



CREADA EN 2014
UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
Dir.: Zona Santa Bárbara s/n Telf. Fax. (591)(4)6453728 www.usfx.info/enfermeria/ correo electrónico: enfervida@usfx.info

RECTOR U.M.R.P.S.F.X.CH.
Ing. Walter Arízaga Cervantes

VCERRECTOR U.M.R.P.S.F.X.CH.
Ing. Eduardo Rivero Zurita

DECANA FACULTADA Cs. ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
Lic. Nancy Manjón Calvimontes

DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
Lic. Riosed Paredes Avilés

COORDINADORA CARRERA DE ENFERMERÍA OBSTETRIZ
Lic. Zulema Rodríguez Bejarano

DIRECTORA ENFERvida
Lic. Nancy Manjón Calvimontes

RESPONSABLE EDITORIAL ENFER vida
Lic. Scarley Martínez Pérez

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Judith Cisneros Dávalos
Lic. Luisa Orellana Salas
Lic. Riosed Paredes Avilés

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Margarita Cárdenas	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
Lic. Rosa Francisca Jimenez	UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Dra. Haydeé Padilla	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, BOLIVIA
Dr. Hugo Rivera	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, BOLIVIA

ENFERvida es una publicación semestral de la Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, publica contribuciones originales relacionadas con la educación y la práctica de la salud en general y de la enfermería en particular en cualquiera de sus campos de desempeño y sus aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones y al desarrollo institucional y de los sistemas de salud.

DECLARACIÓN DE DERECHOS

La Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia y los editores, no son responsables por consecuencias devenidas del uso de información contenida en ésta revista. La opinión expresa de los autores, no corresponde necesariamente con la posición de la Facultad, o de la Revista. Los artículos son de propiedad de la revista y su reproducción solo está autorizada, citando la fuente original.

FORMATOS

ENFERvida, se encuentra disponible en formato físico, con tiraje de 250 ejemplares y en formato virtual en <http://ojs.revistasbolivianas.org.bo/index.php/enf>

FUENTES DE INDEXACIÓN

Revistas Bolivianas (RB)

D.L.: 3-3-29-12P.O.

ISSN: 2225-7934 Vol.2, N°1, diciembre 2014

Periodicidad semestral

Imprenta XXXXX

Sucre, Bolivia

Contenido

RESCATE DE LA MEMORIA COLECTIVA ORAL DE LAS CANCIONES DE CUNA PARA LA ESTIMULACION TEMPRANA. SUCRE 2008	3
<i>RILMA Guzmán, VIRGINIA Córdova Aramayo, RIOSED Paredes Avilés</i>	
FACTORES RELACIONADOS A LA ATENCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA SUCRE, 2009.....	8
JOSE L. Hurtado Zambrana; NANCY ManjónCalvimontes; ROSARIO Pérez Mendoza; ROXANA Hinojosa; HILDA Mesa; RAQUEL Molina	
GENERO Y VALORES SEXUALES ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS DE MUJERES SOMETIDAS A LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN SUCRE, ALMERIA Y MEXICO D.F., SUCRE 2007	17
<i>JUDITH Cisneros Dávalos, SCARLEY Martínez Pérez, MARÍA ESTHER Santos Párraga, WALTER Vizcarra Loiza, Esther Carmona, Margarita Cárdenas, Angelina Montiel</i>	
VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SUCRE 2011	24
FIDELIA Reyes Llanque	
INFLUENCIA DE LA OPERACIÓN CESAREA EN LA LACTANCIA, MATERNA TEMPRANA EN MUJERES CUYAS CIRUGIAS SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JAIME MENDOZA PORCEL DE LA CIUDAD DE SUCRE Y HOSPITAL RICARDO BACHERER DE LA LOCALIDAD DE TARABUCO.	29
<i>JACINTO Racua Vaca, ABIGAIL Nina Mamani, LIZETH Arancibia Azurduy, RIOSED Paredes Avilés, SCARLEY Martínez Pérez</i>	
INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS CULTURALES DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS. ALCALÁ	33
<i>EUSEBIA Acarapi Laimé, JANETT Aguirre Quispe, MARITZA Anagua Alanoca, SIMONA Arrasti Cáceres, ELIANA Equise, DANIELA Pumari Menacho</i>	

RESCATE DE LA MEMORIA COLECTIVA ORAL DE LAS CANCIONES DE CUNA PARA LA ESTIMULACION TEMPRANA. SUCRE 2008

RILMA Guzmán¹, VIRGINIA Córdova Aramayo², RIOSED Paredes Avilés³

Recibido en 04/ 2014
Aceptado en 06/ 2014

RESUMEN

Las canciones de cuna son parte de la transmisión cultural oral reconocidas como el legado histórico que da sentido de identidad y pertenencia de generación en generación, aparecen en América y tienen sus orígenes en el cancionero español popular. La política nacional de salud no cuenta con ningún programa dirigido a trabajar la estimulación temprana de los niños, considerando que en la actualidad el abordaje de la estimulación temprana desde una perspectiva biopsicosocial es significativa porque se desarrolla a través de una comunicación directa y dulce de la madre con su niño(a), cuyo enfoque tiene un carácter activo y dinámico.

La presente investigación pretende, a través de la aplicación de las teorías de estimulación temprana, rescatar y difundir canciones de cuna para aproximarse al objeto de estudio, realizando una descripción cuantitativa, contrastando los modelos con la realidad; puesto que las canciones de cuna como campo de acción, son composiciones que contribuyen al mayor desarrollo en el área visual, auditiva, lingüística y motora. Con el fin de recolectar la información, se aplicó la encuesta, que se desarrolló a través de un cuestionario para identificar el grado de conocimiento de jóvenes, madres, abuelas y trabajadores del hogar. Para la descripción del objeto de estudio se han considerado tres indicadores fundamentales como la memoria oral colectiva, las canciones de cuna y la estimulación temprana los mismos que orientan una mejor comprensión del tema.

Los resultados obtenidos son sorprendentes puesto que al no conocer los encuestados canciones de cuna, desconocen las repercusiones de las mismas para el desarrollo de sus niños(as), a través de la estimulación temprana. Por tanto el presente trabajo investigativo, se fundamenta en el beneficio directo a la población madre-niño, a través de la entrega directa de un CD con las canciones de cuna rescatadas.

MEMORIA ORAL COLECTIVA, CANCIONES DE CUNA, ESTIMULACION TEMPRANA

ABSTRACT

Lullabies are part of oral cultural transmission recognized as the historical legacy that makes sense of identity and belonging through generations, appearing in America and have their origins in the popular Spanish song. The national health policy does not have any program to work early stimulation of children, considering that at present the approach to early stimulation from a biopsychosocial perspective is significant because it is developed through direct communication and Sweet mother with her child (a), whose approach is active and dynamic in nature.

This research, through the application of theories of early stimulation, rescue and spread lullabies to approach the object of study, making a description quantitative contrasting models with reality as lullabies as field action, are compositions that contribute to greater development in the visual, auditory, and motor linguist. To collect the data, the survey was conducted, which was developed through a questionnaire to identify the degree of knowledge of young people, mothers, grandmothers and homemakers. For the description of the object of study considered three key indicators as collective oral memory, lullabies and early stimulation that guide them a better understanding.

The results are surprising since not knowing lullabies respondents are unaware of the implications of these for the development of their children (as), through early stimulation. Therefore this research work, is based on the direct benefit to the mother-child population, through the direct delivery of a CD of lullabies rescued.

Collective oral memory, lullabies, early stimulation

¹Socióloga, docente de la Fac. de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la UMRPSFXCH

² Enfermera, docente de la Fac. de Ciencias de Enfermería y Obstetricia

³Enfermera, docente de la Fac. de Ciencias de Enfermería y Obstetricia

INTRODUCCION

Los cantos de cuna son actividades lúdicas de un gran valor en la relación madre-bebe puesto que se ponen en juego simultáneamente múltiples aspectos de ambos. Por parte del niño, aspectos cognitivos y afectivos de su desarrollo y por parte de la madre la empatía, la creatividad y la riqueza del mundo representacional por la vía del lenguaje. Entre ambos se va creando así, un vínculo de palabras, gestos y sonidos que potenciarán la relación madre-hijo.

Las canciones representan usos y costumbres que integran la cultura y la historia familiar y son una vía a través de la cual las familias introducen los aspectos culturales que ayudan al niño a desarrollar un sentimiento de pertenencia social.

En la etapa de 0 a 2 años, los adultos generalmente recurren a diferentes formas musicales para vincularse con los niños entre las que se destacan las cantilaciones o salmónicas (entonaciones sobre una sola vocal), canciones de cuna, expresiones musicales (versos cortos, canciones de fórmula) y canciones de moda emitidas por los medios de comunicación.

Esta comprobado científicamente que las canciones de cuna se fortalecen la estimulación temprana desarrollando la personalidad, involucrando o impidiendo simultáneamente en las tres esferas; intelectual, bio-psicomotora y socio-emocional; por estas razones se encuentra estrechamente ligada a la alimentación, en primer lugar a la vida familiar y al ambiente total que rodea al niño y que se exige sea favorable para su auspicio y normal desarrollo.

Las personas mayores dicen haber escuchado las canciones de cuna de sus abuelos y que estos, a su vez; habían aprendido también de sus abuelos, habiendo surgido de la imaginación poética del pueblo como única fuente y que en un tiempo formaron parte de la riqueza nacional y ahora son parte del pasado.

Las canciones de cuna son parte de la transmisión cultural oral de las tradiciones que aparecen en América y que tienen sus orígenes en el cancionero español popular. Son melodías que se cantan en voz baja o susurrando suaves y dulces, que sirven para ayudar a calmar y hacer dormir a los niños. Muchas de ellas se refieren al niño Jesús y tienen un origen católico.

Investigaciones recientes han demostrado que el contacto físico piel a piel, los arrullos, cánticos, besos, abrazos no solamente son sanos, sino imprescindible para la vida del ser humano, ya que el primer sentido que desarrollamos es el tacto, en el que se basa nuestra relación con el mundo que nos rodea y que nos proporciona una información más rica y profunda sobre nuestro entorno.

La recuperación de la canción de cuna trasciende la añoranza por lo antiguo, tal como lo demuestran expertos en psicología evolutiva, aporta seguridad y favorece la comunicación afectiva, así como ayuda al desarrollo de las habilidades del lenguaje.

En la actualidad no se cuenta con antecedente de investigaciones en la región como a nivel nacional, por lo que el rescate de las canciones de cuna fue una de las tareas centrales en la presente investigación.

DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación se caracteriza por ser de tipo cualitativo, en cuyos procesos de desarrollo se utilizaron métodos y técnicas para el cumplimiento de las tareas de investigación, analizadas, discutidas y presentadas con el apoyo de procesos lógicos del pensamiento y descritas en el siguiente cuadro:

TAREAS	METODOS	OBJETIVO	PROCESOS LÓGICOS DEL PENSAMIENTO
Indagar el grado de conocimiento de las madres sobre la importancia de las canciones de cuna	Encuestas	Determinar el grado de conocimiento de jóvenes, madres abuelas y trabajadores del hogar respecto a las canciones de cuna como parte de la estimulación temprana	Inductivo - deductivo Análisis y sintético Hipotético - deductivo
Registrar de forma	Entrevistas de	Editar un material que	Inductivo - deductivo

individualizada las canciones de cuna de la memoria colectiva	grabación Grabaciones	contenga canciones de cuna	Análisis y sintético Hipotético - deductivo
Sistematizar los contenidos y melodías de las canciones de cuna . Grabaciones	Grabaciones	Editar un material que contenga canciones de cuna	Inductivo - deductivo Análisis y sintético Hipotético - deductivo
Editar las canciones de cuna para su difusión permitiendo la utilización en la estimulación temprana	grabaciones	Difundir las canciones de cuna para contribuir con la estimulación temprana de los recién nacidos/as	Inductivo - deductivo Análisis y sintético Hipotético - deductivo
Comprometer la participación de las autoridades en el rescate y difusión de las canciones de cuna	Carta de respaldo	Lograr la aceptación de autoridades de salud para la difusión de las canciones de cuna	Inductivo - deductivo Análisis y sintético Hipotético - deductivo

Para la recopilación de información se aplicaron cuestionarios semiestructurados a través de una entrevista, para identificar el grado de conocimiento de las canciones de cuna sobre la estimulación temprana y la entrevista para la grabación de las canciones de cuna

Una vez sistematizadas las canciones registradas, fueron grabadas y materializadas en CDS.

Se trabajó con una muestra de tipo aleatoria circunstancial, siendo la unidad de observación jóvenes, madres, abuelas y trabajadoras del hogar de la ciudad de sucre, determinando por conveniencia a 120 personas entre jóvenes, madres, abuela y trabajadores del hogar, identificadas en instituciones, asociaciones, hogares de acogida y centros de adultos mayores.

