

**LA MUJER INDÍGENA DE CUATRO PAISES SUR AMERICANOS Y DOS CENTRO
AMERICANOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD UNA REVISION ENTRE 2010 Y 2020**

Presentado Por:

Valentina Saenz Repizo

Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A.

Facultad De Ciencias De La Salud

Programa De Enfermería

Bogotá D.C – Colombia

2021-2

**LA MUJER INDÍGENA DE CUATRO PAISES SUR AMERICANOS Y DOS CENTRO
AMERICANOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD UNA REVISION ENTRE 2010 Y 2020**

Presentado Por:

Valentina Saenz Repizo

Tutora

Vilma Cenit Fandiño Osorio

Magister en enfermería con énfasis en materno perinatal

Especialista en gerencia educativa

Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A.

Facultad De Ciencias De La Salud

Programa De Enfermería

Bogotá D.C – Colombia

2021-2

RESUMEN

La visión occidental sobre las salud sexual y reproductiva tiende a lanzar criterios de exclusión acerca de las practicas ancestrales indígenas, por tal motivo la diferencia entre lo occidental y la medicina tradicional crea una brecha entre los profesiones de salud y los integrantes de las diferentes comunidades, los pueblos indígenas integran precisamente los colectivos más desfavorecidos, como resultado de complejos procesos sociales e históricos que se iniciaron hace más de 500 años, y que fueron estableciendo prácticas discriminatorias persistentes hasta el presente e implicaron un despojo sistemático de sus territorios, con graves consecuencias para su bienestar. **Objetivo:** Analizar el papel que ejerce la mujer indígena de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos en su comunidad en torno a la sexualidad a partir de la revisión de la literatura. **Metodología:** El presente trabajo es de tipo monografía, es un texto académico producto de una investigación documental, que se utiliza en el ámbito educativo con la finalidad de dar cuenta sobre el estado de conocimiento de una temática específica. Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como lo fueron: Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2021 utilizando palabras clave y ecuaciones de búsqueda: sexualidad and indígenas, indígenas and practicas and planificación. **Resultados:** Las etnias, comunidades o pueblos indígenas que se identificaron durante esta revisión fueron de países principalmente Latinoamérica como lo son: Colombia, México, Guatemala, Chile, Venezuela, y Ecuador. Esta revisión se realizó por medio de la búsqueda en diferentes bases de datos como Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo aplicando ecuaciones de búsqueda, atendiendo a las 2 categorías principales: A practicas frente a la salud sexual , y rol como mujer que a su vez se desprenden las sub categorías correspondientes a cada una.

Conclusiones: Se pudo detallar al realizar el cuadro comparativo de las comunidades respectivas a los países que se eligieron que cada una de sus acciones tienen origen en las costumbres con las que fueron educadas las mujeres que pertenecen a las comunidades indígenas, sus funciones dentro de la familia y la correspondencia con su pareja, así como también el canon que ya cada una de estas comunidades, en diferentes partes de América, tienen establecidos.

Palabras clave: sexualidad, mujer, indígena, comunidad, Latinoamérica

ABSTRACT

The Western vision on sexual and reproductive health tends to launch criteria of exclusion of indigenous ancestral practices, for this reason the difference between Western and traditional medicine creates a gap between the health professions and the members of the different communities, the Indigenous peoples comprise precisely the most disadvantaged groups, as a result of complex social and historical processes that began more than 500 years ago, and which have been establishing persistent discriminatory practices up to the present and implied a systematic dispossession of their territories, with serious consequences for their wellness. **Objective:** To analyze the role of indigenous women from four South American countries and two Central American countries in their community regarding sexuality based on the literature review. **Methodology:** This work is monograph type, it is an academic text product of a documentary research, which is used in the educational field in order to report on the state of knowledge of a specific subject. A search was carried out in different databases such as: Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo, during the months of January, February and March 2021 using keywords and search equations: sexuality and indigenous, indigenous and practices and planning. **Results:** The ethnic groups, communities or indigenous peoples that were identified during this review were from mainly Latin American countries such as: Colombia, Mexico, Guatemala, Chile, Venezuela and Ecuador. This review was carried out through a search in different databases such as Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo applying search equations, attending to the 2 main categories: A practices compared to sexual health, and role as a woman that a in turn, the sub categories corresponding to each one are derived. **Conclusions:** It was possible to detail when making the comparative table of the respective communities to the countries that were chosen that each of their actions originated in the customs with which the women belonging to indigenous

communities were educated, their functions within the family and correspondence with your partner, as well as the canon that each of these communities, in different parts of America, has established.

Keywords: sexuality, woman, indigenous, community, Latin America

CONTENIDO

RESUMEN

- 1. INTRODUCCIÓN.....7**
- 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....9**
- 3. JUSTIFICACION.....11**
 - 3.1 OBJETIVO GENERAL.....12**
 - 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....12**
- 4. MARCO REFERENCIAL.....13**
 - 4.1 MARCO CONCEPTUAL.....13**
 - 4.2 MARCO LEGAL.....15**
 - 4.3 MARCO TEORICO.....18**
 - 4.3.1 Situación Socioeconómica De Población Indígena En Latinoamérica...18**
 - 4.3.2 Salud Sexual Y Sexualidad.....19**
 - 4.3.3 Manejo De Anticoncepción.....20**
 - 4.3.4 Enfermedades De Trasmisión Sexual21**
 - 4.3.5 Cobertura Y Acceso De Los Servicios De Salud.....22**
 - 4.3.6 Enfermería Transcultural Madeleine Leininger.....22**
- 5. MATERIALES Y MÉTODOS.....25**
- 6. RESULTADOS.....28**
 - 6.1 Sexualidad.....36**
 - 6.1.1 Métodos De Planificación Familiar..... 37**
 - 6.1.1.1 Acceso A Métodos De Planificación Familiar39**
 - 6.1.2 Información En Salud Sexual 42**

6.1.3 Enfermedades De Trasmisión Sexual En Comunidades Indígenas.....	43
6.2 Rol Como Mujer	50
6.2.1 Relación De Pareja.....	53
7. DISCUSIÓN.....	61
8. CONCLUSIONES.....	62
9. ANEXOS	
9.1 Tabla 1. Ecuaciones De Búsqueda.....	28
9.2 Tabla.2 Artículos Seleccionados	29
9.3 Figura 1. Categorías Emergentes	36
9.4 Table 3: Cuadro Explicativo Del Rol De La Mujer Indigena.....	53
Bibliografía	

1. Introducción

Los diferentes temas que se desprenden a partir del concepto de sexualidad son diversos y además multiculturales, por lo tanto es imposible encasillarlos en una sola palabra , “la cultura se impone en la medida en que se desarrollan los individuos, y en la medida que los grupos, crean conjuntos de significados, mandatos, normas y prohibiciones que, por una parte, organizan la sexualidad y, por otra crean las condiciones existentes y las diferencias entre los grupos sexuales”(Huertas, 2020), dentro de las comunidades indígenas cada generación es el resultado de la anterior.

Los pueblos indígenas desde su carácter étnico, se caracterizan por tener un estilo de vida propio, como reflejo de su propia identidad cultural; uno de esos constructos hace referencia a la educación propia, la cual busca mantener la unidad, la relación con la naturaleza, con el territorio, con otras culturas y con la sociedad mayoritaria, conservando y respetando cada una sus usos y costumbres (Zedadra et al., 2019).

La situación de salud sexual y reproductiva se hace crítica en las poblaciones indígenas de América latina y el caribe, donde el déficit social y económico de estas comunidades y las brechas de desigualdad, se deben a razones estructurales vinculadas con la herencia cultural y la discriminación racial en la región, creando una barrera social que hace que se conozca pocos aspectos, algunos vinculados a los jóvenes indígenas y sus necesidades (Salazar Torres, 2017), para los pueblos indígenas, las prácticas en sexualidad, resultan ser algo sagrado, pero a su vez normal y necesario, hace parte del cumplimiento y ordenamiento que marca la ley de origen de cada pueblo, de acuerdo con su manera de interpretar la vida.

Dado lo anterior, la siguiente revisión de tema, tiene su importancia en no solo realizar un acercamiento a las comunidades indígenas en temas de sexualidad y rol específico de las mujeres dentro de cada una de estas de países como Colombia, México, Guatemala, Chile, Venezuela, Brasil, Panamá y Ecuador, sino que pretende que esta sirva de base para futuras investigaciones que ayuden a resolver las problemáticas en salud sexual y reproductivas de hombres y mujeres indígenas, entendiendo así sus costumbres, sin crear juicios de valor, o agrupándolas como un todo, respetando su valor histórico y social y de esta manera lograr crear intervenciones adecuadas que no se queden solo en un escrito.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pueblos indígenas desde su carácter étnico se caracterizan por tener un estilo de vida propio, como reflejo de su propia identidad cultural; uno de esos constructos hace referencia a la educación propia, la cual busca mantener la unidad, la relación con la naturaleza, con el territorio, con otras culturas y con la sociedad mayoritaria, conservando y respetando cada una sus usos y costumbres (Zedadra et al., 2019).

La población indígena representa entre el 8% y el 15% de la población en América Latina y el Caribe más allá de esto el problema radica en las diversas desigualdades que estos sufren día a día, siendo tratados como minorías, caracterizados estructuralmente por la pobreza, la marginalidad y la exclusión (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Las normas y costumbres de constructos sociales que rigen los pueblos indígenas latinoamericanos influyen directamente sobre la construcción de las prácticas sexuales y reproductivas, además de la posible restricción de información en la población joven, la

desigualdad del papel de la mujer en torno a las decisiones sobre su salud propiamente sexual, la limitación económica, los niveles educativos, además de la notoria desigualdad de género frente a sus parejas, sin dejar de un lado el pensamiento machista que aún tiene un papel destacado dentro de las comunidades, la costumbre de promiscuidad, generando un mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual creando un círculo de contagio y un inicio de vida sexual temprano, la falta de conocimiento en cuanto a métodos de planificación aumentando así riesgo de embarazos adolescentes.

A partir de la conferencia del Cairo realizada en el año 2000 los gobiernos cambiaron sus políticas enfocadas al control poblacional en planificación familiar hacia el reconocimiento de los derechos y necesidades de los individuos. Se propuso que para el año 2015 debía existir acceso universal a servicios de salud reproductiva, desde entonces los países de primer mundo han dado prioridad a estos asuntos (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

La visión occidental sobre las salud sexual y reproductiva tiende a lanzar criterios de exclusión acerca de las practicas ancestrales indígenas, por tal motivo la diferencia entre lo occidental y la medicina tradicional crea una brecha entre los profesiones de salud y los integrantes de las diferentes comunidades, los pueblos indígenas integran precisamente los colectivos más desfavorecidos, como resultado de complejos procesos sociales e históricos que se iniciaron hace más de 500 años, y que fueron estableciendo prácticas discriminatorias persistentes hasta el presente e implicaron un despojo sistemático de sus territorios, con graves consecuencias para su bienestar (Del Popolo, F., Jaspers, D., & CEPAL, 2014) . Por esto el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de entender y no imponer las practicas que aparentemente son las correctas a sus ojos, sino por el contrario poder contribuir a la construcción de un conocimiento

que sea de doble vía en cuanto a la visión de salud sexual y sexualidad de los pueblos indígenas y de esta manera resaltar la importancia del contexto en los que estos viven.

Considerando lo anterior la pregunta problema a resolver ¿cuál es el papel de la mujer indígena latinoamericana en torno a la sexualidad dentro de sus comunidades que se describe en la literatura publicada entre el año 2010 y 2020 ?

3. Justificación

“Las comunidades indígenas presentan grandes problemáticas entorno a los determinantes sociales, resultando de ello la pobreza, analfabetismo, desnutrición y su situación de salud donde se ha evidenciado una existente desigualdad al acceso de los servicios de salud, incrementando su vulnerabilidad y el desarrollo de enfermedades potencialmente mortales para este grupo poblacional. Estas inequidades y brechas de desigualdad se originan en las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades que determinan las condiciones de vida y de trabajo de las personas. Se ha documentado que el lugar de residencia de las comunidades étnicas se ubica en zonas rurales o periféricas de las ciudades, de difícil acceso y oferta de servicios de salud limitada”(Puello A et al., 2016).

Por lo anterior se limita el acceso a servicios de salud sexual y no se contribuye a garantizar el servicio de los mismos, eso se evidencia en el marco normativo (Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas), todos estos servicios deben brindar cobertura a las poblaciones indígenas en su totalidad.

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica la cual tiene importancia en reconocer el papel que ejerce la mujer indígena sobre la sexualidad y la salud sexual dentro de las comunidades, debido a esto los pueblos todavía presentan grandes brechas de inequidades, que con lleva a una marginación y discriminación por sus costumbres, siendo importante reconocer e identificar dichas prácticas y comportamientos de los grupos indígenas para brindar una atención holística e intercultural desde enfermería en los diferentes niveles de atención.

