

CAUSA AMERINDIA

**IDENTIFICACIÓN DE LOS
DETERMINANTES DE MORTALIDAD
MATERNA EN LAS ETNIAS YE´KUANA,
SANEMA Y PIAROA DEL ESTADO
AMAZONAS.**

Septiembre 2002

IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA EN LAS ETNIAS YE'KUANA, SANEMA Y PIAROA DEL ESTADO AMAZONAS.

RESUMEN

- 1) Este trabajo es un acercamiento exploratorio a los condicionantes y actitudes socioculturales hacia la mortalidad materna en las comunidades indígenas del Estado Amazonas, a partir de un trabajo de campo realizado en la localidad de Manapiare y comunidades vecinas, en el municipio Manapiare. El trabajo se realizó con miembros de las etnias Yekuana y Piaroa y fundamentalmente, y con miembros de la etnia Sanema. Lo incompleto y fragmentario de los datos sobre este último grupo determinó su eliminación de los resultados finales. Se utilizó metodología cualitativa, a partir de entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, a mujeres, enfermeros, shamanes y ancianos de las comunidades. Se exploró, a partir de la búsqueda de los conocimientos existentes en las comunidades sobre aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de estas comunidades. En los resultados se puso en evidencia una fuerte permanencia de sus creencias y costumbres tradicionales en el pensamiento sobre la salud y la enfermedad. Las mujeres juegan un rol fundamental -si bien no se trata de figuración evidente-, en el sostén de la economía familiar, el funcionamiento del hogar y la crianza. Es probable que, las mujeres puedan llegar a ser un vehículo aún más importante para la introducción de cambios de actitudes que apunten hacia una mejora en sus condiciones de salud.

JUSTIFICACION

Las muertes maternas tienen un significado especial para las comunidades indígenas que habitan en el estado Amazonas. La mujer como responsable de la reproducción, la nutrición y cuidado de la familia, incluyendo los hijos y ancianos, representa un pilar fundamental para la supervivencia de estas culturas. La salud materna se ve afectada por factores biológicos, culturales, y ambientales, que son fuente de cambios que permitan que la mujer participe en las decisiones que incumben a su salud.

Conocer las condiciones de vida, creencias, costumbres, necesidades de las mujeres indígenas es la mejor manera de entender el problema que constituye la morbi-mortalidad materna en estas comunidades del estado Amazonas, y para esto los métodos cualitativos nos aproxima a la posibilidad de entender la visión de vida de de estas mujeres, en el contexto cultural que demarca cada etnia.

Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las comunidades indígenas Sanema, Ye'kuana y Piaroa, sobre la magnitud, causas y consecuencias de morbi-mortalidad materna, con la finalidad de elaborar los contenidos de un programa educativo orientado a fortalecer los conocimientos de salud propios de estas comunidades a través de los líderes naturales incorporados al programa educativo de la Universidad Indígena.

Objetivos específicos

1. Determinar la situación de la salud sexual y reproductiva de las comunidades Sanema, Ye'kuana y Piaroa del estado Amazonas.
2. Identificar las causas más frecuentes de mortalidad entre las mujeres indígenas de las comunidades en estudio y la manera como estas muertes son identificadas por la comunidad
3. Identificar las prácticas tradicionales empleadas por los pueblos indígenas para reconocer los riesgos durante el embarazo y las medidas para evitar las muertes por esas causas.
4. Estimar el nivel de conocimiento de los líderes comunitarios y responsables de la salud (shamanes, enfermeros de medicina simplificada, comadronas, etc.) con relación al problema de la mortalidad materna y su prevención.
5. Determinar los significantes sociales de las muertes maternas desde la perspectiva de las respectivas etnias a fin de ajustar los contenidos de los materiales educativos
6. Identificar otros aspectos relacionados con Salud Sexual Reproductiva en las comunidades indígenas.
7. Elaborar los contenidos del material didáctico adaptado a cada una de las etnias, basado en la recopilación de los conocimientos y prácticas utilizadas por la medicina tradicional indígena. Estos materiales serán analizados e incorporados junto con los elementos de la medicina occidental para ser utilizados por las mismas comunidades con el fin de mejorar su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO:

El estado Amazonas, con sus 177.617 Km², y una población de 98.105 habitantes (proyección OCEI para 1999)¹ es el estado menos poblado del territorio nacional, y sus vías de acceso terrestre son muy pocas. La protección que regula buena parte de su territorio (más del 50% del territorio protegido por Parques Nacionales, Monumentos Naturales, una Reserva de Biosfera y una Reserva Forestal)², determinan una vocación de transporte esencialmente fluvial. Existen grandes dificultades de acceso al interior del estado, donde habita una población esencialmente indígena que representa un 49,7% de la población total del estado³. Su topografía ostenta una diversidad de paisajes que van desde sierras montañosas, sabanas, sabanas de altura, penillanuras y llanuras inundables, en un territorio en el cual la nota dominante es la compleja hidrografía y cuya cobertura vegetal predominante es el bosque tropical lluvioso⁴. El patrón tradicional de ocupación territorial de la población indígena es de asentamiento disperso, con comunidades relativamente pequeñas en los espacios ribereños o interfluviales, aunque en los últimos 30 años se ha evidenciado un paulatino y constante proceso de concentración de población en los ejes fluviales mayores, cerca de los centros de asistencia sanitaria y en las poblaciones criollas, especialmente en Puerto Ayacucho, capital del estado, lugares en donde se lleva a cabo el contacto con la población criolla y la sociedad nacional⁵.

Estas condiciones físicas y poblacionales, aunadas a la muy escasa infraestructura (la penetración a buena parte del estado debe hacerse por vía aérea, en pistas de aterrizaje construidas desde los años 70 por el proyecto CODESUR) son determinantes fundamentales para la atención sanitaria y para la prestación de servicios en general por parte del estado.

La infraestructura sanitaria del estado consta con un conjunto de 59 ambulatorios rurales tipo I, concentrados en un 90% en los distritos sanitarios Atures y Atabapo⁶ y 9 ambulatorios rurales tipo II, casi todos situados en el curso medio del Orinoco y en los ríos Guanía y Negro, 5 ambulatorios urbanos tipo I ubicados en Puerto Ayacucho y finalmente un Hospital tipo I con una capacidad hospitalaria real de 75 personas⁷, sin embargo los servicios que se prestan en este no es mayor a la de un ambulatorio Urbano II. La administración de salud divide el territorio en 7 distritos sanitarios: Atures, Autana, Atabapo, Guainía, Río Negro, Alto Orinoco y Manapiare. Buena parte de la atención sanitaria es prestada en el interior del estado por los Auxiliares de Medicina Simplificada (AMS) en los AR-I que están suscritos al un ARII y forman parte del área de influencia de este. Los AMS están capacitados para realizar labores preventivas y curativas básicas, basados en el manual que sirve de guía para este personal.

¹ Atlas geográfico Universal y de Venezuela. Editorial Océano, Barcelona. 1999: pp XXVI-XXVII

² Dumith, Deud, y Julio Estevez, *Diversidad Biológica en Amazonas: bases para una estrategia de gestión*. Fundación Polar, Caracas, 1998, p.79.

³ Dumith, Deud, y Julio Estevez, Op. Cit, p.89.

⁴ Atlas geográfico Universal y de Venezuela. Editorial Océano, Barcelona. 1999.

⁵ Perera, Miguel Angel, 1995: "El desarrollo sustentable base nuevos males o posibilidad real de crecimiento etnoeconómico", in Antonio Carrillo y Miguel Angel Perera (eds.) *Amazonas Modernidad en Tradición, Contribuciones al desarrollo sustentable en el Estado Amazonas-Venezuela*. Caracas, SadaAmazonas-GTZ, p 28, Zent, Stanford 1993, "Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa", in *Antropológica* N°. 79, Caracas, pp. 54-56.

⁶ M.A. Perera. Salud y Ambiente. FACES. UCV. 1997

⁷ M.A. Perera. Salud y Ambiente. FACES. UCV. 1997

La responsabilidad que recae sobre los hombros de este personal indígena capacitado es muy grande, al hacerse cargo de la atención de la población en lugares remotos de acceso difícil en las cuales es frecuente no poder contar con un médico más que en penetraciones o visitas periódicas.