TECNICAS	INSTRUMENTOS	MUESTRA	TIPO DE MUESTRA	CARACTERÍSTICAS DE LA APLICACION
CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO	Guía de cuestionario con preguntas semi estructuradas	120 cuestionarios	Aleatoria	Una semana en diferentes turnos
ENTREVISTA A JÓVENES, MADRES, ABUELAS Y TRABAJADORES DEL HOGAR (GRABACIÓN DEL MATERIAL)	Guía de entrevistas para madres	90 canciones	aleatoria	Una semana en diferentes turnos
REVISIÓN DOCUMENTAL	Guía de revisión documental	Investigaciones desarrolladas, políticas de gobierno y otros		

RESULTADOS

- La mayoría de los encuestados no conceptualiza las canciones de cuna, estableciendo que el grupo etáreo de 15-25 años obtiene un porcentaje de conocimiento mínimo demostrando que la transmisión de las canciones de cuna a la población joven no se realizó.
- El 82.5% de los entrevistados no conocen las repercusiones de las canciones de cuna en la estimulación temprana del niño(a)
- Un 73.3% manifestaron que no les cantaron canciones de cuna, determinando que el grupo etáreo de mayores de 35 años si recuerdan algunas melodías, se observa a los jóvenes de entre 15-25 años que no

les cantaron canciones de cuna, interrumpiendo de esta manera la transmisión y reconocimiento de la importancia que representa en la estimulación temprana. Tabla N° 1

- Se observa que de las entrevistadas que les cantaban canciones de cuna, las mamás, abuelas fueron las que permitieron la transmisión logrando mantener la tradición.
- El mayor porcentaje de las personas que les cantaron canciones de cuna, lo hicieron en el idioma español seguido del quechua, identificando de esta manera la importancia de producir canciones en el idioma quechua. Tabla N° 2
- El 94.3% de los entrevistado manifiestan que les hubiese gustado que le canten canciones de cuna, hecho que refleja un interés por conocer las mismas y poder transmitir a sus niños(as).
- Solo un 25% de los encuestados cantan o cantaron canciones de cuna, se puede determinar que coincide con las personas que nunca les cantaron, reconociendo la importancia de la transmisión de generación a generación, no permitiendo fortalecer la estimulación temprana de sus niños(as). Las personas que cantan o cantaron canciones de cuna practicaron en niños menores de un año y un año, situación que hace pensar en el desconocimiento de la importancia de la repercusión de la estimulación temprana en todas las etapas.
- Las personas que no cantan o no cantaron, es porque no han tenido la oportunidad de escuchar, cantar canciones de cuna, lo que demuestra la importancia de la transmisión oral de estas melodías, pero además dando a conocer el fundamento científico que sustenta la repercusión en la estimulación temprana.

TABLA N° 1

ENCUESTADOS QUE RECUERDAN SI LE CANTABAN CANCIONES DE CUNA. SUCRE 2008

Grupo etáreo de los encuestados	¿Recuerda si le cantaban canciones de cuna?					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
De 15 a 25 años	8	22.2	28	77.8	36	100
De 25 a 35 años	10	32.3	21	67.7	31	100
Mayores de 35 años	14	26.4	39	73.6	53	100
Total	32	26.7	88	73.3	120	100

TABLA N° 2

ENCUESTADOS QUE LES CANTABAN CANCIONES DE CUNA DEGUN EDAD E IDIOMA

Grupo etáreo	Idiomas en el que le cantaban						
	Español	Quechua	Aymará	Guaraní	Otro	Español y quechua	total
15 - 25 años	3	2	0	0	0	2	7
25 - 35 años	6	2	0	0	0	2	10
Mayores de 35 años	9	3	0	0	1	2	15
total	18	7	0	0	1	6	32

CONCLUSIONES

Se evidencia el desconocimiento de las canciones de cuna de las jóvenes, madres, abuelas y trabajadores del hogar, por lo que no se transmite esta costumbre que ayuda a la estimulación temprana.

Al registrar de manera individualizada las canciones de cuna, permitiendo sistematizarlas y finalmente editarlas posibilitara la difusión en los ámbitos hospitalarios y de educación a la comunidad, permitiendo a través de la enseñanza que las jóvenes, madres, abuelas y trabajadoras del hogar, conozcan y practiquen estas melodías, fortaleciendo de esta manera la estimulación temprana.

La estimulación temprana no es acelerar el desarrollo, forzando al niño a lograr metas que no está preparado para cumplir, sino el reconocer y motivar el potencial de cada niño en particular y presentarle retos y actividades adecuadas que fortalezcan su autoestima, iniciativa y aprendizaje.

El rescate de las canciones de cuna de la memoria colectiva permitirá a la joven, madre, abuela y trabajadores del hogar convertirse en actores principales en la preservación de la historia familiar, local y regional y darle una verdadera utilidad en la estimulación temprana de los niños.

Ante la inexistencia de programas dirigidos a trabajar con la estimulación temprana, se cuenta con el respaldo de aceptación y aprobación de la investigación del Director técnico de SEDES CH. por la importancia y trascendencia del mismo, permitiendo que el producto sea incorporado en los programas de salud y el compromiso institucional para su difusión.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. Itin RA, Dr. Alberro N. Los mejores temas de la vida feliz sobre educación en familia. Asociación casa Editora Sud, Americana, Buenos Aires. 2004.
- Chamberlain D. Estudios sobre el feto en base a las teorías de Robert Sternberg y Howar Gardner. 2004.
- Lautrey J. clase social, medio familiar e inteligencia. España: Visor, 2003.
- Lira MI. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconómico bajo. RevChilPediatr. 2002.
- Ministerio de salud de Brasil, Brasilia. Programa de estimulación temprana. Financiada por UNICEF. 2005.
- Casarramona M. Educar, esa difícil misión, tercera reimpresión. Argentina, 2006.
- Statton P, Burk M, Cunningham I, "et al." Estimulación temprana, 2006.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Criterios de diagnosticos y tratamiento. Buenos Aires: sap 2003.
- UNICEF – Brasilia. Estrategias y evaluación del desarrollo del niño entre 0 y 5 años. 2005.
- Winnicott D. los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2004.

FACTORES RELACIONADOS A LA ATENCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA SUCRE, 2009

Recibido en 04/ 2014
Aceptado en 06/ 2014

JOSE L. Hurtado Zambrana⁴; NANCY Manjón Calvimontes⁵; ROSARIO Pérez Mendoza⁶; ROXANA Hinojosa⁷; HILDA Mesa⁸; RAQUEL Molina⁹.

Resumen:

La presente investigación ha pretendido indagar la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud de la mujer gestante, esto supone valorar el grado de conocimiento que tiene el personal sobre el tema, y evaluar la aplicación de la RM 496, que norma las 18 prácticas saludables en la atención de la mujer gestante en el marco de la interculturalidad.

Se ha efectuado una investigación descriptiva de corte transversal, enmarcado en el enfoque cuantitativo, en 7 centros maternológicos de la ciudad de Sucre; el universo estuvo conformado por médicos y enfermeras de dicho centros y por los usuarios de los mismos, se aplicó una encuesta estructurada.

Los resultados de la indagación empírica han demostrado que la no aplicación del enfoque intercultural en los servicios de salud materna de la ciudad de Sucre, se debe al desconocimiento del tema por parte del personal, a la no aplicación de la normatividad vigente y fundamentalmente a la persistencia de un modelo médico hegemónico excluyente.

Interculturalidad, salud materna.

Summary

This research has sought to investigate the application of an intercultural approach to health care pregnant women. This involves assessing the degree of knowledge the staff has on the subject and assessing the implementation of the 496 RM – a standard that 18 health care practices hold when dealing with the care of pregnant women in the context of their intercultural backgrounds.

This has been an informative investigation using a quantitative approach in 7 maternity health centers in the city of Sucre. The study was composed of doctors and nurses from such centers and of patients, and a structure survey was taken.

The results of this survey have demonstrated that there is no application of an intercultural approach to maternal health services in the city of Sucre. This is due in part to the lack of knowledge on the part of personnel, to not following the present guidelines, and fundamentally to the consistently used dominant medical model

Interculturalism, maternal health.

INTRODUCCION

La mortalidad materna es una verdadera tragedia social, por la repercusión y trascendencia que tiene en la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Bolivia tiene la más alta tasa de mortalidad materna en todo el hemisferio occidental (230 por 100.00 nacidos vivos)¹⁰, la mortalidad materna está estrechamente vinculada a las condiciones de vida de la población, a la calidad de atención de los servicios de salud, y en general la relación pobreza - muerte materna, es directa.

Resulta difícil admitir que un proceso tan natural como el parto, sea uno de los riesgos más grandes de vida para las mujeres, particularmente para las más pobres y marginadas.

⁴ Médico, docente de la Fac. de Medicina de la USFX

⁵ Enfermera, docente de la Fac. de Ciencias de Enfermería y Obstetricia de la USFX

⁶ Enfermera, docente de la Fac. de Ciencias de Enfermería y Obstetricia de la USFX

⁷ Enfermera Hospital UNI, Sucre Bolivia

⁸ Enfermera independiente

⁹ Enfermera independiente

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. ENDSA 2003. La Paz: INE; 2004

Bolivia es un país multicultural, donde las percepciones sobre la salud y la enfermedad son totalmente diferentes y a veces antagónicas, el Modelo Médico Hegemónico, subestima y subalterna otras prácticas, creándose una actitud de rechazo y discriminación a las culturas originarias, en pro de un cientificismo mal comprendido, la no aplicación de un enfoque intercultural en la atención de la salud, contribuye significativamente a la mortalidad materna y a la insatisfacción de la población usuaria.

Una gran barrera de atención en salud, que genera exclusión y discriminación social, es el hecho de que el personal sanitario, los servicios y mismo sistema, no conocen ni incorporan la cultura del usuario en el proceso de atención en salud.

El personal de salud, agente clave de cambio social, debe estar formado en la perspectiva del enfoque intercultural.

En los últimos años se ha ido desarrollando una corriente en el campo de la salud que prioriza el enfoque intercultural en salud, como una respuesta que permita, mejorar la calidad de los servicios de salud, favorecer la accesibilidad, aumentar las coberturas de atención y fundamentalmente dar una respuesta coherente a la realidad nacional, donde la diversidad es la norma.

La implementación del Seguro de Maternidad y Niñez, del Seguro Básico de Salud y últimamente del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) han permitido superar la barrera de inaccesibilidad económica a los servicios de salud, sin embargo la inaccesibilidad de tipo cultural aun persiste, por lo que se han diseñado una serie de normas para superar este problema; como la resolución Ministerial 496 que establece 18 prácticas adecuadas que favorecen la atención intercultural a las gestantes, como también una serie de normas de atención en el control prenatal, parto y puerperio.

No obstante estas disposiciones, se advierte que los servicios de salud aun no prestan una atención con enfoque intercultural, continúa vigente el pensamiento hegemónico médico, que rechaza considerar la cultura del usuario como un factor determinante en la prestación de servicios.

La presente investigación tiene como objetivo general: **Identificar los factores relacionados a la atención con enfoque intercultural en los servicios de salud materna de la ciudad de Sucre.**

Objetivos específicos:

- Evaluar el grado de conocimientos de los prestadores de servicios sobre el enfoque intercultural en salud.
- Verificar las condiciones de atención intercultural de los servicios de salud.
- Valorar la actitud del personal de salud sobre la atención intercultural a la gestante.
- Establecer el grado de aplicabilidad de la normatividad vigente en la atención a la mujer gestante (resolución ministerial 496, SUMI)
- Indagar las características de la población usuaria de los servicios de salud materna.
- Indagar el grado de satisfacción de las gestantes con la atención de los servicios.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, enmarcado en el enfoque investigativo cuantitativo.

El Universo estuvo conformado por personal de los Servicios de Salud Materna de los Hospitales: Gineco Obstétrico, San Pedro Claver, Jaime Mendoza, Pokonas, Hospital UNI, Hospital del IPTK, CIES, como también usuarias de los mismos. La muestra con 5 % de error máximo aceptable y 95 % de nivel de confianza, fue 80 funcionarios de salud y 150 usuarias.

Se aplicó una encuesta estructurada al personal de salud para indagar sus conocimientos sobre el enfoque intercultural, como también para valorar la actitud que tiene sobre esta temática; una ficha de observación permitió verificar la aplicabilidad de la normatividad vigente, especialmente de la resolución ministerial. Se aplicó una encuesta de salida a las usuarias, para ver el grado de satisfacción que tienen sobre la atención brindada en los hospitales mencionados.

Sobre la base de las variables en estudio se elaboró un instrumento de recolección de información y una ficha de observación.

Se utilizaron medidas estadísticas descriptivas, para la tabulación y análisis de la

información se recurrió al programa EPI IINFO 2000.

La investigación se efectuó del 1 de julio al 15 de agosto de 2009, en los hospitales mencionados de la ciudad de Sucre.

RESULTADOS

Tabla 1
Grado de conocimientos de los prestadores de servicios sobre el enfoque intercultural en salud y RM 496
Servicios Maternológicos, Sucre 2009

Variable	Porcentaje
Conocimiento sobre interculturalidad	
Bueno	8%
Regular	13%
Malo	79%
Conocimiento inadecuado sobre interculturalidad por categoría profesional	
Médico	81%
Enfermera	76%
Conocimiento sobre la RM 496	
Conoce	31%
No conoce	69%
Desconocimiento de la RM 496 por categoría profesional	
Médico	73%
Enfermera	66%
Dominio del idioma quechua por categoría profesional	
Médico	39%
Enfermera	70%

El personal de salud, de los hospitales maternológicos de la ciudad de Sucre, no conoce suficientemente los aspectos conceptuales del enfoque intercultural en salud; no existe una diferencia marcada de conocimiento del tema entre médicos y enfermeras. Un aspecto preocupante es el desconocimiento del personal de salud de la Resolución Ministerial No 496, que norma las prácticas más saludables con enfoque intercultural y basada en la evidencia, para una atención de calidad en los servicios de salud. La mitad del personal de salud no domina el idioma nativo, aspecto restrictivo en el encuentro intercultural en el ámbito de la atención de la salud.

Tabla 2
Actitud del personal de salud sobre la atención intercultural a la gestante. Servicios Maternológico, Sucre 2009

Variable	Porcentaje
Opinión del personal sobre la practica de la medicina tradicional en los servicios.	

Favorable	55%
Indiferente	16%
Desfavorable	29%
Personal de salud por categoría profesional, según opinión desfavorable de formación de parteras empíricas	
Medico	55%
Enfermera	51%
Personal de salud según actitud ante solicitud del paciente de acceder a la medicina tradicional en los servicios	
Acepta	31%
No acepta	48%
No responde	21%
Personal de salud según utilización de la medicina tradicional por ellos mismos	
Frecuentemente	2%
Alguna vez	49%
Nunca	49%
Personal de salud según preparación para brindar atención intercultural	
Preparado	30%
No Preparado	8%
Parcialmente	62%
No la necesito	4%

El personal de salud no tiene, una actitud favorable hacia la medicina tradicional.