3.1 OBJETIVO

- Analizar el papel que ejerce la mujer indígena de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos en su comunidad en torno a la sexualidad a partir de la revisión de la literatura

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los aspectos relacionados con la salud sexual en comunidades indígenas de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos.
- Comparar el papel de la mujer indígena en comunidades de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos en torno a la sexualidad.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

INDÍGENA: Intuitivamente, todos parecen saber quiénes son los indígenas: son grupos sociales con características claramente distinguibles de la cultura occidental-globa l(Moro, 2007).

Según Stavenhagen (1992), el concepto “indígena” tiene un claro origen colonial, pues “son indígenas los descendientes de los pueblos que ocupaban un territorio dado cuando éste fue invadido, conquistado o colonizado” (Stavenhagen, 1992, pág. 88).

COMUNIDAD: Las definiciones de comunidad más actuales hacen énfasis en dos elementos claves: los estructurales y los funcionales, aunque hay otro grupo que combina ambos tipos. Los elementos estructurales se refieren a la consideración de la comunidad como un grupo geográficamente localizado regido por organizaciones o instituciones de carácter político, social y económico (Causse, 2019)

ETNIA: El concepto etnia puede ser considerado de manera general como sinónimo de pueblo. Los términos de pueblo y etnia tienen una relación estrecha, sobre todo la de una nación, esta última entendida según Luis Villoro, es una sociedad que comparte una cultura e historia comunes, una conciencia de pertenencia y un proyecto común, independientemente que las características individuales o de grupos sean distintas. Históricamente la palabra “etnia” significa “gentil² proveniente del adjetivo “étnicos”(xochitl leyva solano, 2019)

PUEBLO: los pueblos pueden ser las naciones-sociedades con una cultura e identidad propia, un proyecto histórico y una relación con un territorio, pero también en términos vagos pueden aplicarse a una etnia, tribu, nacionalidad o estado. Es necesario aclarar la diferencia entre etnia y pueblo. No todas las etnias responden a una voluntad colectiva de continuidad en el espacio y en el tiempo, muchas constituyen una comunidad estable, cuentan con las condiciones para decidir

por sí mismas, otras se encuentran dispersas en una sociedad, mezcladas con individuos y grupos de otras procedencias, no conservan la conciencia ni la voluntad colectiva determinada, otras carecen de instituciones sociales y políticas propias (Wade, 2008).

ROL: El papel (rol) es un patrón de conducta esperado de una persona al desarrollar actividades relacionadas con otros. El papel (rol) refleja la posición de una persona en el sistema social, con todos sus derechos y obligaciones, su poder y su responsabilidad. Con el objeto de estar en la posibilidad de interactuar entre sí, las personas necesitan anticipar de alguna manera el comportamiento. El papel (rol) desempeña esta función en el sistema social; un solo individuo desempeña el papel de trabajar, el papel familiar del padre, el papel social del presidente e del club y muchos otros papeles o roles más (Aleman, 1997).

MUJER: Las distintas formas de ser mujer en el mundo indígena están conformadas por las construcciones particulares de género de los pueblos a los que pertenecen, por las diversas realidades sociales o territoriales de uno de ellos, así como por las adecuaciones en relación con la sociedad dominante. Por eso, las mujeres indígenas no constituyen un grupo homogéneo, sino que presentan una gran diversidad de situaciones, necesidades y demandas (Celentani et al., 2014).

SALUD REPRODUCTIVA: "Estado general de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedades, dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (Aleman, 1997).

SEXUALIDAD: Cuando se habla de sexualidad hay que adentrarse en las relaciones interpersonales, en los sentimientos más íntimos de unos y otras y ver sus efectos en el desarrollo y autodesarrollo del ser humano. Es una realidad de por sí valiosa por el hecho de pertenecer a la intimidad de lo humano, pero que influye en la calidad de vida de ambos sexos, de la familia (Ministerio de Cultura, s/a) (Cameron et al., 1996).

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es un término que nos induce a pensar en una estrategia que puede ayudar a las familias a tener conductas reproductivas adecuadas para que puedan conseguir sus objetivos de desarrollo saludable en la mejor forma. Es una estrategia que va mucho más allá de la familia, es un concepto que está íntimamente ligado al desarrollo de las naciones (Gutiérrez, 2013).

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS): Son un conjunto de enfermedades producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por vía sexual. Es decir, son transmitidas de una persona a otra, durante las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales). Afectan tanto a hombres como a mujeres y pueden ser transmitidas a los recién nacidos, por transmisión vertical. Si la persona no recibe tratamiento adecuado y oportuno, las ETS pueden producir complicaciones y secuelas graves, incluso comprometer diversos sistemas del organismo. La presencia de lesiones y secreciones en piel y mucosas, de algunas de estas enfermedades, aumentan en la persona las posibilidades de adquirir y transmitir el virus del SIDA (VIH) por vía sexual. Una persona que tiene una enfermedad de transmisión sexual puede ser parte de una cadena de transmisión sin desearlo y sin saberlo (Ministerio de Salud Pública de Chile., 2010).

4.2 MARCO LEGAL

- **DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas el 13 de septiembre de 2007 por 144 votos a favor, 11 abstenciones y 4 votos en contra (los de Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América y Nueva Zelandia). Desde entonces, varios Estados han modificado su posición, entre ellos los 4 que, pese a haber votado en contra, se han sumado a la Declaración (Del Popolo, F., Jaspers, D., & CEPAL, 2014).
- **ENTIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES:** La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) presta apoyo a las mujeres indígenas de distintas maneras, en particular promoviendo su participación en la adopción de decisiones (Del Popolo, F., Jaspers, D., & CEPAL, 2014).
- **DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:** La Asamblea General, Guiada por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y la buena fe en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados de conformidad con la Carta, Afirmando que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconociendo al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales, firmando también que todos los pueblos contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas, que constituyen el patrimonio común de la humanidad, Afirmando además que todas las doctrinas, políticas y prácticas basadas en la superioridad

de determinados pueblos o personas o que la propugnan aduciendo razones de origen nacional o diferencias raciales, religiosas, étnicas o culturales son racistas, científicamente falsas, jurídicamente inválidas, moralmente condenables y socialmente injustas (Ind, 2017).

- **DECRETO 1811 DE 1990:** Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas”. Se basa en el principio fundamental de la Constitución Política de Colombia de 1991, donde se expone que “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” (artículo 7). Así mismo en el artículo 68 de la Constitución, el cual dispone que “Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural” (diario oficial, 1990).
- **POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA :** La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006. Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual (Ministerio de Salud, 2018)
- **PROGRAMA SECTORIAL DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024 MEXICO:** Las estrategias propuestas como parte de este

objetivo contemplan el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria y epidemiológica y su respectiva regulación, además involucran la perspectiva de salud ambiental y la promoción de vida saludable y finalmente, incluyen la salud sexual y reproductiva y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Considerando que los problemas de salud a los que se enfoca este objetivo adoptan en términos ideales un sentido de prevención y no sólo de control, resalta la importancia del entorno como un componente clave en el que es factible inhibir los factores de riesgo de la salud, pero que a su vez implica la coordinación transversal, como es el caso de la seguridad alimentaria y su respectiva incidencia en la salud de la población .

- **POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA 2018**

CHILE: La formulación de esta Política en Salud Sexual y Salud Reproductiva, ha sido un proceso de construcción colectiva. En el año 2012, se planteó una actualización del Programa de Salud de la Mujer y se convocó a diversos referentes. Ante el compromiso de Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, el trabajo comenzó un proceso de complementariedad, ante la necesidad de avanzar en acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para todas las personas.(Bucheli et al., 2018)

- **POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS**

Y ADOLESCENTES Ecuador 2018 – 2025: El Plan Nacional de Desarrollo, “Plan Toda una Vida” 2017-2021, define que el Estado debe asegurar los medios para el ejercicio del derecho de la población a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su salud sexual y salud reproductiva, considerando el contexto geográfico, social y cultural, para lograr una vida digna y libre de violencia para todas las personas, en especial para las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, incluyendo la promoción de un

desarrollo inclusivo que empodere a las personas durante todo el ciclo de vida (Bucheli et al., 2018)

- **NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA VENEZUELA:** Documento técnico administrativo y los procedimientos para el desarrollo de la misma. Se formularon con enfoque de género y construcción de ciudadanía para el reconocimiento, la garantía, protección y promoción del ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2003) del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ha avanzado en la construcción del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva. En la primera edición fue presentado en tres tomos: Tomo I. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva. Tomo II. Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva. Tomo III. Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

4.3 MARCO TEÓRICO

4.3.1 SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LATINOAMÉRICA

La población de indígenas representa entre el 8% y el 15 % de la población de América y el Caribe el nivel o estatus socioeconómico según Gottfried 1985 y Hauser 1994 incluye tres aspectos básicos : los ingresos económicos, el nivel educativo y la ocupación de los padres (Vera &

Vera, 2013), De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la pobreza y la etnicidad o pertenencia a un pueblo indígena están directamente relacionados, Los porcentajes de población económicamente activa son menores que en comparación a las no indígenas.(Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017); No tener acceso a servicios de salud representa un factor de riesgo para la salud, situación en la que se encuentra el 42% de las mujeres indígenas en edad reproductiva, el nivel socioeconómico se basa en la integración de distintos rasgos de las personas y de su cultura, se le puede definir como la posición de un individuo o un hogar dentro de una estructura social.

Perú es el país que más población indígena tiene, con aproximadamente 8.5 millones, le siguen, México (7.6 millones), Bolivia (5 millones) y Guatemala (4.4 millones), los países que tienen entre 1 millón y 500 n y indígenas son genas son Ecuador, Brasil, Chile, , Colombia, Venezuela, los que tienen menos de 500 mil son Honduras, Panamá, Paraguay, Costa Rica, El Salvador, Argentina, Nicaragua y Uruguay (Popolo et al., 2006).

Se ha evidenciado que existe una fuerte asociación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud, permitiendo categorizar a las familias en: alto, medio y bajo. Además se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física (Vera & Vera, 2013).

El analfabetismo de las mujeres indígenas de Guatemala es del 53.4% comparado con el analfabetismo urbano de 14% . En las poblaciones indígenas de México el grado de instrucción de las mujeres indígenas es muy bajo, existe un mayor porcentaje de mujeres en unión libre en las indígenas (66%) que en las no indígenas (56%). Los porcentajes de población económicamente activa son menores que en comparación a las no indígenas. No tener acceso a servicios de salud representa un factor de riesgo para la salud, situación en la que se encuentra el 42% de las mujeres indígenas en edad reproductiva (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Comentado [CAVA1]: Debe dejarse un espacio entre la última palabra del párrafo y el paréntesis. Hacer este cambio en todo el documento.

4. 3. 2 SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

El nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva (ser) refleja de manera sinérgica algunos de los principales indicadores del nivel de desarrollo de un país; por ejemplo, el nivel educativo de la población, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, pobreza y marginación, u otros factores que sitúan a ciertos grupos en condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, como los grupos indígenas, las enraizadas inequidades de género, o las propias características de la edad como la juventud o la vejez, que condicionan de forma directa el acceso a los servicios (Fernández, 2019).

Por tanto “la atención en salud sexual debe brindarse de acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, es decir, “respetando y garantizando el ejercicio de aquellas libertades y derechos, aunque el acceso a los servicios de salud reproductiva contribuye a garantizar los mismos en Latinoamérica y el Caribe existen inequidades en la utilización de estos servicios en los grupos de menor nivel socioeconómico y educativo (Ortiz Segarra et al., 2016).

Por otra parte un evento que marca la vida de las mujeres es el inicio de la vida sexual y reproductiva y la edad de nacimiento de su primer hijo que representan el resultado de un proceso

social y de eventos que tienen implicaciones en la vida futura que obligan a las mujeres aceptar nuevos roles como lo son , el de madre, cuidadora, y en algunas culturas cabeza de hogar (Chanes, 2015).

Es importante que los adolescentes conozcan su identidad como sujetos, así mismo sus semejanzas y diferencias de sus cuerpos, es preciso recalcar que las necesidades de los adolescentes no están solo en el área del conocimiento, sino en la esfera de los comportamientos, dados por la escasa percepción del riesgo, la inadecuada disposición a cumplir con medidas preventivas como el uso del condón e ineficacia para exigir protección (Calvillo Paz & Rodríguez Cabrera, 2014).