A esto se suma el componente cultural, determinante fundamental de la atención sanitaria y de la relación médico-paciente en el estado. Algunas de estas poblaciones se encuentran en estado cultural tradicional o semi-tradicional, mientras que otra parte de la población indígena ha sufrido violentos y continuados proceso de aculturación. Esto determina una situación social y cultural compleja, en la que persisten en parte los contenidos culturales tradicionales (que determinan los comportamientos relativos a diversos aspectos como la salud, los ciclos de crecimiento, la fertilidad, la maternidad y la paternidad, etc.), pero estos coexisten con elementos de la cultura criolla recientemente incorporados o en proceso de incorporación, a través de mecanismos formales como el sistema de escolarización y mecanismos informales como el comercio con la sociedad criolla y la relación con los agentes estatales (alcaldías, gobernación, fuerzas armadas, personal de salud, investigadores, Iglesias).

Este conjunto de determinantes y factores hace que sea necesario determinar las debilidades y fortalezas del sistema de atención desarrollado en estas comunidades, y la forma en que ciertos temas claves (maternidad, mortalidad infantil y materno-infantil) son vividos por la comunidad.

Este proyecto se propone iniciar la investigación sobre estos aspectos, en las comunidades del municipio Manapiare. Para el trabajo se eligieron las comunidades de Cacurí (comunidad ye'kuana de 553 personas), Marieta (comunidad piaroa de 800 personas) y Momidum Ulian (comunidad Sanema de 80 personas), todas en el área de influencia del AR-2 de Manapiare⁸.

La comunidad de Cacurí se encuentra situada al noreste del estado, hacia la frontera del estado con el estado Bolívar y con Brasil, en la ribera del río Ventuari en su sección media. Se trata de una comunidad fundada en los años 70 por el esfuerzo conjunto del líder indígena Isaías Rodríguez y el padre jesuita Korta, y en ella se desarrolló durante muchos años un proyecto de desarrollo indígena dirigido a buscar la autogestión de la comunidad, a través de la dotación de herramientas técnicas para la agricultura y el desarrollo de la ganadería. Estos proyectos hoy subsisten sólo parcialmente, pero han marcado la vida de la comunidad. El acceso a la comunidad se realiza por vía fluvial., desde Manapiare, en un recorrido accidentado de más de una jornada, que incluye el trasbordo en dos saltos que interrumpen la navegación, o por vía aérea por flete privado de avioneta.

Los ye'kuana son un pueblo de agricultores, cazadores, pescadores y recolectores de selva tropical, de filiación lingüística caribe, y comprenden una población de aproximadamente 4400, de los cuales 2600 habitan en el estado Amazonas (datos de 1992)⁹. Su contacto con la sociedad criolla es de larga data. Tradicionalmente ligados al río –en los años 60 eran conocidos como Maquiritares o gente de río-, han sido activos en el intercambio comercial con otros grupos caribes de las guayanas desde tiempos ancestrales y con los europeos desde el siglo 16¹⁰.

⁸ Br. Sosa Andrés. Informe final de la Pasantía Rural, Salud Pública VI. Agosto-septiembre 2001. Escuela Luis Razetti. Facultad de Medicina. UCV.

⁹ OCEI, *Censo Indígena de Venezuela* 1992 p. 42.

¹⁰ De Cívriex, Marc, *Watunna, un ciclo de creación en el Orinoco*, Monte Ávila Editores, pp.xxx

La comunidad de Marieta, situada en las orilla del río Marieta, afluente del Ventuari, consta de 800 personas¹¹, y posee una infraestructura de vivienda no tradicional, con casas rurales construidas por el estado, un sistema de acueductos y una escuela rural. Los Piaroa, de filiación lingüística independiente, comprenden una población de aproximadamente 11.100 personas, de los cuales unos 8.000 habitan en Amazonas (datos de 1992)¹². Son un pueblo de agricultores, cazadores y recolectores de selva tropical, que han habitado tradicionalmente los espacios interfluviales de las cuencas altas de los ríos Sipapo, Autana, xxx, xxxx. No han sido un pueblo de navegantes, y su relación con el río es relativamente reciente, determinada por la migración hacia los espacios ribereños de contacto con la sociedad criolla.,

Momi.

El pueblo Sanema con una población de aproximadamente 2000 personas, de los cuales menos de 500 habitan en Amazonas (datos de 1992)¹³, constituye la sub-división más norteña de la etnia Yanomami, con una diferenciación lingüística muy definida con respecto a los otros sub-grupos. Ocupantes de la cuenca alta del río Ventuari y sus afluentes en Amazonas, y del alto y medio Caura y sus afluentes en Bolívar, son un grupo de agricultores, cazadores y recolectores de selva tropical.

Para desarrollar este trabajo se partió del enfoque de la metodología cualitativa en un intento de hacer una aproximación integral de las situaciones sociales, partiendo de los conocimientos que tienen las personas involucradas en el proceso.

¹¹ Br. Sosa Andrés. Informe final de la Pasantía Rural, Salud Pública VI. Agosto-septiembre 2001. Escuela Luis Razetti. Facultad de Medicina. UCV.

¹² OCEI, *Censo Indígena de Venezuela 1992* p. 42.

¹³ OCEI, *Censo Indígena de Venezuela 1992* p. 42

METODOLOGÍA.

Se diseñó el proyecto utilizando metodología cualitativa. Se realizó el diseño de la guía temática de las entrevistas a grupos focales para Mujeres, Comadronas, Shamanes, y Consejo de Ancianos y de la entrevista semiestructurada para Auxiliares de Medicina Simplificada.

Criterios de selección de las personas a participar:

Ancianos: Que pertenecieran a las etnias ye'kuana, sanema o piaroa respectivamente. Que desearan participar. Que siempre hayan pertenecido a esa comunidad. Que fueran reconocidos en la comunidad como parte del consejo de ancianos. Que fuesen reconocidos por la comunidad como Shamanes (no fue un criterio excluyente).

Mujeres: Que pertenecieran a las etnias ye'kuana, sanema o piaroa respectivamente. Que desearan participar. Que pertenecieran al grupo etario: edad reproductiva (12-45 años) y ancianas. Que fueran reconocidas por la comunidad como Comadronas (no es excluyente).

Auxiliares de Medicina Simplificada: Que pertenecieran a las etnias ye'kuana, sanema o piaroa respectivamente. Que hubiesen aprobado el curso de Medicina Simplificada del Estado Amazonas. Que estuvieran en ejercicio de la función de A.M.S. en estas comunidades. Que fuesen reconocidos por la comunidad como A.M.S. Que desearan participar.

Se realizaron reuniones para presentar el proyecto a las comunidades a través de Causa Amerindia y obtener el consentimiento de estas. La primera se realizó con los miembros de U.M.A.V. (Unión maquiritare del Alto Ventuari). También se realizó una reunión con el médico rural del Municipio Manapiare, para ese momento, el Dr. Carlos Vásquez.

En cada una de las comunidades se contactaron informantes claves locales, antes de iniciar las entrevistas y grupos focales. En la comunidad de Cacurí nos reunimos con el AMS y con otros líderes comunitarios: maestro, y representantes de UMAV; el Momi el informante clave fue el maestro de la comunidad y en Marieta fueron el AMS y el microscopista. Estos informantes claves se eligieron por ser parte del sistema de salud, como conocedores de las actividades sanitarias relacionadas con salud sexual y reproductiva en estas comunidades y porque representan el nexo entre la medicina occidental y la autóctona.

Los grupos focales se formaron espontáneamente, y a pesar de esto se cumplieron los criterios de selección antes mencionados.

- En la comunidad de Cacurí se entrevistaron 5 ancianos, 11 mujeres y un auxiliar de medicina simplificada, con la participación de 4 traductores.
- En la comunidad de Momi se entrevistaron 9 mujeres y 2 traductores.
- En Marieta participaron 17 mujeres y un auxiliar de medicina simplificada y un traductor.

En los grupos focales se utilizaron traductores y se realizaron las preguntas en castellano luego se traducían a ye'kuana, sanema y piaroa, en Cacurí, Momi y Marieta respectivamente, los participante respondían en ye'kuana, sanema o piaroa y luego se traducía a castellano. Lo que se transcribió es la traducción final de las respuestas.

En la comunidad de Momi la entrevista se llevó a cabo solo con las mujeres, porque el Shaman no se encontraba en la comunidad. Por otro lado, en la comunidad no se consiguieron traductores que manejaran bien el castellano, por lo que los resultados de la entrevista fueron muy pobres y sesgados. Por estos motivos consideramos imposible analizar adecuadamente estos resultados y tomamos la decisión de excluirlos del estudio.

Se realizó la categorización deductiva e inductiva de los datos obtenidos de las entrevistas y se procedió al análisis de los resultados.