El personal de salud no considera positiva la formación de parteras empíricas.

El personal de salud no permite las prácticas tradicionales en el ámbito hospitalario. No obstante lo anterior, un importante porcentaje de este personal ha

recurrido alguna vez a la medicina tradicional. El personal manifiesta estar preparado parcialmente en la atención de salud con enfoque intercultural, situación que no guarda correspondencia con el grado de conocimientos evaluados y las actitudes evidenciadas.

Tabla 3

Adecuaciones en los Centros Maternológicos, Sucre 2009

Adecuaciones	Hospitales							total
	CIES	G.Obst	IPTK	Lajastambo	J.MendozaJ.	Pockonas	UNI	
1.- Se cuenta con señalización (dibujos claros de acuerdo al mensaje) e información en español y/o en quechua.		1		1				2
2.- El responsable de informaciones habla quechua	1	1	1	1		1		5
3.- Se cuenta con un espacio seguro para la estancia de los niños que acompañan a sus madres, con juegos infantiles y Mobiliario para el descanso de los bebés.								
4.- Se cuenta con baños separados para hombres y mujeres, estos incluyen condiciones para el aseo de los niños de pañal.								
5.- La unidad de salud cuenta con espacio para la reflexión y paz espiritual (capilla ecuménica).				1	1	1		3
6.- La estructura de los espacios de consulta y hospitalización garantiza la privacidad en la exploración física y el interrogatorio.	1	1	1	1	1	1	1	7
7.- La unidad de salud cuenta con buzón para que los usuarios puedan expresar sus opiniones en torno al espacio y Servicio.	1	1	1					3
8.- Se cuenta con implementos para el parto vertical								
9.- Se cuenta con un servicio de orientación.	1	1						2
10.- La sala de recepción es amigable y atractiva	1	1	1	1		1	1	6

Los Hospitales aún no ofrecen las condiciones de comodidad y adecuación cultural a los usuarios; existen problemas en la señalización, baños, ausencia de implementos para el parto vertical y servicios específicos de orientación.

Tabla 4

Grado de aplicabilidad de la normatividad vigente en la atención a la gestante, por el personal de salud.

Resolución Ministerial 496

Variable	Nunca	Ocasional	Siempre
1. Uso de la HCPB		1%	99%
2. Uso del CSI			100%
3. Uso de Planeando mi Parto	28%	29%	43%
4. Prueba de Acido Acético	56%	21%	23%
5. Respeto a la posición para el parto.	35%	47%	19%
6. Presencia allegado en el parto	36%	56%	8%
7. Ingestión líquidos en el parto	52%	32%	16%
8. Uso enema	49%	24%	27%
9. Partograma	11%	4%	85%
10. Uso episiotomía	4%	52%	44%
11. Tracción de cordón	11%	21%	68%

12. Devolución de la placenta	43%	31%	27%
13. RN atendido por otro personal.	7%	9%	81%
14. Calor corporal madre	7%	11%	83%
15. Disponibilidad de No de telefónico para referencia.	9%		91%
16. Promoción Sumi	11%	8%	81%
17. Uso de Buzón de sugerencias	21%		79%
18. Información a la Madre	4%		96%

El uso de la Historia clínica peri natal básica (HCPB) y del Carnet de salud infantil (CSI) está generalizado en todos los hospitales. El instrumento "Planeando mi parto", no es conocido completamente y su uso es limitado. El uso del ácido acético, en el control prenatal es muy limitado.

Las prácticas menos efectuadas y conocidas son: respetar la posición elegida por la paciente para dar a luz; presencia de un familiar o allegado en el parto; ingestión de líquidos en el trabajo de parto.

La práctica del enema y la tricotomía está vigente, pero de manera restringida.

El uso del partograma es generalizado. Se sigue practicando la episiotomía.

La tracción controlada del cordón umbilical está siendo utilizada por el personal.

La práctica de la devolución de la placenta es limitada. El recién nacido recibe atención por otro personal diferente al que atiende el parto.

El contacto temprano entre el recién nacido y la madre no está completamente generalizado. Los hospitales cuentan con direcciones telefónicas que les permite efectuar referencias.

El SUMI es promocionado en los servicios públicos. El buzón de sugerencias en los hechos no funciona adecuadamente. El personal manifiesta que informa a la madre sobre las condiciones del niño y los cuidados que debe tener en el puerperio, situación que no corresponde con lo que afirma la usuaria.

Tabla 5
Grado de satisfacción de las gestantes con la
atención de los servicios Maternológicos de Sucre, 2009.

Variable	Porcentaje
Opinión sobre el tiempo de espera.	
Largo	44%
Razonable	41%
Corto	14%
Opinión sobre la atención del médico.	
Malo	6%
Regular	53%
Bueno	41%
Opinión sobre la explicación de su enfermedad.	
Parcial	27%
Completo	40%
Nada	27%
Realización de examen de orina.	
Si	49%
No	51%

Respeto a la posición elegida para su parto.	
Si	20%
No	80%
Presencia de allegado en el momento del parto.	
Si	12%
No	88%
Contacto temprano del RN con la madre	
Si	72%
No	28%
Realización de tricotomía y enema.	
Si	34%
No	66%
Respeto a sus costumbres.	72%
Si	40%
No	60%
Satisfacción con los servicios Maternológicos.	
Mucho	27%
Poco	63%
Nada	10%

Las usuarias manifiestan que el tiempo de espera en sala es muy largo.

La opinión sobre la atención del médico es regular. Indican que el personal de salud no les explica adecuadamente sobre su estado de salud y otros cuidados que deben tener en el embarazo, parto y puerperio.

Las señoras que dieron a luz en los diferentes hospitales, señalaron que no se les permitió elegir cómo iban a dar a luz; no permitieron la presencia de un familiar o allegado en el momento del parto.

No respetaron sus costumbres. Manifiestan No estar satisfechas con la atención que se brinda en los diferentes hospitales maternológicos de la ciudad de Sucre.

DISCUSION.-

El personal de salud de los diferentes centros maternológicos de la ciudad de Sucre no conoce a cabalidad los aspectos conceptuales y operativos del enfoque intercultural, por lo tanto tampoco tiene una referencia directa de la resolución Ministerial No 496; por categoría profesional tanto médicos y enfermeras se encuentran en la misma situación, respecto a los servicios de salud encuestados, esta situación se debe a la poca importancia que se da al tema cultural en las entidades formadoras, y a la subalternización de las culturas ancestrales por parte de la medicina hegemónica.

Un poco más de la mitad del personal habla el idioma nativo, las enfermeras tienen un mejor manejo del mismo, empero la otra mitad entiende pero no habla o definitivamente ni entiende ni habla, creándose por ende una importante barrera de comunicación entre el personal y la población, particularmente migrante.

Casi la mitad del personal de salud de los servicios maternos, tiene una opinión desfavorable sobre la medicina tradicional, situación que se corrobora con la resistencia que se tiene a la formación de parteras empíricas; esta situación nuevamente está determinada por la vigencia de un modelo médico excluyente, elitista y discriminador. En la práctica, el personal de salud no permite que los usuarios puedan recurrir a la medicina tradicional en los ámbitos de los servicios de salud; esta situación se contradice flagrantemente,

cuando el mismo personal asevera, en un porcentaje importante, haber recurrido a esta medicina alternativa; se plantea un doble discurso que se explica por la alineación cultural que da una profesión.

No obstante esta situación el personal, más de la mitad, se considera preparado para ofertar una atención de salud con enfoque intercultural, aspecto que no corresponde a la realidad.

En el ámbito Institucional, los hospitales confrontan importantes deficiencias que impide que el usuario se sienta cómodo y pueda ejercer su derecho a ser atendido con calidad, no existe una adecuada señalización, no hay comodidad para las madres que traen a sus niños, no existen en todos los hospitales servicios de orientación, no existe la posibilidad real de atender un parto vertical.

En cuanto a la aplicación de la RM 496, la Historia Perinatal Básica y el Carnet Infantil son de uso generalizado, debido a que su implementación es de larga data; no sucede lo mismo con el instrumento planeando mi parto, que aun no es utilizado adecuadamente.

El uso del ácido acético para la determinación de la proteinuria no está siendo utilizado en todos los servicios. Las prácticas menos utilizadas y conocidas por el personal de salud, normadas por la RM 496, son: respeto a la posición elegida por la madre para dar a luz, la presencia de un allegado en el momento del parto, la ingestión de líquidos, y la proscripción del uso del enema y la tricotomía. Aspectos corroborados por las usuarias.

El partograma es de uso generalizado; se continua, en un porcentaje importante, recurriendo a la episiotomía; se practica la tracción controlada del cordón umbilical.

Por ser urbanos, los servicios cuentan con otro profesional que atiende al niño, el contacto inmediato con la madre es una práctica razonablemente practicada. La promoción del SUMI se efectúa más en los servicios públicos. Se cuenta con una red Obstétrica que permite la referencia de casos; los encuestados indican disponer de buzón de sugerencias, pero la visita al terreno ha permitido evidenciar que estos no funcionan o no se han implementado realmente.

Las usuarias tiene la percepción de que se tarda mucho en la sala de espera, prácticamente en todos los servicios; la atención que le brinda el profesional medico, no es óptima, se quejan de que no se les explica con la debida suficiencia sobre su estado de salud y los tratamientos respectivos.

La no utilización del ácido acético es corroborada por la usuarias. Referente a los temas de la posición, el acompañamiento, la ingestión de líquidos y la devolución de placenta, las usuarias en un mayor porcentaje que los profesionales, indican que no se las realiza suficientemente. Respecto a la satisfacción con la atención prestada por los servicios maternológicos de la ciudad de Sucre, las usuarias, no se encuentran satisfechas. Se concluye que el personal no conoce a cabalidad el enfoque intercultural, desconoce y no aplica a cabalidad la RM 496.

Por lo expuesto se ha demostrado que la inadecuada atención con enfoque intercultural en los servicios de salud materna de la ciudad de Sucre, se debe a desconocimiento del enfoque intercultural, a la no aplicación de la normatividad vigente y la persistencia de un modelo médico hegemónico excluyente.

RECOMENDACIONES

- Incorporar en el perfil profesional de la enfermera el componente de interculturalidad
- Coordinar con los prestadores de servicios, acciones conjuntas para el desarrollo de actividades teóricas y practicas del enfoque intercultural, como el conocimiento y aplicación de la Resolución Ministerial No 496, Normas del SUMI, Salud familiar y Comunitaria con enfoque de interculturalidad.
- Reorganizar las actividades prácticas de estudiantes para propiciar un apoyo permanente del docente en la aplicación del enfoque de interculturalidad.
- Capacitar al personal de los centros maternológicos en atención intercultural, Resolución Ministerial No 496.
- Involucrar a las autoridades sanitarias, comunales, medios de comunicación y a la sociedad civil en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural, la misma que debe considerar la provisión de recursos humanos y la adecuación de la infraestructura a las necesidades del usuario.

- Iniciar un cuestionamiento a la vigencia del modelo médico hegemónico a través de seminarios, talleres y grupos de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiló, Federico. (1985) Enfermedad y salud según la concepción aymará quechua. Sucre, Qori Llama.
- Aguirre G. (1994) Obra antropológica XIII. Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México. México: FCE, UV, INI, GEV.
- Albó X, Romero R. Interculturalidad. Programa de Formación e Innovación Institucional y Académica dirigido a los Institutos Normales Superiores (INS) públicos de Bolivia. Modulo 5.
- Albó X. (2004) Interculturalidad y Salud, en Fernández Juárez. Coord. Salud Interculturalidad en América Latina. Quito: AbylaYala.
- Baixeras, J.L. (2004) Salud e Interculturalidad en Bolivia a inicios del Tercer Milenio. La Paz. Cooperación Española...
- Castellón Iván. (1997) Abril es tiempo de Kharisiris. Cochabamba. Serrano. Fernández G. (1999) Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el altiplano Aymara. La Paz: Ediciones Graficas E.G.
- Grimberg M. (1992) El proceso salud-enfermedad-atención. Departamento de Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Bs. As., Documento de Trabajo.
- Herzlich C, Pierret. (1988) "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". *Cuadernos Médicos Sociales. Rosario*; (4).
- IbacacheJ . La salud, el desarrollo en un contexto intercultural. Servicio de Salud Araucaria Sur. (Contactado abril 2009). Disponible en : <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>
- Maglio F. El sida como "enfermedad social". *Quirón* 1995; 26 (4): 57-64.
- Menendez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúdecoletiva*. [online]. 2003, vol. 8, no. 1 [Consultado julio 2009], pp. 185-207. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?>
- Menéndez E. (1985) "Modelo médico hegemónico". *Cuadernos Médicos Sociales. Rosario*.

GENERO Y VALORES SEXUALES ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS DE MUJERES SOMETIDAS A LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN SUCRE, ALMERIA Y MEXICO D.F., SUCRE 2007

JUDITH Cisneros Dávalos¹¹, SCARLEY Martínez Pérez¹², MARÍA ESTHER Santos Párraga¹³, WALTER Vizcarra Loaiza¹⁴, Esther Carmona¹⁵, Margarita Cárdenas¹⁶, Angelina Montiel¹⁷

Recibido en 04/ 2014

Aceptado en 05/ 2014

RESUMEN

La evolución de la humanidad ha sido determinada por el desarrollo de una sociedad patriarcal, en la cual el papel de la mujer ha estado enmarcado en la reproducción, sumisión y la sujeción femenina al control de los "hombres" de la familia padres, hermanos, esposos y en algunas sociedades las decisiones de la colectividad eran las que trazaban el ritmo de sus vidas.