En un estudio realizado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú 2012, tomando en cuenta mujeres casadas y mujeres unidas, se obtuvo que la edad mediana a la primera unión fue de 21,6 años. En un estudio realizado a las mujeres indígenas U-wa en Boyacá Colombia se observa que el 46,6% de las mujeres tienen la primera unión entre los 12 y 15 años con una edad promedio de 16,4 años, es decir tempranas(Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

4.3.3 MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN

Según la OMS La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

El periodo intergenésico corto representa un riesgo de morbilidad materna y perinatal, el Periodo intergenésico menor a 18 meses parece estar asociado con un mayor riesgo de complicaciones, incluido el parto prematuro, producto pequeño para la edad gestacional (PEG) y la mortalidad infantil.(Del & Con, 2020)

El periodo intergenésico es un factor de riesgo potencialmente modificable. Por lo tanto, se debería asesorar a las mujeres sobre los posibles resultados adversos asociados con un PIG corto y promover el uso de anticonceptivos, para reducir la probabilidad de que ocurra un embarazo poco después de haber concluido uno recientemente, esto puede ayudar a reducir la incidencia de parto prematuro

El incremento en el uso de métodos anticonceptivos en los últimos 25 años es uno de los fenómenos más significativos del cambio social, y el principal elemento que actuó a favor del descenso de la fecundidad (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

En el Cairo en 1994 se pone énfasis sobre la promoción del ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, en donde, para hacer efectivos estos compromisos, es de gran importancia la ampliación de cobertura de los servicios de salud reproductiva en zonas rurales e indígenas.

En México en el año 2000 se optó por realizar ligaduras para controlar la fecundidad de las mujeres indígenas sin que estas conocieran lo que esto significa para su proyecto de vida, en un estudio realizado en estudiantes indígenas guatemaltecos un 66% declaró usar un método anticonceptivo y el otro 34% no contestó, el método más usado entre estos adolescentes fue el condón masculino, en Ecuador el uso del preservativo es mucho más limitado entre las mujeres adolescentes indígenas (3,1%) que entre las blanco- mestizas (6,5%)(Calvillo Paz & Rodríguez

Cabrera, 2014), con lo anterior se logra evidenciar que la población indígena carece de información y de acceso a los servicios de planificación familiar.

4.3.4 ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Existen más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual de estos ocho están relacionados con enfermedades de transmisión sexual, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro: hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables(Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Las enfermedades de Transmisión sexual afectan a un gran margen de población, en distintas regiones de nuestro país, pero se encuentran poblaciones con una mayor prevalencia debido a factores de riesgo asociados, por el incremento sostenible de la migración de las comunidades de origen nativo a pueblos o ciudades que predispone a la migración de las enfermedades incrementando su incidencia en poblaciones en contacto con agentes externos que suponen una alerta epidemiológica para las regiones (Grández-Urbina & Fernández Luque, 2012).

En Latinoamérica es reconocida la importancia del virus de la hepatitis B (HVB), por la elevada tasa de portadores, especialmente en zonas tropicales, particularmente en la cuenca Amazónica. En Bolivia, las comunidades de la región amazónica presentan una prevalencia de anticuerpos contra el antígeno Core viral B (anti-HBc) de 74% , muy similar a la observada en las comunidades amerindias Barí y Yukpa del noroeste de Venezuela y en poblaciones autóctonas de la amazonia(Grández-Urbina & Fernández Luque, 2012).

La región amazónica tiene una de las mayores cifras de portadores de HBV del mundo (5-20%), afectando en su mayoría a niños y adultos jóvenes. Por ende, la hepatitis en todos sus tipos está

asumiendo proporciones alarmantes en la amazonia, donde esto es la mayor causa de mortalidad y morbilidad. La mortalidad en esta región es 5-10 veces mayor que los porcentajes del resto del hemisferio(Puig Borràs & Montalvo, 2011).

4.3.5 COBERTURA Y ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la Región de las Américas, la población indígena asciende a 45 millones de personas, pertenecientes a más de 400 pueblos, Históricamente, estas poblaciones han sido afectadas por desigualdades en su desarrollo socioeconómico, empleo, alfabetismo y servicios sociales (Araujo et al., 2016).

La condición de inequidad en la que viven los indígenas se ha documentado globalmente, así como las consecuencias negativas que esto tiene en su vida y en su salud, Se entiende por inequidad en salud a las diferencias en salud innecesarias y evitables, y que además son consideradas injustas. esta circunstancia que persiste en los grupos indígenas es determinada, al menos en cierta medida, por su lenguaje, cultura y formas de gobierno, que son percibidos como” premodernos, rezagados y atrasados”, y al mismo tiempo resultan marginados en el acceso a servicios básicos, incluidos los de salud (Leyva-Flores et al., 2013).

Las mujeres indígenas en toda América Latina, incluyendo Panamá, presentan condiciones de inequidad en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (León et al., 2013),un buen estado de salud sexual y reproductiva implica, entre otros aspectos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los

eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad (León et al., 2013).

En México, uno de los países con mayor población indígena, el 25% de partos son atendidos por parteras tradicionales debido a la falta de acceso a salud. La condición socioeconómica refleja también un obstáculo para acceder a la salud, los transportes escasos y la lejanía de las viviendas en las zonas rurales donde habitan la mayoría de indígenas (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

4.3.6 ENFERMERIA TRASCULTURAL MADELEINE LEININGER

SUPUESTOS PRINCIPALES

Los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de la disciplina (Luz Fernández Fernández, 2015).

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES: la similitud o uniformidad dominante en los siguientes modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas cultural y reflejan modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas (Luz Fernández Fernández, 2015).

DIVERSIDADES DE LOS CUIDADOS CULTURALES: variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas (Luz Fernández Fernández, 2015).

ETNOENFERMERIA: se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos en una cultura determinada, a través de las manifestaciones locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales (Luz Fernández Fernández, 2015).

LOS CUATRO CONCEPTOS DEL PARADIGMA ENFERMERO

PERSONA : Lehniger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y que es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas (Luz Fernández Fernández, 2015).

ENTORNO: la teoría de Lehniger no lo define explícitamente, pero se expone los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Esta muy relacionado con el concepto de cultura (Luz Fernández Fernández, 2015).

SALUD: se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada, refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimientos

de la salud, es universal a través de todas las culturales, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas (Luz Fernández Fernández, 2015).

ENFERMERIA : es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, y las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantiene la salud o la recuperación de la enfermedad, tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas; utiliza 3 modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera de acuerdo a la cultura del cliente; utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente requiere la comprensión de los valores, las creencias y las practicas específicas de la cultura del cliente (Luz Fernández Fernández, 2015).

5. MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo es de tipo monografía, es un texto académico producto de una investigación documental, que se utiliza en el ámbito educativo con la finalidad de dar cuenta sobre el estado de conocimiento de una temática específica (Luis & Lisboa, 2015). Se realiza con el fin de analizar a la mujer indígena dentro de las comunidades indígenas en tres países suramericanos y dos centroamericanos en torno a la sexualidad.

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como lo fueron: Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2021 utilizando palabras clave y ecuaciones de búsqueda: sexualidad and indígenas, indígenas and practicas and planificación. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: idioma español, comunidades indígenas, sexualidad, mujer, artículos de investigación, tesis y trabajos para la obtención de título

de pregrado. Artículos y documentos con texto completo que tuvieran información completa como lo era título, nombres del autor años de la publicación entre las 2010 y 2020, palabras clave, objetivo de artículo resultados y conclusiones, posteriormente a dar lectura a los artículos y se organizó en una tabla Excel.

A continuación se organizaron los artículos según el país y la etnia que cada uno trabajaba, además de identificar las categorías y así, posteriormente se inició la construcción del documento teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, en la cual se considera esta revisión como una investigación sin riesgo, puesto que se empearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, por lo cual no se realizó ningún tipo de intervención o modificación intencionada a las variables biológicas, fisiológicas psicológicas o sociales de los individuos, además de esto se utilizan las normas de citación por medio de un gestor bibliográfico (Mendeley) con el fin de garantizar los derechos de autor de cada artículo utilizado para la construcción de este documento.

6. RESULTADOS

Las etnias, comunidades o pueblos indígenas que se identificaron durante esta revisión fueron de países principalmente Latinoamérica como lo son: Colombia, México, Guatemala, Chile, Venezuela, y Ecuador. Esta revisión se realizó por medio de la búsqueda en diferentes bases de datos como Google Scholar, Science Direct, Dianlet, Scielo aplicando ecuaciones de búsqueda encontrando un total de artículos de 8.230.

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda y resultados

Ecuaciones de búsqueda	Google Scholar,	Science Direct,	Dianlet,	Scielo	Total
sexualidad AND indígenas	3500	500	50	100	4150
indígenas AND practicas AND planificación	2600	250	80	140	3070
mujer AND indígena AND comunidad	1000	139	37	230	3406

De los artículos encontrados en la base Google Scholar se extrajeron los artículos de las primeras 35 páginas de resultados, al final se completaron 50 artículos, en total con las 4 bases de datos, cumpliendo los criterios de inclusión, y se presentaron de la siguiente distribución Google Scholar 20 (40%) Science Direct 9(18%) Scielo 17 (34%) Dianlet 2 (4%) todos en idioma español los cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla.2 Artículos seleccionados

<i>TÍTULO</i>	<i>BASE DE DATOS EN LA QUE SE ENCONTRÓ</i>
Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014	Google Scholar
Arte y mito: el poder femenino-masculino de la diosa egipcia y su relación con la doble sexualidad psíquica del ser humano	Google Scholar
Violencia de género en adolescencia y nuevos ritos de iniciación sexual	Google Scholar
Mutilación genital femenina y el poder del turismo para modernizar los pueblos	Google Scholar
Intervención ritual sobre los genitales femeninos: ¿subordinación o resistencia étnica Emberá?	Google Scholar
Mutilación genital y reconstrucción del clítoris	Google Scholar
Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: evidencias a partir de las encuestas	Google Scholar
Cuerpo y reproducción entre los Pankararu de Pernambuco, Brasil	Google Scholar
Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo	Google Scholar
La violencia sexual como genocidio memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado en Guatemala	Google Scholar
Madrigueras de piel y de casa: cuerpos, sujetos y territorios políticos en Chile	Google Scholar
Mujeres mayas: envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad	Google Scholar

Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas	Google Scholar
La imagen de la mujer en el discurso nacionalista paraguayo	Google Scholar
Pueblos indígenas e identidades de género: el dualismo sexual sometido a discusión	Google Scholar
La cara oculta de la inclusión social cortes genitales femeninos, rituales y salud	Google Scholar
Representaciones sociales de la sexualidad en la infancia y practica pedagógica de agentes etnos educadores pertenecientes a la comunidad indígena wayuu.	Google Scholar
Discurso religioso en torno a la sexualidad y el hiv en Malawi	Google Scholar
La investigación sobre sexualidad en Colombia (1990-2004):	Google Scholar
Los rituales de los/as directores/as de escuelas públicas: el ritual de iniciación en la constitución del poder.	Science Direct
Relaciones de género ritual: parentesco, matrimonio, dominio y modalidades de condición de persona para los chamanes mapuche	Science Direct
El cuerpo en la memoria cultural kawésqar	Science Direct
Lo singular de los rituales de iniciación y su relación con los grupos de pares como proceso para la entrada a la adultez en los tiempos contemporáneos	Science Direct
Antropología de género: una articulación teórica para abordar la sexualidad en adolescentes	Science Direct
Temazcal un recinto de sanación: salud y sexualidad de la mujer	Science Direct
“¿Quién rompió tu mucurita de barro?” Sexualidad y ritualidad en chontales de Oaxaca	Science Direct
Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica.	Science Direct
Mutilación genital femenina: elementos necesarios para su enfrentamiento	Science Direct

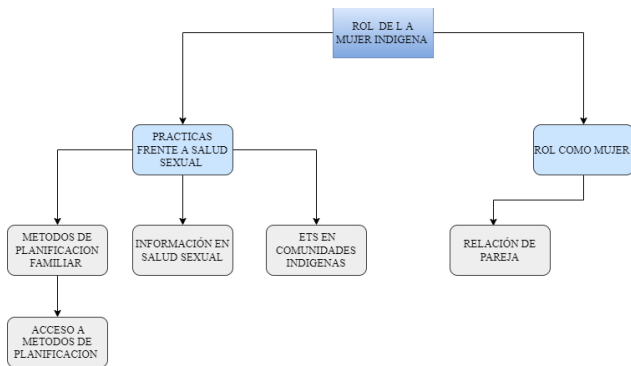
La sexualidad procreadora de las mujeres: representaciones melanesias	Science Direct
Inequidades en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de panamá	Scielo
Factores asociados a la iniciación sexual temprana en adolescentes panameñas.	Scielo
Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del resguardo indígena san lorenzo, caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas	Scielo
El cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva	Scielo
Infección por virus del papiloma humano (vph) en una población indígena de las amazonas venezolano	Scielo
Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014	Scielo
Conocimientos sobre VIH y comportamientos en salud sexual y reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia	Scielo
Percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras. Ecuador, 2016.	Scielo
Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural	Scielo
La transversalización de género en la educación: ¿qué pasa en las escuelas de Galvarino, la capital indígena de la región de la Araucanía?	Scielo

Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología	Scielo
Infecciones de transmisión sexual, VIH y sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia	Scielo
Prácticas de salud sexual en comunidades indígenas de Colombia y aledaños – monografía	Scielo
Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia Kañari de la comunidad Quilloac, cantón cañar, 2016-2017	Scielo
Raza etnicidad y sexualidades	Scielo
Vulnerabilidad impuesta y violación sistemática a los derechos de las mujeres indígenas en México	Scielo
Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país	Scielo
Educación para la prevención del VIH-sida para inmigrantes indígenas en baja california	Dianlet
Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno	Dianlet

Los artículos se distribuyeron en categorías emergentes para poder dar respuesta al objetivo

de la revisión como se describe a continuación (figura 1)

Figura 1. Categorías emergentes



Elaboracion propia

A continuación, se presentan los resultados atendiendo a las 2 categorías principales: A practicas frente a la salud sexual , y rol como mujer que a su vez se desprenden las sub categorías correspondientes a cada una.