RESULTADOS

Las entrevistas realizadas en cada una de las comunidades fueron transcritas y se ordenaron en 17 categorías y a partir de estas se realiza el análisis inductivo de los resultados y la discusión. Las categorías que surgieron son las siguientes:

1. Conocimientos del embarazo.
2. Creencias y costumbres sobre el embarazo
3. Costumbres durante el parto.
4. Costumbres del puerperio
5. Creencias sobre la enfermedad durante el embarazo y el parto (causas)
6. Cuidados de la mujer embarazada.
7. Condicionamientos culturales.
8. Exceso de esfuerzo físico durante el embarazo.
9. Actitudes ante la muerte.
10. Actitudes ante la medicina occidental
11. Inadecuada priorización ante una emergencia.
12. Dificultades logísticas por características geográficas.
13. Violencia
14. Medicina Autóctona: Preventiva y curativa
15. Destrezas del personal de Salud
16. Fallas del personal de Salud.
17. Control de la fecundidad.

La transcripción de las entrevistas y la categorización se anexan al final del trabajo.

DISCUSIÓN:

La discusión de los resultados se realiza por separado para cada comunidad, dados las diferencias culturales de cada etnia.

CACURI

De las entrevistas realizadas en la comunidad de Cacurí podemos apreciar que existe conocimiento propio sobre el ciclo reproductivo de la mujer, el embarazo, su desarrollo y las posibles anormalidades.

Podemos apreciar que los ancianos y las mujeres de la comunidad tienen criterios para distinguir un embarazo normal y un embarazo patológico. También se aprecia que este conocimiento no es general, sino que puede ser muy preciso en algunos aspectos, que pueden servir para clasificar el potencial de riesgo de un embarazo. Observamos asimismo una carencia de conocimiento sobre la posibilidad de que un embarazo con sangramiento pueda culminar exitosamente, si se brinda la atención adecuada.

La densidad y extensión de las creencias indígenas sobre el embarazo, el parto y el puerperio, delinear formas de comportamiento que se ejercen en las actividades cotidianas, alimentación, etc. Este conjunto de creencias, que probablemente forma parte sustantiva de su tradición cultural, no parece ser contradictorio con las prescripciones preventivas o curativas de nuestra medicina. Antes bien, el aceptar la permanencia de este conjunto de creencias implica aceptar la soberanía y valor de la cultura, cosa sumamente necesaria para convertir a las comunidades en interlocutores confiados en cualquier campaña de educación sanitaria. A la vez, vemos como entre estas creencias se encuentran capacidades de diagnóstico que pueden ser de utilidad para el médico o el enfermero (como en el caso de la determinación del embarazo gemelar).

Así mismo el conjunto de creencias parece ofrecernos otra de sus caras: aquella en la cual podríamos localizar puntos problemáticos para establecer las causas y efectos de ciertos estados patológicos y el hecho de que estas creencias funcionen como única explicación de estados de morbilidad podría representar una dificultad superable en la aplicación de indicaciones preventivas y curativas en el marco de un control pre-natal mejorado. Aquí es donde un futuro programa de atención que contemple las particularidades culturales deberá desarrollar estrategias más finas, que permitan la coexistencia y complementación del universo de saber cultural con el saber médico.

También pudimos observar que los condicionamientos culturales, hacen que las mujeres no puedan dejar de trabajar: ellas interiorizan como un imperativo el trabajo, y dejar de hacerlo tiene un precio importante en sus vidas (quedarse sin casabe o sin leña cuando estén paridas). El sangrado en un embarazo es un obstáculo para poder seguir trabajando, y en cuanto desaparece hay que volver al trabajo. Aquí localizamos, entonces, un rasgo del comportamiento cultural en la comunidad que representa un factor de riesgo para la morbi-mortalidad materna, toda vez que impide tomar las medidas necesarias en situaciones de embarazos de alto riesgo donde en la mayoría de los casos el reposo es indispensable.

En las aptitudes ante la muerte se evidencia que existen los mecanismos culturales para encargarse del niño de una madre muerta, sin embargo, las respuestas no permiten precisar cual es la especificidad de la importancia dada a una muerte materna y su impacto en la comunidad, con respecto a cualquier otra muerte. Aparece nuevamente la permanencia del conjunto de costumbres y creencias asociadas a la muerte, que evidentemente deben tener un impacto en la cotidianidad. Por otra parte, la intervención del enfermero en este punto muestra cómo coexisten en la comunidad

(posiblemente bien engranadas) dos estrategias culturales (una tradicional y otra asociada al entrenamiento médico) para enfrentar la muerte.

En líneas generales en esta comunidad hay un acercamiento a la medicina occidental en el aspecto preventivo, pero cuando se presentan complicaciones, tienden a tratar de resolver el problema a la usanza tradicional, consultando sólo en segunda instancia al enfermero, apreciándose nuevamente la coexistencia de dos visiones en el acercamiento a lo patológico, lo cual delimita un campo problemático interesante para definir estrategias de intervención.

Es otros puntos las entrevistas se reflejan algunos aspectos problemáticos característicos de las emergencias en la zona. Por un lado, puede verse el costo de los errores específicos de priorización en las conductas a seguir frente a una emergencia, que no es exclusivo de los auxiliares de medicina simplificada, y por otro lado vemos las condiciones difíciles en que se desarrolla la actividad asistencial curativa. Vemos cómo los patrones culturales los conducen a una vía de resolución inicial de la emergencia por medios tradicionales, y se acude en segunda instancia al personal de salud, desperdiciando tiempo valioso en una situación de emergencia en condiciones de aislamiento geográfico. Dejar de consultar al brujo tendría un costo cultural muy alto por que debemos ver de qué manera se puede propiciar que la consulta se haga a la vez a los dos especialistas (el tradicional y el enfermero), para que se tomen a tiempo las medidas de acuerdo a la gravedad y características del caso y sus opciones de resolución. Por otro lado se evidencia que las condiciones de aislamiento geográfico aumentan los costos de la prestación de salud y en la actualidad el estado pareciera no contar con los recursos suficientes para brindar mayores posibilidades en el transporte de pacientes graves.

No podemos aquí hacer ninguna generalización sobre la existencia o no de maltrato a la mujer en esta comunidad, y nos pronunciamos por no adelantar observaciones sobre este aspecto, tan delicado, que podría ser objeto de una investigación más profunda.

Observamos un predominio de respuestas relacionadas con el aspecto curativo de la salud, lo cual no quiere decir que no existan prescripciones de carácter preventivo, sólo que aquí no han aparecido. Las costumbres que han aparecido en los testimonios anteriores dan una idea del conjunto de normativas cuya trasgresión podría producir situaciones de enfermedad, representado de alguna forma principios preventivos de la enfermedad.

Las costumbres descritas son indicio de la existencia de un amplio repertorio de actitudes y comportamientos alrededor del embarazo. Este repertorio ofrece un campo amplio sobre el cual un programa a futuro de educación sanitaria pudiera articularse sobre estos contenidos tradicionales.

El enfermero de esta comunidad maneja una noción clara del concepto de control prenatal (aunque también apreciamos sus limitaciones), y sobre todo de cómo puede llevarse adelante en este contexto. El control pre-natal óptimo incluye estudios que no pueden llevarse a cabo en estas condiciones en un lugar como este, donde sólo se cuenta con las herramientas clínicas básicas.

El AMS cuenta con herramientas para manejar situaciones de emergencia de forma adecuada. En las entrevista se describe una situación en donde la gravedad de la situación no fue evaluada correctamente, con consecuencias graves. Sin embargo, no es el tipo de situaciones que un AMS debe poder resolver, aunque sí diagnosticar. Las situaciones descritas aquí resueltas por él no deberían ser atendidas por un AMS, sino por médicos especialistas. Sin embargo, ellos deben poder contar con en el entrenamiento que así se muestra, porque con frecuencia les ocurrirá que se enfrenten

con situaciones de este tipo donde los pacientes no puedan ser referidas inmediatamente.

Por otro lado las respuestas del enfermero muestran que la noción de control pre-natal es incompleta, con un enfoque pragmático, sin tomar en cuenta datos clínicos (como el interrogatorio o el examen clínico adecuado), que en condiciones como esta son las únicas herramientas para diagnosticar embarazos de alto riesgo.

La fecundidad, en la cultura indígena determina actitudes que son claramente distintas a las de nuestra cultura. Estas diferencias culturales crean un sustrato de comportamiento social que no puede dejar de tomarse en cuenta al querer implementar un programa educativo o de entrenamiento sanitario.

MARIETA

En la entrevista y grupo focal realizados en esta comunidad podemos ver que las mujeres de la comunidad cuentan con herramientas cognoscitivas para el diagnóstico del embarazo. Los síntomas referidos aquí corresponden a un embarazo en su segundo trimestre, pero a la vez refieren sospechas clínicas para las primeras semanas del embarazo. Aunque pareciera que la certeza sobre su estado se limita a un embarazo adelantado, con signos evidentes, tienen una noción previa de su condición, y en esta realidad no hay manera de hacer un diagnóstico precoz, que exigiría exámenes paraclínicos.