Las luchas feministas desarrolladas por mucho tiempo, lograron su ubicación laboral y el acceso a estudios superiores como hechos que benefician a la familia y en consecuencia a la misma sociedad. Sin embargo este proceso no se ha dado con las mismas características en las diferentes sociedades. En Latinoamérica este fenómeno ha tenido su repercusión, la vida de las mujeres ha cambiado sustancialmente. Entre los cambios más significativos se menciona un drástico cambio en la escolaridad de la población femenina, el intenso y rápido cambio en los patrones reproductivos, los cambios productivos, la participación económica en la estructura de clases de la sociedad, los cambios consecuentes en la familia, cambios en la concepción sobre el amor y la vida en pareja, los cuales han incidido en cambios de comportamiento en la relación familiar y de pareja y una nueva concepción de la mujer en la sociedad

El presente estudio realizado en grupos de mujeres de tres países con contextos sociales, económicos y culturales diferentes pretende mostrar el posicionamiento de estas mujeres respecto al género, a la toma de decisiones en la anticoncepción quirúrgica y su ejercicio en relación a los valores sexuales.

Los resultados han permitido hacer un estudio comparativo de los tres grupos mencionados analizando de qué manera la decisión tomada puede afectar la dinámica interna de la relación familiar y de pareja, en sus proyectos de vida y la influencia de la pareja y los otros en la toma de decisiones.

GÉNERO, VALORES SEXUALES, ANTICONCEPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ABSTRACT

The evolution of mankind has been determined by the development of a patriarchal society, in which the role of women has been framed in reproduction, female submission and subjection to the control of the "men" of the family parents, siblings, husbands and in some societies the collective decisions were what drew the pace of their lives.

Feminist struggles long developed, managed job placement and access to higher education and events that benefit the family and in society itself accordingly. However, this process has not been given the same characteristics in different societies. In Latin America this has had its impact, women's lives have changed substantially. Among the most significant changes mentioned a drastic change in the education of the female population, the intense and rapid change in reproductive patterns, changes in production, economic participation in the class structure of society, the consequent changes in family, changes in the concept of love and married life, which have influenced the behavior changes in family and couple relationship and a new conception of women in society

¹¹ Enfermera, docente Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia USFX

¹² Bioquímica Farmacéutica, docente investigadora Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia USFX

¹³ Enfermera, docente Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia USFX

¹⁴ Psicólogo, Fundación AUTAPO

¹⁵ Enfermera, docente Universidad de Almería, España

¹⁶ Enfermera, docente Universidad Nacional de México, México D.F

¹⁷ Enfermera, docente Universidad Nacional de México, México D.F

This study of women's groups in three countries with social, economic and cultural backgrounds aims to show the positioning of these women regarding gender, to decision-making in surgical contraception and exercise in relation to sexual values.

The results have allowed a comparative study of three groups analyzing how the decision may affect the internal dynamics of the family and couple relationship in their life projects and the influence of the couple and the other in making making.

GENDER, SEXUAL VALUES, CONTRACEPTION, INFORMED CONSENT.

INTRODUCCIÓN.

Los avances relacionados con los valores a través de la cultura, la religión y las costumbres, y el rol que deben asumir los diferentes sexos en la sociedad a través de un proceso de socialización los individuos fueron aprendiendo el comportamiento que cada uno debe asumir según fuera hombre o mujer. Esta diferenciación, que abarca normas de comportamiento, actitudes y valores, trasciende a todas las esferas de la vida y provoca en muchas sociedades una relación de poder donde el hombre es el dominante, mientras que la mujer es devaluada socialmente.

Dentro de esta marco se ha realizado el presente estudio que se considera de gran importancia por la dimensión social y la visualización de nuevas perspectivas de la mujer que aseguren una dinámica interna de las relaciones de pareja o funcionamiento familiar, favoreciendo una adecuada comunicación, flexibilidad y claridad en los roles ejercidos.

Las mujeres sometidas a la esterilización quirúrgica no asumen plenamente su derecho a decidir, ello influye negativamente en los valores del ejercicio de la sexualidad procreativa y no procreativa; las diferencias cualitativas en los niveles de ejercicio de los mencionados valores, son sustanciales entre mujeres de extremos geográficos del planeta.

La investigación de género y valores sexuales, como un estudio comparativo permite visualizar en que medida las diferentes sociedades definen y construyen las identidades de las mujeres, asignándoles diferentes características y roles, del mismo modo, permite constatar las posibles discriminaciones y las relaciones de poder que se establecen entre varones y mujeres en la toma de decisiones en relación a su estado de salud.

El enfoque de género, concibe las relaciones equitativas entre ambos sexos permitiendo a todos y todas un acceso a bienes y oportunidades según los requerimientos y particularidades de las personas.

Referente a la planificación familiar, en Latinoamérica, es un tema "privilegiado" cuando se habla de género y valores sexuales vinculados a la salud de la mujer, se considera una necesidad muy sentida en las mujeres y muy especialmente en mujeres que se sometieron a la esterilización quirúrgica, que afectan la construcción de identidades y la visión del mundo.

La situación en las mujeres del viejo mundo, no obstante, de una trayectoria menos traumática, y si bien han sido notables los cambios y transformaciones en el ejercicio de los valores sexuales, existen construcciones del género, la sexualidad y la procreación en el orden de la imagen y la incertidumbre pos moderna.

DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación se basa sobre los procesos de toma de decisión entre un grupo de mujeres que usan la anticoncepción quirúrgica. La investigación combinó un acercamiento estadístico descriptivo de las características de los procesos de toma de decisión anticonceptiva de las mujeres operadas en Sucre, Almería Y México desde cinco años atrás, con un acercamiento cualitativo a las historias de vida y los procesos de apropiación de su cuerpo y sus decisiones reproductivas en quince mujeres de tres países que optaron por la anticoncepción quirúrgica.

En la muestra se incluyeron a mujeres sometidas a esterilización quirúrgica cinco años anteriores de diferentes edades, todos los casos después de haber tenido al menos dos hijos dentro de una unión conyugal y con ausencia de patología subyacente.

La recolección de la información se realizó en base a la aplicación de un instrumento dirigido y la observación.

RESULTADOS

Análisis cualitativo de la entrevista dirigida a mujeres sometidas a la esterilización quirúrgica en las ciudades de Sucre, Almería y México D.F.

A partir de la aplicación de la entrevista dirigida a mujeres sometidas a la esterilización quirúrgica, se realiza el análisis cualitativo del mencionado instrumento, tomando en cuenta que los indicadores son agrupados para un mejor manejo de los resultados en 4 grupos y la división del análisis por ciudades: **Relación de pareja:** (Tipo de relación, influencia en la decisión de la operación, aceptación de la pareja, comunicación en la pareja, vida sexual en la pareja), **Relación con los hijos y otros parientes:** (Tipo de relación, influencia en la decisión de la operación), **Relaciones sociales:** (Relaciones sociales, influencia de las relaciones sociales en la decisión de la operación, comunicación en sus relaciones sociales), **Autoestima y proyecto de vida:** (Autoimagen, autoconcepto y autoestima, plan de vida).

SUCRE

1.- Relación de pareja.

La decisión de someterse a la esterilización quirúrgica vemos que pasa por varios factores, y uno de los más importantes es la pareja, puesto que un 40% de las entrevistadas refirieron que la operación fue una decisión de pareja, y un 25% una decisión con matices familiares y personales, observamos que la relación de pareja es el vínculo fundamental para establecer pautas de decisión y aceptación de la operación

Al centrarnos en el tema de la relación de pareja, un 53% menciona que la relación es “normal” y solo un 26% asume una relación de pareja buena, y se confirman dichos datos cuando un 60% afirma que la relación siempre ha sido así y solo un 33% menciona que la relación ha cambiado. Esto supone una estabilidad a nivel emocional y afectiva en la relación de pareja.

La influencia de la pareja se ve reflejada en un 53% y se refuerza la idea de la importancia de una comunicación con un 73%, lo cual denota que la comunicación en la pareja es vital a la hora de la toma de decisiones sobre la salud de uno de los miembros.

El tema de la sexualidad y las relaciones sexuales es un semblante fundamental en la configuración de la vida de pareja y, al encontrarnos con que un 73% no conversa sobre su sexualidad va aparejado al hecho de que un 60% manifiesta que su vida sexual ha sufrido variantes a raíz de la operación, refleja notoriamente que el aspecto sexual se manifiesta en la vida íntima y ha tenido repercusiones negativas.

2.- Relación con los hijos y otros parientes.

Las relaciones entre los hijos son buenas y regulares en un 46% en las dos valoraciones, y consiguientemente un 60% refirió que la relación con los hijos es buena y un 40% manifestó que la relación es regular, por lo que el ambiente familiar juega un papel fundamental en tanto en la decisión de la operación, así como en la posterior valoración de la vida en familia.

Así mismo, es significativa la relación con un ambiente extra familiar, es decir, padres y/o hermanos, y observamos que un 53% tiene buena la relación con sus padres, y en un 46% la relación con sus hermanos es buena.

Sin embargo de que la relación es buena con los padres y hermanos, se ve claramente que los padres, los hermanos, así como el entorno familiar, no ejercieron ninguna influencia en la decisión de la operación.

3.- Relaciones sociales.

El entorno extra familiar y/o laboral, conforman aquel ambiente en el que la persona se puede desenvolver de una manera distinta a la familiar o de pareja, sin embargo notamos que solo un 26% pasa su tiempo libre fuera de casa, al contrario de un 60% que tiene en su casa el ambiente para su tiempo libre, por otro lado, solo un 40% tiene como actividades sociales la reunión con grupos de amigos o laborales.

La comunicación en el ambiente laboral suele ser una importante manera de manifestar todo aquello que la persona no suele hablar en familia, por lo que vemos que un 46% tiene buena comunicación en su ambiente laboral, y un 46% ha hecho conocer a su ambiente laboral sobre su operación.

4.- Autoestima y proyecto de vida.

La descripción de una persona refleja en sí, el grado de autoimagen que puede tener, y observamos que un 74% se describe de buena manera, y tan solo un 26% no sabe como describirse a sí misma, o se encuentra insatisfecha consigo misma.

El autoconcepto refiere el grado de conocimiento que tiene una persona de sí misma, y vemos que un 74% puede delimitar algunas de sus capacidades u habilidades, así como un 63% puede establecer ciertas debilidades y limitaciones.

Identificamos que en cuanto a la aceptación de uno mismo, entendiendo como autoestima, tan solo un 26% se siente bien como persona y un 74% no tiene una buena aceptación de sí misma, lo que puede haber incidido en la intervención quirúrgica.

Un 60% de las entrevistadas tenía un plan de vida a temprana edad, sin embargo esto se fue modificando con el transcurso del tiempo y se dio en un 46%, mientras que en un 54% este aún se mantuvo.

Después de la cirugía, solo un 6% tiene un plan de vida y es el resto el que dejó de lado una planificación y esta convencida que la vida ya tiene un camino recorrido y sin mayores cambios.

ALMERÍA – ESPAÑA

1.- Relación de pareja.

Un 87% de las entrevistadas refirieron que la operación fue una decisión personal, y un restante 13% afirma que la decisión pasó por decisión de pareja, por lo que observamos que lo el componente personal es el más relevante.

Es un 67% de las entrevistadas las que refieren que mantienen una relación de pareja estable, un 27% asume una relación de pareja regular, y un 6% habla de una relación mala, y de esa manera se confirman dichos datos cuando un 87% afirma que la relación siempre ha sido así y solo un 14% menciona que la relación ha cambiado. Esto supone un alto nivel de estabilidad en cuanto a las relaciones afectivas – emocionales en la relación de pareja.

La poca influencia de la pareja se ve reflejada en un 87% y sin embargo la comunicación en estas es buena con un 60%, lo que refleja que aunque haya buena comunicación en la pareja, esta no es un parámetro de influencia sobre la decisión en temas de salud.

En cuanto a la comunicación con temas relacionados sobre la sexualidad, la totalidad de las entrevistadas relatan que tienen una fluida comunicación sobre este tópico, y un 93% asegura que su vida sexual no ha sufrido variante alguna, incluso se hace mención que esta ha mejorado cualitativamente.

2.- Relación con los hijos y otros parientes.

Las relaciones entre los hijos son buenas en un 87%, y consiguientemente un 67% refirió que la relación con los hijos es buena, es de esa manera que el clima familiar adquiere una relevancia fundamental, aunque no así en la toma de decisión.

La relación con los otros familiares, siendo estos los padres y los hermanos, cuentan con una buena relación en tanto a un 80% en ambos casos.

En ningún caso los padres, los hermanos o algún otro componente del entorno familiar ha tenido alguna influencia en las entrevistadas sobre la decisión de someterse a la intervención quirúrgica.

3.- Relaciones sociales.

El ambiente laboral o extra familiar, conforma aquel ambiente en el que la persona se puede desenvolver de una manera distinta a la familiar o de pareja, es de esa manera que vemos que un 60% de las mujeres pasa su tiempo libre fuera de casa y un 67% tienen reuniones de grupo, con las cuales comparte el tiempo libre.

En el ambiente laboral o en el grupo de amigos en donde las mujeres pasan su tiempo libre, la comunicación es buena a partir de un 80% y el 100% de este referido entorno conoce de la práctica de la cirugía de las entrevistadas.

4.- Autoestima y proyecto de vida.

El grado de autoimagen que se maneja en las entrevistadas esta en un 87%, por lo que la descripción de sí misma es buena y demuestra un grado de aceptación personal.

La totalidad de las entrevistadas tiene un conocimiento de su propia persona, y más de un 94% llega a delimitar sus debilidades y limitaciones.

Refiriéndonos a la aceptación de uno mismo, relacionando este concepto con la autoestima, observamos que un 80% tiene una buena concepción de sí misma, y un 20% no da opinión alguna al respecto, lo que nos dice que la operación no ha incidido en este aspecto de la vida psíquica de cada entrevistada.

Un 80% de las entrevistadas tenía un plan de vida a temprana edad, sin embargo esto se fue modificando con el transcurso del tiempo y se dio en un 46%, mientras que en un 54% este aún se mantuvo.

Después de la cirugía, es un 13% el que tiene un plan de vida mientras que el resto de las mujeres ha concluido que su planificación de vida ya es secundaria.