6.1 PRACTICAS FRENTE A LA SALUD SEXUAL

Entre la serie de eventos que marcan la vida de los individuos, la primera unión sexual y el nacimiento del primer hijo tiene especial significado, tanto que representan el resultado de un proceso con profundas raíces sociales, como porque estas acciones tiene serias implicaciones en su vida futura y obligan a los propios individuos a asumir nuevos roles; pareja conyugal, jefe de familia y madre o padre, con lo que se deja atrás la serie de roles propios de la infancia o la adolescencia (Chanes, 2005).

En relación a la menarquia en la diferentes comunidades es un ritual diferente, en la comunidad wayuu “ apenas llegada la menarquía la púber es aislada en una casita separada; debe acostarse boca abajo, en el suelo, durante unas horas; enseguida la tía, la hermana mayor, la madre

o una tía o el tío, guindan un chinchorro templado de manera que ella no pueda bajar ni ser vista por nada” (Maya, 2004).

En la comunidad embera “ Además, los cambios de niña a mujer se dan esencialmente por los consejos que les da su madre para empezar a cuidarse y a comportarse correctamente, pues en el caso de las jóvenes indígenas de San Lorenzo, no hay ningún ritual o fiesta que se asocie directamente con el primer sangrado. Las explicaciones y consejos de las madres en cuanto a la menstruación se centran en que la regla les llega a todas las mujeres, que es algo normal y que hace parte de la maduración de la mujer, una de las entrevistadas relata que por lo general las madres les reiteran” (Ortiz, 2019).

La comunidad warao de Venezuela “ Entre las ceremonias relacionadas con la vida sexual se destacan aquellas que tienen que ver con la primera menstruación. Lo primero que hace la muchacha -anibakaida- es cubrirse bien los ojos con ambas manos. Luego la llevan a una casita hecha especialmente para albergar a las mujeres mientras tienen la regla. En seguida le buscan una mujer para que sea su madrina de sangre, quien permanecerá todo el tiempo a su lado. Cuenta también con un padrino quien le fabrica unos asientos especiales, le corta el pelo al rape, y hace otras diligencias para asegurar la comodidad de su ahijada. Al final de la primera menstruación la adolescente es entregada a su prometido por sus padres, y posteriormente se hace una gran celebración con tortas de yuruma -fécula de moriche- y otros tipos de comida, durante la cual se divierten contando cuentos y riéndose, sin ningún desorden. Tanto para la menstruación como para el embarazo y el parto existen normas y prohibiciones cuyo cumplimiento se exige -en primer lugar- en beneficio del niño, quien de otro modo quedaría lesionado por los poderes sobrenaturales. Por ejemplo, si la mujer llega a ver un ser feo monstruoso, hay la posibilidad de que el niño le nazca deforme. La sangre del flujo menstrual se considera impura y capaz de neutralizar los poderes

chamánicos. Por eso, ninguna mujer puede ser chamán antes de la edad de la menopausia.”(Mosonyi, 1984).

Para la comunidad mapuche en Chile “ En un estudio sobre las diversas versiones amazónicas del mito de Luna, Belaunde (2005) cita a Sisknd quien reproduce que cuando llegó el momento del relato sobre cómo la Luna copula con las mujeres antes de partir al cielo, un narrador shranauha le pide a una pequeña niña que escuchaba, que se tapara los oídos. Sisknd explica que la niña no había llegado a la menarquía y, si hubiese escuchado la vivencia de Luna en el relato, hubiera comenzado a menstruar, así como las mujeres en el episodio mítico (Belaunde 2005: 258). Según el pensamiento shranauha, recordar a Luna es evocar el poder de la sangre con la posibilidad de transformar el cuerpo de los oyentes.” (Ninla Elmawati Falabiba et al., 2014)

Por otra parte, la forma en que se consuma la primera relación sexual y el nacimiento del primogénito puede influir sobre el individuo de tal manera que su capacidad de decisión se amplía o queda vulnerada, el sexo es una actividad social y, como tal, posee normas. Cualquier estudio sobre sexualidad que se precie como advierte Guasch (1993) debe transitar la senda de la revisión de la manera en que se ha organizado el control de dicha actividad en Occidente. Así pues, el relato sobre la sexualidad a lo largo de la historia ha sido narrado a través de tres grandes perspectivas: la religión, la medicina y la sexología; y a su vez, todas ellas inscritas en diferentes periodos históricos: el Antiguo Régimen (religión), la Edad Moderna (medicina) y el Mundo Contemporáneo (sexología) (Guasch, 1993; Moreno, 1990) (Pérez, 2020).

Dentro de los guiones de género, la sexualidad es una construcción social basada en relaciones de poder donde se representa a los hombres como físicamente fuertes y activos y a las mujeres como personajes más pasivos. Así, la heterosexualidad construye una jerarquía de género

basada en definiciones de lo que significa ser hombre y ser mujer junto con una serie de suposiciones sobre cómo se deben tener relaciones sexuales(Pérez, 2020).

Frente a la salud sexual y reproductiva los pueblos indígenas tienen sus propias perspectivas del cuerpo y por consiguiente de la sexualidad y la reproducción, así como aspectos relacionados con los mismos de acuerdo con sus sistema de creencias y cosmovisión ancestral como lo refiere Reyes : "Los grupos sociales construyen sus cuerpos a través de la cultura y de cómo la experiencia corporal individual se entiende y asume de maneras diferentes según las concepciones y los valores del grupo social(Martínez, 2010)

Desde la mira de otras comunidades, la sexualidad es "siempre intimidad, pero esta intimidad posee un peso específico mucho mayor en las mujeres indígenas para quienes su sexualidad es un tesoro, que, si es visto, se transforma en vergonzoso. En algunos casos, la información sobre la sexualidad que da la madre a la hija se reduce a pedirle y exigirle que no tenga relaciones sexuales con ningún hombre para evitar problemas en el matrimonio, para de alguna forma asegurar la estabilidad y permanencia del mismo" (Huertas, 2020).

Para la comunidad Ticuna de la región fronteriza del Perú, Brasil y Colombia, los humanos están formados por tres principios: "el ma-û, el a-e y el porá. Tanto hombres como mujeres deben desarrollar un porá adecuado a las características de cada género; de esta forma podrán encontrarse en la capacidad de construir una casa y criar a los hijos, cualidades necesarias para la escogencia de las mitades clánicas. La asociación clánicas entre los individuos demuestra que la pertenencia a un clan no sólo alude a un plano colectivo, sino individual de la identidad personal psíquica, moral y física, por lo tanto, determina no sólo el nivel de asociación parental, sino filial y la percepción moral hacia sus integrantes" (Huertas, 2020).

Finalmente, un hallazgo muy particular en el tema de la sexualidad entre las comunidades indígenas, estrechamente ligado a su cosmovisión, es el hecho de que es posible para los humanos unirse sexualmente con seres no humanos. Por ejemplo, entre los Macuna, las prácticas sexuales consideradas más peligrosas son “aquellas que se dan entre humanos verdaderos y seres que no son humanos verdaderos, que habitan en otras esferas del cosmos, en cuanto tener sexo o consumir alimentos y substancias con éstos seres, puede afectar la salud de la persona, transformar su propia corporalidad, y tener que asumirlos como parientes y residir con ellos (Popolo et al., 2006).

En el caso de los Nükak, las fronteras de estas relaciones son más flexibles, ya que “los hombres con conocimientos chamanísticos pueden tener relaciones con mujeres de otros mundos, e incluso las consideran esposas, pero siempre que al visitarlas deben estar acompañados de espíritus aliados y limitar el consumo de alimentos que les brindan, ya que de aceptarlos todos, podrían abandonar a los parientes en este mundo indígena. Esto da cuenta de cómo estos indígenas hoy consideran que el sexo es más placentero y seguro con el cónyuge, de cómo mujeres y hombres pueden tener sexo por fuera de las uniones maritales y que aunque no lo alientan, tampoco lo condenan (Huertas, 2020).

Es por tanto que “Los pueblos indígenas mantienen creencias y tradiciones que incluyen recomendaciones sobre salud sexual, así como diversas normas y cuidados para los distintos periodos del ciclo vital reproductivo. Sin embargo, muchos de estos aspectos permanecen aún en el ámbito intercultural, siendo transmitidos a sus miembros sólo mediante procesos de socialización” (Huertas, 2020)

6.1.1 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se encontró que, aunque en algunos grupos indígenas hay apertura para referirse al tema de la sexualidad, particularmente el tema de anticoncepción es poco explorado, sin embargo en algunos artículos se evidenció referencias al uso de métodos anticonceptivos como algo desconocido, no deseado y alejado de la posibilidad de ser elegido por las mujeres de las diferentes comunidades siendo esta una decisión principalmente por parte de la figura masculina.

Así, por ejemplo, en el análisis que hace Forero sobre las relaciones de género en los indígenas Mazahuas, se encontró que existe un conocimiento insuficiente de los métodos anticonceptivos y su disponibilidad; tan solo el escaso 30% de población mayor de 20 años, que conoce de manera superficial los preservativos, los rechazan por asociar su uso con relaciones sexuales extramaritales, infidelidad, prácticas sexuales riesgosas y prostitución. Los hombres son los que unilateralmente deciden si los usan o no, y la mujer indígena no tiene ni siquiera el derecho de opinar al respecto” (Huertas, 2020).

Los Métodos Anticonceptivos aparecen en la sociedad actual alrededor de los años 60, pero los Métodos Naturales ya fueron practicados antes que los Métodos Químicos, Hormonales o Quirúrgicos. Uno de los métodos anticonceptivo que tuvo éxito fue la esterilización (Aracelly & Alejandra, 2017).

Se pueden clasificar en: naturales, folclóricos, artificiales y definitivos.

***Métodos naturales:** Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo; por lo tanto, no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo. **Métodos folclóricos:** Son creencias o prácticas populares que las personas tienen con la convicción de que les ayudan a prevenir un embarazo, pero realmente no son efectivos ni tienen bases científicas*

Métodos artificiales: Son métodos que ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo y se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos. Los métodos temporales pueden suspenderse en cualquier momento y la fertilidad retorna de forma inmediata si la mujer desea la procreación. **Los métodos modernos definitivos** son procedimientos quirúrgicos que evitarán de forma permanente que el hombre o la mujer tengan hijos.(Aracelly & Alejandra, 2017).

En Ecuador la mayoría de adolescentes recurren a estos métodos anteriormente mencionados, ya sea por influencias e información errónea recibida por amistades o redes sociales. (Aracelly & Alejandra, 2017).

En el siglo pasado el ingreso del concepto de control de la natalidad en la década de 1970, fuertemente ligado al concepto demográfico y, posteriormente, modificado por el concepto de Planificación familiar, menos agresivo pero cuyo significado era muy similar, y que prácticamente se mantuvo hasta la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en la ciudad de El Cairo, Egipto en septiembre del año 1994, donde se reformula el concepto de Planificación Familiar, y se liga al desarrollo, a la equidad de género y al respeto de los derechos humanos, específicamente al de los derechos sexuales y reproductivos (Gutiérrez, 2013).