A pesar de que en general en esta comunidad las mujeres no hacen mucha referencia a sus costumbres y creencias, podemos atribuir esto a las limitaciones de tiempo de la entrevista. Por otra parte, habría que atribuir esta falta de información también al hecho de que esta comunidad se encuentra en un grado mayor de aculturación o pérdida de los contenidos culturales tradicionales.

Es difícil llegar a conclusiones a partir de los datos de esta muestra, limitados e insuficientes. Sin embargo, podríamos aventurar a partir de esto algunas presunciones. Si una investigación más extensa mantuviera la tendencia aquí sugerida, podríamos decir que se evidencia que pese a que el discurso explícito muestra una interiorización de las indicaciones médicas, en situaciones de complicación del embarazo, no necesariamente se comportan de acuerdo a estas indicaciones. Quizá también podríamos ver aquí una pérdida de la referencia cultural propia (no acuden al shaman), y a la vez una falta de interiorización de los procedimientos de la medicina occidental.

Así como en el caso de la comunidad anterior, aquí vemos que el valor dado al trabajo es superior al valor del cuidado de sí mismo, y que suspender las actividades de sustento las pondría en una situación de precariedad.

Llama la atención la poca referencia hecha en esta comunidad a la medicina autóctona. Las mujeres aquí no explican sus enfermedades a partir de su cultura y sus costumbres, y tampoco logran explicarlas a través del saber médico occidental. Como ya dijimos antes, más allá de las limitaciones de la entrevista, esto puede explicarse debido a la situación intermedia de esta comunidad, con un grado elevado de aculturación y una evidente vergüenza étnica, pero a la vez sin las ventajas educativas y de infraestructura de una comunidad criolla.

En la entrevista realizada al AMS se relata una historia de la muerte de una parturienta donde se vuelve a retratar las dificultades y limitaciones para la atención médica adecuada y a tiempo en estas regiones, que ya hemos descrito.

También podemos ver las destrezas de este enfermero, el manejo de los conocimientos necesarios para hacer un buen control prenatal en esta comunidad. De alguna manera, podemos ver los cambios culturales que ha generado la presencia del sistema de salud en las mujeres de la comunidad, que han aprendido a confiar en el enfermero y el control prenatal que este lleva a cabo con ellas.

En esta comunidad apreciamos que las mujeres de no se plantean la posibilidad de la planificación familiar como nosotros la conocemos. Sin embargo, la abstinencia sexual en el período intergesta funciona para estos fines.

El estudio no permitió profundizar en los conocimientos de estas mujeres acerca de su fertilidad, que ameritaría una investigación posterior.

CONCLUSIONES

- 2) Los AMS cuentan con destrezas para desarrollar las actividades preventivas, sin embargo están expuestos a resolver situaciones complejas por su aislamiento geográfico. Brindándoles más herramientas, estarían en capacidad de detectar precozmente embarazos de alto riesgo.
- 3) Aunque la influencia de la cultura criolla y occidental es notoria en estas comunidades en proceso de cambio cultural, se evidencia una fuerte permanencia de sus creencias y costumbres tradicionales en el pensamiento sobre la salud y la enfermedad. Esto determina comportamientos y actitudes hacia la resolución de sus problemas de salud, que pueden llevarlos a no acudir a la ayuda médica, o a hacerlo de forma tardía.
- 4) El aislamiento geográfico y la falta de recursos son factores determinantes de todo el dispositivo sanitario en la localidad, y en general en el interior de Amazonas. Estos factores deberán ser tomados en cuenta como determinantes permanentes, que condicionarán el desarrollo del resto de las variables, al momento de diseñar una estrategia global. La mortalidad materna y reproductiva está tan íntimamente vinculada con la cobertura, calidad y accesibilidad de la atención integral de salud.
- 5) La formación más profunda y continua del personal de AMS deberá ser tomada en cuenta como un eje fundamental de cualquier estrategia futura, dado que, si bien su formación no los capacita ni capacitará para sustituir al médico, su papel en el diálogo intercultural y en la interiorización por parte de la comunidad de preceptivos y medidas sanitarias es imprescindible y no podrá ser sustituido por el del médico.
- 6) Aunque el problema de la mortalidad materna afecta a las mujeres, en estas entrevistas su respuesta es en general menos activa que la de los hombres, tradicionalmente protagonistas en el contacto intercultural. Sin embargo, es evidente que el papel de las mujeres en las comunidades es fundamental -si bien no se trata de figuración evidente-, en el sostén de la economía familiar, el funcionamiento del hogar y la crianza. Es probable que, las mujeres puedan llegar a ser un vehículo aún más importante para la introducción de cambios de actitudes que apunten hacia una mejora en sus condiciones de salud.

RECOMENDACIONES PARA LA COOPERACION FUTURA

1. Capacitación continua del personal de medicina simplificada, para brindarles herramientas en el diagnóstico precoz de embarazos del alto riesgo y así evitar las consecuencias de que se presenten distocias que deben ser resueltas por médicos especialistas.

2. Desarrollar formas de investigación y trabajo que busquen incorporar a las mujeres en actividades que abran la posibilidad de un intercambio y una formación en el área sanitaria.
3. Asociar a futuros proyectos profesionales de las Ciencias Sociales en el área de etnomedicina, como parte fundamental del entendimiento cultural de estas comunidades indígenas
4. Mejorar la accesibilidad, a través de la dotación permanente de motores, gasolina, radios y otros medios logísticos que permitan el traslado adecuando y a tiempo de pacientes que se encuentren en una situación de emergencia y ameriten intervenciones de medicina especializada.
5. En la actualidad: no es tarea de un programa sanitario cambiar las actitudes y comportamientos culturales, y debe adecuarse sus preceptos a estas realidades, introduciendo conceptos que permitan mejorar la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, respetando su cultura.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Atlas geográfico Universal y de Venezuela. Editorial Océano, Barcelona. 1999: pp XXVI-XXVI
2. Dumith, Deud, y Julio Estevez, Diversidad Biológica en Amazonas: bases para una estrategia de gestión. Fundación Polar, Caracas, 1998
3. Perera, Miguel Angel, 1995: “El desarrollo sustentable base nuevos males o posibilidad real de crecimiento etnoeconómico”, in Antonio Carrillo y Miguel Angel Perera (eds.) Amazonas Modernidad en Tradición, Contribuciones al desarrollo sustentable en el Estado Amazonas-Venezuela. Caracas, SadaAmazonas-GTZ,
4. Zent, Stanford 1993, “Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa”, in Antropológica N°. 79, Caracas.
5. M.A. Perera. Salud y Ambiente. FACES. UCV. 1997
6. De Civrieux, Marc, *Watunna, un ciclo de creación en el Orinoco*, Monte Ávila Editores. OCEI, *Censo Indígena de Venezuela* 1992.

ANEXO 1.

ENTREVISTAS

Cacurí.

1. CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO

DIAGNOSTICO

ANCIANOS

- Cuando tienen los pies arriba ese es el normal (el embarazo).
- El brujo que hace desde el principio el mismo trabajo, él ya sabe si el bebe es normal o es incorrecto
- Cuando la mujer tiene menopausia (el sangramiento) es lo normal.

MUJERES

- La señora se llama Delia Yarumare Contreras, ella respondió y dice que yo primero, las primeriza, no es múltipara, lo que yo le veo primero de repente le cambia la cara, sale espinilla, las manchas, y uno le pregunta a su hija si está embarazada, si está suspendido la menstruación porque así mismo yo he transmitido de mi abuela y mi abuelo, cuando yo era primeriza me atendieron de esa manera, y mi madre me reconoció cuando yo salí embarazada con esa espinilla que me salía y manchas en la cara
- La otra mujer se llama Lupita Rodríguez que también reconoce que cambia los colores de la punta del seno, de la punta de la teta, la punta se hace negra, así se reconoce la primeriza, dice que se pone como templado como una muchacha

A.M.S.

- Cuando ya pasa un mes, ud. Sabe que algunas mujeres a veces pasa el día que le tocaba bajar la regla y no bajó entonces y espera el segundo mes y allí ella misma sabe que ya no bajó mas regla y eso significa que está embarazada y por eso ella tiene que venir a controlarse.

