alberto. Salud intercultural: el ciclo vital en los andes. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Jul 12]; 34(2): 293-298. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2732>.
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. [Internet]. Ecuador: 2009. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
3. Meléndez I. Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna. [Internet] (1992). Investigación y Educación en Enfermería, 10(1), 131-151. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20626/17340>
4. Banda A, Díaz R, Álvarez A, Casique L, Rodríguez L. Cuidados culturales durante el periodo posparto en las mujeres indígenas: aporte para la enfermería transcultural. Acc cietna [Internet]. 3 de julio de 2018 [citado 13 de julio de 2022];5(1):74-3. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/6>
5. Oviedo M, Hernández A, Mantilla B, Arias K, Flórez N. Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: Prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2013; 32(2), 17-25. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a03.pdf>
6. Kolodin S, Rodríguez G, Flores K. Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Banco Interamericano de Desarrollo, 2015. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/asuntos-de-familia-estudio-cualitativo>
7. Heredia I, Meneses S, Montag D, Ibañez M, Hernández E, González M. PIH19-Atención Intercultural del parto vaginal en México: costos económicos, determinantes y retos de la implementación de políticas efectivas en beneficio de las mujeres indígenas. Value in Health, 2013; 16(7), A711-A712. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301513041028>
8. Bula J, Maza L, Orozco M. Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2018; 8(1): 121-138. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n1/en_2393-6606-ech-8-01-59.pdf
9. Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA). Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Unfpa.org. [consultado el 5 de julio de 2022]. Disponible en:

- https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
10. García C, De la Cruz L. La salud perinatal de la mujer en una comunidad indígena. *Ciencia Ergo Sum*, 2008; 15(002), 149-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/104/10415205.pdf>
 11. Castro M. Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. *Rev. Umbr. Cs. Soc*, 2008; (18): 203-235. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s1994-45432008000200010&script=sci_arttext
 12. De J, De Portada F, Pirozzi G. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. www.un.org. [consultado el 5 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
 13. Banda Pérez A de J, Álvarez Aguirre A, Casique Casique L. Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. *cietna* [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 5 de julio de 2022];7(1):109-15. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/348>
 14. Ochoa E, Quintero M. Aproximación a la niñez indígena de Colombia-Saberes y prácticas en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11600/1692715x.16101>
 15. Peña M, Vera J, Santiz J. Niñez y crianza en una zona rural tseltal en Altos de Chiapas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2018; 16(1): 149-162. Disponible en: <https://doi.org/10.11600/1692715x.16108>
 16. Rodríguez M, Santos Q, Talani O, Tovar R. MF. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Rev. Colomb. Enferm.* [Internet]. 23 de octubre de 2015 [citado 11 de julio de 2022]; 9:77-8. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/567>
 17. Reyes L. Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle* [Internet]. 2012;10(38):69-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34224543006>
 18. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2da Edición: Washington. 2011; 313 p.
 19. Misrachi C, Manríquez J, Fajreldin V, Kuwahara K, Verdaguer C. Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi, Chile. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2014; 25(2): 342-358. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000100008&lng=en
 20. Arica V, Díaz R. El cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado: complementariedad, calor humano e interculturalidad. *Acc cietna* [Internet]. 9 de julio de 2018 [citado 5 de julio de 2022]; 4(1): 35-7. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/30>

Citas

1. Castillo J. El cuidado cultural de Enfermería. Necesidad y relevancia. *Revista Habanera de C Santa María Luis Alberto. Salud intercultural: el ciclo vital en los andes. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Jul 12]; 34(2): 293-298. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2732>
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. [Internet]. Ecuador: 2009. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
3. Meléndez I. Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna. [Internet] (1992). *Investigación y Educación en Enfermería*, 10(1), 131-151. Disponible en <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20626/17340>
4. Banda A, Díaz R, Álvarez A, Casique L, Rodríguez L. Cuidados culturales durante el periodo posparto en las mujeres indígenas: aporte para la enfermería transcultural. *Acc cietna* [Internet]. 3 de julio de 2018 [citado 13 de julio de 2022];5(1):74-3. Disponible en:

- <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/6>
5. Oviedo M, Hernández A, Mantilla B, Arias K, Flórez N. Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: Prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2013; 32(2), 17-25. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a03.pdf>
 6. Kolodin S, Rodríguez G, Flores K. Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Banco Interamericano de Desarrollo, 2015. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/asuntos-de-familia-estudio-cualitativo>
 7. Heredia I, Meneses S, Montag D, Ibañez M, Hernández E, González M. PIH19-Atención Intercultural del parto vaginal en México: costos económicos, determinantes y retos de la implementación de políticas efectivas en beneficio de las mujeres indígenas. *Value in Health*, 2013; 16(7), A711-A712. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301513041028>
 8. Bula J, Maza L, Orozco M. Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2018; 8(1): 121-138. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n1/en_2393-6606-ech-8-01-59.pdf
 9. Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA). Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. [unfpa.org](http://www.unfpa.org). [consultado el 5 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
 10. García C, De la Cruz L. La salud perinatal de la mujer en una comunidad indígena. *Ciencia Ergo Sum*, 2008; 15(002), 149-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/104/10415205.pdf>
 11. Castro M. Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. *Rev. Umbr. Cs. Soc*, 2008; (18): 203-235. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s1994-45432008000200010&script=sci_arttext
 12. De J, De Portada F, Pirozzi G. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. www.un.org. [consultado el 5 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
 13. Banda Pérez A de J, Álvarez Aguirre A, Casique Casique L. Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. *cietna* [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 5 de julio de 2022]; 7(1):109-15. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/348>
 14. Ochoa E, Quintero M. Aproximación a la niñez indígena de Colombia-Saberes y prácticas en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11600/1692715x.16101>
 15. Peña M, Vera J, Santiz J. Niñez y crianza en una zona rural tseltal en Altos de Chiapas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2018; 16(1): 149-162. Disponible en: <https://doi.org/10.11600/1692715x.16108>
 16. Rodríguez M, Santos Q, Talani O, Tovar R. MF. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Rev. Colomb. Enferm.* [Internet]. 23 de octubre de 2015 [citado 11 de julio de 2022]; 9:77-8. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/567>
 17. Reyes L. Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle* [Internet]. 2012; 10(38):69-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34224543006>
 18. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2da Edición: Washington. 2011; 313 p.
 19. Misrachi C, Manríquez J, Fajreldin V, Kuwahara K, Verdaguer C. Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi, Chile. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2014; 25(2): 342-358. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000100008&lng=en
 20. Arica V, Díaz R. El cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado: complementariedad, calor humano e interculturalidad. *Acc cietna* [Internet]. 9 de julio de



2018 [citado 5 de julio de 2022]; 4(1): 35-7. Disponible en:
<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/30>