Existen múltiples barreras para el uso de anticonceptivos en la población indígena, que provienen tanto de sus características propias, cuanto del fracaso del sistema de servicios de salud dirigidos a ella. Se cuentan entre dichas barreras la pobreza, el analfabetismo, las condiciones de vida de las mujeres y la actitud frente a ellas por parte de los hombres. Los cónyuges de las mujeres indígenas ejercen un control considerable y desempeñan un papel importante en la toma de decisiones relacionadas con la planificación familiar, a la que se oponen con frecuencia por temor a que sus esposas se sientan tentadas a cometer actos de adulterio(Botell et al., 2017).

6.1.1.1 ACCESO A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el Ecuador el primer nivel de atención básica ambulatoria tiene la misión de resolver la mayor parte de la demanda de baja complejidad y referir los casos más complejos, entre los primeros están: la atención materna, planificación materna, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cuidados prenatales, control del embarazo, atención del parto, postparto, violencia y adolescentes (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Las principales barreras de los indígenas a estos servicios son geológicas y culturales, lo que contribuye a la marginación y desigualdad. En México, uno de los países con mayor población indígena, el 25% de partos son atendidos por parteras tradicionales debido a la falta de acceso a salud. La condición socioeconómica refleja también un obstáculo para acceder a la salud, los transportes escasos y la lejanía de las viviendas en las zonas rurales donde habitan la mayoría de indígenas (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Los hombres frecuentan muy poco las escasas clínicas de la región, a diferencia de las mujeres, que asisten con sus hijos únicamente cuando los remedios caseros o la atención de los terapeutas indígenas no soluciona las enfermedades padecidas. Ello conlleva a que no tengan información y asesoramiento sobre el uso de los anticonceptivos. Además, del escaso 30% de población mayor de 20 años que conoce de manera superficial los preservativos, los rechazan por asociar su uso con relaciones sexuales extramaritales, infidelidad, prácticas sexuales riesgosas y

prostitución. Los hombres vinculan la vasectomía con la castración y con la pérdida de la potencia sexual (Forero et al., 2002).

Lo anterior pone en riesgo no solo la salud sexual de la mujer indígena, sino también su integridad personal, ya que, si ella es portadora de alguna de las enfermedades de transmisión sexual, “el hombre no acepta que el de igual manera puede ser portador de dicha enfermedad, cree que es culpa de la mujer y por tanto no acepta ningún tratamiento”. Los Mazahuas también vinculan la vasectomía con la castración y con la pérdida de la potencia sexual” (Huertas, 2020).

6.1.1.2 INFORMACION EN SALUD SEXUAL

Con respecto a la salud sexual se discuten temas que giran en torno a la percepción del cuerpo, afecto, orientaciones sexuales y de género (Martínez, 2010).

Estos tres aspectos visibilizan cómo la salud sexual reproductiva de las adolescentes indígenas se enmarca en una conceptualización del proceso de salud/enfermedad desde la vida, pues es un conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones: los estilos de vida, los modos de vida y las determinaciones y contradicciones estructurales, lo cual es fundamental para proponer un sistema médico propio e intercultural (Ortiz, 2019).

La salud sexual reproductiva fue definida en El Cairo en 1994 como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Lleva implícito el derecho a recibir información y servicios de salud adecuados para sus necesidades. Este concepto depende de las condiciones socioeconómicas, históricas y culturales y de las decisiones que afectan su cuerpo, su alimentación, su vivienda y su educación; todo esto tendrá sobre todo una repercusión

en la salud de la mujer durante toda su vida, y más aún durante la gestación, parto y puerperio (Ortiz, 2019).

El 60 % de la mortalidad materna se concentra en el 50 % de la población más pobre multidimensionalmente, alrededor del 60 % de la mortalidad materna se concentra en la población con mayor porcentaje de analfabetismo y es 70 % más alta en las zonas rurales que en las cabeceras municipales, y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes, por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad (Ortiz, 2019).

En Colombia, si bien la salud sexual reproductiva no ha sido suficientemente trabajada con los pueblos indígenas, se identifican algunos estudios en Antioquia con los pueblos Emberá, Tule y Zenú sobre el comportamiento reproductivo, categoría que hace parte del campo de la salud sexual reproductiva. En el departamento de Antioquia, Gálvez y colegas hicieron un análisis comparativo del comportamiento reproductivo entre los pueblos mencionados mezclando técnicas cuantitativas y cualitativas de la demografía y etnografía bajo un enfoque de género, para poder reflexionar sobre la salud sexual reproductiva de las mujeres indígenas, Según las autoras, la alta fecundidad de los pueblos indígenas ha ayudado a garantizar de manera importante su continuidad física y cultural al interior de una sociedad dominante. La mujer cumple un papel crucial en este proceso, ella es la que tiene la responsabilidad reproductiva. En este contexto, las mujeres indígenas de Antioquia sufren un gran desgaste fisiológico asociado con la maternidad por un estrés reproductivo fuerte, exceptuando las emberá chamí del Suroeste, las cuales tienen un patrón reproductivo divergente, debido a que utilizan más los métodos anticonceptivos occidentales y tienen una fecundidad y una mortalidad más baja, comparada con el resto de los pueblos (11).(Ortiz, 2019)

6.2. ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS

Existen más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, de estos 8 esta relacionados con enfermedades de transmisión sexual, 4 son actualmente curables, a saber, las sífilis, la gonorrea, clamidia y tricomonas. Las otras cuatro hepatitis B virus del herpes simple, VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables (Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Se estima que todos los años se registran 357 millones de nuevos casos de cuatro tipos de ETS curables en personas entre 15 y 49 años: infecciones por *C trachomatis* (131 millones) infección por *N gonorrhoea* (78 millones) sífilis (6 millones) e infecciones por *trichomonas vaginalis* (142 millones). La prevalencia de algunas ETS víricas es igualmente elevada, dado que alrededor de 417 millones de personas están infectas con herpes simple de tipo 2 y aproximadamente 291 millones de mujeres son portadoras del virus del papiloma humano. La prevalencia de estas ETS varía según la región y el sexo. Estas epidemias tienen un impacto profundo en la salud y la vida de los niños, los adolescentes y los adultos de todo el mundo(OMS, 2016).

Las complicaciones debidas a las ETS tienen un impacto profundo en la salud sexual y reproductiva. El número de hombres y de mujeres con ETS es similar sin embargo las complicaciones afectan desproporcionalmente te a la población femenina(OMS, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2010), en algunos países de América Latina se puso de manifiesto que la falta de acceso a la información, al diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual y a la prevención de los embarazos, son algunas de las causas importantes de la vulnerabilidad de las jóvenes indígenas(Representaci et al., 2020).

En la revisión de la literatura se encontró un vacío en el uso o no uso del condón por parte de la mujer indígena. Tal como se mencionó, algunas investigaciones demostraron que, efectivamente el condón se conoce y reconoce como método para evitar los embarazos no deseados y las ETS, pero también arrojó la baja utilización que hacen de este método y cómo se deja a consideración del hombre su uso o no uso, siendo una relación significativa e interesante, ya que permite abarcar este tema en otro tipo de participantes como lo serán las mujeres indígenas(Representación et al., 2020).

Los problemas de salud sexual que afectan a los pueblos indígenas se acentúan por su situación de desventaja, como muestra de esto las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, reflejan las inequidades en el acceso a la salud. En Guatemala, un país con más de la mitad de la población maya se ha incrementado notoriamente el número de casos de SIDA por contagio con trabajadoras sexuales(Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017).

Lo que resalta de estos grupos es que se han ideado mecanismos de supervivencia propios. En cuanto a la conducta sexual de los indígenas, los encuentros sexuales no parecen obedecer ningún patrón, sino más bien a la fuerza de las necesidades concretas, se cree que estas vivencias se las adquiere poco a poco de acuerdo a reglas y pensamientos propios del grupo (Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015).

“La secreción vaginal es un síntoma genital común entre las mujeres, estudios han demostrado que del 11% al 38.4% en la India busca atención a nivel primario por este síntoma. La descarga vaginal puede ser una manifestación fisiológica o patológica. En la práctica es difícil distinguir lo anormal de lo normal, la secreción vaginal puede estar asociada con la vaginosis bacteriana y la infección por Cándida y Trichomonas vaginalis. La descarga de origen cervical se debe generalmente a una infección por Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma genitalium; el herpes cervical primario simple también puede manifestarse como flujo vaginal (20). En Sudáfrica durante el periodo de 1995 al 2005 se vio que tratar la secreción vaginal redujo la prevalencia de sífilis, neisseria gonorrhoeae, vaginosis bacteriana y el chancro(Ortiz Chimbo & Pulla Mejía, 2017)”.

Las enfermedades de transmisión sexual afectan en gran manera a la población mundo sin embargo en Latinoamérica y en las poblaciones indígenas se encuentra una mayor prevalencia asociada a los factores de riesgo. En Latinoamérica es reconocida la importancia del virus de la hepatitis B (HVB), por la elevada tasa de portadores, especialmente en zonas tropicales, particularmente en la cuenca Amazónica. En Bolivia, las comunidades de la región amazónica presentan una prevalencia de anticuerpos contra el antígeno Core viral B (anti-HBc) de 74%, muy similar a la observada en las comunidades amerindias Barí y Yukpa del noroeste de Venezuela y en poblaciones autóctonas de la amazonia(Zambrano et al., 2013).

Los rangos de prevalencia de la infección por virus de hepatitis B (VHB) se incrementaron desde el sur, al norte de Brasil. La región amazónica tiene una de las mayores cifras de portadores de HBV del mundo (5-20%), afectando en su mayoría a niños y adultos jóvenes. Por ende, la hepatitis en todos sus tipos está asumiendo proporciones alarmantes en la amazonia, donde esto es la mayor causa de mortalidad y morbilidad. La mortalidad en esta región es 5-10 veces mayor que los porcentajes del resto del hemisferio (Grández-Urbina & Fernández Luque, 2012).

La región amazónica tiene una de las mayores cifras de portadores de HBV del mundo (5-20%), afectando en su mayoría a niños y adultos jóvenes. Por ende, la hepatitis en todos sus tipos está asumiendo proporciones alarmantes en la amazonia, donde esto es la mayor causa de mortalidad y morbilidad. La mortalidad en esta región es 5-10 veces mayor que los porcentajes del resto del hemisferio. Así también se han reportado algunos casos de infección por Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) en tribus amazónicas de Brasil y en Honduras. Además, se ha documentado una alta seroprevalencia de infectados con VIH en comparación con la Población general en la población indígena de Garifunas (Centroamérica). El Perú, un país con aproximadamente 29 millones de habitantes, tiene un promedio de prevalencia para el HBsAg entre 1 - 2% y de 20 - 30% para anticuerpos contra HBsAg. Sin embargo, debido a su variada geografía, hábitats y grupos poblacionales, presenta zonas de gran prevalencia en diez regiones que cuentan con selva alta y áreas rurales de la selva baja. Para finales del 2004, el Ministerio de Salud (MINSA) estimó 35000 casos de infección por VIH en todo Perú (Grández-Urbina & Fernández Luque, 2012).

Según la OMS, el Cáncer de Cuello Uterino es el segundo tipo de cáncer en la mujer, en todos los lugares del mundo; además refiere que “todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de

las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado”. Para Burchell y Ribeiro la infección por VPH no parece ser suficiente para causar el CCU, existen factores, exógenos y endógenos, que pueden incrementar el riesgo de desarrollar esta enfermedad; en nuestro estudio los planteamos como determinaciones sociales, modos y estilos de vida condicionados por la injusticia social(Ortiz Segarra et al., 2016).

El cáncer cervicouterino (CaCu), constituye un problema de salud pública alrededor del mundo, anualmente se diagnostican cerca de 500.000 casos y mueren alrededor de 250.000 mujeres por esta causa. Aproximadamente 83% de estos casos y muertes ocurren en países en desarrollo. Cuando se cuenta con métodos de tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiado, la enfermedad invasora es totalmente prevenible y curable, a un bajo costo y con un bajo riesgo. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito(Nicita et al., 2010).

En Venezuela, el CaCu representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en edad reproductiva, con una incidencia de 3.659 casos diagnosticados y 1.612 muertes registradas para el año 2.005 y aumentando la mortalidad a 2.141 para el año 2006. En este mismo año, en el estado Amazonas, el CaCu registró el 3,7% de las muertes por cáncer (Nicita et al., 2010).

De acuerdo con el programa de las Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA), a finales de 2010 había en el mundo 34 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Durante el mismo año se confirmaron 2,7 millones de nuevos casos, principalmente en países pobres en los que murieron 1,8 millones de personas por esta causa, a pesar de la existencia de los antirretrovirales que controlan el curso de la enfermedad y pueden prolongar la vida (Zambrano et al., 2013).