PATOLOGICO

ANCIANOS

- Ellos respondieron que para saber que está en malas condiciones, cuando una mujer embarazada se siente mal, ellos buscan la manera como está, ellos tocan como está, tocan la barriga y lo tocan atravesado, o llaman al brujo y el brujo dice que si está mal o si está bien

MUJERES

- Masita, ella es comadrona, ella respondió primero, a veces se conoce cuando el feto está mal formado o incorrecto, a veces la madre, siempre sufre sangramiento, desde un mes de suspensión de la regla siempre sufre sangramiento con dolor, entonces uno ya sabe que ese embarazo está incorrecto, tiene defecto.
- Martina Castillo, dijo que si se sabe porque yo tenía mi hermana conocí que eran gemelos, dos morochitos y desde poquitos meses sufría con dolor, nunca fue embarazada bien, sino con dolor, malestar.
- Primero respondió Carrasco, hay algunas mujeres que desde los dos meses comienzan sangramiento, entonces, a veces es una amenaza de aborto, entonces no le deja trabajar bien.
- Ellas dicen que ninguna ha sufrido esa hinchazón en las piernas o en las manos. Lupita Rodríguez respondió que yo si que a mi me pasa que cada vez que estoy embarazada, se me inflama las piernas cuando estoy sentada, cuando estoy haciendo oficios, buscando agua y me siento las piernas como hinchazón, inflamado, tiesa y al mismo tiempo me siento cefalea.

2. CREENCIAS Y COSTUMBRES SOBRE EL EMBARAZO

ANCIANOS

- Muchos años atrás, cuando la mujer estaba embarazada, ayunaba, ¿quien ayunaba? la mujer embarazada y el marido del primer embarazo, tenían que levantarse como a las 4-5 de la madrugada antes que aquellos pájaros que se despierta, y descolgar el chinchorro, aflojar el colgadero.
- La mujer embarazada no puede llevar leña atravesada, ni el sebucán, no lo pueden cargar atravesada. Hay varios ayunos, no pueden comer comida maji (embojotada), no puede comer comida frita, no puede comer mono (se agarran el cuerpo imitando el mono), porque el mono se agarra del bebe. No puede comer morrocoy, babo, corroncho, porque se pega del niño; todas las comidas de concha dura.
- No pueden acostarse atravesados en el chinchorro, ni el hombre ni la mujer, tampoco pueden quedar colgando las piernas, porque así le va a suceder a lo que está adentro. Se deben acostar derechito. Al levantarse hay que descolgar el chinchorro

MUJERES

- la señora Delia agrega que cuando uno sabe que está embarazada uno sigue consejo, uno da consejo con esa mujer embarazada, si usted sale embarazada ud debe pararse temprano, la primera hora debe pararse irse al puerto a enjuagarse, a bañarse, a la misma hora primera hora. Uno explica lo que no se debe hacer durante todo su embarazo, como debe pararse, como debe acostarse, como debe dormirse, como debe alimentarse, cuales son los peligros que no debe hacer, qué no debe consumir durante su embarazo, porque así me transmitieron mis abuelos, y así yo le he pasado a la hija mia.

- Durante el embarazo tienen que levantarse temprano, no debe llevar objetos incorrectos, no debe comer cosas que no son, esto es lo indicado por el anciano, por el brujo, porque les puede hacer daño para poder tener efecto anormal, por evitar eso, siempre recomendaba cuales son los apetitos que tiene que recibir, como debe dormir, como tiene que levantarse y como tiene que tratarla hasta el momento del nacimiento.

- Siempre tienen que tocar, cuando tiene varios meses toca, ellas van tocando con la mano donde tiene el latido, entonces se toca de este lado latido y si de este lado también hay un latido entonces uno conoce que hay gemelos y también la madre siente una pierna fría (como si fuera muerta) pero la del otro lado está normal, así es como yekuanamente se reconoce, no es como hoy que hay comadrona

3. COSTUMBRES DURANTE EL PARTO ANCIANOS

- Siempre la acompañan la mamá de la embarazada y el papá y también el esposo, o piden ayuda a otras señoras; hay algunas que paren solas que no sufren dolores tan fuertes, hay algunas que tienen duran un poco y piden colaboración con amigas que están por ahí cerca.

- Yekuanamente tenemos quien puede atender el parto, persona que sepa rezar y orar, y esa es la persona que se le llama para que la ayude. Dentro de los yekuanas hay un sabio que sabe rezar las costumbres y siempre se le llama a esa persona, si uno mismo sabe, uno mismo debe soplar y uno mismo reza, si uno no sabe tiene solicitar a persona que sabe oración para soplar la bebida para que pueda facilitar el nacimiento del niño.

A.M.S.

- Las mujeres paren en su casa.-

- hay algunos que todavía quieren parir solo, solamente la atienden la abuelita.

- Como tenemos costumbre agarrar la mujer por los brazos abrazándola, sosteniéndola, y levanté y le dije a la comadrona espere el cuerpo del niño y yo me pongo a levantarla por detrás y así se apoya y le ayuda mas bien

- Entonces para corta el cordón umbilical hay que cortarlo con una cosa estéril, pero yekuanamente antes no lo cortaban con bisturí, con cosa estéril sino con cerbatana y también la flechas que son filosos, hay otra costumbre que cortaban con diente, ese es el mejor, ¿sabe como cómo? Al momento de cortar con diente cualquier persona se comprometía y eso le sirve a la persona que cortó para duración de los dientes sanos. Yo lo respeto, yo no puedo decirle que no, porque esa es costumbre, pero poco a poco se va acostumbrando la gente a cual es más efectivo. Primero se amarraba como siempre, se amarran en dos partes, hacia la madre y hacia el niño, en medio de eso se corta, se amarraba con algodón.

4. COSTUMBRES DEL PUERPERIO

ANCIANOS

- Durante una semana deben estar en ayuno, hasta que se caiga el ombligo, después que se cae el ombligo salen los familiares a buscar lombrices, esta es buena para la leche. Cuando se cae el ombligo, durante esa noche el anciano reza, para que no le caigan enfermedades, para que no se acerquen diablos. Al día siguiente salen para bañarse en el río un sabio, la señora y el bebé, dando oraciones desde la casa hasta el puerto.

- Durante esa semana se puede comer casabe o pescadito. Cuando hay un alimento nuevo se debe hacer un rezo.

5. CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

ANCIANOS

- Si no se cumple eso (el ayuno), que hoy en día sucede, sucede el problema que tienen que no paren por ese motivo.

- El anciano dice que una mujer embarazada se enferma cuando un hombre le asusta a una mujer embarazada, eso también se dice estrés y también una mujer embarazada se enferma cuando no ayuna, como anteriormente lo dije, una mujer embarazada tiene que ayunar, para poder estar bien durante el embarazo

- El otro anciano decía que anteriormente no sucedían mucho estas cosas, porque ellos ayunaban, cumplían, respetaban.

- a veces sucedía porque entre brujos mismo había conflictos y entonces pelean y hace daño al otro, a la otra mujer o a la hija del otro brujo, y a una señora de esa formaba unas pelotas que se engrandecían y no podían parir.

- Cuando el marido de la señora embarazada, si no ayuna, no puede matar tigres, culebras, que no puede hacer otras cosas, si no lo cumple entonces viene el aborto.

- Cuando una mujer tienen dificultad de parir, está prohibido mirarla, no se puede acercarse allá, solamente ancianos y ancianas, porque puede sucederle lo mismo que le está sucediendo a esa mujer.

MUJERES

- porque dice que la fuerza del hombre tiene su potencia, no por la fuerza que tiene, sino de generaciones, la creencia que tiene su espíritu de hombre que tiene sus acciones fuertes que no debe estar en contra de un mujer, por eso hace defecto muy dolor que le pega a la mujer.
- Hay dos alternativas de muerte en el embarazo, primero es no creer en las creencias transmitidas, que deben ayunar, que no puede hacer lo que no debe hacer durante su embarazo, eso es el motivo que produce muerte, que no puede parir, que tienen problemas en el parto, que tienen dificultad para parir, que se tranca a veces y no pueden pujar, ¿por qué? Por lo que mencionó primero que por ejemplo que no debe comer, no debe dejarse, acostarse temprano, no debe amanecerse siempre tirada en el chinchorro
- y también puede producirse la muerte de las embarazadas por venganza de los brujos, y el otro brujo lo estaba soplando a la embarazada y espiritualmente se conocía el otro brujo que antes peleaban entre brujos mismos se tiraban, a veces familiares cualquiera, ellos tenían odio con tío, compañero, familiar del brujo, entonces discuten, entonces el brujo lo que hacía espiritualmente hacia vengar a ese, por parto, por nieto a ese por el que tiene problema, nieto o sobrino, así durante el embarazo fallecían algunos
- y otros fallecimientos que producen por motivos, la creencia no cree en nada, los jóvenes no creen, no tiene fe, lo que viene transmitido desde los abuelos, porque ellos tienen que ayunarse durante el embarazo, esposo y esposa así para prevenir el nacimiento del niño que viene, después que pare allí si hay que ayunar cuidando al que nació

6. CUIDADOS DE LA MUJER EMBARAZADA

ANCIANOS

- El ayuno es un reposo para uno, depende de la madre si todavía se siente enferma, con dolor sigue reposando, ayunando es un reposo.

Este es el único punto de las entrevistas en el cual se menciona la necesidad del reposo, aunque esté asociado al ayuno.

7. CONDICIONAMIENTOS CULTURALES

ANCIANOS

- (La mujer embarazada) sigue trabajando. Mejor para ellas, para que se rehabilite más, es bueno trabajar. Cuando ya está cerca el parto hace trabajos más sencillos.
- Está prohibido tener relaciones con una mujer recién parida, también cuando la mujer está en regla, para bien del hombre, para la mujer no, porque él es que sale de cacería y te pueden suceder accidentes durante la cacería y otras cosas.

MUJERES

- Primero respondió Carrasco, hay algunas mujeres que desde los dos meses comienza sangramiento. Entonces es una amenaza de aborto (intervención del enfermero), entonces no le deja trabajar bien. Buena y sana, una mujer que está sana embarazada, trabaja normalmente hasta que llega aproximadamente cerca del parto. Pero en el caso de las mujeres embarazadas que siempre sufre así, que no se salva, se aborta mas adelante, no se puede hacer mas nada. La otra decía (Martina) que en ese caso no se puede hacer mas nada porque deje un tiempito de reposo, pero después comienza a hacer algo de oficio y comienza a sangrar otra vez y por sale aborto.

8. EXCESO DE ESFUERZO FISICO DURANTE EL EMBARAZO

ANCIANOS

- (¿Cuándo ocurre un aborto?) Cuando se cae la mujer embarazada cargando yuca y otras cosas

A.M.S.

- Ella como que cumplió esta vez, no trabajó y se mejoró bastante, entonces como la gente tiene costumbre, ella me dijo que como se sentía bien, en buen estado de salud, no tenía hemorragia, no tenía dolor solamente la barriga, entonces ella pensaba que como se estaba aproximando para dar a luz entonces ella quería buscar yuca para rallar para tener durante su parto casabe hecho, ella pensaba así y sin decirme nada a mi se fue, cargó cuatro catumares de yuca, dicen que volvió y lo trajo en el bongo y volvió otra vez y en la tarde comenzó con hemorragia, ahí si es verdad que el niño se estaba muriendo...
- Yo le pregunté cuando todavía estaba conciente (y me dijo): “Yo trabajé ayer, cargué cuatro catumares de yuca, pensando en el futuro después del nacimiento del hijo que yo no puedo trabajar, y por eso quería aprovechar tener mi casabe ahí, para tenerlo seguro, yo creo que me pasó eso, por eso...”

9. ACTITUDES ANTE LA MUERTE

ANCIANOS

- así ya se espera nada mas, se sabe que va a morir, porque no hay salvación.
- Es un dolor grande para uno, después de la muerte se ayuna 5 días, dependiendo de la decisión de los brujos y los ancianos y el niño que deja la madre, se encarga la abuela o la tía o la familia que no tiene responsabilidad, si hay una mujer recién parida tratan de darle teta de esta señora, hasta que el niño tenga varios meses y trate de beber de la totuma se le da jugo de cambur.
- a mi se me murió un chamo mío y mi hermana y estoy ayunando y no puedo comer cochino y tiene que ser rezado, se debe esperar ya después de un año, y algunos que se pueden hacer y rezado, esas que no tienen mucho peligro

A.M.S.

- ...tenía dolores fuertes, entonces como es primeriza cuando iba naciendo el niño tuvo un rato trancado en el cuello, mas o menos ocho minutos, puejba y nada. Como tenemos costumbre de agarrar a la mujer por los brazos, abrazándola, sosteniéndola y levanté y dije a la comadrona espere el cuerpo del niño y yo me pongo a levantarla por detrás y así se apoya y le ayuda mas bien, y bueno cuando levatné el niño salió, cuando nació estba muerto, le dije a la comadrona que le limpiara la boca, le chupara la nariz y después le dimos respiración boca a boca y la comadrona está muy nerviosa porque está la costumbre que no se puede tocar a una persona fallecida, entonces tuve que quitarlo de las manos de la comadrona rápido, agarré gasa y lo limpié todo y el niño volteó los ojitos, le limpié la boquita y comencé a pasar respiración boca a boca, así como seis veces y le daba en el pechito para aumentar los latidos del corazón y lo hice como cinco veces y a la séptima y al final respondió.

10. ACTITUDES ANTE LA MEDICINA OCCIDENTAL AFINIDAD

A.M.S.

- (¿Las mujeres de Cacurí se controlan durante el embarazo?)
Si, las mujeres ye kuanas de aquí de Cacurí están acostumbradas venirse a controlarse.
- (¿Las mujeres parían solas o lo llamaban a ud cuando van a parir?)
Ahora están acostumbrados. Ahora la gente busca a las comadronas y las comadronas están concientes que cuando hay complicaciones me llaman.

DISTANCIAMIENTO

ANCIANOS

- Lo dejan en las manos del brujo, entre todos se ayudan
- Ellos dicen que cuando una mujer tiene fiebre, la mamá o los ancianos la llevan al brujo, para que la examine y el brujo busca el remedio, la medicina natural.
- Cuando tiene sangre de eso se encarga el brujo también.
- El enfermo consulta primero con los ancianos y los brujos y por último va al enfermero para referirlo. Si el brujo no lo puede hacer, queda en las manos de Antonio, igualmente las mujeres cuando paren cuando el niño nace él ve al niño

MUJERES

- La pregunta que respondieron, dicen que ahora la mujer embarazada, primero aplican la tecnología que ellos tienen, que han tenido por mucho tiempo, bajo su observación, lo ven y (dicen si) el embarazo tiene defecto, deformación o tiene problemas.

A.M.S.

- Después ella se retiró, no vino al ambulatorio y a lo mejor le daba pena porque ya pasó el día que tenía que presentarse en el ambulatorio entonces le daba pena a lo mejor, venir, ella creía que yo le iba a decir algo, porque no vino.

11. INADECUADA PRIORIZACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA

MUJERES.

- Entonces primero ellos tienen que observar, bajo su observación ellos ven que no pueden parir, entonces después ya que ven que no lo pueden solucionar le dicen al enfermero para que él evalúe, una vez que se evalúe el enfermero, si él no puede solucionar entonces para que puedan referir al centro, donde pueden observar también el médico, que si puede o no puede parir para que hagan cesárea, eso la gente está conciente ahora.

A.M.S.

- (...) cuando ya tenía sangramiento, pero demasiado, a mi me avisaron, eran como las cuatro de la tarde, vinieron unos familiares a decirme que ella tenía problemas: “tiene hemorragia fuerte, muy feo”, la hemorragia era oscura, coagulada, era muy hedionda.
- En estos días yo atendí un parto por aquí, yo estaba haciendo el censo, el ambulatorio estaba cerrado, cuando llegué a la casa para censar el papá de la señora me avisó: “mira la muchacha es primeriza, tiene dolores, ya va a nacer, hoy o mañana” Cuando terminé de censar yo fui a ver(...)
- Así atendimos con José (el otro AMS) una primeriza, antes de esa que le dije, otra. Quedó la cabecita no empujaba y se trancó ahí, con la cabecita fuera, se estaba ahorcando ahí y me llamaron como a las 8 de la noche, yo no me recuerdo bien lo que estaba haciendo, estaba muy ocupado, entonces le dije que buscaran a José para que vaya él, terminé lo que estaba haciendo, después que terminé me fui y me encuentro con José todavía en Churuata con la gente y le dije: Vamonos, no te han avisado? Si. Bueno entonces que esperas (...)

12. DIFICULTADES LOGISTICAS POR CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS

MUJERES

- Ellas respondieron, que si ella sospecha que no puede parir, los familiares tienen que dirigirse hasta el sabio, hacia el brujo, y si el brujo estaba a una distancia de tres o cuatro días ellos la llevaban hacia el brujo.
- (...) quince días después vinieron unos familiares (y diheron que) que el paciente seguía igual, que el paciente estaba mal estaba sangramiento y entonces una hermana menor de ella, que siempre trabaja en casa de familia en Puerto Ayacucho, entonces ella dijo que quería llevar sin referencia, sino por ellos mismos y al momento aterrizó un avión militar, el esposo me informó, me dijo: “Mira Antonio tu no sabes que la señora quiere llevar a la hermana de ella para Puerto Ayacucho” yo le dije que no sabía nada y que si tienen posibilidad pueden llevarla, entonces el esposo dijo, no porque yo espero que ustedes decidan, los enfermeros, pero así yo no puedo referir, quiero referirlo legalmente y entonces yo le dije que venga por aquí. Yo pensaba que se había mejorado, porque no había vuelto. La avioneta duró como treinta minutos aquí y se fue.

13. VIOLENCIA

ANCIANOS

- También maltrato físico de su esposo puede venir también el aborto.

MUJERES

- segunda parte el maltrato del esposo, algunas veces el esposo de alguien es muy celoso, muy peleón, machista y comienza a pisotear, a darle golpes a su mujer a maltratar, ese es el motivo, por eso las mujeres se enferman por maltrato de la embarazada

14. MEDICINA AUTOCTONA

PREVENTIVAS

ANCIANOS

- Cuando está en mala posición si hay solución, el brujo lo hace y la mamá misma cada vez que baña lo va enderezando.

TERAPEUTICAS

ANCIANOS

(¿Qué se hace con una mujer que tiene problemas de parto?)

- lo ponen en forma correcta si se puede.
- la otra forma es que si ve que es difícil que para la señora, (hay que) hacerle abortar, la madre decide abortar y es la única manera de salvar la madre.
- hay medicina natural una mata, puede ser tomado y rezado, dependiendo del resultado de la consulta de brujo ellos lo hacen, porque también se prohíbe hacerlo sin consultarlo al brujo.

- la ceniza del fuego se echa en un vaso y que se la tome para que salga la placenta, también hay medicina natural, hay un rezo también y el anciano sabe para que se salga la placenta, y cuando no hay nada de eso se hace lo de la ceniza del fuego.
- cuando la mujer tiene problemas y empieza a enfermarse ellos soplan una bebida para esterilizar más temprano debido a la enfermedad de la mujer. Cuando hay menopausia hay hemorragia entonces también se puede rezar para que no siga sangrado. Otra forma es la medicina natural.

MUJERES

- Otra mujer agrego que antiguamente, ye'kuanamente antes se trataba, personas que saben, el sabio que sabe rezar bebidas para que la tomen que quiere decir para que suspenda la hemorragia que está sufriendo durante el embarazo, así antes luchaba la gente ye'kuanamente, soplando eso, no todo el mundo sino los que saben desde generaciones, no todo el mundo sabe sino que alguien sabía mas y uno se dirige como familiares de la embarazada se habla con el sabio para que pueda hacer oración para que se cure, se suspenda la hemorragia.
- para que puedan arreglar espiritualmente soplando, eso es lo que antes se hacía, sino también hay oración que presentaban los mismo para que pueda facilitar el nacimiento, el parto.

15. DESTREZAS DEL PERSONAL DE SALUD PREVENTIVAS

- Cuando yo comencé a trabajar, yo le informaba con las madres de familia que ya que tenemos ambulatorio, que mi persona es auxiliar, hay que controlarse, todas las mujeres embarazadas deben venir al ambulatorio para no presentar problemas, a la hora de complicaciones puede haber una dificultad, en caso de emergencia, de aborto. En cambio habiendo control es más fácil hacer algo, que puede pasar una emergencia a ellas, esa es la información para las madres de familia, por eso las mujeres vienen acá al ambulatorio para controlarse.
- Cuando yo comencé antes no creían nada, pero yo hice todo lo posible: refuerzos con esas mujeres ye'kuanas, salía a visitar visitas prenatal, casa por casa, y a la vez yo le informaba con esas mujeres que yo no tengo tiempo visitar, pues ustedes personalmente pueden visitar ambulatorio, y entonces cada vez que se controla se recomienda que vuelva nuevamente dentro de dos meses, entonces las mujeres están acostumbrado a controlarse.
- Yo lo que hago siempre, como no se nota la pelotita, entonces yo lo que hago es solamente abrir el control y preguntar cada síntoma que presenta y darle unos consejos sanitarios, y esperar dentro de unos cuatro meses venga nuevamente a control. Entonces cuatro meses ya se toca la barriguita, la pelota que tiene allí y es necesario medir con cinta métrica y antes solamente se le anota el control, ya se sabe que pasó el segundo mes y se comprueba que está embarazada.
- Hay pacientes de alto riesgo cuando tienen dolores y apenitas hemorragias y yo siempre he recomendado que tengan dos semanas de reposo que no puede trabajar, no puede cargar el agua, no puede cargar catumare y debe estar bajo mi observación. Yo le digo vamos a observar durante dos semanas y dentro de dos semanas vuelve nuevamente a control a ver como sigue, si ella viene y le prestó así ese reposo ella nuevamente se controla, se le pregunta como se siente ahora y si se le pasó, si se siente mejor.
- Yo siempre he dicho que después de los ocho meses de embarazo puede pararse el trabajo, tú no puedes realizar trabajo, no puedes cargar catumare, en el caso de una señora embarazada, no puede llevar mucho peso, eso es lo que yo siempre he dicho.
- Si, siempre en cada control le damos ácido fólico y sulfato ferroso y ya ellas saben que deben tomar vitaminas para el crecimiento del niño y para tener fuerza para que no la agarre anemia.

CURATIVAS

- Si, a veces yo refiero cuando yo sospecho que el feto está podálica, cuando ya se acerca unos ocho meses se van controlando quincenalmente y yo siempre he dicho a la mujer embarazada a ver si puede enderezar para nacer y cuando yo veo que sigue 20 días en las misma posición, mala posición, el niño entonces tengo que referir.
- Yo solo me encargo de entregar a las comadronas, batas azules desechables para atender el parto y guantes, y entrego también bisturí para cortar cordón umbilical y también entrego los "clamp" y tres pedazos de gasas para limpiar, entonces las comadronas esperan, una vez que se está aproximando ese parto cuando viene la cabeza se ponen sus guantes.
- (...)tuve que quitarlo de las manos de la comadrona rápido, agarré gasa y lo limpié todo y el niño volteó los ojitos, le limpié la boquita y comencé a pasar respiración boca a boca así como 6 veces y le daba en el pechito para aumentar los latidos del corazón, y lo hice como 5 veces y a la séptima y al final respondió.
- Cuando llegamos la gente estaba cansada de decir que empuje, empuje y nada, hicimos lo mismo, yo le dije a José, tu te pones los guantes y esperas al bebe yo me pongo a levantarla y la ayudé, dos veces nada mas la levanté y salió y el bebe estaba bien. Así se han muerto muchas, algunas, primerizas que no empujan. Por eso yo le he dicho a las comadronas que antes de la dilatación no deben ordenar que empujen porque la madre se cansa y cuando la cabecita se toca, que ya casi está saliendo, ahí sí usted tiene que decirle empuje, porque si está todavía por detrás del cuello uterino uno no puede decir que empuje porque está lejos todavía, entonces la mamá se cansa y cuando se aproxima ya está cansadita.

16. FALLAS DEL PERSONAL DE SALUD PREVENTIVAS

- (¿Qué es el control pre-natal?) El control prenatal que yo siempre he controlado una mujer embarazada, (con) el fin que esa mujer se lleve a cabo todo el control, y para mí controlarse a ver si el niño está creciendo bien.
- Una vez estuvimos controlando con un médico, un doctor, que estaba aquí, entonces me recomendó que estaba en mala posición el niño, me dijo que esperara ocho meses y si sigue lo mismo hay que referir, y el mismo médico me hizo referencia, me dejó esa referencia. Seguí controlando cada quince días y el niño siguió así y esperé hasta veinte días antes de la fecha probable de parto y siguió lo mismo y tuve que referir pero al llegar al hospital el niño se enderezó, se encajó y quedó en posición, se dio vuelta, así me dijeron los médicos, no estaba podálica.