MÉXICO D.F. - MÉXICO

1.- Relación de pareja.

Observamos que la decisión de la operación quirúrgica pasa por procesos de influencias de la pareja, familiares y de índole personal, es así que un 40% de las entrevistadas refirieron que la operación fue una decisión personal así como de pareja, y 20% tuvo matices familiares, por lo que vemos que el establecimiento de pautas de decisión sobre temas de salud en la mujer, tiene variadas opiniones e influencias.

En el tema de relación de pareja, un 46% menciona que la relación es buena y un 33% asume una relación de pareja regular, y se confirman dichos datos cuando un 60% afirma que la relación siempre ha sido así y solo un 33% menciona que la relación ha cambiado. Por lo que se asume un poco variabilidad a nivel afectivo en la pareja, antes y después de someterse a la operación.

La influencia de la pareja se ve reflejada en un 40% y es esta la que coadyuva a la importancia de una estable comunicación, la cual es valorada con un 73%.

Un 46% manifiesta que no tiene conversaciones sobre la sexualidad y un 40% refiere que sí, considerando que estos datos son muy variables y relativos por la cercanía de las proporciones, así mismo, es un 46% de las entrevistadas las que manifiestan que su vida sexual ha sufrido algunas variantes luego de la operación.

2.- Relación con los hijos y otros parientes.

Las relaciones entre los hijos son buenas y regulares en un 46% en las dos valoraciones, y consiguientemente un 60% refirió que la relación con los hijos es buena y un 40% manifestó que la relación es regular, por lo que el ambiente familiar juega un papel fundamental en tanto en la decisión de la operación, así como en la posterior valoración de la vida en familia.

Es significativo el componente de las relaciones con el ambiente extra familiar, con los padres y/o hermanos, y evidenciamos que un 90% mantiene relaciones consideradas buenas y normales, y un 38% refiere que la relación con sus hermanos es buena y regular.

Así como las relaciones son en su mayoría buenas con los padres y hermanos, se ve una notoria influencia de parte de los demás familiares, en cuanto a la decisión de someterse a la operación.

3.- Relaciones sociales.

Considerar al ambiente que esta fuera de la familia, sea este de condiciones laborales o simplemente de ocio, nos muestra que un 40% pasa su tiempo libre dentro de casa, y el restante 60% lo pasa fuera del hogar, así mismo se ve que en un 90% de las entrevistadas tiene como actividades sociales las fiestas o las reuniones de grupos de amigas.

La comunicación en el ambiente laboral suele ser una importante manera de manifestar todo aquello que la persona no suele hablar en familia, por lo que vemos que un 60% tiene buena comunicación en su ambiente laboral, y un 46% ha hecho conocer a su ambiente laboral sobre su operación.

4.- Autoestima y proyecto de vida.

La descripción de una persona refleja en sí, el grado de autoimagen que puede tener, y observamos que un 74% se describe de buena manera, y tan solo un 26% no sabe como describirse a sí misma.

El autoconcepto refiere el grado de conocimiento que tiene una persona de sí misma, y vemos que un 93% puede delimitar algunas de sus capacidades u habilidades, así como un 63% puede establecer ciertas debilidades y limitaciones.

Identificamos que en cuanto a la aceptación de uno mismo, entendiendo como autoestima, y observamos que un 60% se siente bien como persona y un 40% no tiene una buena aceptación de sí misma, lo que puede haber incidido en la intervención quirúrgica.

Un 46% de las entrevistadas tenía un plan de vida a temprana edad, sin embargo esto se fue modificando con el transcurso del tiempo y se dio en un 46%, mientras que en un 54% este aún se mantuvo.

Después de la cirugía, solo un 20% tiene un plan de vida y es el resto el que dejó de lado una planificación y esta convencida que la vida ya tiene un camino recorrido y sin mayores cambios.

DISCUSIÓN

Las mujeres entrevistadas, manifestaron diversas actitudes frente a la posibilidad que tienen las mujeres de tomar decisiones anticonceptivas y su ejercicio en relación a los valores sexuales.

En un grupo de mujeres en su mayoría corresponden a mujeres a Sucre- Bolivia, se destaca el echo de no se sienten responsables de decidir sobre su vida reproductiva y su capacidad productiva, atribuyendo en parte esta decisión al esposo y la familia. No expresaron disfrutar ni interesarse en su vida sexual, pero al mismo tiempo manifestaron absoluta disponibilidad para las demandas sexuales del esposo. Estas mujeres parecen satisfechas con sus vidas, sin denotar la necesidad de mayor autonomía. Se trata de mujeres socializadas en un entorno con poca escolaridad, marginadas y poca posibilidad de acceso al mercado laboral y a una participación política

Un segundo grupo de mujeres con residencia en México, expresaron que sus aspiraciones y fantasías sobre el futuro se vieron truncadas por un inicio temprano de su sexualidad, tienen deficiente relación con sus esposos y viven situaciones de violencia domestica. Expresan deseos de cierta autonomía, pero sienten que no pueden influir mucho sobre su realidad. Se trata de mujeres con mediana escolaridad pero con mayor participación en la vida citadina.

Un tercer grupo de opiniones correspondió a las mujeres de mayor escolaridad, tiene relaciones conyugales en las que están presentes los conflictos y desacuerdos, pero en las que hay afecto y colaboración de sus esposos, incluso respecto de las prácticas anticonceptivas. Algunas de las mujeres dijeron que disfrutaron sus relaciones sexuales después de la esterilización quirúrgica y las otras manifestaron que discuten su falta de deseos con el esposo, sin que el conflicto se resuelva con violencia. Estas mujeres intentaron planear su descendencia, expresaron haber tenido algún margen de opciones en su vida y se responsabilizaron de sus decisiones, corresponden a las mujeres de Almería.

Finalmente, muchas mujeres entrevistadas expresaron mucha asertividad en la toma de decisiones a lo largo de su vida, incluso en la adolescencia y en la elección del conyugue, quienes manifestaron con mayor fuerza la presencia de deseos y aspiraciones personales, incluyendo el deseo de tener el numero de hijos, muy pocas mujeres expresaron el rechazo categórico a toda posibilidad de imposición sobre las desiciones respecto de su cuerpo y su vida por parte del esposo como de los servicios de salud o de extraños a su entorno.

La totalidad de las entrevistadas ha pasado por el proceso de embarazo y tiene como mínimo 2 hijos, así mismo se nota claramente que la decisión de someterse a la esterilización quirúrgica, en su mayoría ha sido una decisión de pareja, con ciertas influencias familiares o matices personales, más en una minoría se ve la prescripción o recomendación por parte del especialista.

La relación de pareja, así como la comunicación en la misma es un puente fundamental para la estabilidad tanto emocional como afectiva, y es esta la que coadyuva a la toma de decisiones y aceptación de las mismas, por sobre todo y como vemos en las entrevistas, en temas relacionados con la salud.

La vivencia de la sexualidad y las relaciones sexuales entendidas como un pilar fundamental en toda relación de pareja, se ve notoriamente afectada a raíz de la esterilización quirúrgica, puesto que los conceptos y

constructor cognitivos de toda mujer, surgen y giran entorno a la capacidad de reproducción y procreación, que solo la mujer puede llevarlos a cabo.

La relación familiar y extra familiar, son considerados a nivel social como aquel nexo que fortalece la vida individual de cada persona, y la influencia que se puede ejercer es fundamental, sin embargo evidenciamos que la familia no es el primer ente a considerar en cuanto a la influencia, que si tiene un peso, si, pero no primordial.

Las relaciones extra familiares, o en su caso, las relaciones laborales, suelen ser un punto en el que la persona puede descargar emocionalmente, todo aquello que en la familia no suele hacerlo, y es por eso que la comunicación con otras personas que no estén comprendidas en el entorno familiar resulta ser de suma importancia, y muchas de las entrevistadas refirieron tener la confianza suficiente para poder comentar sobre la operación que se practicaron.

En cuanto a los aspectos individuales, esta la autoestima y esta que tiene componentes importantes como la autoimagen y el autoconcepto, pues hemos analizado que tanto una imagen corporal así como el conocimiento y concepto de sí mismas no se han visto afectadas, más por el contrario, la mayoría de las entrevistadas no tienen una buena aceptación de si mismas.

En cuanto al proyecto de vida, es importante recalcar que la planificación puede y de hecho sufre modificaciones con el paso del tiempo, y es así que vemos que a temprana edad tenían algunas planificaciones de vida, y que a medida que avanzó el tiempo, estas fueron modificándose, pero a partir de la cirugía, la planificación de vida ya ha pasado a un segundo plano, incluso, muchas refieren ya no tener un plan de vida.

Por ultimo debemos indicar que los valores culturales que rechazan una sexualidad placentera en las mujeres, pueden constituir dimensiones que dificultan el acceso a la anticoncepción en las etapas tempranas de la vida reproductiva y que subyacen en diversos problemas de salud reproductiva, tales como el embarazo no deseado, el aborto clandestino y la procreación temprana. La construcción social de la sexualidad es una de las relaciones entre cultura, la fecundidad y la anticoncepción que requieren ser investigadas sistemáticamente desde perspectivas interdisciplinarias.

BIBLIOGRAFIA

- Dibbits I. Lo que puede el sentimiento. La temática de la Salud a partir de un trabajo con mujeres del El Alto Sur. Ed. Tahipamu, La Paz- Bolivia, 1994.
- Diccionario de Medicina, Océano Mosby. Grupo Editorial, S.A. Barcelona – España, 2000.
- Giacomantone E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico, 1ra Ed. Buenos aires, 1999.
- Mejía A. El impacto emocional de la cirugía, 1ra Ed. Paidós Mexicana, 1994.
- Movilización Comunitaria por una Maternidad Segura, Sucre-Bolivia, 2002.
- National Research Council, Anticoncepción y Reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo, Ed. Panamericana. Buenos Aires, Bogota, 1999.
- Patscheider GG. Relaciones de Género: Factor Determinante en la vida y la salud de las mujeres. Ed. B. Fernandez, La Paz-Bolivia, 2000.
- Pinto B. Hitos y Proceso Histórico de los Derechos Humanos, La Paz - Bolivia, 2001.
- Potter WH. Manual Anticoncepción para personal de salud, Ed. Internacional, 1998.

BIBLIOGRAFIA VIRTUAL

- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro Internacional. Exigibilidad de los Derechos Humanos. El Caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos, La Paz – Bolivia, 2004. disponible en: www.unfpa.org.bo

VALORACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SUCRE 2011

Recibido en 04/ 2014
Aceptado en 05/ 2014

FIDELIA Reyes Llanque¹⁸

RESUMEN

El presente estudio permitió el análisis detallado de los Cuidados de Enfermería con Enfoque de Riesgo que brindan las Licenciadas en Enfermería de establecimientos de salud del primer nivel de atención. La información se recolectó a través de encuesta estructurada, donde se consideraron los siguientes aspectos: en primer lugar, el instrumento N° 1 fue dirigido a las Lic. en Enfermería que trabajan en el primer nivel de atención, cuyo objetivo fue de "Identificar principales cuidados de enfermería en el control prenatal y la aplicación del enfoque de riesgo, en establecimientos de salud del primer nivel de atención del sector público de Sucre". Dentro los principales resultados obtenidos se puede mencionar que la mayor parte de las licenciadas no realizan cursos de formación continua relacionados a la salud materna, de igual forma un porcentaje elevado no cuenta con cursos de posgrado que permita mejorar sus intervenciones. Consultado sobre la aplicación del Enfoque de Riesgo en el Control Prenatal, señalan es una medida importante para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, sin embargo no aplican esta medida por falta de recursos humanos en los servicios de salud y por las múltiples acciones que realizan en el primer nivel, la promoción de la salud materna tampoco está sistematizado, por lo que se observa la imperiosa necesidad de diseñar políticas que fortalezcan este estrategia importante del actual Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

El 2do. Instrumento fue aplicado en las usuarias gestantes quienes también dieron a conocer su percepción respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el primer nivel, como resultado encontrado se observa que la mayoría de las usuarias expresa su insatisfacción con los cuidados de enfermería durante el Control Prenatal porque muchos veces no llegan a comprender sobre los cuidados que debe tener con su salud y embarazo actual y otras veces no entienden si su embarazo es normal o de alto riesgo.

Este trabajo concluye con una propuesta de intervención titulada: "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una Embarazada de Alto Riesgo, A la Familia y a la Comunidad en Base a la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem en un Centro Salud de Primer Nivel, Sucre 2011." , cuyo objetivo principal es de; Aplicar el proceso de atención de enfermería a una usuaria – adolescente con un embarazo de alto riesgo, a la familia y a la comunidad situada en el Barrio Villa Rosario de El Tejar – Sucre, relacionándolo con la teoría de enfermería de Dorothea Orem, con la teoría del desarrollo familiar de Evelyn MillisDuvall y con la teoría interaccionista aplicada a la comunidad de Donald Klein.

ENFOQUE DE RIESGO, CUIDADO PRENATAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA

ABSTRACT

This study allowed a detailed analysis of the Nursing Care Risk Approach in providing the Licensed Nursing Facilities in atención. La first level of information was collected through structured survey, which considered the following aspects: First, the instrument No. 1 was directed to Ms. Nursing working in the primary care level, the aim was to "identify major nursing care in prenatal care and the implementation of risk approach in health the primary care level in the public sector of Sucre ". Among the main results can be mentioned that most of the graduates do not perform training courses related to maternal health, just as a high percentage has no graduate courses to improve their operations. Asked about the application of the risk approach in

¹⁸ Enfermera, docente Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia USFX

antenatal care, point is an important measure to reduce maternal morbidity and mortality, but this measure does not apply because of a lack of human resources in health services and the many actions they take in the first level, promotion of maternal health is not systematized, so there is an urgent need to design policies that strengthen this important strategy of the current model and Intercultural Family Health Community.

The 2nd. Instrument was administered in pregnant users who also announced their perception regarding the nursing care they receive in the first level, as a result found shows that the majority of users expressed dissatisfaction with nursing care during antenatal care because many times fail to understand about the care they should have with their health and current pregnancy and sometimes do not understand if your pregnancy is normal or high risk.

This paper concludes with a proposed speech entitled: "Implementation of Nursing Care Process in a High Risk Pregnant, A Family and Community-Based Theory of Dorothea Orem Self-care in a first-level health center, Sucre 2011. ", whose main objective is to; Apply the nursing process to a user - teenager with a high-risk pregnancy, family and community situated in the neighborhood of El Rosario Villa Tejar - Sucre, relating it to nursing theory of Dorothea Orem, with family development theory and Evelyn MillisDuvall interactionist theory applied to the community of Donald Klein

RISK APPROACH, PRENATAL CARE, PRIMARY CARE, NURSING'S THEORETICAL MODELS

INTRODUCCIÓN

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto.

Aunque la cobertura del control prenatal en Bolivia ha aumentado en los últimos años, es frecuente sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por la paciente y el llenado incompleto de la historia clínica que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico. El argumento de que si la calidad mejora aumentarían los costos de los servicios por incremento de la demanda no es muy acertado. Mejorando la calidad se reducen tratamientos y pruebas diagnósticas innecesarias, que son la principal causa de los altos costos de la atención. Actividades de promoción efectivas disminuyen el número de personas afectadas por un daño a la salud, reduciendo los costos.

Casi 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio por personal calificado. En países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

En Bolivia, al igual que en los países de América Latina, la mortalidad materna representa un problema de salud pública. El objetivo de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta forma se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

En Alma Ata, (1978), el personal de enfermería fue reconocido como profesionales de alta competencia para llevar a cabo las políticas de extensión de cobertura. La Organización Panamericana de la Salud en su informe sobre invertir en Salud (2009) visualiza el desempeño de la enfermería como un componente clave en el cuidado de la salud de las mujeres y los niños.

Una de las líneas de acción del Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015, propone crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres y mejorar la calidad de la atención de los servicios. En el cuidado del embarazo este plan estratégico tiene la meta de "garantizar la atención prenatal adecuada y oportuna, el nacimiento con un mínimo de riesgos y la vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país". La contribución de la enfermería en este ámbito es trabajar con enfoque de riesgo en la educación de la mujer embarazada y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado a la salud, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados.

MÉTODOS

El diseño de la presente investigación fue descriptiva, cuantitativa y transversal; descriptiva porque permitió especificar las características más importantes del objeto de estudio, desde la etapa del diagnóstico hasta la elaboración de la propuesta, permitiendo analizar, evaluar e integrar sus distintos conceptos, para que, a través de resultados concretos, se describa y se llegue a las conclusiones que se expresan en el informe final; fue cuantitativa ya que se midió los resultados en forma estadística presentando los hallazgos más sobresalientes utilizando cuadros y gráficos; y transversal ya que se realizó el estudio de las variables en un determinado momento.

Dentro los Métodos Teóricos utilizados está el **método deductivo** que sirvió para analizar los diferentes factores que determina el cuidado de enfermería en el control prenatal con enfoque de riesgo en los servicios de salud. En cambio el **método inductivo** se empleó para identificar la necesidad de implementar una propuesta concreta de estrategias operativas en la promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque de riesgo. **El método de análisis documental o bibliográfico**, se utilizó para revisar documentos referidos al tema de estudio como libros, revistas, normas básicas, protocolos y procedimientos de enfermería lo cual se utilizó además para la fundamentación teórica del objeto y problema de la investigación. **El método vivencial**, a partir de la experiencia personal en el quehacer diario sobre varios años, a partir del ensayo, experimentación, errores, elevados al pensamiento abstracto, busca alternativas prácticas, aplicables en condiciones específicas, pero que enriquecen el trabajo como conductor del proceso y de la formación de expertos y gestores. El método vivencial contribuyó en gran medida a abordar la investigación en base a la experiencia que se tiene en el ejercicio profesional.

Dentro los Métodos Empíricos que se utilizó cuestionario estructurado aplicado a profesionales enfermeras y usuarias de primer nivel de atención.

Los datos se procesaron a través de la hoja electrónica EXCEL. La información se presentará a través de tablas y gráficos con su respectivo análisis.

9.3. Universo y Muestra (N) El Universo está constituido por una parte, por la población de Embarazos esperados en tres áreas de salud y también por las Licenciadas en Enfermería de las Áreas de Salud Valle Hermoso, Santa Bárbara Norte, El Tejar, que son en total 30, del mismo se consideró entrevistar solo a 15 Lic. en Enfermería, que representa el 50% del total, quienes trabajan en Centros de Salud del Ministerio de Salud y Deportes dentro de la Red I Sucre, se elige este número por conveniencia, en cuanto a las usuarias, se determinó seleccionar a una muestra de 68 mujeres, de las que 28 pertenecían a la zona de Santa Bárbara, 25 a Valle Hermoso, 15 a El Tejar.

RESULTADOS

- Más de la mitad del personal de enfermería, no realizó ningún curso de posgrado (53%), tampoco cursos de formación continua en temas de salud materna que permita actualizar sus conocimientos y sobre todo permita mejorar sus intervenciones en el cuidado prenatal.
- Considerar a los embarazos todos como de alto riesgo, es una buena medida en opinión de las enfermeras (60%), sin embargo no cuentan con el apoyo institucional para aplicar esta medida.
- Los cuidados de enfermería dirigidas a las usuarias gestantes, son insuficientes (67%), y no utilizan el enfoque de riesgo en su real dimensión, la atención es dada por el médico en mayor proporción por una decisión institucional y la ausencia de enfermeras obstetras en nuestro medio.
- La principal dificultad que tienen las enfermeras en realizar un control prenatal con enfoque de riesgo es por decisión institucional (47%), es que el CPN se delega a los médicos, junto al limitado recurso humano calificado en enfermería en los servicios de salud, e infraestructura reducida.
- Las usuarias gestantes encuestadas opinan que los cuidados de enfermería son insuficientes (82%), pues algunas veces ni siquiera reciben contenidos educativos de cuidado a la salud materna y neonatal.
- En opinión de las usuarias gestantes, lo que debe ser mejorado en los cuidados prenatales, es el cuidado de la salud materna (56%), puesto que esta medida favorece indirectamente al cuidado de la salud del feto.
- Recibir mejor orientación del cuidado de la salud materna, es lo más importante según opinión de las usuarias gestantes (38%), esta respuesta nos demuestra que el componente de promoción de la salud debe ser fortalecido por el personal de enfermería del primer nivel de atención, aplicando el proceso de atención de enfermería, dirigida a la usuaria, familia y comunidad

DISCUSIÓN

- La maternidad no es sólo producto de una inseminación. Una mujer no sólo necesita de un coito fecundante para poder tener un hijo, necesita de un trabajo de ambientación, un proceso complejo y colectivo del que el deseo de la mujer no puede estar ausente.
- Cuando la mujer no está debidamente preparada para ser madre, el embarazo se convierte en un hecho traumático, factor de sufrimiento, y de represión de sus necesidades primarias. Las psicosis, las enfermedades psicosomáticas, la drogadicción, la prostitución y la violencia, se hacen presentes como efectos.
- Una visión más integral de la medicina insiste en darle un justo valor al vínculo emocional que la madre y el hijo establecen durante el embarazo. Una relación particularmente importante para el desarrollo del nuevo ser, que es violentada cuando el niño es rechazado como consecuencia de un embarazo no deseado.
- Al decir de Rosenberg (1991) "La función maternal implica suplir lo que le falta al hijo para poder vivir, dar lugar al crecimiento de lo ajeno, desearlo como propio, transformarse como mujer en este proceso; dar palabras para lo que no puede ser dicho; soportar lo insuficiente en estas palabras, no rechazar lo que queda fuera de su alcance, dar confiando en que los hijos harán con los que se les da algo propio; tolerar y aún alentar su propia sustitución".
- Pero siendo la voluntad de procreación conflictiva en toda edad, en las madres adolescentes, este conflicto suele resolverse mediante la negación de las condiciones reales. Dar vida en la carencia

absoluta, se transforma en puros deseos de la madre para tratar de superar las limitaciones en el cuidado que efectivamente puede ofrecer.

REFERENCIAS

1. MSD. *Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva 2009 a 2015*. Documentos Técnico Normativos no.140. La Paz: MSD, 2009.
2. Faúndez A. Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE, Editores. *Obstetricia: Capitulo 12*. 2da ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 2002. p. 156-167.
3. Ministerio de Salud y Deportes. *Atención a la Mujer y al Recién Nacido Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000*. La Paz (Bolivia).
4. Gerencia de Red I Sucre. *Anuario Informativo Gestion 2007*
5. Ministerio de Salud y Deportes. *Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural SAFCI*. 2008
6. Cárdenas L. Arana B. *Cuidado Profesional de Enfermería*. Federación Mexicana de Asociaciones de Escuelas de Enfermería A, C, (FEMAFEE) 2009
7. Ann Marriner T. y Martha Raile A. *Modelos y Teorías*, 4ta. Edición HarcourtBranche, Madrid. . (2005)

INFLUENCIA DE LA OPERACIÓN CESAREA EN LA LACTANCIA, MATERNA TEMPRANA EN MUJERES CUYAS CIRUGIAS SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JAIME MENDOZA PORCEL DE LA CIUDAD DE SUCRE Y HOSPITAL RICARDO BACHERER DE LA LOCALIDAD DE TARABUCO.

JACINTO Racua Vaca¹⁹, ABIGAIL Nina Mamani²⁰, LIZETH Arancibia Azurduy²¹, RIOSED Paredes Avilés²², SCARLEY Martínez Pérez²³

Recibido en 04/ 2014
Aceptado en 05/ 2014

RESUMEN

La presente investigación describe la relación de la cirugía cesárea y la lactancia materna, considerando que todas las mujeres tienen capacidad para amamantar a sus hijos, considerando que los lactantes alimentados con leche materna tiene menos probabilidad de contraer enfermedades y están mejor alimentados que los que reciben otros derivados. Por esta razón las mujeres sometidas a cesárea necesitan recibir el estímulo y apoyo práctico del esposo, familia y personal de salud en la lactancia materna temprana.

Los resultados obtenidos en las localidades de Sucre y Tarabuco, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en las variables epidemiológicas.

Los nacimientos por cesárea representan bajos porcentajes, siendo que la lactancia materna temprana en este grupo no es adecuadamente proporcionada y si existe alguna intención es porque conocen algunas prácticas tradicionales y a la información técnica que realiza el personal de salud. Por la existencia de políticas institucionales orientadas al incentivo de la lactancia materna.

El principal problema manifestado por las madres de recién nacidos operados de cesárea es el de tener insuficiente volumen de secreción láctea, al mismo tiempo no refieren molestias adicionales en la atención temprana a las demandas alimentarias de su recién nacido, debido a una mayor predisposición en el amamantamiento.

Es importante destacar en el presente estudio el papel del asesoramiento y respaldo del personal asistencial, preocupados en la alimentación y cuidado de sus niños, lo que permite reforzar su decisión y confianza para empezar una lactancia materna temprana.

LACTANCIA MATERNA – CESÁREA

ABSTRACT

This research describes the relationship of cesarean surgery and breastfeeding given that all women are able to breastfeed, considering that breastfed infants are less likely to contract diseases and better nourished than those receiving other derivatives. Therefore women undergoing caesarean need to receive encouragement and practical support of her husband, family and health workers in early breastfeeding.

The results obtained in the towns of Sucre and Tarabuco, no significant differences between groups in the epidemiological variables.

Caesarean births represent low percentages, being that early breastfeeding in this group is not adequately provided and if there is any intention because they know some traditional practices and technical information made by the health personnel. For the existence of institutional policies oriented incentive breastfeeding.

The main problem expressed by mothers of newborn cesarean surgery is to have enough volume of milk secretion, while no additional discomfort refer early attention to the food demands of your newborn, due to a greater willingness on the breastfeeding.

Importantly, in this study the role of advice and support of caregivers, concerned with food and childcare, enabling confidence and reinforce their decision to start a breastfeeding early.

¹⁹ Enfermero, responsable de proyectos de la Universidad Autónoma del Beni

²⁰ Enfermera independiente

²¹ Enfermera independiente

²² Enfermera, docente de la Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia

²³ Bioquímica Farmacéutica, docente investigadora Fac. Ciencias de Enfermería y Obstetricia

BREASTFEEDING – CESAREAN

INTRODUCCION

Para algunas mujeres la cesárea no supone ningún trauma aparente, sin embargo otras van experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y el vínculo con su hijo o van a sufrir incluso la llamada “depresión postcesarea” o bien un síndrome de estrés postraumático en una minoría de casos.

Las reacciones ante este suceso son variables, que pueden estar determinados por diferentes factores; uno de ellos los factores obstétricos, es decir los motivos que decidieron la cesárea y el cómo se desarrolló la intervención. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer va a experimentar mayores dificultades en el post parto. Necesitara tiempo para poder asimilar lo vivido e integrar la experiencia. Si la intervención se desarrolla con anestesia general el malestar psíquico suele ser mayor, no hay que olvidar que la situación de urgencia vital, el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero síndrome de estrés postraumático, una reacción psicológica que inicialmente solo se consideraba en personas expuestas a situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente en el parto. La aparición del síndrome conlleva una re-experiencia, es decir se vuelven a vivir mentalmente los momentos estresantes como si de una película se tratara o cualquier suceso.

En el caso de las cesáreas parece ser el hecho de que sea urgente incrementa notablemente el riesgo de sufrir el síndrome de estrés postraumático.

La relación madre-hijo puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan ni siquiera estar contentas de tener al recién nacido con ellas, después de tantos meses de espera. A esto se suele añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer, los sentimientos de culpa o el pensar que se ha decepcionado a la pareja.

Las características de expresión y comunicación en el área rural y urbana, poseen diferentes tintes, ello implica maneras distintas de reaccionar ante estímulos similares y no existen estudios referidos a estas manifestaciones.

Si tomamos en cuenta que la lactancia materna temprana es de vital importancia para el desarrollo biopsicológico del recién nacido, resulta fundamental la identificación de la relación existente entre la cesárea y la lactancia materna temprana con el fin de diseñar intervenciones de enfermería orientadas a la mejora de esta situación.

DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación es de tipo

Los valores de medias y desviación estándar para el cálculo del tamaño de la muestra se obtuvieron en el pilotaje de los instrumentos. El tamaño muestral fue de 28 y 38 por grupo y luego de control de calidad de los instrumentos fueron descartados 6 en el caso de la muestra de la ciudad de sucre, quedando para el análisis 32.

Se incluyó a la muestra las mujeres sometidas a cesárea con anestesia epidural por embarazo a término de gestación única en un periodo máximo de 24 horas y en condiciones aceptables de inicio de lactancia. Se utilizó la observación y entrevistas para la recolección de información.

RESULTADOS

- El 46% de las usuarias eran multíparas, de las mismas el 58% ya habían experimentado una cesárea previa, el 67% comprendían la edad entre 26 y 38 años y existe una cantidad similar (40% por cada caso) de mujeres casadas y solteras en la muestra de ambos grupos.
- En aproximadamente el 15% de los casos, la cesárea se practico por causas materno-fetales, como desproporción céfalo-pélvica, en igual porcentaje la presencia de anemia en las mujeres (15%), el 7% de

las cesáreas se debieron a causas estrictamente maternas como es el caso del riesgo de eclampsia; la causa fetal mas reportada es la de retraso de crecimiento intrauterino (9%)

- El 85% y 95% de las madres de sucre y Tarabuco respectivamente, declararon su deseo pre quirúrgico de brindar la lactancia materna a sus hijos en cuanto les fuese medicamente permitido, el 83% de las mujeres habían iniciado la lactancia con éxito, mientras 12% habían fracasado en el intento de inicio de la lactancia y el restante 5% no había iniciado la lactancia aun.
- La causa principal por la cual las mujeres iniciaron la lactancia materna, fue una decisión de tipo personal, igual que en el caso que aquellas que no estaban brindándole lactancia materna a su recién nacido, la prescripción médica en ambos casos fue de una frecuencia menor (7 y 1 caso respectivamente), mientras que el 60% de las mujeres que si se encontraban ofreciendo la lactancia a sus recién nacidos, menciono que esta le proporcionaba una serie de incomodidades físicas (sobre todo por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y la aparición de grietas en los pezones) pero que continuarían con la suministración correspondiente; el 40% restante indico encontrarse en absoluta comodidad y no experimentar molestia alguna.

DISCUSION

Los nacimientos por cesárea representan cerca del 9% del total, proporción que es significativa; sin embargo la lactancia materna en este grupo no siempre es adecuadamente promocionada. Las 10 recomendaciones de la UNICEF para promover la lactancia materna incluyen a las post cesárea, pero en realidad no se cumplen; en este estudio se verifico no obstante, la intención de las madres consultadas de dar inicio a la lactancia materna dentro de las primeras horas posteriores al nacimiento, debido sobre todo a prácticas tradicionales y a la información técnica correspondiente.

Las prácticas hospitalarias de alimentación del niño ejercen una fuerte influencia en el patrón posterior del amamantamiento. El destete precoz y la alimentación suplementaria precoz están asociados a la postergación en el inicio del amamantamiento y al uso de formulas. Estas prácticas ejercen una mayor influencia que la enseñanza verbal del personal de salud en los hospitales, sin embargo, se pudo verificar que existen políticas institucionales orientadas al incentivo de la lactancia materna.

En los primeros días posteriores a la cesárea, el principal problema manifestado por las madres es tener insuficiente volumen de secreción láctea, en el grupo de estudio los recién nacidos iniciaron el amamantamiento tan pronto como fue posible, alrededor de las tres horas de vida. Ellos tuvieron un numero de tetadas por día significativamente mayor que los casos en que la lactancia fue iniciada tardíamente, en un periodo de dos días después del nacimiento.

Las madres que se encontraban brindando la lactancia materna, no refirieron molestias adicionales en la atención a las demandas alimentarias de sus niños. La mayor frecuencia de tetadas en el grupo encuestado puede significar; por un lado la aptitud inducida en el recién nacido, pero por otro lado implica la mejor actitud tomada por la madre.

Otro factor a considerar en el presente estudio es el papel de asesoramiento y respaldo del personal asistencial y los participantes en el trabajo. Es posible que las madres hayan percibido y sentido el apoyo de profesionales preocupados con la alimentación y cuidado de sus niños, lo que tal vez reforzó la decisión y confianza para empezar la lactancia materna temprana.

Este estudio probablemente tenga el sesgo de que no fue ciego y las muestras fueron tomadas al azar, sin embargo se denota que en la comparación de hallazgos en los casos de la lactancia materna temprana son mínimas las diferencias en el área rural y urbano.

En las entrevistas realizadas, se observó que 79.5% manifestaron querer amamantar a sus niños antes de las 4 horas y todas las madres que lo hicieron manifestaron estar satisfechas. Esto demuestra que en nuestro medio, la lactancia materna es aceptada por las madres post cesáreas y que las creencias respecto a los riegos que podría correr el recién nacido horas después de su nacimiento han disminuido gracias a los esfuerzos informativos del personal de salud de los centros hospitalarios donde se realizo el estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Censo Nacional de población y vivienda, Chuquisaca: Resultados departamentales INE, 2001
2. Chwartz RL. Obstetricia, Ed. El Ateneo, 1999.
3. Joservasser E. Tratado Obstétrico, Ed. Panamericana 3ra ed, 2004.
4. Pérez SA. Obstetricia. España, Ed. Panamericana, 2000.
5. Tanga IF. Obstetricia practica, Ed. Intermédica SAICI, 3ra ed, 2005.
6. Unninghan G. Obstetricia II Madrid, Ed. Panamericana, 2001.

INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS CULTURALES DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS. ALCALÁ

EUSEBIA Acarapi Laime²⁴, JANETT Aguirre Quispe²⁵, MARITZA Anagua Alanoca,²⁶ SIMONA Arrasti Cáceres²⁷, ELIANA Equise²⁸, DANIELA Pumari Menacho²⁹

Recibido en 04/ 2014
Aceptado en 05/ 2014

RESUMEN

Las complicaciones en la salud sexual y reproductiva tienen repercusiones a nivel económico y social, pero también cultural en el momento en que las personas no tienen el pleno disfrute de sus derechos y de su existencia cultural en condiciones de igualdad y respeto. A pesar de ser etiquetado principalmente como un tema de los países en vías de desarrollo, la salud sexual y reproductiva plena y satisfactoria es un tema importante para toda la humanidad. Los procesos de mejora de la salud sexual y reproductiva no siempre han tenido éxito puesto que no han tenido en cuenta el entorno cultural. El interés en los aspectos culturales en el marco del desarrollo ha aumentado gracias a los resultados positivos de programas culturalmente adecuados y por el hecho que los recursos locales de cultura han funcionado como impulsores de desarrollo social y económico.

En los últimos años la aproximación a la salud individual de las mujeres ha cobrado más importancia y se relaciona en buena medida con factores culturales. Tener a las mujeres como sujetos y puntos clave de la salud reproductiva significa también reconocer los derechos culturales e individuales de estas personas. Es un paso fundamental tomar en cuenta estos aspectos para alcanzar un nivel satisfactorio de la salud sexual, reproductiva y materna tomar en cuenta estos aspectos es un paso fundamental. Con el objetivo de determinar el nivel de influencia de los aspectos culturales de hombres y mujeres en edad fértil del municipio de Alcalá, en la aplicación de las medidas de prevención de las ITS, se tuvo un interesante acercamiento a una realidad en la que se observó principalmente un vacío en el abordaje de procesos de capacitación, difusión y sensibilización en la temática de VIH y otras ITS frente a los que los habitantes de áreas rurales son especialmente vulnerables; las manifestaciones y raíces culturales propias de la región y de sus habitantes, inciden fuertemente en la forma en que ello receptionan, interpretan y aplican estos conocimientos, razón por la que se hace precisa una adecuación cultural y un abordaje sostenido en todos los ámbitos y niveles, pero con mayor énfasis entre las mujeres que por lo indagado confían bastante en el personal de salud, o sea que es a través de éste que la información podrá surtir los mejores efectos.

ASPECTOS CULTURALES DE SALUD - MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LAS ITS

ABSTRACT

Complications in sexual and reproductive health have repercussions at economic and social, but also cultural at the time that people do not have the full enjoyment of their rights and of their cultural existence in conditions of equality and respect. Despite being labeled primarily as an issue of developing countries, the sexual and reproductive health is full, satisfying an important issue for all humanity. The process of improving the sexual and reproductive health have not always been successful because they have not taken into account the cultural environment. The interest in the cultural aspects under development has increased thanks to the positive results of culturally appropriate programs and the fact that local cultural resources have worked as drivers of social and economic development.

^{24,25,26,27,28,29} Enfermeras independientes.

In recent years the approach to the individual health of women has become more important and largely relates to cultural factors. Having women as subjects and key reproductive health also means recognizing individual and cultural rights of these people. It is an essential step to consider these aspects to achieve a satisfactory level of sexual, reproductive and maternal consider these aspects is a step fundamental. Con order to determine the level of influence of the cultural aspects of men and women in Township childbearing Alcalá, in implementing measures to prevent STIs, there was an interesting approach to a reality in which a vacuum was mainly observed in the approach to training processes, information and awareness on the issue of HIV and other STIs compared to the inhabitants of rural areas are particularly vulnerable demonstrations and cultural roots of the region and its inhabitants, strongly affect how it recepcionan, interpret and apply this knowledge, why that it is necessary that cultural adaptation and sustainable approach in all areas and levels, but with greater emphasis among women who rely investigated so pretty in health personnel, so it is through this that the information shall become the best effects.

CULTURAL ASPECTS OF HEALTH - PREVENTIVE MEASURES TO PREVENT ITS

INTRODUCCIÓN

Si pensamos en los temas de salud sexual y salud reproductiva y particularmente de las ITS, el VIH y el SIDA, no podemos abstraernos de un sistema de creencias referidas a la sexualidad y al cuerpo que cobra múltiples significados en las diversas culturas.

Centrados dentro de la comunidad, nos interesan factores como el sistema de Salud y el papel de la familia (particularmente relevante la educación sexual y el peso de las tradiciones culturales) por ser los principales agentes de socialización en la formación del individuo como ser social (y todos los problemas de Salud de la sociedad provienen o influyen directamente en ella).

Introducir el enfoque intercultural en las políticas públicas es un reto permanente tanto en la esfera política y jurídica como en el ámbito cotidiano y corporal. Va más allá de superar las barreras interdisciplinarias, hay que rebasar las barreras culturales que son la expresión misma de la naturaleza humana; estudios como el presente, se constituyen sin duda alguna en referentes para la elaboración de propuestas que planteadas a tomadores de decisiones puedan ser asimiladas con base en información apropiada y real para la implementación adecuada de directrices de abordaje de la temática salud-enfermedad.

La población indígena, particularmente las mujeres, tienen menos posibilidades de tomar decisiones sobre su vida reproductiva, de negociar el condón o el uso de métodos anticonceptivos. No menos importante es la situación creciente de migración estacional o permanente que expone a que hombres y mujeres indígenas, tengan relaciones sexuales no protegidas con varias parejas sexuales.

Las vías para el estudio de los factores sociales de salud nos permiten entender que la forma de abordar el tema parte necesariamente del diagnóstico, prevención y curación.

A finales del siglo XIX y principios del XX, se descubre la casi totalidad de los agentes productores de las llamadas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Los descubrimientos serológicos y terapéuticos (sulfonamidas, penicilina, etc.) permitieron en los años 50 una disminución considerable de éstas, proyectando la ilusión, no de su erradicación total, sí al menos de disminuir su incidencia para aumentar su control.

Diez años después, con el cambio de actitud social, conducta sexual, la introducción de los anticonceptivos, el rápido incremento del número de adultos jóvenes (sobre todo en países en desarrollo), la urbanización y otros factores, se ocasiona un gran número de casos de I.T.S. diagnosticadas en el mundo entero. A esto hay que añadir la aparición en la década de los ochenta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por un retrovirus que se propaga rápidamente por todo el mundo.

En esta investigación asumimos el supuesto de la ausencia del enfoque intercultural en las principales políticas de salud para responder a las ITS, y de la influencia negativa que ejercen las prácticas culturales relacionadas con el ejercicio de género, en el conocimiento y la aplicación de medidas preventivas.

DISEÑO METODOLOGICO

El tipo de estudio es Cualicuantitativo transversal prospectivo.

Se trabajó en el área concentrada del municipio de Alcalá de la provincia Tomina del departamento de Chuquisaca por el lapso de 7 meses

Fue consignado como universo de estudio: Los habitantes mayores de 15 años del municipio de Alcalá y una muestra computada al 90% de confianza de 145 unidades de investigación.

La colecta de datos fue a través del el instrumento estructurado y validado antes de su aplicación, los datos obtenidos en la colecta empírica, fueron introducidos en una base de datos del paquete estadístico SPSS 17.0, herramienta que sirvió para realizar un análisis simple de frecuencias y algunas proyecciones y predicciones estadísticas que orientaron las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo.

RESULTADOS OBTENIDOS

- La edad predominante en el estudio fue de 15 a 20 años con un 28,28% los del sexo femenino con un 55,86%; según el estado civil un 48,97% son solteros y una minoría de 1,38%, personas divorciadas; en cuanto al número de hijos, 56 personas del total no tienen hijos, 44 personas que tienen de 4 a 11 hijos; según el grado de instrucción un 40% no llegaron a concluir la primaria, muy pocos llegaron a un nivel superior inconcluso; según la ocupación el 72,41% trabajan independientemente y el ingreso de 1 a 999bs mensual corresponde al 66,90% de los encuestados; según el idioma predomina el habla español y un 51% hablan ambos idiomas el quecha y el castellano; en la religión de los habitantes la mayoría son de creencia católica; el tipo de vestimenta que usan es el pantalón en mayor porcentaje y corresponde al 47% y un 25,52% que viste solo pollera.
- El idioma paterno que predomina, es el español con un 38,24% y muy pocos son los que hablan quechua con un 14,22%; en cuanto al idioma actual del encuestado es el español y que un 51% hablan ambos idiomas el quecha y el castellano; en la religión de los habitantes la mayoría son de creencia católica; el tipo de vestimenta que usan es el pantalón en mayor porcentaje y corresponde al 47% y un 25,52% que viste solo pollera. (tabla 1)

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS CULTURALES DE HABITANTES DEL MUNICIPIO DE ALCALÁ.

Variables		Cantidad	Porcentaje
Idioma paterno	Español	78	38,2
	Quechua	29	14,2
	Ambos	38	18,6
	Total	145	71,1
Idioma actual	Español	55	25,4
	Quechua	39	18,0
	Ambos	51	23,5
	Total	145	66,8
Religión	Católico	136	93,8

	Evangélico	4	2,8
	Otro	5	3,5
	Total	145	100,0
Tipo de vestimenta	Vestido, falda pantalón indistintamente	20	13,8
	Ajsu u otro material nativo	4	2,8
	Falda o pollera indistintamente	9	6,2
	Solo vestido y falda	7	4,8
	Solo pantalón	68	46,9
	Solo pollera	37	25,5
	Total	145	100,0

Fuente: Elaboración personal

- El 37,34% de las personas entrevistadas, recibió información del personal de salud, mientras que un menor porcentaje la recibió de los líderes religiosos en un 1,90%; por otra parte, el 38,71% recibió información por medios de comunicación, el 50% no participa en eventos de capacitación y si participa lo hacen de forma obligatoria, según lo reportó un 8,24% de los entrevistados.
- El 51.72 % conocen que es una ITS y el 48.28 % no conoce nada relacionado con las ITS. De la misma forma, el 29.77% conoce la vía sexual como la más importante para la transmisión y el 11.83% nombran también a la transfusión de sangre como una forma de contraer algunas de estas infecciones.
- El 30.15 % menciona que el condón sirve para evitar el embarazo, mientras que el 24.80% refiere que este método sirve para prevenir las ITS, frente al 27.09 que no conoce qué es el condón.

DISCUSIÓN

Podemos ver que la mayoría de los habitantes se encuentran dentro de los parámetros de la edad fértil y se encontró en las casas como número predominante a las mujeres y por ende con necesidades de educación en salud SSR, esto tomando el elevado número de hijos por familia que ellas reportaron, de los cuales muchos han sido concebidos fuera del matrimonio, podemos decir que la mayoría de la población ha tenido las posibilidades de acceso a la educación primaria sin llegar a concluirla y esto lleva a un analfabetismo por desuso influido por los bajos recursos económicos que llevan a una necesidad de sostenibilidad independiente de cada habitante.

También se observó que no existen muchas barreras o dificultades para lograr una buena comunicación con los habitantes de Alcalá, ellos hablan español y si no lo hablan entienden el idioma, por lo que es factible el uso de diversos medios de comunicación y transmisión de información; Como la religión católica predomina en este lugar, esta denota una preferencia de la población a la conservación de las costumbres y la cultura relacionada con la Fe y podemos pensar en esta como una barrera eliminar los tabúes que deberían ser abordados en espacios de educación en salud sexual y reproductiva.

Si bien se observa que la gran mayoría de los encuestados opta por tendencias de vestimenta ciudadanas, se puede ver un interesante híbrido con el uso de la ropa típica como la pollera mostrando este aspecto, la cultura atractiva y colorida de la región.

Por otra parte, la función que realiza el personal de salud de promoción y prevención de enfermedades, por lo rescatado en los entrevistados, causa una influencia positiva en los habitantes del municipio, en cuanto al intercambio de información que ejercitan las personas, como en otros ámbitos, es muy dinámico con los amigos.

Un poco más de la mitad de la población de Alcalá conoce qué es una ITS, pocos conocen cuales son las vías de transmisión o el concepto que tienen es equivocado.

Sobre el uso del condón la gran mayoría de la población que conocen el condón lo emplea como anticonceptivo y muy pocos para protegerse de ITS, sin embargo llama la atención que también existe una importante población que no saben qué es un condón.

BIBLIOGRAFIA

- Andriamirado S, Andriamirado V. "Le Mali aujourd'hui", 4^é édition, Les éditions du Jaguar. 2007.
- Bruckner H. ¿Piensas ya en el amor? Editorial Gente Nueva, Habana, 2001.
- Cunningham M. Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. OPS, Washington DC. 2002.
- Ember CR, Ember M. Antropología cultural, Octava edición, Prentice Hall, Madrid, 2007.
- Martínez Ortiz MB, Vidal MA, Oliver Roig A. et al. Antropología de la Salud. 2005.
- Moncada M. El Papel de los factores sociales en el tratamiento de los problemas de la Salud; Tesis doctoral en Ciencias Sociológicas, Universidad de Orient, 2002.

ECOS DE VIDA INSTITUCIONAL

1. Participación en la 6ª Feria de Ciencia, Tecnología e Innovación “San Francisco Xavier 2014”

OBJETIVO: Generar conocimientos con base científica disciplinar y difundir sus resultados en espacios de validación técnica.

ALGUNOS RESULTADOS

- 9 investigaciones desarrolladas por grupos de estudiantes y docentes de la Carrera de Enfermería
- 2 trabajos premiados con 1º y 2º lugar respectivamente

2. Participación en el II Congreso nacional de redes de Información, Investigación y Comunicación CONARIC II

OBJETIVO: Constituirse en parte de un evento innovador en información científica – técnica, conocimiento y comunicación, que aborda los últimos adelantos tecnológicos regionales y nacionales, engloba los campos de información, gestión del conocimiento e investigación en evidencias, comunicación científica, bibliotecología y ciencia de la información, metodologías y tecnologías de información y sus aplicaciones para el desarrollo de la investigación en salud, salud pública, educación, economía, medio ambiente, desastres, interculturalidad, medicina tradicional, pueblos indígenas, agricultura, nutrición y otras áreas del conocimiento.

ALGUNOS RESULTADOS

- Participación en las comisiones de organización
- Presentación de una investigación en concurso de paneles
- Involucramiento de 20 docentes y 65 estudiantes

3. Implementación del proyecto “De Joven a Joven

OBJETIVO: Contribuir con medidas de promoción de la salud, a mejorar los estilos de vida de la población joven en cuanto a su comportamiento sexual

ALGUNOS RESULTADOS

- 1 Ciclo de capacitación de facilitadores
- 12 sesiones de IEC en temática de Salud sexual y Reproductiva

4. Participación en actividades de conmemoración del día del adulto mayor

OBJETIVO: Contribuir con medidas de promoción de la salud, a mejorar los estilos de vida de la población adulta mayor de Sucre

ALGUNOS RESULTADOS

- Campaña de registro al SSPAM “SALUD PARA TODOS LOS ADULTOS MAYORES”
- Campaña de solidaridad “HOY POR MI, MAÑANA POR TI”
- Colecta de Pañales, Enseres de limpieza, licuadoras y ropa entregada a adultos mayores de los Hogares Santa Rita y 25 de mayo
- Convivencias intergeneracionales en los Hogares Santa Rita y 25 de mayo

5. Participación en la 8ª versión de la feria profesional y profesiográfica 2014

OBJETIVO: Brindar información completa a estudiantes de secundaria sobre características generales de la formación de las carreras de Enfermería y Enfermería Obstetiz

ALGUNOS RESULTADOS

- Participación con 2 stands en la feria institucional
- Visita a 16 establecimientos educativos de nivel secundario
- Diseño y compilación de materiales para la elaboración de la guía del estudiante de las carreras de Enfermería y enfermería Obstetiz

6. Participación en las actividades de sensibilización del día internacional de lucha contra el VIH / SIDA

OBJETIVO: Sensibilizar a la población general sobre los alcances y manejo del VIH/SIDA

ALGUNOS RESULTADOS

- Elaboración de materiales y estrategias educativas
- Desarrollo de sociodramas en 4 plazas de la ciudad de Sucre.
- Desarrollo de ferias informativa y preventivas interinstitucionales en Sucre, Monteagudo y Muyupampa

7. Formulación del Plan Estratégico facultativo 2011-2015

OBJETIVO: Dotar a la Unidad Facultativa, de un instrumento de planificación estratégica que oriente sus acciones por un quinquenio

8. Taller de capacitación “Políticas, Plan, Programas de Salud de Bolivia”

OBJETIVO: Actualizar al plantel docente de la Facultad, en temática inherente a las directrices sanitarias del país.

ALGUNOS RESULTADOS

25 Docentes de las Carreras de Enfermería y Enfermería Obstetriz actualizados

9. Taller de capacitación “Métodos de supervisión y evaluación de la práctica clínica comunitaria de los estudiantes por nivel”

OBJETIVO: Actualizar al plantel docente de la Facultad, en temática inherente a las directrices sanitarias del país.

ALGUNOS RESULTADOS

- 25 Docentes de las Carreras de Enfermería y Enfermería Obstetriz actualizados

10. Seminario taller de capacitación en mecanismos de monitoreo y evaluación de los programas académicos”

OBJETIVO: Actualizar en temática académica, al plantel docente de la Facultad.

ALGUNOS RESULTADOS

- 25 profesionales; 5 de la Carrera de Enfermería Obstetriz y 19 de la carrera de Enfermería, actualizados

11. Desarrollo de ferias educativas en Salud en el municipio de Monteagudo

OBJETIVO: Contribuir con medidas de promoción de la salud, a mejorar los estilos de vida de la población del municipio

ALGUNOS RESULTADOS

- Feria de Alimentación y nutrición de la mujer embarazada
- Feria de prevención en VIH/SIDA, embarazo en adolescentes.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Título del trabajo. (en letras mayúsculas). El título debe ser conciso pero informativo, ya que es frecuentemente usado para hacer índice por materias. No debe incluir abreviaciones o formulas químicas.

Nombres de los autores. (en letras mayúsculas y minúsculas). Todos los autores listados deben haber participado directamente y substancialmente en el estudio divulgado. Los autores deben ser enumerados por su primer nombre completo en mayúsculas, la inicial del segundo, y por su apellido completo (ej: JUAN C. Aguilar Salame).

Filiación. Formación de cada autor, lugar de trabajo y/o lugar donde la investigación fue llevada (laboratorio, instituto, carrera o facultad, universidad, hospital, ciudad, país). Cuando los autores estén afiliados a diferentes departamentos o instituciones, use números en superíndices después del apellido de cada autor y antes del departamento o institución correspondiente.

Autor Correspondiente. Nombre completo del autor a quien la correspondencia debe ser enviada, email y números de teléfono.

RESUMEN

Un párrafo simple que no exceda las 200 palabras, debe indicar clara y brevemente el propósito de la investigación, de los procedimientos básicos, de los resultados principales y de las conclusiones más importantes. Debe ser evidente para alguien que no ha leído el texto.

TERMINOS CLAVES. Dos a cuatro términos claves para permitir que el manuscrito sea puesto en un índice apropiadamente. Estos términos deben aparecer debajo del resumen. Se pueden utilizar palabras solas o términos compuestos (ej.: atención primaria, síndrome de Burnout, Hipertensión), se recomienda la utilización del Tesauro de Enfermería de la OPS

TEXTO

El cuerpo del trabajo no deberá exceder las 2000 palabras, se dividirá en secciones, tal como se indica a continuación.

INTRODUCCIÓN. Esta sección plantea el propósito del artículo sin un despliegue extensivo del tema, utilizando sólo las referencias más pertinentes. Indica las razones que motivaron a la investigación y, cuando corresponda, da cuenta de la hipótesis postulada.

MÉTODOS. Describe los procedimientos utilizados en forma breve pero con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

La sección Métodos debe incluir información precisa sobre los Análisis Estadísticos realizados e indicar la manera en que los resultados están expresados.

RESULTADOS. Los resultados deben ser descritos en esta sección sin discusión de sus significados. Señalar al lector clara y exactamente lo que fueron sus resultados e intentar cuantificar cuando sea posible.

Solo expresar los datos en Tablas o en Figuras cuando sea estrictamente necesario, pero los mismos datos no debe ser reportados bajo las dos formas. No repetir en el Texto todos los datos que aparecen en las Tablas y las Ilustraciones.

DISCUSIÓN. Esta sección debe ser concisa y requiere enfatizar tanto los nuevos e importantes aspectos del estudio como las conclusiones provenientes de ellos.

La discusión debe enfocarse en la interpretación de los resultados obtenidos. El énfasis debe estar puesto en la significancia de los efectos y hallazgos novedosos, se debe indicar si los resultados obtenidos proporcionan una respuesta a las preguntas o apoyan la hipótesis presentada en la Introducción.

La discusión de las observaciones previas debe relacionarse con los resultados actuales y las especulaciones deben basarse en dichos resultados. Cabe destacar que los resultados negativos pueden aportar igualmente conclusiones útiles y merecen por ello publicarse, siempre que hayan sido obtenidos a través de experimentos que fueron cuidadosamente diseñados y realizados.

RECONOCIMIENTOS. Especifique el apoyo de fondos económicos. Mencione sólo aquellos individuos que han hecho contribuciones substanciales al estudio y quienes estén de acuerdo en ser nombrados.

REFERENCIAS

Las referencias deben estar ordenadas alfabéticamente por apellido del autor. Si hay más de una referencia para un autor o un grupo de autores, éstas deben estar listadas en orden cronológico, empezando con la publicación más antigua.

Se aplicará a las referencias bibliográficas y de citas, las normas Vancouver.