En diferentes estudios sobre comportamientos y factores de riesgo asociados a la infección por VIH y otras ITS en indígenas en Canadá, se encontraron relacionados el consumo de alcohol, el uso de drogas inyectadas, el comercio sexual, el desempleo y la violencia de género; para el caso de Colombia, en un estudio previo realizado en otra comunidad indígena Embera Chamí de Antioquia, dentro de los principales factores asociados se encontraron el intercambio sexual con no indígenas, el sexo sin protección, el sexo de hombres con hombres y el consumo de licor (Zambrano et al., 2013) .

En Colombia la prevalencia de VIH, para marzo 2012 en población general, era 0,22% (6). Al igual que para otros países de Latinoamérica, en Colombia no existen datos sobre el número de casos de VIH en población indígena, pues como se planteó anteriormente los datos no incluyen la variable etnia. Sin embargo, de acuerdo con el Plan Nacional para VIH/sida 2008- 2011, la población indígena así como la desplazada es una de las poblaciones en riesgo (Zambrano et al., 2013).

“Los 87 pueblos indígenas equivalen aproximadamente a 1,4 millones de personas, distribuidos en 27 de los 32 departamentos del país; viven en resguardos, es decir, en espacios territoriales designados para que los indígenas habiten y estén protegidos, similares a las reservas que existen en Estados Unidos y Canadá. Pese a lo anterior, numerosos indígenas han migrado a los pueblos vecinos y grandes ciudades del país buscando oportunidades laborales, o desplazados forzosamente por grupos armados ilegales; situación que pone en riesgo su cultura exponiéndolos a un proceso de transculturización, que constituye uno de los peligros para la infección por VIH e ITS en general.(Zambrano et al., 2013)”.

Colombia, a pesar de reconocerse como país multiétnico y multicultural, tal como lo suscribió el convenio 169 de la OIT, y que existen legislaciones para garantizar el acceso a la

atención en salud de los indígenas, la práctica cotidiana es diferente. Generalmente los indígenas son discriminados por su aspecto físico, por no hablar bien el español, por su cosmovisión diferente y por ser pobres, lo cual se constituye en una barrera importante para el acceso a la salud (Zambrano et al., 2013).

En el departamento de Antioquia se reportó el primer caso de VIH en un indígena en el año 2000, comunidad Embera Chamí de Cristianía, municipio de Jardín . Desde entonces se han reportado en la misma comunidad un total de 10 casos, de los cuales han fallecido 5, debido principalmente a la demora para recibir atención por parte del Sistema General de Seguridad Social y Salud, SGSS (Zambrano et al., 2013).

En 2006, la Organización Panamericana de la Salud (ops) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONU sida) estimaban que aproximadamente 6 800 personas vivían con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (Sida) (ms., 2006; ONU sida, 2006) en Bolivia (Puig Borràs & Montalvo, 2011).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida estima que la prevalencia del VIH y Sida en el área rural de Bolivia oscila entre 0.025% y 0.05%. Si bien 65% de la población boliviana se autoidentifica como indígena, no disponemos de datos disgregados que den cuenta del impacto del VIH en las poblaciones indígenas y originarias en particular. No se han diseñado ni implementado programas específicos de prevención, atención y tratamiento del VIH para responder a las particulares necesidades y situaciones de los pueblos indígenas y originarios del país, contextualizados específicamente en sus concepciones de roles de género, sexualidad y autocuidado (Puig Borràs & Montalvo, 2011).

El informe Pueblos indígenas originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007 (mpd, 2007) brinda datos relevantes sobre las brechas de conocimiento entre pueblos indígenas y originarios, y el resto de la población en materia de prevención del VIH. De acuerdo con este informe, 58% de la población no indígena sabe que el uso del condón es una forma de prevención del VIH (Puig Borràs & Montalvo, 2011).

6.2 ROL DE LA MUJER

La posición social de las mujeres indígenas se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo productivo, reproductivo y comunitario. Las mujeres se encargan del cuidado de los niños y del trabajo doméstico en el hogar, pero también participan en tareas “masculinas”, como la agricultura comunitaria, y en otras actividades económicamente productivas, como la venta callejera (Botell et al., 2017).

Las mujeres también se subordinan a la autoridad de sus esposos y padres, quienes deciden cuántos niños tendrá la familia, cómo se gastarán los ingresos del hogar y si la mujer puede o no salir de la casa. La mujer indígena es frecuentemente privada de su derecho a disponer de medios financieros y de transporte, entre otros, que le impiden buscar atención en salud (Botell et al., 2017).

A través de los años, han surgido varias investigaciones sobre la biodiversidad, los saberes indígenas y el género en América Latina. Aunque más recientemente se han realizado estudios ecofeministas que tratan de la conservación de la biodiversidad, la revalorización del conocimiento ancestral y el rol de la mujer, todavía existen muy pocos estudios que vinculan la interseccionalidad de los tres temas (Colon-greider, 2020).

En lo general, la perspectiva de género hace referencia a las distintas manifestaciones de las relaciones entre hombres y mujeres a lo largo de la historia. Constituye una visión de mundo articulada a las construcciones culturales que sobre dichas relaciones tiene la sociedad en la que ocurren, condicionando el modo en que hombres y mujeres se desenvuelven respecto de numerosos eventos de la vida cotidiana a nivel personal y social (Mayorga-Muñoz, C., Pacheco-Cornejo, H. y Treggiari, F. 2017).

La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales, establece estereotipos que condicionan los roles sociales de hombres y mujeres, limitando muchas veces sus potencialidades. Sin embargo, como construcción social, el sistema sexo/género, se construye cotidianamente, cada vez que nuestro comportamiento personal y social produce, reproduce y modifica las relaciones (Mayorga-Muñoz, C., Pacheco-Cornejo, H. y Treggiari, F. 2017).

Análisis previos, señalan que las mujeres indígenas son las más afectadas por el desarrollo moderno, en tanto no son suficientemente tenidas en cuenta por los gobiernos y agencias de desarrollo, de modo que, la discriminación étnico-racial se entrelaza con la de género y con la pobreza, invisibilizándolas en la agenda de la política pública, Vinding (como se citó en Radcliffe, 2014).

“The Living Library” por Devi Lockwood (2019) es un buen estudio que muestra los esfuerzos de una comunidad en la preservación de la biodiversidad y el conocimiento indígena. La autora relata su experiencia en el pueblo amazónico peruano, Paoyhan, y las medidas que la comunidad ha tomado para mitigar el cambio climático y sus impactos, revitalizar sus saberes

tradicionales de plantas medicinales y abrir oportunidades económicas a través de la creación de la Farmacia Viva Indígena (Colon-greider, 2020).

El capítulo “Casi invisibles, conservando y defendiendo el bosque: mujeres Awajún y Wampis en el Alto Marañón” en *Mujeres indígenas frente al cambio climático* por Marlene Castillo Fernández (2019) es uno de los recursos más recientes sobre el papel de la mujer indígena y la cosmovisión en la defensa de la naturaleza. El trabajo destaca la importancia de las mujeres Awajún y Wampis en la protección de la agrobiodiversidad y la defensa de la tierra amazónica peruana. La autora resume los problemas ambientales que los pueblos están enfrentando actualmente, cómo estas mujeres son importantes en la conservación amazónica, y en qué maneras están resistiendo y defendiendo el bosque. Explica las actividades extractivistas dañosas que atormentan las comunidades y la falta de participación política por los pueblos nativos en estas decisiones sobre la mitigación y la adaptación enfrente al cambio climático. Aunque las mujeres indígenas son explotadas y marginadas, la autora destaca que son ellas las que luchan muy fuerte para proteger y defender la tierra (2019, p. 131)(Colon-greider, 2020).

Entre los años 1861 y 1883 el Estado chileno llevó adelante la autodenominada “Pacificación de La Araucanía”, campaña militar cuyo objetivo fue la expropiación del territorio al sur del río Bío, habitado hasta mediados del siglo XIX por los mapuche que ocupaban una importante porción de los territorios australes de Sudamérica en espacios de autonomía dentro de lo que hoy tienen dominio los Estados de Chile y Argentina(Pacheco Pailahual et al., 2018).

La UNESCO, ya en la década de los 90, en colaboración con el Consejo Internacional para la Ciencia consideró a los sistemas de conocimientos tradicionales y locales, como una expresión

dinámica para la comprensión y sentido del mundo, que hacen un aporte a la ciencia y la tecnología, resolviendo problemas cotidianos, por lo que es necesaria la protección, conservación y promoción de ese patrimonio cultural (ICSU,1999). Este organismo, en el año 2002, refrendó su postura al señalar que los conocimientos tradicionales han sido desarrollados por pueblos con historias significativas de interacción con el medio ambiente natural, que se originaron de manera independiente de la ciencia, en un entorno cultural particular (Pacheco Pailahual et al., 2018).

Table 3: CUADRO EXPLICATIVO DEL ROL DE LA MUJER INDIGENA

PAIS	ETNIA	ROL DE LA MUJER INDIGENA
Colombia	Emberá	Cuando se pregunta a las emberá chamí sobre cómo deben comportarse para ser consideradas buenas mujeres dentro de sus comunidades, ellas señalan algunas características que pueden resumirse en los siguientes mandatos: ser fieles a su pareja, cuidar de los hijos, participar en las actividades de la comunidad sin tener problemas con las demás personas, hablar el idioma propio y, en general, mantener y defender las costumbres de los emberá. Estas características enunciadas por ellas dan cuenta del rol que socialmente se les asigna a las mujeres y que consiste, básicamente, en la reproducción de la cultura y el cuidado de la familia.

México	Nahuas	<p>Pertenecer al pueblo nahua define un rol de mujer marcado por la subyugación, marginación y dependencia (Hernández e Higareda, 2018) donde además Maricarmen establece un proceso identitario como mujer indígena en oposición a otras mujeres que no lo son. Aquí la etnia, raza y la clase son un principio organizador de la identidad, determinadas cultural y socialmente, generalmente, en términos de relaciones asimétricas (La Barbera, 2016). Como parte de este proceso se identifica como mujer e indígena de manera simultánea y se enfrenta con su cuerpo y su vida a categorías inseparables que la llevan a vivir simultáneamente diversas opresiones (Moraga y Anzaldúa citados en Trujillo, 2009).</p>
Venezuela	Waraos	<p>En su mayoría eran hombres que cumplían tareas femeninas y se vestían como mujeres, aunque existían también casos de mujeres que participaban en la caza o en la guerra y eran valorizadas como hombres (a pesar de aparentemente no vestirse como tales). Se podría pensar que son semejantes a las personas que hoy cambian de sexo, pero como no existía cirugía de «reasignación sexual», la mayoría de las interpretaciones enfocaron su sexualidad. Según Kulick en 1997, tenían relaciones sexuales, y a veces matrimoniales, con mujeres ordinarias y hombres ordinarios, es decir, personas del mismo sexo anatómico, pero que tenían una identidad complementaria.</p>

Guatemala	Mayas	Se le asigna una identidad restrictiva al rol de madre o esposa; sino que son consideradas mujeres autónomas en la relación de pareja y el mandato social es de fidelidad mutua en la pareja conyugal
-----------	-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PAIS	ETNIA	ROL DE LA MUJER INDIGENA
Colombia	Wayus	<p>En su rol reproductivo la mujer wayuu se encarga de perpetuar y mantener la descendía de su grupo étnico, realiza las labores típicas de limpieza, alimentación, el cuidado y la orientación de los hijos en el hogar con la consabida carga de gran dedicación de su tiempo al trabajo doméstico.</p> <p>A la mujer wayuu también le ha correspondido cumplir el rol productivo, aunque el hombre siempre ha sido el principal proveedor del hogar.</p> <p>En los wayuu ha existido ancestralmente la poligamia, al hombre le puede atender a más de una mujer dentro del hogar, manteniéndolas a todas simultáneamente. sin embargo, las mujeres en esta situación se dedican tradicionalmente a la elaboración de artesanías típicas de tejidos, tapices y bordados.</p>

		El rol comunitario de la mujer wayuu es vital para este pueblo indígena, a la mujer se le considera la portadora de los valores de su cultura y de su perpetuación como grupo étnico
México	Mayas	En esta área cultural las mujeres no gozaron de muchos privilegios, pero sí contribuyeron enormemente en la economía ya que eran ellas las que se encargaban del pago de los tributos. Eran grandes trabajadoras según Fray Diego de Landa. Como costumbres mayas que afectan a las mujeres podemos resaltar que se esperaba que la novia fuera virgen al matrimonio, sin ser esto lo más importante
Chile	Mapuches	El tránsito de niña a mujer mapuche se da principalmente por los deberes que deben realizar siendo mujeres, donde se acercan más a las labores relacionadas a lo femenino que en este caso es dentro del espacio privado como la cocina, el aseo, el cuidado de hijos/as, etc. Y se relacionan con el espacio público en el campo a través de la siembra de alimentos y cuidado de animales. Las mujeres mapuches de zonas rurales valoran mucho el pudor, de modo que ocultan el cabello trenzándolo, usándolo recogido o cubierto con pañuelos, sombreros de paja o gorras de tela con visera. Consideran que las jóvenes mapuches de la ciudad que usan cabello corto o suelto son seductoras y

		<p>promiscuas.</p> <p>Los machis llevan pañuelos, chales y alhajas de plata tradicionales mapuche en forma novedosa para atraer y seducir a los espíritus.</p>
Ecuador	Kichwas	<p>La percepción de la identidad de las mujeres kichwa por parte de las personas que interactúan con ellas, tienen rasgos en común. Su posición como madres juega un fuerte papel dentro de sus demás posiciones en la comunidad. Esto es así, porque al tener hijos, mientras realizan todas sus demás actividades deben estar al cuidado de ellos.</p> <p>Además, se pudo conocer que la identidad de ellas construida por los sujetos de estudio está basada en las prácticas laborales, hábitos y el entorno en que las mujeres kichwa se encuentran. Ellas son vistas principalmente como parte de una comunidad, que mayormente están trabajando en el turismo comunitario, pero de igual manera cumplen funciones en el hogar y son las encargadas de transmitir las tradiciones de su comunidad.</p>

6.2.1 RELACION DE PAREJA

La elección de pareja, según Guerra (2007) implica el deseo del individuo por vincularse y compartir deseos, sentimientos, sueños y emociones sobre la cual se construirá la unión con otra

persona. Es una decisión de carácter voluntario, que considera aspectos como: el espacio, la intimidad, proyectos a futuro y entregar y recibir afecto (Soto, 2015). Sin embargo, esto puede diferir cuando se habla de poblaciones indígenas, donde también influye las costumbres y percepciones que los habitantes tienen sobre sus relaciones (Verán, 2017).