CURATIVAS

- La paciente vino con poco sangramiento y dolores entonces yo le dije que no se puede dar tratamiento sino que yo le recomendé sulfato ferroso y quince días de reposo, tuve que avisar con la doctora *****, y la doctora me dijo que sí estaba bien las recomendaciones de reposo en esa paciente
- La señora vino y me dijo que cada tres días le viene hemorragia poquito pero no mucho, entonces volví a recomendar unos quince días mas de reposo, de acuerdo con las instrucciones que me dio la doctora *****, que no cargara peso.
- Entonces esperé, ahí estaban dos comadronas por si acaso, acompañando al paciente, yo me vine al ambulatorio. Si el niño nace, ustedes verán, porque si sigue con el sangramiento así vamos a referirla mañana, esté seguro que vamos a avisar mañana para referirla mañana mismo para Ayacucho.
- Como ya era tarde, como a las 9 de la noche comenzó a salir el niño con los piecitos, y las comadronas me mandaron a avisar nuevamente. Miré el niño, está naciendo por los piecitos, no puede salir, yo fui y cuando llegué tenía los piecitos afuera entonces me puse guantes y volví a meter los piecitos, les dije que no metieran mas la mano, que dejaran como está, a ver si puede dar vuelta, las comadronas trataron de enderezar, tocaban la barriga para que diera vuelta, pero que va, y como tenía dolores fuertes, ella trató de empujar y cuando empujó volvió a salir nuevamente los pies, bueno, no podíamos hacer nada, que se va a hacer.

17. CONTROL DE LA FECUNDIDAD Y CREENCIAS SOBRE LA FECUNDIDAD

ANCIANOS

Para espaciar los embarazos:

- Ellos responden que se deben hacer cantos, oraciones, para que no salga embarazada enseguida.
- También depende de su esposo que la quiere cuidar, también se hace (que se) abandona a la mujer por un tiempo, sale a otras comunidades o a hacer trabajos en otras partes, esas tres cosas es para conservar la mujer.
- (¿cuántos hijos quisiera tener la mujer ye'kuana?)
La respuesta es hasta que la mujer no pueda tener más hijos. Ahora en este momento no, hay algunos que tienen quince o dieciocho o tienen dos mujeres, depende de cada quien.
- Aquí no se piensa como el caraqueño, los caraqueños usan píldoras para que no nazcan tantos hijos, aquí no. En Caracas piensan que tienen que pagar escolaridad, hay que pagar de todo, aquí no, aquí es hasta que la mamá siga pariendo normal. Si se enferma se esterilizan soplaó y dejan de tener relaciones por un año y se esterilizan temprano.

MARIETA

1. CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO

1.1. DIAGNOSTICO

Mujeres:

- Ellas se sienten flojas cuando salen embarazadas, les da flojera. Les da mucho sueño, sin fuerza, sienten malestar, se sienten mareadas y ya piensan que están embarazadas
- Cuando se tocan la barriga y se sienten algo duro saben, que están embarazadas.
- Ella dice que ella come todo normal, menos mañoco que le da ganas de vomitar y por eso ella deja de comer mañoco. El resto sigue igual.
- A esta otra mujer le gusta mucho el rayao cuando están embarazadas.
- Ella dice que se toca la barriga se siente algo duro, ella acude al ambulatorio, mientras tanto no, porque ella piensa que puede ser embuste, por eso ella no va hasta que se siente algo duro en la barriga
- Esta otra mujer dice que a los dos meses no van al ambulatorio hay oportunidad de que le vuelva a llegar la menstruación, a veces a ellas les ha sucedido, por esa razón esperan dos meses para acudir al ambulatorio.
-

1.2 PATOLOGICO

Mujeres

- Aquí ha sucedido. (Señala dos mujeres que abortaron). Hay otra mujer que los abortos siempre han sucedido cuando se cambia la fecha de la menstruación, que no es la fecha que ellas tenían sino otra fecha

2. CREENCIAS SOBRE EL EMBARAZO

3. COSTUMBRES DURANTE EL EMBARAZO

Mujeres

- Ellas van al ambulatorio. A veces me mandan a llamar a su casa y lo atendemos en su casa, o a veces alguna viejita familia de ella la ayuda.

4. CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Mujeres

- Ellas no tienen idea de porque suceden los abortos, hay una que dice que será porque tengo ganas de hacer relaciones.
- Ellas dicen que si, que después del embarazo ellas sienten miedo que se puede perjudicar el niño, por eso ellas dejan de hacer relaciones.

5. CUIDADOS DE LA MUJER EMBARAZADA

6. CONDICIONAMIENTOS CULTURALES

7. ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Mujeres

- Si aquí se murió su hermana con mucha hemorragia. El papá del niño se lo llevó para otro lado y lo dejó morir en las manos de otra señora.

8. ACTITUDES ANTE LA MEDICINA OCCIDENTAL

8.1 AFINIDAD

8.1.1 Preventivas

Mujeres

- Si todas las pacientes embarazadas vienen en control prenatal.

AMS

- ¿Las mujeres embarazadas se toman las vitaminas indicadas durante el embarazo? Si ellas se las toman.

8.1.2 Curativas

Mujeres

- Los que presentan problemas acuden inmediatamente al ambulatorio, para ver que está pasando en ese embarazo, ellas no cuentan a mas nadie ellas se quedan calladas y van al ambulatorio, cuando tienen dolor o sangramiento vaginal, porque ellas ya saben que eso no es normal.
- Siempre son atendidos por el AMS y cuando hay complicaciones lo llaman mas rápido.
- Ellas dicen que ya no utilizan al shaman, ellas no acuden al shaman, ellas acuden al ambulatorio directo para allá. Hay algunos parientes puros que todavía acuden al shaman pero aquí no. Ellas saben que el shaman no va a favorecer en nada el parto.

8.2 DISTANCIAMIENTO

9 INADECUADA PRIORIZACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA

AMS

- La paciente murió porque tenía 24 horas pariendo y el niño pegado en el cordón y a mi no me habían participado, cuando sabía que no podía mas me avisaron en la noche, entonces en la madrugada le corté el cordón umbilical, para pedir avión,

10 VIOLENCIA

11 EXCESO DE ESFUERZO FISICO DURANTE EL EMBARAZO

Mujeres

- El trabajo lo hacen porque lo necesitan, siguen buscando leña y agua, hacen el esfuerzo porque lo necesitan.
- Ellas no se cuidan, si por ejemplo ella parió anoche hoy la ves cargando agua, se está bañando en el río, lavando ropa, lavan al niño en el río.
- Ella está diciendo que ella tuvo un niño de pies, ella se sintió dolor y pensó que el bebe venía mal. Ella pensó que será porque yo estoy trabajando mucho.

12 MEDICINA AUTOCTONA

12.1 PREVENTIVAS

12.2 TERAPEUTICAS

13 COSTUMBRES DEL PUERPERIO

14 DIFICULTADES LOGISTICAS POR CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS

AMS

- Dependiendo del caso que sea, si lo pueden resolver en Manapiare, lo mando para Manapiare y la cosa no la pueden manejar en Manapiare lo mando directamente, pero siempre y cuando bajo la orden del médico coordinador.
- el niño salió pero la placenta se quedó adentro y ella siguió sangrando y sangrando y yo la mantenía con solución puesta, yo llamé al avión, vino pero por mal suerte no pudo aterrizar, entonces tuvieron que ir a Manapiare a cambiar otro avión, pero cuando llegó aquí ya la señora se había muerto. Si ella me hubiese avisado desde temprano yo la traslado temprano. Eso fue hace como 3 o 5 años.

15 CREENCIAS SOBRE LA FECUNDIDAD

16 DESTREZAS DEL PERSONAL DE SALUD

16.1 Preventivas

Mujeres

- Ahora ellas tienen conocimiento que después del parto ellas tienen que guardar un cierto tiempo de reposo, entonces ella dicen que hasta ahora es que nos estamos dando cuenta que tenemos que guardar reposo. Ya ellas más o menos se cuidan un poquito tiempo, no es como antes que ellas se zumbaban como les da la gana, ya a través de la salud, el enfermero les explica como deben mantenerse después del parto, ya por lo menos se están guiando por ese lado.

AMS

- El control prenatal para mí sirve para ver los antecedentes de las embarazadas y a ver si la señora sufre de la tensión, etc.
- Yo le abro una historia, lleno lo que me pide los datos de la historia, el peso, talla, si es de más de cinco meses le oigo fono fetal, le mido altura uterina, la examino como está su condición general, si ella se ha sentido bien en el embarazo, si ha tenido algún problema anteriormente.
- Un embarazo de alto riesgo uno observa si tiene alguna hinchazón, o la tensión arterial sea alta o baja, o se está presentando sangramiento por sus partes y dolor.

16.2 Curativas

17 FALLAS DEL PERSONAL DE SALUD

18 COSTUMBRES DURANTE EL PARTO

19 CONTROL DE LA FECUNDIDAD

Mujeres:

- Por lo menos ella, su hijo tiene dos años y todavía no está embarazada, porque le da flojera y espera que el niño crezca para tener, porque le da flojera. Ella puede estar acostada con su marido, pero se respeta.
- Ellas no han pensado hasta cuando voy a tener hijos.