Lo que es común en la Comunidad Asháninka es la importancia que le dan a aquellos patrones culturales practicados desde la época de la colonización con la llegada de los españoles y la imposición de su cultura, estableciendo dinámicas familiares por la cual se constituyen nuevas maneras de relacionarse (Mela, 1995).

Las mujeres indígenas son un grupo desfavorecido y vulnerable, afectadas por el analfabetismo, en promedio estudian 4.5 años, el 42% son analfabetas la pobreza y por experimentar múltiples formas de discriminación por razones de género y etnia, se encuentran en un contexto cultural rígido y desigual, ante la dominación masculina y dependencia económica que va de la mano con comportamientos de género tradicionales, donde su papel pasivo y la falta de decisión sobre sus derechos sexuales se reflejan en matrimonios y maternidades forzadas, así como en prácticas sexuales de riesgo (Nava-Navarro et al., 2017).

La autoestima de las mujeres indígenas, al ser la causa y el efecto de su conducta¹² y como resultado de las influencias sociales y culturales se ve afectada, ya que desde edades tempranas por las prácticas educativas familiares las MI interiorizan la necesidad de ser sumisas y obedientes, donde, en ocasiones se encuentran en un entorno hostil y quizá agresivo, por lo que los golpes son vistos como una prerrogativa legítima de padres y marido (Nava-Navarro et al., 2017).

De acuerdo a algunos estudios, las mujeres indígenas en situaciones de mayor riesgo son aquellas con bajos niveles de autoestima y con presencia de violencia de pareja, este último, es un

problema de salud pública, por los efectos en la salud física y psicológica; sin embargo, la mujer indígena no verbaliza el encontrarse ante esta situación a pesar del abuso emocional (psicológico) y físico, es decir propicia una violencia invisible, donde el principal agresor es su pareja y la comunidad la legitima, reconociéndola como normal, incluso como un instrumento sancionador (Nava-Navarro et al., 2017).

Por otro lado, las relaciones de pareja son consideradas por Benavides, Peña, Solares, Rangel y Ortiz (2011) como una estructura interrelacional entre dos personas que puede ser simétrica o complementaria, teniendo como componente fundamental el amor. Este es definido por Ubillos, et al. (2008) como un acto voluntario y un pilar importante para que la unión permanezca estable si es complementada por ambos miembros de la pareja (Alzamora, 2020).

Sin embargo, esto puede variar cuando se habla de comunidades, ya que, tal como postula Rodríguez (2012) el amor es un elemento de acción social, por lo que distintas culturas se crean medidas para controlarlo y eligen a sus parejas según sus propios parámetros. Incluso, algunas comunidades se relacionan a partir de factores externos tales como la pertenencia a una comunidad y la identificación con ésta (Rivero, 2008).

A la definición de relaciones de pareja se incluye lo referido por Guerra (2007) quien propone un segundo elemento vital presente en las relaciones. Se habla del vínculo, definido por el autor como la unión del individuo con un objeto o persona determinada. Esta relación se puede dar de 4 maneras distintas: El vínculo sexual, el vínculo con interés económico, el vínculo emocional y el vínculo cultural. Este último hace referencia a la influencia de la religión, raza, origen geográfico, nacionalidad, valores morales, entre otros (Guerra, 2007).

Guerra (2007) también menciona la existencia de vínculos de poder que se da sobre un miembro de la pareja hacia su contraparte. Lo que abunda en estos casos es la desigualdad de pares, abuso y agresión, presenciado normalmente hacia el género femenino, que según Heise (2001) “es la población más marginada del país y no solo por la condición de mujer, sino también por ser indígenas y de la selva”.

Existe consenso entre los estudiosos de la conducta humana, de que la violencia en las relaciones de pareja es un problema universal que se encuentra en todas las culturas, clases sociales, etnias, regiones y edades, además de que es una violación a los derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud (2012) define la violencia de pareja como el comportamiento de la pareja o expareja que cause daño físico, sexual o psicológico, incluida la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. A nivel mundial se estima que el 30% de las mujeres se ven afectadas por este tipo de violencia (OMS, 2013).

En orden de prevalencia, la violencia psicológica es la que presenta los índices más altos, seguida de la violencia económica, física y por último la sexual. En este sentido, de manera general, también la tolerancia de la mujer a dichos comportamientos violentos presenta variaciones, ya que las mujeres reportan que han vivido en violencia emocional más de la mitad del tiempo que tienen con su pareja, la violencia económica ha estado presente la mayoría del tiempo que han convivido con la pareja y la violencia física y sexual menos de la mitad del tiempo de su relación (INEGI, 2007).

7 DISCUSION

Teniendo en cuenta el análisis bibliográfico realizado se puede concluir que las condiciones de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas es preocupante porque no tienen acceso a la atención médica requerida en la atención del parto, la cobertura en atención de enfermedades de transmisión sexual en algunas comunidades es escasa y otras no hay; por otra parte, las mujeres indígenas no tienen acceso a métodos de planificación.

Los pueblos indígenas tienen sus propias perspectivas frente al tema de la salud sexual y reproducción, estos aspectos se relacionan directamente con el sistema de creencias y su visión ancestral, además de construirla según la experiencia corporal la cual se asume de forma diferente con respecto a las concepciones previamente construidas. Esto se logra identificar a partir de la revisión de diferentes artículos en los cuales nos muestra que según la cultura o el pueblo así mismo es la práctica o el ritual que estos realizan, un claro ejemplo es el inicio de la menstruación y como se logra ver de diferentes puntos de vista según el pueblo que se estudie, para la población wayuu se deben mantener a las mujeres “encerradas” por un cierto tiempo mientras que para el pueblo embera es un proceso natural que se entiende como el paso de ser niña a mujer.

Aunque actualmente el acceso a los métodos de planificación es aparentemente asequible para la población indígena es totalmente distinto este panorama, ya sea por las tradiciones que cada comunidad adopte o la cultura a la cual pertenece, es indiscutible que en la actualidad existen innumerables métodos de planificación sin embargo solo un 30 % de la población mayor de 20 años perteneciente a alguna comunidad accede a estos, ya sea por voluntad propia o por cohibición de la pareja mayormente de tipo masculino.

Las principales barreras que encuentran las mujeres indígenas al momento de adquirir un método de planificación son las mismas entidades prestadoras de salud, sin embargo se consideran como población marginada y con desigualdades sociales al revisar las cifras de los partos en casa, pero no se detienen a revisar que tanto de esas poblaciones consideran un parto en casa como parte de sus costumbres y creencias, tanto en la cultura occidental como en la medicina tradicional los hombres son la población que menos acude a los servicios de salud, puntualmente en las poblaciones indígenas son aún más bajas estas cifras, esto dado al uso de medicina tradicional, además de esto la baja información y asesoramiento con el que cuentan en torno al uso de los anticonceptivos, según los estudios encontrados cerca del 30% mayor de 20 años solo conocen de manera superficial los preservativos y además los rechazan debido a que asocian su uso con la práctica de relaciones sexuales extramatrimoniales, en algunas comunidades vinculan la vasectomía con la castración y la pérdida de su placer sexual.

A través de la historia la mujer siempre se ha caracterizado por tener un papel importante dentro de cada comunidad llámese occidental o tradicional, sin embargo los diferentes roles en los que participa la mujer indígena dentro de cada una de las comunidades escogidas es puntual, logramos evidenciar que mientras en la comunidad warao en Venezuela depende de cómo se pueda identificar la persona, en Colombia los wayuu si poseen una notable característica y es que son una comunidad matrilineal, es decir la cabeza del hogar, las decisiones de la comunidad, de pareja y en general en todo lo que pueda verse involucrada es la mujer quien toma las decisiones y se hace cargo de la mayor parte del trabajo dentro de su comunidad, por el contrario en la comunidad mapuche en Chile es un pueblo marcado por el patriarcado y es allí el hombre quien decide todo en cuanto a su familia y comunidad, sin embargo los roles que desempeña la mujer son amplios, como lo son la encargada de la alimentación, la reproducción entre otras labores siempre y cuando estén

supervisadas y además controladas por el hombre quien actúa bajo el papel protector y dador de la supervivencia de la comunidad

Las autoridades de gobierno de las poblaciones estudiadas, actualmente han determinado algunas acciones para la salud de las comunidades , a nivel mundial la ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS ONU, LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS entre otros, han establecido parámetros de carácter legal que incluyen el trato digno, el respeto, el cuidado de la salud, la educación, los derechos sexuales y reproductivos, estos beneficios deben brindar cobertura a las mujeres en las comunidades indígenas dentro del marco de los derechos humanos evitando afectar los aspectos culturales.

Madeleine Leninger planteó la teoría de la enfermería transcultural en la cual nos menciona que los cuidados culturales son los medios más holísticos los cuales permiten interpretar los estilos de vida, las prácticas, además de introducir un concepto llamado la etnoenfermería la cual nos dice que es aquella que se centra en el estudio de las creencias, valores y o prácticas que aplica la asistencia de la enfermería y que además depende de la cultura bajo la cual se está trabajando, todo esto dado por las manifestaciones de la persona como el lenguaje, las experiencias, el sistema de creencias y convicciones además del sistema de valores, esto no solo aplica para las comunidades indígenas o pueblos externos a lo que usualmente se acostumbra a tratar, sino a todas las personas que puedan llegar a una consulta con enfermería y de esta forma brindar un cuidado adecuado sin infringir alguna convicción que este pueda tener .

8 CONCLUSIONES

Tal y como lo expresa el primer objetivo específico planteado “Describir los aspectos relacionados con la salud sexual en comunidades indígenas de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos.”

Se pudo identificar que las mujeres indígenas, inician la unión familiar, la maternidad, la atención del parto, el cuidado de la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los parámetros establecidos por cada comunidad indígena.

El rol de la mujer indígena en la mayoría de las comunidades se limita a la maternidad, al cuidado de los hijos, el trabajo en el campo, la fidelidad a la pareja y demás actividades establecidas, por otra parte, no tienen acceso a la educación y viven en pobreza extrema.

Importante de resaltar que dentro su vida, su realidad y la percepción que tienen de las cosas, no está el hecho de formarse recibiendo una educación, obviamente por las condiciones bajo las cuales viven, sin menospreciar en lo absoluto, pero con unas comunidades recibiendo educación seguramente se pueden mejorar las condiciones bajo las cuales viven respetando sus orígenes, tal y como se mencionó con anterioridad, de una forma preventiva mantener la salud es lo menos y más fácil antes de tener que lidiar con cualquier problema de salud, en esta caso y puntualmente las enfermedades de transmisión sexual , pudiendo como bien se sabe ocasionar la muerte o la imposibilidad de continuar con una vida sexual amena.

En el caso del segundo objetivo específico se tiene que Comparar el papel de la mujer indígena en comunidades de cuatro países sur americanos y dos centroamericanos

El papel de la mujer indígena según las revisiones bibliográficas, está determinado por costumbres y creencias de cada comunidad, el trato a la mujer no tiene en cuenta los derechos humanos, no es digno y respetuoso.

En varias comunidades la mujer tiene triple función, la maternidad, el trabajo en el campo y la fidelidad y dependencia de la pareja.

Las mujeres indígenas no tienen acceso fácil a los servicios de atención sanitaria a pesar de existir programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En cuanto a la sexualidad de las comunidades indígenas debe promoverse el respeto a la figura de la mujer y la importancia de su papel en la comunidad, tener en cuenta sus ciclos menstruales, las relaciones de pareja, la salud sexual y reproductiva identificando que la sexualidad además de ser un gestor de amor, también es una necesidad fisiológica para los seres humanos.

Las comunidades indígenas están conformadas por personas a quienes deben brindarse atención en salud sexual y reproductiva, en este sentido debe incluirse la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual teniendo en cuenta que estas afectan el bienestar y la vida.

En el caso de la concepción de una nueva vida es importante identificar las condiciones de salud del padre y de la madre porque cuando existen complicaciones afectarán al neonato.

Dentro de las comunidades indígenas existen deficiencias en los cuidados en salud sexual y reproductiva, los hábitos higiénicos son deficientes, las mujeres no tienen oportunidad para cuidar la salud puesto que no se le da trato digno .

Finalmente es importante respetar la cultura, las costumbres indígenas en el momento de brindar educación, atención en salud sexual y reproductiva, el objetivo debe ser mejorar las condiciones de vida de las personas con trato digno y humanizado procurando el progreso de las comunidades.

RECOMENDACIONES

Desde enfermería se debe realizar un acercamiento en el ámbito de la sexualidad desde la investigación a las comunidades indígenas, pues como principales responsables de cuidado se debe estar informado de las diferentes culturas y así brindar una atención holística.

Los planes de atención de enfermería deben atender las cosmovisiones de las poblaciones indígenas sus modos de vida para lograr que sean lo más asertivo posible.

Al momento de que algún miembro de las diferentes comunidades llegue a la consulta independientemente de cuál sea la intervención, pero haciendo énfasis a la de educación sexual se debe entender el contexto para así lograr abordar el colectivo, recordando que no solo se mejora la salud individual sino por el contrario el de toda una comunidad.

Debido a las inequidades en salud que se evidencian en las comunidades indígenas las más afectadas son las mujeres, por lo que es importante prestar un servicio en donde se empodere a la mujer escuchándola y solucionando todas las dudas que ella pueda tener.

Se debe tener en cuenta que las dudas y las inquietudes por los pueblos indígenas son cada vez en mayor frecuencia, aun no se encuentra suficiente información sobre los diferentes pueblos, indagar sobre ellos es de vital importancia, esto el fin de saber interactuar con las comunidades y no solo imponer de forma arbitraria los conocimientos de la medicina occidental, investigar más y

producir mas conocimiento ayudara para que en investigaciones futuras se fortalezca más el conocimiento y las practicas para realizar con estas multi diversas comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Aleman, C. P. (1997). Roles y Estereotipos. *Fundacion Para La Formacion de La Mujer, 1*, 3–28. <https://bit.ly/3hc4Gkb>
- Alzamora, M. (2020). *Representaciones sociales sobre las relaciones de pareja en la comunidad Amazónica Asháninka*.
https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/652963/Alzamora_AM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aracelly, : González Espín Edith, & Alejandra, M. M. L. (2017). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTABILIDAD DE USO DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA EN INDÍGENAS KICHWAS MULTÍPARAS DE 25 A 40 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD SATELITAL DE TENA PERIODO ENERO - JUNIO 2017. In *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE OBSTETRICIA* (Vol. 549, pp. 40–42).
- Araujo, M., Moraga, C., Chapman, E., Barreto, J., & Illanes, E. (2016). Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, 40*(5), 371–381.
- Botell, M. L., Riverón, T. Y. Q., & Oviedo, Y. C. (2017). Anticoncepción hormonal. In *Revista Cubana de Medicina General Integral* (Vol. 13, Issue 1, pp. 49–58).
<https://doi.org/10.18597/rcog.1764>
- Bucheli, A., Illapa, M., Msabanda, M., Sobrino, S., Guijarro, S., Barragán, C., Álvares, M.,

- Alvarado, D., & Larco, M. (2018). Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas Y Adolescentes. *Ministerio de Salud Pública, 1*, 1–35. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_prevencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
- Calvillo Paz, C. R., & Rodríguez Cabrera, A. (2014). Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 30*(4), 467–480.
- Cameron, L., Berman, C., Gossain, S., Henderson-Sellers, B., Hill, L., & Smith, R. (1996). Perspectives on reuse. *SIGPLAN Notices (ACM Special Interest Group on Programming Languages), 31*(10), 101–103. <https://doi.org/10.1145/236338.236345>
- Causse, D. M. (2019). El Concepto De Comunidad Desde El Punto De Vista Socio - Histórico-Cultural Y Lingüístico. *Ciencia En Su PC, 3*, 12–21.
- Celentani, F. G., O'Hana, S., Suárez-Navaz, L., Hernández Castillo, R. A. (Ed. ., Bassols, D. B., Franco, O. B., Latinoamericano, C., Luz, E., Donato, M., Matilde, E., Pazmi, E. A., & Ulloa, A. (2014). Mujeres indígenas en América Latina : dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos. *Universidad Nacional de Colombia, 469*.
<http://eprints.lincoln.ac.uk/4097/>
- Chanes, C. W. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de Población, 11*(45), 143–176.
- Citar, C., & Art, E. (2017). *C m -m ** h p -c *** f t ****. 14*, 29–45.
<https://doi.org/10.17151/jurid.2017.14.2.3>.Recibido
- Colon-greider, I. (2020). *La inclusión de la mujer indígena y el conocimiento en la conservación*

biológica en el Perú.

- Del, C. M., & Con, E. (2020). *UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO AUTORES : MARIA BELEN VANEGAS YAGUANA JAMES ABRAHAM MORAN LOPEZ TUTOR : DR . FRANK SANCHEZ VILLACRES.*
- Del Popolo, F., Jaspers, D., & CEPAL, N. (2014). Los pueblos indígenas en America Latina. *Naciones Unidas, 1*, 40–128. <https://bit.ly/2QbS1DN>
- Fernández, C. (2019). Salud Sexual. In *Portalfarma* (Issue El papel asistencial del farmaceutico). http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Forero, E. A. S., Universidad, F., & México, E. De. (2002). *MAZAHUAS.*
- Grández-Urbina, J. A., & Fernández Luque, J. L. (2012). Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país. *Revista Medica Herediana, 23*(1), 70–71. <https://doi.org/10.20453/rmh.v23i1.1065>
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Family planning as a basic tool for development. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30*(3), 465–470. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
- Huertas, A. C. S. (2020). *TitlePRÁCTICAS DE SALUD SEXUAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE COLOMBIA Y ALEDAÑOS - MONOGRAFIA. 2507*(February), 1–9.
- Ind, P. (2017). *Marco normativo CNDH. 1–14.*
- León, A., Martínez, R., Chamorro, L., Chur, F., & Rodríguez, E. (2013). Inequidades en la salud

sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de Panamá. *Revista de La Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 18(1), 15–20.
<http://www.revistamedica.org/index.php/revcog/article/view/636>

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., & Pablo Gutiérrez, J. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55(Supl.2), 123. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5107>

Luis, J., & Lisboa, C. (2015). Uso e importancia de las monografías Use and importance of monographs. *Uso e Importancia de Las Monografías*, 34(1), 64–68.

Luz Fernández Fernández. (2015). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería EL MODELO TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER. DATOS BIOGRÁFICOS. *Open Course Ware. Universidad de Cantabria*, V(IV), 1–12.

Martínez, T. (2010). *Orientaciones sexuales diversas en sociedades indígenas: una revisión conceptual y del estado del arte sobre un tema poco conocido del género amazónico*. 64.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/3308/>

Maya, M. (2004). Simbolismo del ritual de paso femenino entre los Wayuu de la alta Guajira. *Maguaré*, 18, 241–268. <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n37/a06n37.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2018*, 1–46.
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf

Ministerio de Salud Pública de Chile. (2010). Conozcamos más de las Enfermedades de Transmisión Sexual. *Gobierno de Chile*, 1–16.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*.
- Moro, R. (2007). Pueblos indígenas y Derechos Humanos; ¿Derechos individuales y/o colectivos? *Eikasia: Revista de Filosofía*, 14(14), 117–134.
- Mosonyi, E. E. (1984). La sexualidad indígena vista a través de dos culturas: waraos y guajibos. *Boletín Americanista*, 0(34), 179–191.
- Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.002>
- Nicita, G., Reigosa, A., Torres, J., Vázquez, C., Fernández, Y., Álvarez, M., Núñez, N., & Magris, M. (2010). Infección por virus del papiloma humano (VPH) en una población indígena del Amazonas venezolano. *Salus*, 14(1), 51–59.
- Ninla Elmawati Falabiba, Anggaran, W., Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A., Wiyono, B., Ninla Elmawati Falabiba, Zhang, Y. J., Li, Y., & Chen, X. (2014). De relatos a mundanizaciones mapuche: el mito de chreng chreng y cai cai filu en una comunidad mapuche neuquina Carolina. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- OMS. (2016). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. *Oms*, 64.
- Ortiz Chimbo, D. S., & Pulla Mejía, V. N. (2017). *Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia kañari de la comunidad Quilloac, Cantón Cañar, 2016-2017*.

Ortiz, S. (2019). Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(Special Issue), 145–162. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85073353418&doi=10.12804%2Frevistas.urosario.edu.co%2Frevsalud%2Fa.8126&partnerID=40&md5=9d4e085954ea4975edc1024803f12b35>

Ortiz Segarra, J., Freire Argudo, M., Palacios Espinoza, E., Vega Crespo, B., Jiménez Brito, D., Campoverde Cisneros, M., Muñoz Tigrero, L., & Alvarado Verdugo, L. (2016). Percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras. Ecuador, 2016. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 34(2), 21–31.

Pacheco Pailahual, S. K., López Dietz, S. D. P., & Carrillo Agüero, T. (2018). Europeas vestidas de “indias”: El disfraz de mujer indígena en la post guerra de La Araucanía-Chile a principios del siglo XX. *Investigaciones Feministas*, 9(1), 9–28. <https://doi.org/10.5209/infe.56919>

Pérez, H. (2020). ¿ Sexualidad ortodoxa o heterodoxa ? La sexualidad. *Tendencias Sociales. Revista de Sociología*, 5, 102–123. <http://revistas.uned.es/index.php/Tendencias/article/view/27750>

Popolo, F. Del, Schkolnik, S., & Unidas, N. (2006). *Dinámica demográfica y condiciones de vida de la población indígena en América Latina La magnitud de la población indígena*. 14–15.

Puello A, E. C., Amador A, C. E., & Luna R, J. M. (2016). Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. *Revista de La Universidad Industrial de*

Santander. Salud, 48(1), 17–26. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016002>

Puig Borràs, C., & Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 0(35), 41–58. <https://doi.org/10.29340/35.320>

Representaci, L. A. S., Sociales, N. E. S., Uso, D. E. L., Cond, D. E. L., Mujeres, E. N., Se, Q. U. E., & Como, A. (2020). Las representaciones sociales del uso del condón en mujeres que se autorreconocen como indígenas 1. *Universidad Antonio Nariño*, 1–64.

Salazar Torres, Z. (2017). *Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016*. 72. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27296>

Vera, O., & Vera, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico : presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque Evaluation of the socioeconomic status : presentation of a scale adapted in a population from Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico*, 6(1), 41.

Wade, P. (2008). *Raza, Etnicidad Y Sexualidades. Peter Wade.Pdf*. <https://www.geog.cam.ac.uk/people/radcliffe/raza.pdf>

xochitl leyva solano, rosalba icaza. (2019). *En tiempos de muerte: cuerpos, rebeldías, resistencias*.

Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., GÃ³mez, N., & Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en salud sexual y reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Revista Investigaciones Andina*, 15(26), 640–652.

<https://doi.org/10.33132/01248146.21>

Zedadra, O., Guerrieri, A., Jouandeau, N., Seridi, H., Fortino, G., Spezzano, G., Pradhan-Salike, I., Raj Pokharel, J., The Commissioner of Law, Freni, G., La Loggia, G., Notaro, V., McGuire, T. J., Sjoquist, D. L., Longley, P., Batty, M., Chin, N., McNulty, J., TVERSK, K. A. A., ... Thesis, A. (2019). Deconstrucion de las representaciones de la sexualidad en jovenes indigenas. *Sustainability (Switzerland)*, *11*(1), 1–14.

http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI