

# Mujeres, Salud y Cotidianidad.

¿Iguales o diferentes?

### **Cita este libro**

Zambrano Bermeo, RN. y Marín Muñoz, JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020.

### **Palabras Clave / Keywords**

Mujeres, salud, rural, comunidad, afrodescendientes, discapacidad, historia sexual y reproductiva, tamización, representaciones sociales, violencia, estudiantes, enfermería, Cali, Colombia.

Women, health, rural, community, Afro-descendants, disability, sexual and reproductive history, screening, social representations, violence, students, nursing, Cali, Colombia.

### **Contenido relacionado:**

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

# Mujeres, Salud y Cotidianidad.

¿Iguales o diferentes?

## **Editores científicos**

Rosa Nury Zambrano Bermeo  
Julio Alberto Marín Muñoz

## **Autores**

Rosa Nury Zambrano Bermeo  
Yurian Lida Rubiano Mesa  
Julio Alberto Marín Muñoz  
Vivien Hidela Ocampo Ramírez  
Luz Adriana Meneses Urrea  
Dolly Villegas Arenas  
Francisco Javier Lobo Viáfara  
Blanca Cecilia Díaz Chavarro  
Martha Eulalia Cifuentes Ortiz



Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes? / Rosa Nury Zambrano Bermeo Julio, Alberto Marín Muñoz (Eds. científicos). -- Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali, 2020.

176 páginas: ilustraciones; 24 cm.  
Incluye referencias bibliográficas.

**ISBN: 978-958-5147-72-0 ISBN (Libro digital): 978-958-5147-71-3**

1. Mujeres 2. Afrodescendientes 3. Discapacidad 4. Historia sexual 5. Tamización 6. Representaciones sociales. I. Zambrano Bermeo, RN. Universidad Santiago de Cali.

SCDD 361.25

CO-CaUSC

jrgb/2020



## **Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?**

© **Universidad Santiago de Cali**

© **Autores:** Rosa Nury Zambrano Bermeo, Julio Alberto Marín Muñoz, Yurian Lida Rubiano Mesa, Julio Alberto Marín Muñoz, Vivien Hidela Ocampo Ramírez, Luz Adriana Meneses Urrea, Dolly Villegas Arenas, Francisco Javier Loba Viáfara, Blanca Cecilia Díaz Chavarro & Martha Eulalia Cifuentes Ortiz

**Edición 100 ejemplares**

**Cali, Colombia - 2020**

### **Comité Editorial / Editorial Committee**

Claudia Liliana Zúñiga Cañón  
Doris Lilia Andrade Agudelo  
Edward Javier Ordóñez  
Alba Rocío Corrales Ducuara  
Milton Orlando Sarria Paja  
Sergio Antonio Mora Moreno  
Claudia Fernanda Giraldo Jiménez  
Sandro Javier Buitrago Parías

### **Proceso de arbitraje doble ciego:**

"Double blind" peer-review

### **Recepción/Submission:**

Noviembre (November) de 2020

### **Evaluación de contenidos/ Peer-review outcome:**

Diciembre (December) de 2020

### **Aprobación/Acceptance:**

Febrero (February) de 2021



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Universidad Santiago de Cali por el apoyo para la elaboración del presente libro, lo mismo que a todos los que participaron con sus valiosos aportes a esta compilación de los resultados de investigación.

A Dios, por ser nuestra guía permanente; a todas aquellas personas, familiares, amigos, docentes, colegas que en el transcurrir de nuestra vida han aportado al crecimiento personal y profesional. A los directivos de la Universidad Santiago de Cali, por la comisión de estudio doctoral, otorgado a la autora principal de este estudio, sin el cual no hubiera sido posible hacer realidad este sueño.

Rosa Nury Zambrano Bermeo  
Yurian Lida Rubiano Mesa

Gracias a Dios por la vida, por permitirme vivir y disfrutar de cada día al lado de mis familiares que me han apoyado en cada decisión y proyecto. También quiero expresar mi gratitud con las mujeres afrodescendientes del municipio de Buenos Aires, Cauca, que fueron personas clave para la construcción de este trabajo de investigación que pretende ser un instrumento de reconocimiento de su lucha y entrega desinteresada en sus comunidades. A ellas, este trabajo, por la reivindicación de sus derechos como mujeres que contribuyen a la sociedad, a la vida, a la salud y el bienestar.

Julio Alberto Marín Muñoz

A cada una de las protagonistas de los relatos de vida, que por ética y protección de sus identidades, las he identificado con nombres de origen africano como: Sharai, Sira, Dianka, Aku, Malaika, y Fary;

su entusiasmo y dedicación en cada entrevista y sobre todo su gran voto de confianza y confidencialidad, fue sencillamente maravilloso. Ellas son las que dan vida a este capítulo y con la profundidad de sus respuestas, permitieron hacer un análisis completo y profundo para cumplir con los objetivos de esta investigación.

Vivien Hidela Ocampo Ramírez

El trabajo investigativo fue desarrollado gracias al apoyo de la institución de salud que proporcionó la información fuente de las mujeres. Al Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali que a través del convenio docencia - servicio permite el avance en la investigación y la generación de conocimiento. A nuestras familias por ser aliadas incondicionales que nos brindan cariño, comprensión y apoyan el logro de metas que aportan al conocimiento científico.

Luz Adriana Meneses, Dolly Villegas, Francisco Lobo

A Dios por lo que sé, por lo que tengo y por lo que hago, por mi familia, amigos y por la oportunidad para que este producto fuera una realidad. A mi familia por los sacrificios, los esfuerzos, el apoyo incondicional y el amor que me han dedicado, acompañándome siempre tanto en los buenos momentos como en los difíciles. A la profesora Alba Nelly Valero, por su guía y acompañamiento durante la realización de este proyecto. A la Universidad Santiago de Cali, sus trabajadores y estudiantes por darnos la oportunidad de desarrollar y participar en el proyecto. Y a todas aquellas personas que han aportado en mi proceso de formación personal y profesional.

Blanca Cecilia Díaz, Martha Eulalia Cifuentes

## CONTENIDO

<b>11</b>	<b>Prólogo</b>
<b>13</b>	<b>Introducción</b>
	<b>Capítulo 1</b>
<b>15</b>	<b>Enfermedad cardiovascular en mujeres rurales: una revisión sistemática integrativa</b> <i>Rosa Nury Zambrano Bermeo, Yurian Lida Rubiano Mesa</i>
	<b>Capítulo 2</b>
<b>39</b>	<b>“Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural</b> <i>Julio Alberto Marín Muñoz</i>
	<b>Capítulo 3</b>
<b>73</b>	<b>La discapacidad visual desde la cosmovisión de la mujer afrodescendiente</b> <i>Vivien Hidela Ocampo Ramírez</i>
	<b>Capítulo 4</b>
<b>99</b>	<b>Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018</b> <i>Luz Adriana Meneses Urrea, Dolly Villegas Arenas, Francisco Javier Lobo Viáfara</i>

	<b>Capítulo 5</b>
<b>119</b>	<b>Representaciones sociales de la violencia basada en género en estudiantes de enfermería</b> Blanca Cecilia Díaz Chavarro, Martha Eulalia Cifuentes Ortiz.
<b>169</b>	<b>Sobre los autores</b>
<b>173</b>	<b>Pares evaluadores</b>

## TABLE OF CONTENTS

<b>11</b>	<b>Foreword</b>
<b>13</b>	<b>Introduction</b>
	<b>Chapter 1</b>
<b>15</b>	<b>Cardiovascular disease in rural women: an integrative systematic review.</b> <i>Rosa Nury Zambrano Bermeo, Yurian Lida Rubiano Mesa</i>
	<b>Chapter 2</b>
<b>39</b>	<b>"A very valuable thing within my community:" meanings given by Afro-descendant women in rural maternal health.</b> <i>Julio Alberto Marín Muñoz</i>

	<b>Chapter 3</b>
<b>73</b>	<b>Visual impairment from the Afro-descendant woman's worldview</b> <i>Vivien Hidela Ocampo Ramírez</i>
	<b>Chapter 4</b>
<b>99</b>	<b>Sexual and reproductive history of women attending the cervical cytology screening program. Cali, 2018</b> <i>Luz Adriana Meneses Urrea, Dolly Villegas Arenas, Francisco Javier Lobo Viáfara</i>
	<b>Chapter 5</b>
<b>119</b>	<b>Social representations of gender-based violence in nursing students</b> <i>Blanca Cecilia Díaz Chavarro, Martha Eulalia Cifuentes Ortiz</i>
<b>169</b>	<b>About the authors</b>
<b>173</b>	<b>Peer evaluators</b>



## PRÓLOGO

Escribir sobre la mujer, la salud y la cotidianidad es un discurso que desde tiempo atrás nos debemos. Nos debemos como protagonistas de historias significativas y aportantes dentro de un contexto complejo, fuerte y no tan amigable para las mujeres.

Al recibir las páginas de este libro me detuve en cada uno de sus capítulos y en cada uno de los aportes que desde la realidad y la cotidianidad de la mujer presenta frente a igualdades y diferencias desde la enfermería cardiovascular, desde la salud materna, la discapacidad visual, la historia sexual y reproductiva y las representaciones sociales en la violencia basada en el género.

Y es así como en el capítulo 1, la evidencia se debate frente a cómo la mujer rural presenta un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y cómo las diferencias desde el sistema sanitario se relacionan con determinantes sociales como el ingreso económico y aspectos sociales.

En el capítulo 2 se describe los significados de ser partera tradicional desde la experiencia de ser mujer afrodescendiente. Se ejerce esta labor como legado, con el propósito de cuidar la vida en el territorio, territorio donde la atención en salud es deficiente.

En el capítulo 3, el concepto protagonista es la discapacidad visual a través de la cosmovisión de la mujer afrodescendiente. A través de los relatos de 18 mujeres afrodescendientes se relata la necesidad de diseñar, estructurar y planes en salud visual.

En el capítulo 4 el tema protagonista es la historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Este capítulo hace un llamado a la identificación de las conductas de riesgo con relación a la salud sexual y reproductiva.

Para finalizar el tránsito de este libro, el capítulo 5 presenta un tema que cada vez se fortalece desde la enfermería, la violencia basada en género en estudiantes de enfermería, un estudio desde las representaciones sociales. Este capítulo evidencia cómo se perpetúan actitudes y prácticas de dominio de los hombres y cómo aún persiste temor a la denuncia.

La invitación es a leer con detenimiento cada uno de los aportes y a que continuemos divulgando experiencias que desde la investigación aportan a la temática de la mujer.

**Lina Marcela Parra González**

## INTRODUCCIÓN

*Mujer, salud y cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?* Este libro es producto del trabajo de docentes del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, realizado en conjunto con investigadores externos que trabajan temas afines a las temáticas que aquí se presentan; pretendemos mostrar los desafíos que enfrentan a diario las mujeres en los contextos rurales y urbanos que conforman su cotidianidad.

Los trabajos aquí expuestos, fueron validados y avalados éticamente por instituciones educativas y de investigación y son el resultado del interés y la curiosidad de los autores que, de manera autónoma y responsable, construyen conocimiento en las regiones, tomando distintos elementos teóricos y llevándolos al trabajo de campo, el cual discurre entre las particularidades que ofrecen el territorio y sus habitantes.

Hemos querido plasmar diversas ópticas de la atención en salud (intervención cardiovascular; atención materna; salud visual, sexual y reproductiva), de la mano con elementos antropológicos, sociales, culturales y del cuidado. Reconocemos que el trabajo interdisciplinar fortalece la atención e intervención sobre las dianas específicas de la atención en salud: individuos a quienes no sólo se les debe observar y documentar, sino vigilar, atender y extender un seguimiento continuo que se ajusten a las realidades en las que se convive.

Esta obra está dirigida a los profesionales interesados en conocer situaciones donde la mujer es protagonista del entramado salud, vida y sociedad, reconociéndola como ser social, merecedor de bienestar y de calidad de vida. Consideramos que los resultados aquí expuestos se conforman en material indispensable para la creación de programas de educación en salud, seguimiento y apoyo social, ofreciendo un enfoque diferencial de género, etnia, territorio, cultura y salud.



## Capítulo 1

---

# Enfermedad cardiovascular en mujeres rurales: una revisión sistemática integrativa

---

Rosa Nury Zambrano Bermeo  
Yurían Lida Rubiano Mesa

### Cita este capítulo:

Zambrano Bermeo RN. y Rubiano Mesa YL. Enfermedad cardiovascular en mujeres rurales: una revisión sistemática integrativa. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 15-37.



---

## Capítulo 1

### Enfermedad cardiovascular en mujeres rurales: una revisión sistemática integrativa

---

**Rosa Nury Zambrano Bermeo\***

<https://orcid.org/0000-0001-6488-2231>

**Yurian Lida Rubiano Mesa\*\***

<https://orcid.org/0000-0003-1130-5080>

#### RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad entre mujeres, en zonas rurales las mujeres tienen mayor riesgo que otras poblaciones de padecer estas enfermedades. Objetivo: Explorar el estado de desarrollo investigativo en enfermedades cardiovasculares en mujeres rurales. Metodología: Revisión sistemática integrativa. Términos DeCS y MeSH non-communicable diseases, chronic diseases, cardiovascular disease, rural y women en inglés y español. Construcción de ecuaciones con operadores booleanos AND y OR; se analizaron 50 artículos originales. Resultados: Surgieron cinco temas: distancia y acceso a servicios de salud; factores de riesgo cardiovascular; conocimiento, percepción y síntomas de enfermedad cardiovascular; riesgo de enfermedad cardiovascular; intervenciones. Condiciones como pobreza, falta de educación y oportunidades económicas, bajo acceso a salud y educación, mayor distancia a tiendas de alimentos, transporte limitado o nulo, entre otras, actúan en conjunto para colocar la salud de mujeres rurales en riesgo de *enfermedad cardiovascular*. Discusión: la evidencia muestra que la mujer rural tiene riesgo de enfermedad cardiovascular y muestra cómo la brecha diferencial de la salud de las

\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [rnzambranob@unal.edu.co](mailto:rnzambranob@unal.edu.co)

\*\* Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia

✉ [ylrubianom@unal.edu.co](mailto:ylrubianom@unal.edu.co)

mujeres rurales, puede ser el resultado del contexto económico y social en las áreas rurales. **Conclusión:** Se encontró mayor evidencia sobre riesgo de enfermedad cardiovascular. Los retos para la investigación y práctica de la enfermería, consisten en el empoderamiento de la mujer rural, mediante educación sobre factores de riesgo modificables y cambio de la percepción sobre su salud, para reconocer la enfermedad cardiovascular como la amenaza más grave para su salud.

**Palabras claves:** enfermedad crónica; enfermedades cardiovasculares; población rural; mujeres; revisión sistemática.

## **Abstract**

### **Introduction**

Cardiovascular diseases are the main cause of mortality among women and in rural areas women are at higher risk than other populations of suffering from CVD. Objective: To explore the development condition of the research/ study in cardiovascular diseases of rural women. Methodology: Descriptive integrative systematic review. Search of articles was carried out in databases between 2007 and 2018 under the terms DeCS and MeSH of non-communicable diseases, chronic diseases, cardiovascular disease, rural and women in English and Spanish. Equations were constructed with Boolean operators of AND and OR and 50 original articles were analyzed. Results: Five topics emerged from the analysis: distance and access to health services; cardiovascular risk factors; knowledge, perception and symptoms of CVD; risk of cardiovascular disease, and interventions. Several conditions such as poverty, lack of education and economic opportunities, low access to health and education, greater distance to food stores, limited or non-transportation, among others, act together to place the health of rural women at risk of ECV. Discussion: the evidence shows that rural women have a risk of cardiovascular disease and shows how the differential gap in the health of rural women can be the result of the economic and social context in rural areas. Conclusion: The greatest evidence was found about risk of cardiovascular disease. The challenges for nursing research and

practice consist in the empowerment of rural women, through education about modifiable risk factors and the change of perception relation to their health, so that they recognize Cardiovascular Disease as the most serious threat to their health.

**Key words:** chronic disease, cardiovascular disease, rural, women and integrative review

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en todo el mundo, y de ellas, las enfermedades cardiovasculares (ECV), son responsables de la mayoría de las muertes; y aunque a nivel mundial, las ECV, son consideradas a menudo un problema “masculino”, ellas son la principal causa de mortalidad entre las mujeres, seguida de los accidentes cerebro vasculares<sup>1</sup>.

En el área rural, las personas son más propensas que las de áreas urbanas a ser diagnosticadas con ECV y tienen más factores de riesgo, incluyendo fumar, diabetes tipo 2, Índice de Masa Corporal (IMC) en las categorías de sobrepeso u obesidad y estilo de vida sedentario<sup>2</sup>; las mujeres rurales tienen mayor riesgo que otras poblaciones de padecer ECV, relacionada con obesidad y enfrentan desafíos únicos para vivir estilos de vida saludables<sup>3</sup>.

Casi dos tercios (64%) de las mujeres que mueren repentinamente debido a una enfermedad coronaria sin tener síntomas previos. Aunque algunas mujeres no tienen ningún síntoma, otras experimentan angina, dolor en el cuello, en la mandíbula, en la garganta, en la parte en el abdomen o en la espalda durante el reposo, la actividad física o por estrés mental. Estos síntomas comienzan a desarrollarse entre los 45 y 64 años para una de cada nueve mujeres<sup>4</sup>; después de los 65 años, la proporción aumenta a una de cada tres mujeres<sup>5</sup>.

Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres en las etapas más avanzadas de la vida se deben a la exposición a diversos factores de riesgo durante la adolescencia y etapas anteriores de la edad adulta, tales como la mala alimentación, pues en muchas sociedades la tradición impone que los hombres coman primero y reciban los mejores alimentos. Esto genera que, en tiempos de escasez, las mujeres y los niños tengan que pasar sin alimento, lo que genera, entre otras consecuencias, que las mujeres del mundo en desarrollo estén más desnutridas que los hombres<sup>6</sup>.

Sumado a lo anterior, las mujeres realizan muchos roles formales e informales en la sociedad, roles que muchas veces no les generan recompensas, o son poco remunerados pese al gasto de su tiempo, energía y afectación directa e indirecta de su salud y bienestar; esto complica la situación teniendo en cuenta las dificultades de acceso a la asistencia sanitaria y, por ende, poniendo a la mujer en riesgo de estrés y de enfermedad<sup>7</sup>. En el entorno rural<sup>8</sup>, la situación es todavía más compleja, dado el mal estado nutricional por la escasez de alimentos, los altos niveles de fecundidad, la gran carga de trabajo, las malas condiciones ambientales, las prácticas socioculturales y tradicionales nocivas, y el bajo acceso a la salud y a la educación, factores que actúan en conjunto para poner la salud de las mujeres en riesgo<sup>9-11</sup>.

La Enfermería asume un papel determinante en la atención primaria en salud y en este sentido, el estudio de las ECV en las mujeres rurales, se constituye en un área de relevancia para guiar la investigación y la práctica de enfermería en salud cardiovascular. En tal sentido, el objetivo de esta revisión es explorar el estado de desarrollo de la investigación en enfermedades cardiovasculares (ECV) de las mujeres rurales.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente es una revisión sistemática de literatura de tipo integrativa, que tiene como propósito determinar el estado actual de desarrollo del área temática de enfermedad cardiovascular en mujeres rurales. Se tuvieron en cuenta los pasos descritos por Tavares et al.<sup>12</sup>:

1. Elaboración de la pregunta orientadora de la revisión: ¿cuáles son las enfermedades cardiovasculares y los retos que refleja el área temática referente a las mujeres rurales para la investigación y práctica de la enfermería?
2. Búsqueda de literatura: se realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos BVS, Academic Search Complete, Embase, LILACS, Medline, Ovid Nursing, PsycARTICLES, Pubmed, Science direct, Scielo y Scopus entre los años 2007 y 2018, bajo los términos DeCS y MeSH de non-communicable diseases, chronic diseases, cardiovascular disease, rural y women en idioma inglés y español. Para las búsquedas, se construyeron ecuaciones utilizando operadores booleanos de AND y OR.
3. Recolección de información: al revisar todos los resultados de búsqueda, los artículos se mantuvieron para el análisis si: (a) el tema era cardiovascular, (b) se utilizó un método de investigación, (c) mencionaron explícitamente el muestreo de poblaciones rurales y se ubicaron geográficamente en un área rural o (d) si eran de una base de datos donde las estadísticas indicaban la inclusión de muestras rurales. Los criterios de exclusión utilizados fueron los siguientes: (a) revisión de literatura o meta análisis y (b) investigación en solo hombres. La metodología de selección de artículos se realizó por relevancia del título y resumen y posteriormente se revisó el texto completo de cada artículo; se aplica la declaración PRISMA<sup>13</sup>, teniendo en cuenta los siguientes pasos: identificación, selección y elegibilidad; se eligen los artículos del presente estudio. Ver figura 1.
4. Análisis crítico de estudios incluidos: posteriormente, estas piezas fueron analizadas teniendo en cuenta criterios de rigor para estudios cualitativos<sup>14</sup> y cuantitativos<sup>15</sup>. El análisis de los artículos se realizó inicialmente de manera individual por cada investigador y luego en conjunto, los desacuerdos se resolvieron mediante discusión grupal. Para disminuir el sesgo del investigador se utilizó la auditabilidad de los resultados entre los investigadores.

## RESULTADOS

La totalidad de los estudios están en inglés y predomina el abordaje cuantitativo (descriptivos – transversales), hay muy pocos estudios experimentales y el país con mayor producción es Estados Unidos (Tabla 1). Al organizar la información, se obtuvieron doce temas: alimentación, dislipidemia, distancia y acceso a los servicios de salud, enfermedad cardiovascular, ejercicio, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiometabólica, hipertensión arterial, intervenciones, mortalidad, peso y síndrome coronario agudo. Después de la lectura y análisis de los artículos, se integraron en cinco categorías: distancia y acceso a los servicios de salud, factores de riesgo cardiovascular, conocimiento, percepción y síntomas de ECV, riesgo de enfermedad cardiovascular e intervenciones (Tabla 1).

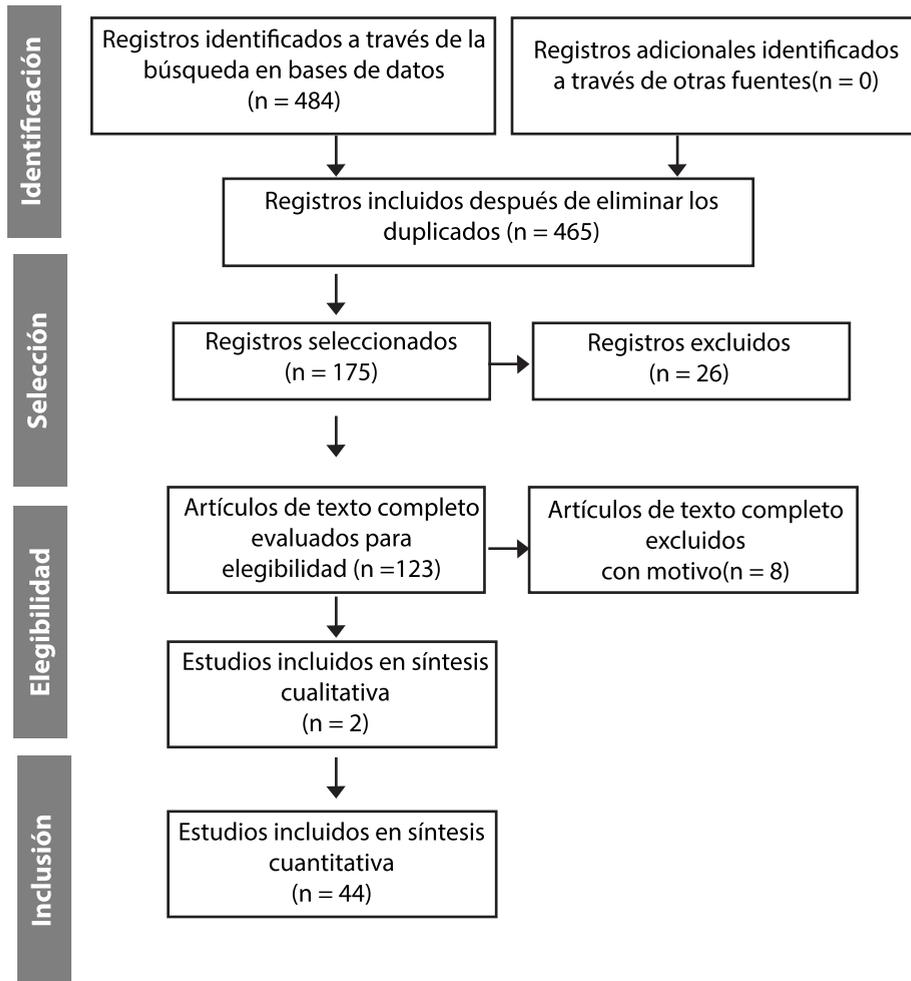
**Distancia y acceso a los servicios de salud:** La distancia ha sido definida como “un grado de separación entre dos o más entidades (...) la naturaleza de esa entidad puede estar en el espacio, el tiempo o el comportamiento” y se compone de tres atributos que incluyen kilometraje, tiempo y percepción<sup>16</sup>. La distancia puede medirse de varias maneras, incluida la distancia lineal en un mapa, distancia de la carretera, tiempo de viaje, distancia percibida, tiempo de viaje percibido y distancia al proveedor más cercano<sup>17</sup>.

Los hallazgos demuestran cómo la distancia es tan solo uno de los tantos problemas actuales que deben vivir las mujeres rurales cuando necesitan acceder a la atención médica para recibir atención cardiovascular<sup>18</sup>.

**Factores de riesgo cardiovascular:** Los estudios en esta sección examinan cómo la morbilidad y la mortalidad cardiovascular están relacionadas con factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales se pueden prevenir mediante la identificación y modificación de factores de riesgo específicos. Se encontró que las minorías étnicas tienen mayor incidencia de factores de riesgo cardiovascular, en especial porque a menudo residen en áreas médicamente desatendidas y están sujetas a disparidades de atención médica<sup>18</sup>; obesidad, tabaquismo, alcohol, una dieta pobre, menores ni-

veles de actividad física y mayores niveles de estrés psicosocial<sup>19-21</sup> y dieta o alimentación<sup>22-27</sup>, como factores de riesgo modificables y la actividad física como un factor protector<sup>28,29</sup>.

**Figura 1. Diagrama de flujo utilizado para la inclusión de los estudios**



Fuente: PRISMA, 2009

**Tabla 1. Distribución de los hallazgos de la revisión**

<b>Continentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Norteamérica	25	54,3
Asia	15	32,6
Oceanía	3	6,5
África	2	4,3
América Latina	1	2,2
<b>Tipo de estudio</b>		
Cuantitativos no experimentales	37	80,4
Experimentales	7	15,2
Cualitativos	2	4,3
<b>Temática</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Riesgo enfermedad cardiovascular	24	52,2
Factores de riesgo cardiovascular	11	23,9
Distancia y acceso a los servicios de salud	1	2,2
Conocimiento, percepción y síntomas de ECV	5	10,9
Intervenciones	5	10,9

Fuente: Datos del proyecto de tesis, 2016 – 2018.

**Conocimiento, percepción y síntomas de ECV:** Conocer los signos y síntomas de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares; es de gran importancia no solo para salvar la vida, sino también para preservarla, ya que el identificarlos permite buscar atención sanitaria. Además, se muestra que la falta de percepción de las mujeres frente a las ECV como amenaza para su propia salud no ha sido estudiada y que la mayoría de ellas todavía no comprenden la magnitud de la ECV como causa de muerte<sup>30-34</sup>.

**Riesgo de enfermedad cardiovascular:** en este apartado el mayor número de artículos revisados trata de los factores de riesgo de ECV como dislipidemia, diabetes, hipertensión arterial (HTA), obesidad/sobrepeso, estado del sistema nervioso autónomo, variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) y la prevalencia de dichos factores y de la ECV<sup>2,35-55</sup>.

**Intervenciones:** Se encontraron estudios que van desde programas para promover el control exitoso del peso a largo plazo y mejorar el conocimiento en factores de riesgo cardiovascular, hasta programas para reducir el riesgo de enfermedades de este tipo<sup>3,56-59</sup>.

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo a la revisión presentada se pudo evidenciar que las enfermedades cardiovasculares son una amenaza importante para las mujeres de las zonas rurales y que las personas que trabajan en salud en la zona rural necesitan evidencia sobre la cual basar su práctica.

El acceso a la atención de salud se puede retrasar o dificultar debido a la distancia. Muchos habitantes de zonas rurales deben recorrer grandes distancias para obtener, incluso, los servicios de atención de salud más básicos. La distancia se puede confundir con situaciones como el clima o la falta de transporte. Para comprender el impacto de la distancia y el clima en el acceso a la atención médica, se estudió una muestra de 48 mujeres vivían en zonas rurales<sup>18</sup>a las que se les diagnosticó insuficiencia cardíaca; se encontró que la distancia promedio para obtener atención primaria era de 10,2 kilómetros (6,4 millas), mientras que la distancia promedio para obtener cuidados de cardiología fue de 52,4 kilómetros (32,6 millas). Sin embargo, solo el 50% de la muestra buscó atención continua de un cardiólogo. Al evaluar el impacto del clima o la distancia en el acceso a la atención médica, no se encontraron influencias significativas.

En un estudio retrospectivo, se evaluaron los efectos del origen étnico, la demografía y la ausencia o presencia de ECV en la prevalencia de los fac-

tores de riesgo cardiovascular, la reducción de los factores de riesgo y la prevención y el tratamiento de las ECV<sup>60</sup>. Se encontró que los pacientes con ECV, que residen en la zona rural, independientemente de su origen étnico, recibieron, significativamente, menos tratamientos de prevención secundaria y fue menos probable que alcanzaran los objetivos de presión arterial en comparación con los pacientes urbanos<sup>60</sup>.

En cuanto a dieta o alimentación, los estudios muestran que, en los países desarrollados, se ha informado que la prevalencia de la obesidad es mayor entre las mujeres rurales en comparación con las mujeres urbanas; como factores potencialmente contribuyentes se destacan, mayores tasas de tabaquismo y consumo de alcohol, dieta más pobre, menores niveles de actividad física y mayores niveles de estrés psicosocial, muchos de los cuales están relacionados con un mayor nivel de desventaja socioeconómica en las poblaciones rurales<sup>19,20</sup>, donde el acceso a los programas de salud y promoción de la salud se reduce<sup>21</sup> y donde el tener una dieta saludable acarrea un mayor costo.

En este sentido y teniendo en cuenta que la dieta, o la alimentación, es un factor de riesgo que puede modificarse para prevenir el aumento de peso, mejorar la salud y reducir el riesgo de ECV, diferentes estudios en mujeres rurales han analizado la calidad de la dieta<sup>22</sup>, las conductas alimentarias<sup>23</sup> y el perfil dietético, utilizando el método del recuerdo<sup>24</sup>, comportamiento alimentario<sup>25</sup>, ingesta de micronutrientes<sup>26</sup> e inseguridad alimentaria<sup>27</sup>. Los hallazgos muestran cómo las mujeres rurales tienen mayor ingesta calórica, de proteínas, grasas saturadas y monoinsaturadas, colesterol y hierro, consumo de al menos dos bebidas endulzadas con azúcar, menor ingesta de grasas poliinsaturadas, frutas, verduras, granos, productos lácteos y fibra dietética. En cuanto a micronutrientes, la ingesta media de calcio, magnesio y potasio estuvo por debajo de los niveles recomendados y la ingesta de sodio estuvo por encima de la recomendación. Finalmente, en cuanto a inseguridad alimentaria (agotamiento de los alimentos de los hogares), se muestra que es mayor entre las mujeres rurales que entre las urbanas, lo que es estadísticamente significativo para la salud general, física y mental entre las mujeres rurales.

En cuanto a la actividad física como un factor protector cardiovascular, se ha encontrado que el ejercicio regular tiene muchos beneficios para la salud de las mujeres de todas las edades, pero también se ha informado que las mujeres rurales, en comparación con las mujeres urbanas, perciben más barreras para el ejercicio regular y la edad es una de las barreras más influyentes<sup>28</sup>. Por lo tanto, se investigaron las diferencias en las barreras de ejercicio percibidas en tres grupos de edad de mujeres rurales y las asociaciones entre las barreras de ejercicio percibidas y el comportamiento de ejercicio regular. Este estudio mostró que las mujeres enfrentan diferentes barreras para el ejercicio en diferentes etapas de sus vidas. Las mujeres entre 30 y 70 años tienen más barreras administrativas que las mujeres mayores de 70 años. Por el contrario, las mujeres mayores de 70 años perciben más barreras físicas y psicológicas<sup>29</sup>, las cuales pueden hacer que mantengan un estilo de vida relativamente inactivo.

El conocimiento sobre los signos y síntomas de ECV, muestra puntajes bajos y se concluye en que las mujeres no tienen una educación adecuada sobre esta, que las percepciones de las mujeres deben cambiarse para que se reconozca la ECV como la amenaza más grave a la salud que enfrentan las mujeres, que los proveedores de servicios de salud deben educar rutinariamente a estas personas sobre la amenaza de la ECV y que es esencial evaluar el impacto de las estrategias de educación y de gestión<sup>30-33</sup>. Por otra parte, Aziz Kamran et al.<sup>34</sup> manifiestan que el conocimiento y la percepción de la enfermedad juegan un papel importante en la predicción de la variación de la ingesta de sodio en pacientes hipertensos y que se requiere, tanto mejorar como actualizar la información de los pacientes, para así proporcionar una imagen clara de la afección e influir en su percepción de la enfermedad.

De otra parte, en referencia a la ECV, se concluye que, entre las mujeres rurales, existe una alta prevalencia de factores de riesgo de ECV y una alta prevalencia de consumo de tabaco, obesidad, diabetes e hipercolesterolemia. Mencionan, además, que los factores de riesgo de mayor prevalencia en las zonas rurales para estas afecciones son la pobreza, la edad y el residir

en zona rural. Las mujeres que no eran blancas, mayores, menos educadas y rurales, tenían más probabilidades de tener sobrepeso u obesidad<sup>2,35,46,49-52</sup>. Un estudio muy interesante fue el de Dutta<sup>53</sup>, quien investigó si la cocción regular con biomasa agrava la inflamación sistémica y el estrés oxidativo que podría aumentar el riesgo de desarrollar ECV en mujeres indias rurales, en comparación con cocinar con un combustible más limpio como el gas licuado de petróleo (LPG). Como resultado, Dutta encontró que cocinar con biomasa exacerba la inflamación sistémica, el estrés oxidativo, la hipertensión y la taquicardia en mujeres pobres que cocinan con combustible de biomasa y, por lo tanto, las predispone a un mayor riesgo de desarrollo de ECV en comparación con el grupo control; la inflamación sistémica y el estrés oxidativo pueden ser los factores mecánicos involucrados en el desarrollo de ECV. Además, encontró taquicardia en el 14,1% de las mujeres que usaban biomasa, contra el 3,4% del grupo control, lo cual podría ser un riesgo potencial para la salud al aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad por ECV. El uso de combustible sólido también se asoció con síndrome coronario agudo y el riesgo fue menor en las mujeres que usaron combustible sólido por última vez hace más de 15 años<sup>54</sup>.

Otro de los factores de riesgo para la ECV es la hipertensión. Al respecto, la literatura reporta varios aspectos de la prehipertensión arterial y la hipertensión arterial (HTA), desde factores de riesgo y prevalencia hasta los marcadores bioquímicos implicados en el proceso hipertensivo. En este sentido, Akter et al.<sup>55</sup> encontraron que los niveles de ET-1 tuvieron asociaciones positivas significativas con la presión arterial diastólica ( $P = 0.002$ ), presión arterial sistólica ( $P = 0.001$ ), presión arterial media ( $P = 0.002$ ) y glucosa en sangre en ayunas ( $P = 0.002$ ). Entretanto, otros autores determinaron la asociación entre el capital social y la hipertensión. Los resultados mostraron que el 18,95% de las mujeres presentó hipertensión y el alto capital social se asoció significativamente con la disminución de la hipertensión en las mujeres rurales haitianas de edad reproductiva<sup>36</sup>. Otros estudios encontraron prevalencia general de hipertensión y un aumento gradual y continuo en los valores promedio de la presión arterial sistólica y diastólica con el avance de la edad<sup>37-40</sup>. Por el contrario, otros autores encontraron baja pre-

valencia de hipertensión y esta fue más prevalente entre las mujeres más pobres y se asoció fuertemente con otros riesgos cardiovasculares<sup>41</sup>.

Un número significativo de artículos midió la obesidad/sobrepeso como riesgos de ECV. Harrison y colaboradores<sup>42</sup> afirman que las mujeres que viven en comunidades rurales constituyen un grupo de alto riesgo para el aumento de peso, independientemente del Índice de Masa Corporal (IMC) y tienen una baja participación del profesional de la salud para el apoyo relacionado con el peso. Un IMC más alto se asoció con un mayor aumento de peso, apoyo social reducido, actividad física negativa y percepción del entorno de alimentación. Otros autores encontraron que las poblaciones rurales tienen una prevalencia superior a la media de la obesidad y comorbilidades relacionadas, por lo que las mujeres rurales corren un riesgo particularmente alto de obesidad y enfermedades crónicas<sup>43-45,47,48</sup>.

Finalmente, las intervenciones evidencian que a corto plazo se puede aumentar el conocimiento de las enfermedades crónicas y el conocimiento de los factores de riesgo, al igual que mejorar la autoeficacia, aumentar la actividad física y disminuir el consumo de energía. Lo anterior deriva en una disminución de la circunferencia de la cintura y el peso corporal entre las mujeres en riesgo; sin embargo, algunos de estos cambios no se mantuvieron en un año, lo cual sugiere que tal vez se requiera un seguimiento más intensivo para ayudar a mantener el cambio de comportamiento a largo plazo, especialmente en las zonas rurales, donde las mujeres están geográficamente dispersas y enfrentan desafíos únicos para vivir estilos de vida saludables además de tener un mayor riesgo de padecer ECV<sup>3,56-59</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Con la anterior revisión se logra determinar que la brecha diferencial de la salud de las mujeres rurales puede ser el resultado del contexto económico y social en las áreas rurales; que existen además varias condiciones que incrementan los riesgos en la la salud de la mujer, incluyendo pobreza gene-

ralizada, falta de educación, falta de oportunidades económicas, mayor distancia a las tiendas de alimentos, transporte limitado o nulo, pocas tiendas de alimentos de calidad, precios más altos de los alimentos y menor acceso a los servicios de salud entre otras, condiciones que contribuyen a que la mujer tenga una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

Aunado a la anterior, en el entorno rural, el mal estado nutricional, debido a la escasez de alimentos, los altos niveles de fecundidad, la gran carga de trabajo, las malas condiciones ambientales, las prácticas socioculturales y tradicionales nocivas y el bajo acceso a la salud y la educación actúan en conjunto para poner la salud de las mujeres rurales en riesgo de enfermedades cardiovasculares. Si bien la literatura revisada no habla de ECV propiamente dicha, sí habla de factores de riesgo que presenta la mujer rural como la HTA, diabetes, hipercolesterolemia y el uso de biomasa para la cocción de los alimentos; riesgos de los cuales no es consciente la mujer rural.

Por lo tanto, uno de los retos que refleja para la investigación y práctica de la enfermería el área temática referente a las mujeres rurales consiste en el empoderamiento de la mujer rural de su salud, mediante la educación sobre los factores de riesgo modificables como la dieta o alimentación y la actividad física, para prevenir el aumento de peso, mejorar la salud y reducir el riesgo de ECV. Las mujeres rurales deben cambiar la percepción sobre su salud, para que así reconozcan los potenciales riesgos de sufrir alguna ECV, mientras que los profesionales de enfermería deben educar rutinariamente a las mujeres sobre esta amenaza.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Temas de Salud. [citado 11 sep 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/womens\\_health/es/](http://www.who.int/topics/womens_health/es/)
2. O'Connor A, Wellenius G. Rural-urban disparities in the prevalence of diabetes and coronary heart disease. *Public Health*. 2012;126(10):813–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.029>

3. Folta S, Lichtenstein A, Seguin R, Goldberg J, Kuder J, Nelson M. The StrongWomen-Healthy Hearts program: reducing cardiovascular disease risk factors in rural sedentary, overweight, and obese midlife and older women. *Am J Public Heal.* 2009;99(7):1271–7. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.145581>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Women and Heart Disease Fact Shee [Internet]. Division for Heart Disease and Stroke Prevention. [citado 11 sep 2018]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/dhdsp/data\\_statistics/fact\\_sheets/fs\\_women\\_heart.htm](https://www.cdc.gov/dhdsp/data_statistics/fact_sheets/fs_women_heart.htm)
5. Miller DD. Stress testing for the diagnosis of coronary heart disease in women. En: Rose BD, editor. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; 2007.
6. Food and Agriculture Organization for the United Nations. La mujer rural y el derecho a la alimentación [Internet]. [citado 11 sep 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/W9990S/w9990s10.htm>
7. Meleis AI, Caglia J, Langer A. Women and Health: Women’s Dual Roles as Both Recipients and Providers of Healthcare. *J Womens Heal.* 2016;25(4). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042432>
8. Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *Am J Public Heal.* 2005;95(7):1149–55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042432>
9. Manderson L, Mark T. Empowering women: participatory approaches in women’s health and development projects. *Heal Care Women Int.* 1997;18(1):17–30. <https://doi.org/10.1080/07399339709516256>
10. Aden AS, Omar MM, Omar HM, Högberg U, Persson LA, Wall S. Excess female mortality in rural Somalia--is inequality in the household a risk factor? *Soc Sci Med.* 1997;44(5):709–15.
11. Kuate Defo B. Effects of socioeconomic disadvantage and women’s status on women’s health in Cameroon. *Soc Sci Med.* 1997;44(7):1023–42.
12. Tavares de Souza M, Dias da Silva M, de Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred

- Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
14. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educ Technol Res Dev.* 1981;29(2):75–91. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>
  15. Hernández Sampieri R. *Metodología de la investigación*. 6a ed. México D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2014.
  16. Henson D, Sadler T, Walton S. Distance. En: Lee H, editor. *Conceptual basis for rural nursing*. New York, NY: Springer; 1998.
  17. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior in health care utilization among residents of a rural region. *Heal Serv Res.* 2005;40(1):135–55. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00346.x>
  18. Pierce C. Distance and access to health care for rural women with heart failure. *Online J Rural Nurs Heal Care.* 2007;7(1):27–34. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v7i1.141>
  19. Wirt A, Collins CE. Diet quality--what is it and does it matter? *Public Heal Nutr.* 2009;12(12):2473–92. <https://doi.org/10.1017/S136898000900531X>
  20. Schwingshackl L, Hoffmann G. Diet quality as assessed by the Healthy Eating Index, the Alternate Healthy Eating Index, the Dietary Approaches to Stop Hypertension score, and health outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115(5):780–800. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.12.009>
  21. Alhazmi A, Stojanovski E, McEvoy M, Brown W, Garg ML. Diet quality score is a predictor of type 2 diabetes risk in women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Br J Nutr.* 2014;112(6):945–51. <https://doi.org/10.1017/S0007114514001688>
  22. Martin JC, Moran LJ, Teede HJ, Ranasinha S, Lombard CB, Harrison CL. Exploring Diet Quality between Urban and Rural Dwelling Women of Reproductive Age. *Nutrients.* 2017;9(6). <https://doi.org/10.3390/nu9060586>
  23. Johnson C, Sharkey J, Dean W. *Eating Behaviors and Social Capital*

- are Associated with Fruit and Vegetable Intake Among Rural Adults. *J Hunger Env Nutr.* 2010;5(3):302–15. <https://dx.doi.org/10.1080%2F19320248.2010.504094>
24. Bhagat M, Ghosh A. Obesity measures, metabolic profiles, blood pressure and intake of dietary fatty acids in rural women of Asian Indian origin: Santiniketan women study. *J Cardiovasc Dis Res.* 2011;2(1):61–7. <https://doi.org/10.4103/0975-3583.78599>
  25. Boeckner L, Pullen C, Noble Walker S, Oberdorfer M, Hageman P. Eating Behaviors and Health History of Rural Midlife to Older Women in the Midwestern United States. *J Acad Nutr Diet.* 2007;107(2):306–10. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.11.012>
  26. Boeckner L, Young TD, Pullen CH, Dizona P, Hageman PA. Dietary mineral intakes of rural midlife to older adult women with prehypertension in Midwestern United States. *J Nutr Heal Aging.* 2015;19(1):13–9. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0482-8>
  27. Sharkey JR, Johnson CM, Dean WR. Relationship of household food insecurity to health-related quality of life in a large sample of rural and urban women. *Women Heal.* 2011;51(5):442–60. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.584367>
  28. Olsen JM. An integrative review of literature on the determinants of physical activity among rural women. *Public Heal Nurs.* 2013;30(4):288–311. <https://doi.org/10.1111/phn.12023>
  29. Huang JJ, Lin HS, Lee BO, Chen CH. Perceived exercise barriers and their associations with regular exercise across three age groups of rural women in Taiwan. *J Women Aging.* 2016;28(1):68–79. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950902>
  30. Swanoski MT, Lutfiyya MN, Amaro ML, Akers MF, Huot KL. Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. *BMC Public Health.* 2012;12:283. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-283>
  31. Christian AH, Rosamond W, White AR, Mosca L. Nine-year trends and racial and ethnic disparities in women's awareness of heart disease and stroke: an American Heart Association national study. *J Womens Heal.* 2007;16(1):68–81. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.M072>

32. Hamner JB, Wilder B. Perceptions and predictions of cardiovascular disease of Alabama women in a rural county. *Appl Nurs Res.* 2010;23(2):80–5. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.06.004>
33. Hamner JB, Wilder B. Knowledge and risk of cardiovascular disease in rural Alabama women. *J Am Acad Nurse Pr.* 2008;20(6):333–8. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00326.x>
34. Kamran A, Azadbakht L, Sharifirad G, Mahaki B, Sharghi A. Sodium intake, dietary knowledge, and illness perceptions of controlled and uncontrolled rural hypertensive patients. *Int J Hypertens.* 2014;2014. <https://doi.org/10.1155/2014/245480>
35. Roddy SJ, Walker SN, Larsen J, Lindsey A, Shurmer S, Yates B. CVD risk factors in rural women. *Nurse Pr.* 2007;32(6):53–5. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000275357.87192.9e>
36. Malino C, Kershaw T, Angley M, Frederic R, Small M. Social capital and hypertension in rural Haitian women. *Matern Child Heal J.* 2014;18(10):2253–60. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1351-5>
37. Amugsi D, Dimbuene ZT, Asiki G. Quantile regression analysis of modifiable and non-modifiable drivers' of blood pressure among urban and rural women in Ghana. *Sci Rep.* 2018;8(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26991-4>
38. Kaur M. Blood pressure trends and hypertension among rural and urban Jat women of Haryana, India. *Coll Antropol.* 2012;36(1):139–44.
39. Zhou Y, Zhou X, Guo X, Sun G, Li Z, Zheng L, et al. Prevalence and risk factors of hypertension among pre- and post-menopausal women: a cross-sectional study in a rural area of northeast China. *Maturitas.* 2015;80(3):282–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.12.001>
40. Yang J, Lu F, Zhang C, Liu Z, Zhao Y, Gao F, et al. Prevalence of prehypertension and hypertension in a Chinese rural area from 1991 to 2007. *Hypertens Res.* 2010;33(4):331–7. <https://doi.org/10.1038/hr.2009.235>
41. Khan R, Stewart C, Christian P, Schulze K, Wu L, Leclercq S, et al. A cross-sectional study of the prevalence and risk factors for hypertension in rural Nepali women. *BMC Public Health.* 2013;13:55. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-55>

42. Harrison C, Teede H, Kozica S, Zoungas S, Lombard C. Individual, social and environmental factors and their association with weight in rural-dwelling women. *Women's Heal.* 2016;41(2). <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12606>
43. Ely A, Befort C, Banitt A, Gibson C, Sullivan D. A qualitative assessment of weight control among rural Kansas women. *J Nutr Educ Behav.* 2009;41(3):207–11. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.04.355>
44. Trivedi T, Liu J, Probst J, Merchant A, Jhones S, Martin A. Obesity and obesity-related behaviors among rural and urban adults in the USA. *Rural Remote Heal.* 2015;15(4).
45. Befort C, Nazir N, Perri M. Prevalence of obesity among adults from rural and urban areas of the United States: findings from NHANES (2005-2008). *J Rural Heal.* 2012;28(4):392–7. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00411.x>
46. Narayanaswamy N, Moodithaya S, Halahalli H, Mirajkar AM. Assessment of Risk Factor for Cardiovascular Disease Using Heart Rate Variability in Postmenopausal Women: A Comparative Study between Urban and Rural Indian Women. *ISRN Cardiol.* 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/858921>
47. He Y, Pan A, Yang Y, Wang Y, Xu J, Zhang Y, et al. Prevalence of Underweight, Overweight, and Obesity Among Reproductive-Age Women and Adolescent Girls in Rural China. *Am J Public Heal.* 2016;106(12):2103–10. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303499>
48. Muchira J, Stuart-Shor E, Kariuki J, Mukuna A, Ndigirigi I, Gakage L, et al. Distribution and characteristics of risk factors for cardiovascular–metabolic disease in a rural Kenyan community. *Int J Africa Nurs Sci.* 2015;3:76–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.09.002>
49. Pandey R, Gupta R, Misra A, Misra P, Singh V, Agrawal A, et al. Determinants of urban-rural differences in cardiovascular risk factors in middle-aged women in India: a cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2013;163(2):157–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2011.06.008>
50. Oommen AM, Abraham VJ, George K, Jose VJ. Prevalence of coronary heart disease in rural and urban Vellore: A repeat cross-sectional survey. *Indian Hear J.* 2016;68(4):473–9. [35](https://doi.org/10.1016/j.</a></li></ol></div><div data-bbox=)

ihj.2015.11.015

51. Feresu SA, Zhang W, Puumala SE, Ullrich F, Anderson JR. The frequency and distribution of cardiovascular disease risk factors among Nebraska women enrolled in the WISEWOMAN screening program. *J Womens Heal.* 2008;17(4):607–17. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0438>
52. Graves BA. Focused Community-based Research for Eliminating CVD Risk Disparities in a Rural Underserved Population. *Online J Rural Nurs Heal Care.* 2012;12(1):67–77. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v12i1.28>
53. Dutta A, Ray MR, Banerjee A. Systemic inflammatory changes and increased oxidative stress in rural Indian women cooking with biomass fuels. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2012;261(3):255–62. <https://doi.org/10.1016/j.taap.2012.04.004>
54. Fatmi Z, Coggon D, Kazi A, Naeem I, Kadir M, Sathiakumar N. Solid fuel use is a major risk factor for acute coronary syndromes among rural women: a matched case control study. *Public Health.* 2014;128(1):77–82. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.09.005>
55. Akter S, Jesmin S, Iwashima Y, Hideaki S, Rahman M, Islam M, et al. Higher circulatory level of endothelin-1 in hypertensive subjects screened through a cross-sectional study of rural Bangladeshi women. *Hypertens Res.* 2015;38(3):208–12. <https://doi.org/10.1038/hr.2014.160>
56. Perri MG, Limacher MC, Durning PE, Janicke DM, Lutes LD, Bobroff LB, et al. Extended-care programs for weight management in rural communities: the treatment of obesity in underserved rural settings (TOURS) randomized trial. *Arch Intern Med.* 2008;168(21):2347–54. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.21.2347>
57. Lombard C, Harrison C, Kozica S, Zoungas S, Ranasinha S, Teede H. Preventing Weight Gain in Women in Rural Communities: A Cluster Randomised Controlled Trial. *PLoS Med.* 2016;13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001941>
58. Pandey R, Agrawal A, Misra A, Vikram N, Misra P, Dey S, et al. Population-based intervention for cardiovascular diseases related

- knowledge and behaviours in Asian Indian women. *Indian Hear J.* 2013;65(1):40–7. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2012.12.019>
59. Seguin R, Paul L, Folta S, Nelson M, Strogatz D, Graham M, et al. Strong Hearts, Healthy Communities: A Community-Based Randomized Trial for Rural Women. *Obesity.* 2018;26(5):845–53. <https://doi.org/10.1002/oby.22158>
60. Colleran K, Richards A, Shafer K. Disparities in Cardiovascular Disease Risk and Treatment. *J Investig Med.* 2007;55(8):415–22.



## Capítulo 2

---

# “Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural

---

Julio Alberto Marín Muñoz

### Cita este capítulo:

Marín Muñoz JA. “Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 39-71.



---

## Capítulo 2

### **“Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural**

---

**Julio Alberto Marín Muñoz\***

<https://orcid.org/0000-0001-5483-5060>

#### **RESUMEN**

El presente escrito tiene como propósito, describir los significados que las mujeres afrodescendientes le otorgan a ser una partera tradicional en el área rural, frente a experiencias de la salud materna, en el municipio de Buenos Aires, Cauca (Colombia). El elemento teórico principal fue la categoría de género, que hace parte de la “Triple Inequidad” descrita por Jaime Breilh<sup>1</sup>; también se incluyeron elementos conceptuales como: partera tradicional, partería tradicional e interseccionalidad, para dilucidar el problema de investigación. Se compilan los resultados de un trabajo de investigación realizado en el año 2019, de tipo cualitativo con herramientas y técnicas etnográficas basadas en el método de Rosana Guber<sup>2</sup>; las categorías apriorísticas y de campo facilitaron la codificación, estructura y procesamiento de los datos, los cuales se orientaron con avances actuales en metodología de la investigación cualitativa y tecnológica. Desde la perspectiva EMIC usada en antropología de la salud, el análisis de la información se relaciona con las evidencias testimoniales, el referente teórico y otras evidencias académicas semejantes a la temática. Las mujeres afrodescendientes de la alta ruralidad ejercen como parteras tradicionales, porque manifiestan que es un legado el cuidar la vida en sus territorios, donde la atención en salud es deficiente o no existe; porque para estas mujeres es importante preservar la salud de la mujer y de las futuras generaciones, a través de sus prácticas y saberes

\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [julio.marin00@usc.edu.co](mailto:julio.marin00@usc.edu.co); [alberto.marin00@yahoo.com](mailto:alberto.marin00@yahoo.com)

ancestrales, que les han permitido co-crear un escenario de cuidado desde ellas mismas y para las demás, por eso es, valioso para su comunidad.

**Palabras Claves:** mujer, afrodescendiente, partera tradicional, salud materna.

### **Abstract**

The purpose of this writing is to describe the meanings that Afro-descendant women give to being a traditional midwife, compared to the experiences of maternal health in the rural context, in the municipality of Buenos Aires, Cauca (Colombia). The main theoretical element was the Gender category, which is part of the Triple Inequity described by Jaime Breilh<sup>1</sup>; Conceptual elements such as: Traditional Midwife, Traditional Midwife and Intersectionality were also included to elucidate the research problem. The results of a qualitative research carried out in 2019 were compiled with ethnographic tools and techniques based on the method of Rosana Guber<sup>2</sup>; the a priori and fieldwork categories facilitated the coding, structure and processing of the data, which were guided by current advances in qualitative and technological research methodology. From the EMIC perspective used in health anthropology, the analysis of the information was related to the testimonial evidence, the theoretical framework and other academic evidence similar to the subject. Afro-descendant women from high rural areas work as traditional midwives. They affirm that it is a legacy to take care of life in their territories where health care is deficient or does not exist; For these women it is important to preserve the health of women and future generations, through their ancestral practices and knowledge, which has allowed them to co-create a scenario of care for themselves and for others, that is why it is valuable for their community.

**Keywords:** women, afro-descendant, traditional midwife, maternal health.

## **INTRODUCCIÓN**

América Latina ha sido históricamente una región desigual<sup>3</sup>; en Colombia, tal fenómeno no es distinto y se ve agravado por las condiciones de violencia y abandono que conviven en este territorio, especialmente en las zonas rurales. A las desigualdades económicas y sociales, se suma la desigualdad de género imperante en la región; transversal a todas las demás desigualdades existentes y que subyuga a la mujer a otras formas de violencia y sometimiento (normas culturales imperantes señalan roles muy definidos a la mujer)<sup>3</sup>. Además de lo anterior, la desigualdad, de tipo étnico, es un problema relevante y que genera gran preocupación en Latinoamérica, donde el 33% de la población corresponde a minorías indígenas y afrodescendientes y 58 millones de mujeres viven en el área rural<sup>3</sup>. Cuando cruzamos estas formas de desigualdad (género, clase social y etnia) en diferentes combinaciones, escenificadas en distintos telones sociales e históricos, se “aumentan las barreras para el acceso y disfrute de los derechos”<sup>3,4</sup>; a este fenómeno, Breilh lo ha denominado: la “Triple Inequidad en Latinoamérica”.

En un territorio donde una de cada tres mujeres carece de ingresos propios, y donde los indicadores de pobreza son mayores para el género femenino en las franjas rurales, la situación de las mujeres resulta especialmente vulnerable<sup>3</sup>. Esas mismas mujeres son víctimas de violencia económica: mayor desempleo, menor formalidad laboral y una menor remuneración. “Esta situación de menor ingreso tiene efectos en la salud, la nutrición, el acceso a la sanidad y el agua potable, la educación, el desarrollo de habilidades profesionales, la tecnología y el desarrollo infantil. Como la más visible manifestación de la discriminación hacia las mujeres, la violencia contra las mujeres y las niñas es una de las violaciones de los derechos humanos más extendida constituyéndose en una amenaza para la democracia. Es una barrera para el logro de la paz, un problema de salud pública y justicia social, además de una carga a las economías nacionales. Es una violencia basada en las desigualdades de género y en la discriminación”<sup>3</sup>.

La inequidad contra la mujer es disruptiva del bienestar común, porque restringe las capacidades de ellas como individuos y limita la satisfacción de sus necesidades.

En las áreas rurales de Colombia, sobreviven múltiples prácticas tradicionales ejercidas predominantemente por mujeres. Labores que se caracterizan por las condiciones de precariedad en las que se encuadran, siendo la partería tradicional una de ellas. A pesar de los contextos de exclusión social, étnica y económica, la partería es desempeñada por mujeres afrocolombianas en varios sectores rurales del país (y de la región); una labor que no es reconocida y que por el contrario es invisibilizada. Por ser la múltiple inequidad un problema cardinal para la salud pública en nuestra región, estos fenómenos necesitan ser contados para ser entendidos y abordados <sup>3</sup>.

La partería tradicional, en el año 2017, ha sido declarada como Patrimonio Cultural Inmaterial en el territorio nacional, según lo manifestado en la Resolución 1077 de 2017, del Ministerio de Cultura de Colombia; lo incluido como patrimonio cultural inmaterial comprende los “Saberes asociados a la partería afro del Pacífico” con su Plan Especial de Salvaguardia <sup>5</sup>, aprobado el Ministerio de Cultura, bajo el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura 1088 de 2015, donde se estipula que la partería tradicional hace parte de los campos de PCI (Patrimonio Cultural Inmaterial) en lo relacionado a la medicina tradicional, conocimiento tradicional, el universo y la organización social.

Esta compilación de los saberes de la “Partería Afro del Pacífico”, hace parte del Patrimonio Cultural Inmaterial de Colombia. De este trabajo se resaltan los siguientes aspectos: es pertinente, porque corresponde a los campos de la medicina tradicional y conocimientos sobre la naturaleza, el universo y la organización social; esta manifestación es representativa, porque es un saber que trasciende culturalmente; genera identidad, porque es una práctica propia de los afrodescendientes; es de naturaleza e identidad colectiva, porque es vital para las comunidades afrodescendientes, además de poseer un fuerte enfoque de género; es una manifestación vigente, porque aún es

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:  
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

practicada en zonas rurales y urbanas (Buenaventura); es equitativa, porque cualquier mujer puede ejercer la partería tradicional si tienen gusto y amor por el trabajo, haciendo énfasis que también es un trabajo solidario dado que ejercen su tarea así la parturienta tenga recursos o no; y es responsable, porque a través de la partera, se han generado encuentros de aprendizaje donde se respetan los derechos individuales y/o colectivos<sup>6</sup>.

Entonces, la partería tradicional contribuye con dos de los objetivos del milenio, Objetivo N° 4: que es reducir la mortalidad infantil <sup>7</sup> y Objetivo N° 5 mejorar la salud materna <sup>8</sup>. Con referencia de lo anterior, desde un contexto global, los 73 países africanos, asiáticos y latinoamericanos representados en el informe denominado Estado de la Partería en el Mundo 2014 (último reporte trienal publicado oficialmente), declararon que en estas naciones se encuentra el 96% de la carga global de muertes maternas, el 91% de mortinatos y el 93 % de muertes neonatales, contando con el 42% de las parteras, enfermeros y médicos en el mundo; el informe exhorta a los países a invertir en la educación y capacitación en partería para contribuir a reducir las evidentes deficiencias que existen, tal como lo demuestra un estudio revelador realizado en Bangladesh, donde se expone que las contribuciones en educación y capacitación en partería (según estándares internacionales) pueden producir un retorno del 1.600 por ciento con respecto a lo invertido en tal programa <sup>9</sup>.

En este mismo orden y dirección, en la publicación (artículo en inglés) del portal Midwifery Today, The heart and science of birth (2007) el autor nos expone que, en algunas zonas rurales de los países latinoamericanos las parteras continúan atendiendo nacimientos. Sin embargo la medicalización del parto y la expansión en su atención logró que, los médicos empezaran "a ver a las parteras tradicionales como primitivas y a asumir que no tenían nada que contribuir a la atención de la maternidad", a tal punto que las parteras han sido discriminadas en la sociedad, causando confusión sobre su rol tradicional <sup>10</sup>.

Cabe agregar que sólo hasta tiempos recientes, se les ha dado algo de crédito y de reivindicación. Ahora reconocemos la importancia histórica y social que estas personas merecen “Las parteras continúan jugando un importante papel en la salud materna en varios países del mundo, dado que tienen amplia aceptación en las comunidades, reciben capacitación en buenas prácticas y pueden detectar las alteraciones tempranas del embarazo y el parto; sin embargo, en otros países este oficio se halla prácticamente en el ocaso, está reducido a zonas marginales y no cuentan con apoyo de los organismos de salud”<sup>11</sup>.

Sí bien es cierto las parteras son mujeres con reconocimiento y figura de respeto en sus comunidades por su labor, ese mismo crédito no lo obtienen por parte de la biomedicina. Una partera manifiesta en el material de apoyo: “Partería: saber ancestral y práctica viva”.

Una parte de la sociedad desconoce nuestra profesión y no reconoce la sabiduría que tenemos porque somos mujeres pobres, negras y analfabetas (Voz de partera)<sup>12</sup>.

En este orden de ideas de nuevo cito a Pórtela (2016) Investigador del Banco de la República de las áreas culturales de Chocó, Valle del Cauca y Nariño. Él hace énfasis en que las parteras llegan a todos los lugares del pacífico a diferencia de lo que ocurre con el Estado y la biomedicina; estas mujeres auxilian a aquellas que requieren de atención durante la gestación, alumbramiento y puerperio; manifiesta que la situación es grave sí la tasa de mortalidad por embarazo, parto y puerperio en la región es de 86.1 por 100.000 habitantes, cuando para el país es de 74.9; en el Chocó se encuentra la tasa más alta registrando 227.4, le sigue Cauca con 97.1, Nariño con 75.9 y el Valle del Cauca con 71.6 (cifras referidas por el autor, año 2016).

En algunos territorios es evidente la ausencia del Estado, y el olvido ha sido sistemático especialmente sobre las comunidades de la zona del Norte del Cauca. Esta región ha sido objeto de la violencia ejercida por grupos armados durante muchos años, en donde el conflicto se gestó primordialmente

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

en el área rural, sitio donde residen los asentamientos de los grupos étnicos afrodescendientes e indígenas. El desarrollo socioeconómico de estas zonas fue lento y se debe a que las diferentes políticas públicas de orden nacional y territorial no tuvieron el mismo impacto en ellas que en las cabeceras municipales, como consecuencia de esto “Todo ello llevo al atraso a estas zonas rurales de los municipios, donde era casi imposible el accionar de las administraciones locales del orden estatal”<sup>13</sup>.

La permanencia de estas mujeres con sus saberes y prácticas logra un gran aporte al colectivo afro en disminuir y/o eliminar las diferencias entre los indicadores de las tasas de morbilidad en los territorios <sup>14</sup>. Igualmente Pórtela en su revisión sistemática (2013) afirma que es necesario “Rescatar la medicina tradicional en la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural” sugiere que ese objetivo se logra trabajando desde sector salud, a través del diálogo intercultural con aquellas personas socialmente valoradas, autovaloradas, visibles y con oportunidad de opinión un diálogo mediante el cual “ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro” donde las relaciones sean simétricas y de interacción mutua a través del reconocimiento étnico, donde sea posible comprender la condición y/o capacidad de ser diferente <sup>15</sup>.

La zona norte del Cauca, y en especial el municipio de Buenos Aires, Cauca, se ha caracterizado por la capacidad de organización y fortaleza de los grupos étnicos, en el proceso de resistir de manera pacífica al conflicto armado en su territorio; estas turbulencias sociales se han dado por los intereses sobre las riquezas del suelo, la ubicación geográfica privilegiada y el difícil relieve que tiene la región (incluso existen intereses económicos involucrando la minería y recursos energéticos provenientes de multinacionales instaladas en el territorio). Un problema social de esta región, ha sido la migración interna –el desplazamiento forzado– debido a las disputas por la tierra, causada por el aumento de superficie de los cultivos ilícitos, afectando la residencia en la zona <sup>13</sup>.

La zona que comprende el norte del Cauca y el sur del Valle del Cauca es montañosa, escarpada y con dificultades para el acceso. Por el conocido aislamiento geográfico de la zona, las parteras debieron desarrollar conceptos únicos sobre la atención del parto y el cuidado de la mujer y el niño (y en extensión, el cuidado de toda la comunidad): ¿Cómo cuidar con lo que se podía comer en su tierra?, ¿cómo sanar con las plantas que crecían en sus linderos?, ¿cómo refugiarse de las particularidades del clima?, ¿cómo sobrevivir en medio de la pobreza y la lejanía y la guerra? Aspectos de los que hace mención el documento “Dinámicas del conflicto armado en el sur del Valle y norte del Cauca y su impacto humanitario”, resumen ejecutivo emitido por Fundación Ideas para la Paz, con el apoyo de United States Agency International Development (USAID) y la Organización Internacional para las Migraciones que trabajan en el “Área de Dinámicas del Conflicto y Negociaciones de Paz - Unidad de análisis siguiendo el conflicto”<sup>16</sup>.

Contextualizando, la partera en cuestión, está representada por una mujer afrodescendiente, que ejerce la partería tradicional como oficio y que ha permanecido en las zonas rurales descritas, facilitando la atención y los cuidados materno-perinatales. “(...) se diagnostica que la gran mayoría de la población afrocolombiana se encuentra marginada de los beneficios del desarrollo, con un bajo nivel de vida, expresado en términos de pobreza, inequidad, violencia, discriminación, debilidad de su capital humano y fragmentación del tejido social, siendo su estado, uno de los más críticos en la totalidad de la población colombiana (CONPES 3169 de 2002)”<sup>17</sup>.

De lo anterior, el documento Situación de las Mujeres Afrocolombianas e Indígenas, de la Corporación Humanas (2011-2014 último informe) destaca que el Estado colombiano carece de información sobre la situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas respecto a: datos demográficos, cifras sobre sus victimizaciones, dificultades de acceso a la justicia y otra información con fuentes no precisas y de origen desconocido<sup>18</sup>.

El documento Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD

- 2012) consigna que la CEPAL (2007) propuso unos indicadores que permitieran tener un panorama global desde la perspectiva de género, involucrando los derechos reproductivos de la mujer, las desigualdades en el hogar y la violencia. Recalcan que aún no hay resultados, porque existen dificultades en la producción y recolección de información en términos de género y etnia. Destacan que es importante trabajar sobre estas líneas y generar bases de datos desde lo institucional para poder diseñar, ejecutar y evaluar, políticas públicas orientadas a la promoción de la equidad y disminución de la pobreza; lo anteriormente planteado es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo Objetivo 3 es Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer <sup>19</sup>.

El panorama para las mujeres afrodescendientes presenta diferencias marcadas frente a sus congéneres no étnicas y a los hombres afrodescendientes, específicamente en lo referente a mayores tasas de desempleo además de malas condiciones laborales. Hay una elevada tendencia hacia las actividades de tipo informal, con mala remuneración y carentes de acceso a la seguridad social. Aquellas mujeres en situación de desplazamiento, tienen un panorama aún más desfavorable para acceder al mercado laboral, ya que su situación social incide en la obtención de una plaza de trabajo, lo que endurece la situación de pobreza y exclusión de estas mujeres –afrodescendientes desplazadas por los conflictos armados– <sup>19</sup>.

## **MARCO REFERENCIAL**

### **Relaciones de Género**

Además de las características sexuales definidas por un genotipo y expresadas de manera orgánica mediante un fenotipo, se fueron construyendo diferencias culturales que les daban rasgos diferenciales a los individuos. Estas construcciones culturales primariamente obedecían a lo que la evidencia empírica mostraba sobre las diferencias entre el macho y la hembra: fuerza, talla, resistencia física, función reproductiva y

psiquismo básico. Posteriormente, estas nociones fueron evolucionando y abarcando nuevos elementos, creando un ideario que se correspondía a las expectativas que los pueblos y sociedades determinaban sobre lo que debía ser un macho o una hembra: roles de género anclados a los conceptos de masculinidad y feminidad.

Lo anterior determinó papeles distintos para el hombre y la mujer ante la comunidad, sobreponiendo las construcciones sociales muy por encima de las distinciones orgánicas. Más allá de las formas de interacción entre hombres y mujeres, se adjudicaron papeles y posiciones distintivas a cada uno en el hogar, en el trabajo, en las instituciones, en el acceso al conocimiento, en la propiedad y finalmente en el acceso al poder. Los individuos del género masculino pudieron ubicarse en una situación estratégica para la captación de los rendimientos y el control de los excedentes del trabajo: dominio social y económico.

Las distinciones biológicas fueron transformadas en inequidad de género. Alrededor del género dominante, se construyeron barreras que permitieron perpetuar su acceso preferente a las instituciones de poder: barreras culturales, económicas, religiosas y políticas. La reivindicación de los derechos de la mujer, junto a la visibilización de otras formas existentes de género, han puesto en tensión las estructuras tradicionales de dominación. En tanto que las sociedades modernas exigen mayor equidad social y económica, se hace necesario que las estructuras de poder sean permeadas y transformadas en verdaderas representaciones de la diversidad de su pueblo: romper la amalgama de género y poder <sup>1</sup>.

### **Partera tradicional afrodescendiente**

La mujer partera dentro de una comunidad afrodescendiente es una figura distintiva, referente para ella y para las demás mujeres, pues va más allá de una representación de la maternalidad intrínsecamente ligada a su género, poseyendo atributos otorgados y heredados, que sólo ella ostenta por su

ocupación en la partería tradicional; una labor que como práctica tiene un legado ancestral, histórico, social y ligado al género (en la mayoría de los pueblos). La tradición en ella es visible, siendo la líder y referente en salud para su comunidad; entretejiendo relaciones, fortaleciendo vínculos sociales y siendo la autoridad frente a una atención en salud en zonas donde la cobertura de servicios es baja, precisamente es allí donde ellas se hacen más presentes.

En las comunidades negras del Pacífico colombiano, las parteras se definen a sí mismas de muchas maneras, y no únicamente como mujeres que acompañan el proceso de gestación y parto; ellas afirman ser conocedoras de prácticas religiosas y místicas, además de poseer saberes sobre las plantas y remedios de su entorno. Enfatizan que su labor es un acto de confianza que integra y reafirma vínculos territoriales, sociales y ancestrales; pues su acto de traer vida, teje lazos de solidaridad entre personas, familias y colectivos; en síntesis, son intérpretes de la salud de los miembros de su entorno, se reconocen como alternativas confiables y cercanas ante un sistema de salud que no llega a todos <sup>20</sup>.

La partera tradicional es caracterizada por la OMS como “la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales”<sup>21</sup>.

Las parteras tradicionales cumplen tres funciones principales dentro de la comunidad según Menéndez (Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional, 1981)<sup>22</sup> la primera, detalla las relaciones interpersonales entre la partera y las mujeres gestantes, estableciendo una interacción afectiva beneficiosa, que al generar confianza favorece la cercanía y familiaridad, obteniendo como resultado mitigar la ansiedad de la parturienta, esto en contraposición a su sentir cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados; la segunda, hace referencia a que desde el conocimiento la partera es capaz de identificar las necesidades y carencias económicas de las mujeres que acuden a su servicio, lo anterior permite la comprensión del contexto de la mujer que le solicita y posible-

mente lleva a una disminución significativa del cobro por la atención que la partera ofrece; la tercera, hace énfasis en el apoyo que las parteras ejercen en las labores domésticas y el cuidado de los hijos recién nacidos. Concluyen Pelcastre et al, que estas tres funciones hacen sinergia, haciendo que la partera tradicional sea vista como un recurso humano altamente apreciado y solicitado en las comunidades rurales<sup>23</sup>.

La partería tradicional ha sido objeto de discriminación por parte de la biomedicina (instituciones de salud) porque ven a las parteras tradicionales como "primitivas", asumiendo que no generan una contribución a la atención materna, lo que ha creado en la sociedad una confusión respecto a su rol de ser partera tradicional; en algunos países del mundo las parteras siguen brindando desde sus saberes y prácticas la atención materna teniendo aceptación en las comunidades, sin embargo este oficio en otros países se halla solo en zonas marginales, sin apoyo de los servicios de salud; también puede que exista discriminación entre ellas mismas desde lo étnico, sobre este aspecto, es que trabajaremos en el presente estudio y la literatura es escasa respecto al tema.

## **Interseccionalidad**

La interseccionalidad también es una problemática sociológica: la articulación de las relaciones de clase, género y raza es una articulación concreta, y las lógicas sociales no son iguales a las lógicas políticas. En este sentido para las propiedades de los agentes sociales "es importante tender el puente entre estas diferencias, asumiéndolas como diferencias no dominantes y no como jerarquías. comprendidas en términos de ventajas o desventajas, desde una lógica aritmética de la dominación"<sup>24</sup>.

Así, la posición más "desventajosa" en una sociedad clasista, racista y sexista no es necesariamente la de una mujer negra pobre, si se la compara con la situación de los hombres jóvenes de su mismo grupo social, más expuestos que ellas a ciertas formas de arbitrariedad, como las asociadas a los con-

troles policiales. El análisis de configuraciones sociales particulares puede relativizar las percepciones del sentido común sobre el funcionamiento de la dominación <sup>24</sup>.

El origen social de quienes crearon las teorizaciones llamadas hoy interseccionales es fundamental para entender su génesis y desarrollo, y el lugar que ocupan la raza y el racismo como modalidades particulares de la dominación; igualmente, para explicar la importancia de la experiencia y la práctica social como fuentes de conocimiento, y el lugar asignado a la resistencia, la revuelta y la emergencia de nuevos sujetos políticos.

Sin embargo, al convertirse la interseccionalidad en la “metáfora feminista más difundida en Europa y los Estados Unidos”, muchos de los trabajos escritos sobre este tema perdieron conexión con los movimientos sociales que le dieron origen e ignoraron contribuciones importantes hechas por fuera de los contextos universitarios noratlánticos escritos en lenguas distintas al inglés <sup>23</sup>. Los análisis interseccionales permiten y propician una reflexión permanente sobre la tendencia que tiene cualquier discurso emancipador a adoptar una posición hegemónica y a engendrar siempre un campo de saber-poder que comporta exclusiones y cosas no dichas o disimuladas <sup>24</sup>.

## **METODOLOGÍA**

Este documento de investigación es de tipo cualitativo <sup>25</sup>, con enfoque de herramientas y técnicas etnográficas acorde a la metodología de Rosana Guber <sup>2</sup>. La recolección de los datos se hizo con las técnicas de entrevista semiestructurada y diario de notas de campo, a informantes clave y grupo focal, con previa explicación y diligenciamiento del consentimiento informado <sup>26</sup>. Se recabó la información que tenía relación con el marco teórico del estudio y el propósito de investigación, esto cumpliendo con el criterio de saturación de los datos, donde no aparecen nuevos elementos <sup>27</sup>.

El lugar del estudio fue el municipio de Buenos Aires, Cauca (Colombia), los diez participantes fueron mujeres afrodescendientes, que ejercen la parte-ría tradicional en la zona rural del municipio agrupadas por el concejo comunitario del territorio. En esta investigación no hubo conflictos de interés de las partes involucradas.

El análisis y el procesamiento de los datos, desde las categorías de entrada y del trabajo de campo, se consolidaron desde la codificación cualitativa abierta y se tuvo en cuenta la perspectiva EMIC que es: “La visión desde adentro, o la perspectiva sobre la realidad que el informante tiene (...) la visión desde adentro, de lo que sucede y porqué, es básica para comprender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos”<sup>28</sup>.

Este trabajo se direccionó de manera voluntaria acorde la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, para los aspectos éticos y las normas vigentes para la interacción con comunidades y grupos étnicos; así como también los principios de Helsinki. Se tuvo respeto y protección de sus derechos bajo los principios científicos y éticos según el art. 5 de esta Resolución; salvaguardando la dignidad y la seguridad; se procedió a detallar los riesgos y pormenores del estudio acompañado del consentimiento informado según lo dispuesto en los artículos 6,14 y 15, de la misma Resolución; se desarrolló el trabajo de campo con aval ético según el literal G del punto 6, otorgado por la Universidad Santo Tomás de Bogotá D.C.

De acuerdo al artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación por su componente metodológico se clasifica como “Investigación con riesgo mínimo” porque hará el contacto en el trabajo de campo como investigador que hace parte de un programa de maestría con aval institucional y la recolección de la información a través de la observación e interacción con los participantes donde no se hará intervención o modificación de alguna de sus variables (biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociales) o aspectos sensitivos de su conducta.

## **RESULTADOS**

### **“Uno allí está defendiendo muchas vidas”: significado de ser una partera tradicional**

La descripción del significado que la mujer afrodescendiente otorga a ser una partera tradicional, se vislumbró a través de la escucha activa del discurso y el análisis de lo transcrito. Ellas han definido desde su cosmovisión, lo que consideran fundamental de ser una partera tradicional: defender la vida en un entorno en el que, a través de una forma de atención ancestral, han brindado a la gestante, parturienta–puérpera y a su descendencia, cuidados para preservar su integridad (biológica, espiritual y social), su vida y su salud. Los siguientes testimonios evidencian sus significados:

Para uno la significación de ser partera, es de que uno allí está defendiendo muchas vidas y porque le corresponde a uno salvar la vida, de una persona inocente que le toca a uno atender y porque pues me gusta el destino (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

Para mí lo que significa ser partera es un orgullo. Me siento orgullosa porque es ayudar a sobrevivir a una persona, o sea que él bebé salga bien para que tenga buena salud y pues hacer un favor a la comunidad (Celia, 42 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Para mí se significa ser partera, ser uno responsable, ser cumplido. Donde me llamen ir a atender mi parto sin ninguna complicación (Tomasa, 60 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Para mí lo que significa ser partera, es que me gusta el arte, y ser responsable en eso (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Para mí lo que significa ser partera es un orgullo, porque lo ejercí por mi propia cuenta, veo que es una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad (Rosa, 57 años, entrevista del 12 enero de 2019).

## **“Decidí ser partera”: Ser partera en el municipio de Buenos Aires, Cauca**

Las participantes relataron que los saberes adquiridos han sido heredados de forma oral y vivencial por sus antecesoras (madre–abuela). Todas manifiestan una empatía por el oficio y relatan que fueron “escogidas” para ello. Los siguientes testimonios evidencian la cuestión:

Porque me gustó el destino, fue mi abuela por parte de mamá. Desde que tenía 25 años me iba con mi mamá. Lo que me motivó en realidad a ser partera es porque me gusta ayudar a las personas, y a uno en una vereda que le toque que hay una mujer en ese estado y no haya rápido cómo movilizarla, uno pues le motiva eso, uno defiende a la persona (...) Mi mamá me decía que si a usted le anhela ser partera pues hágale, yo le indico (...) Ella me dijo esa es la herencia que le puedo dejar para que salga adelante, mi mamá aprendió de mi abuela y yo aprendí de ella, ese aprendizaje lo tengo en mi mente, mi experiencia y así uno que lo va contando (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

A mí me motivó ser partera con la experiencia de mi madre que ella siempre ha sido partera, todo le ha salido muy bien y pues me ha gustado (...) Decidí ser partera desde los 25 años, que me tocó con una muchacha que yo nunca había aprendido y desde ahí me gusto ser (Celia, 42 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Lo que me motivó a ser partera fue porque mi abuela me dijo, hija yo sé que usted es mi nieta, pero yo veo que usted puede ser partera (...) Yo he atendido a dos hermanas, entonces por eso me dedique a ser partera (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Me motivó a ser partera, porque un día llegué a visitar a mi suegra y ella estaba en trabajo de parto. Ella estaba sola entonces me pidió ayuda y yo no sabía, entonces yo fui y la ayudé y a mí me fue también y de ahí ejercí mi trabajo hasta ahora (Rosa, 57 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Las parteras tradicionales, a través de sus experiencias, revelan algunas formas de atención (saberes y cuidados) que se valen de los medios disponibles en el entorno (recursos locativos, insumos y medios de movilidad). Se apoyan en lo que se conoce que existe y está disponible (recurso vegetal, animales, enseres, alimentos, fuentes de agua, lluvias, ciclos estivales, etc.); integrando ancestralidad, conocimiento, trabajo, costumbres, tenacidad e intuición. Los siguientes testimonios acreditan la anterior afirmación:

Me tocaba estarlas asistiendo: sobándolas y todo hasta que se venían al hospital, pero entonces yo les prestaba la sobada a ver cómo tenían el niño, la experiencia que me ha tocado, es que nunca he tenido ningún inconveniente ni fallo (...) Uno atiende la gente y si uno ve que no puede en la casa, uno lo lleva al hospital si no puedo con ella en la casa, en la comunidad uno tiene que favorecer sea una criatura que viene si ya es de emergencia, a uno le falta casi todo, supongamos uno no tiene unos guantes para recibir a la criatura, no tiene como un tapabocas, uno tiene que recibir esa criatura a manos así limpias, mantener las manos bien limpias para uno recibir a la criatura (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

Pues a veces a uno lo llaman y uno dice pues que no, porque no tiene todo el equipo necesario para uno ir a atender un parto, eso es una dificultad. Pues porque de todas maneras uno así tiene que tener uno higiene, ir bien preparado para atender un parto que tenga todo su equipo de uno, para poder atender un parto normal (Tomasa, 60 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Yo atendí el primer parto, todo me salió bien y de ahí fui practicando y abuela me decía: esta agua usted la puede cocinar cuando esté en el parto, nunca la vaya a tapar; ella me decía como tenía que hacer las cosas (...) Yo allá en la vereda, si alguien necesita una inyección yo se la aplico si el médico se la formuló (...) Desde antes, en la madrugada uno siempre se va a atender sea la hora que sea, yo voy uno no se puede negar (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Lo que se viene afirmando también se puede constatar en lo recogido en el grupo focal el día 22 de diciembre 2018:

Entonces, yo salí corriendo y cuando llegué el bebé ya estaba empezando a coronar, y yo sin saber nada me puse ayudarla, y salió el bebé, de ahí me tocó cortarle el ombligo, yo medí sin saber y yo asustada por si sobrevivía o no y ya se veía mejor, envolví la placenta y arrojé al bebé...Y otra fue que me tocó traer a la muchacha que era primeriza al hospital, porque el parto no venía normal, porque ella hacia la fuerza, pero echaba era para abajo y se cerraba. He tenido dos partos complicados, a todas las dos mujeres que he atendido se me han venido los dos niños de pie, unos han sangrado mucho, pero pues a una se le ha quedado la placenta también, le he cortado el ombligo y se los he amarrado de la pierna o si no después de que nazcan los niños hago que amamanten, por ahí sueltan la placenta (Ángela, 71 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Aunque, a veces uno tiene ocasiones que está atendiendo el parto y le toca que salir con la muchacha, a llevarla al hospital porque uno mira que no lo puede tener en la casa... Me ha ido muy bien salvando vidas (Rosa, 57 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Y ya me la traje y cuando venía por acá por una manga, esa muchacha ya no me daba esperanzas y cuando venía en cierta parte me atacaron esas fuerzas. Yo estaba más joven, entonces la cogí y la metí y la alce en impulso y cuando llegué allí a cierta parte, yo no sé Dios como me dio fuerzas, agarré unas hojas de cascarillo y se las puse ahí, y cuando allí mismo ¡Tran! Tuvo el niño, y cuando llegó la ambulancia ya había tenido (sic) el niño. Como no tenía hilo, entonces arranqué una hebra del vestido y se lo puse, y de allí ya me devolví (Miriam, 66 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Como se ha podido detallar en lo anterior, las mujeres le han atribuido al significado de ser partera tradicional los siguientes distintivos: ser defensoras y salvadoras de la vida, ser cumplidora y responsable, ayudar a la sobrevivencia para una buena salud, favorecer a la comunidad; e igualmente

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:  
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

lo reconocen como un orgullo y parte de su destino. A su vez, las parteras tradicionales en el municipio de Buenos Aires, Cauca, han ejercido la partería en sus territorios, pese a que el entorno ha carecido de recursos económicos y logísticos para atender la salud materno-perinatal.

Ellas en respuesta a esa deficiencia, a través del tiempo han aportado a la salud en sus comunidades con sus prácticas y saberes para preservar la vida y la tradición que es parte de su herencia. Es notable percibir que ellas hacen mención del nombre de Dios, en la mayoría de sus discursos, por lo que a continuación la siguiente categoría que emergió y se desarrolló en el trabajo de campo, nos brinda información de la relación espiritual que estas mujeres han sostenido.

### ***Anotaciones al Capítulo***

Es notorio que las participantes, en el curso de sus vidas, han construido de manera individual y colectiva su rol como mujeres afrodescendientes en sus territorios, a través de las diversas experiencias: propias, en familia y/o comunidad; otorgando significados que parten de sus principios y valores culturales en sus comunidades.

Estas mujeres aducen que, a partir de sus saberes tradicionales, contribuyen a sus comunidades en la defensa de la vida y el derecho a nacer; de esta manera están fomentando el arraigo al territorio y la identidad cultural. Esto les enorgullece y les genera reconocimiento por parte de las otras mujeres y de la comunidad, convirtiéndolas en pieza fundamental y líderes femeninas en las tradiciones asociadas a la salud y el cuidado.

Las parteras entrevistadas se han moldeado como figuras femeninas importantes. Son mujeres empoderadas sobre sus hechos y acciones. Con un poder relativo de injerencia en decisiones sobre la vida de las personas en torno a la salud y el bienestar. Y con resistencia, porque han podido superar dificultades con sabiduría e inteligencia. En ocasiones, atribuyen sus cualidades a fuerzas sobrenaturales: Dios, la Virgen, santos y santas, etc., recurriendo a ellas para ganar confianza en momentos de necesidad.

Su rol se caracteriza por ser intergeneracional y ayudar a la preservación de la identidad cultural y la subjetividad. Las actividades de la partería, han estado íntimamente ligadas a la disponibilidad de recursos propios, del entorno, o fuera de este, lo que afecta en algunas ocasiones su labor. Son notables las necesidades económicas en sus comunidades, lo que obliga a las parteras (y en general a toda la comunidad) a disponer tiempo y esfuerzo en la obtención de recursos. Lo anterior pone en riesgo la subsistencia de cualquier actividad que no ofrezca un mínimo de réditos económicos, entre ellos, la partería.

Aunque las mujeres tengan poder cultural, por ser poseedoras de conocimientos, prácticas y saberes ancestrales en su labor, esto no es una garantía para el disfrute de sus derechos como mujer; pues ellas no están asociadas en grupo para formar una sola fuerza, que trabaje por sus causas propias y colectivas, sino que dependen del concejo comunitario para la solución de sus problemáticas, y muchas de sus situaciones no han sido resueltas como se ha expuesto y descrito en este documento.

A pesar de ser figuras fundamentales en la salud reproductiva, cuentan con poco apoyo externo (incluso se les ha llegado a desprestigiar) lo que incide negativamente en sus derechos económicos, sociales y culturales; esto es porque las mujeres conocen parcialmente sus derechos como mujer, como trabajador y por su pertenencia étnica.

## **DISCUSIÓN**

“Las relaciones de género son construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres”<sup>1</sup>

Estas parteras tradicionales son víctimas de inequidad de género. En su vida familiar, les corresponde realizar las labores que tradicionalmente se les han impuesto y atribuido a las mujeres. Pero, además, se les atañen tareas

propias del campesino y habitante del área rural, tareas que convenientemente sí trascienden al género: acarrear agua, encargarse de los sembrados, cuidar los animales, disponer de excretas, labores de minería, etc. Por estas faenas usualmente no reciben un estipendio, pues les han enseñado que al tratarse de trabajos “ligados al cuidado del hogar”, no lo ameritan. Por el contrario, su contraparte masculina sí negocia, recibe y administra los réditos de la comercialización de los frutos del trabajo.

Adicionalmente, estas parteras se ven abocadas a hacer oficios por fuera de su hogar. Asumen una segunda carga laboral, en aras de recibir algún beneficio económico para obtener elementos para ellas y sus hijos o contribuir a la economía familiar.

Ninguna de ellas llegó a manifestar ser poseedora de bienes materiales o inmuebles. El acceso a la educación no presentaba una distribución asimétrica entre hombres y mujeres; sin embargo, se conserva la creencia que una de las hijas debe sacrificarse para dedicarse al cuidado de los padres o enfermos de la familia (de manera temporal o permanente).

Las parteras se han solidarizado para la atención del parto en sus comunidades, generalmente sin recibir aliciente alguno. Esta solidaridad de género se hace necesaria entre los grupos sociales que se encuentran en desventaja, pues carecen de recursos propios o no se pueden permitir de medios para una contraprestación directa o inmediata. Incluso, las parteras refirieron que, de su trabajo, esfuerzo y bienes materiales, deben procurarse los elementos para la atención del parto de las otras mujeres.

En sus comunidades, las congregaciones religiosas son poderosamente influyentes, y todas las parteras manifiestan creencias religiosas judeocristianas; también paradójicamente, la mujer tiene una posición claramente inferior a la del hombre en todos los aspectos de la vida. Estas creencias, que se encuentran fuertemente arraigadas y culturalmente inmersas en las sociedades rurales de nuestro país, poseen mensajes de dominación y abominación contra el género femenino: la mujer, que como fruto del pecado

debe sufrir los dolores del parto; la mujer, que como instigadora y generadora de pasiones, es impura y se dignifica al lado de un hombre; la mujer, que por ser débil y dominable, necesita servirse de un hombre que la ampare; la mujer, que tiene la obligación de ser fértil y darle una descendencia al hombre, para poder consumir su rol como esposa y mujer.

Estas parteras, han desarrollado su labor en medio de enormes contradicciones sociales: entre solidaridad y opresión, entre resiliencia y resignación, y entre independencia y dominio. Y si bien hay iniciativas transnacionales en favor de un trato justo y equitativo a la mujer, estas mujeres son la muestra de que tales planes no llegan a cobijar a todos los individuos.

Respecto a las políticas de salud pública vigentes en Colombia, los distintos testimonios muestran que el enfoque de género que se pretende aplicar en el territorio nacional, no llega a toda la población: "El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) busca visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, como sujetos en distintos momentos vitales, con diversas cosmovisiones, orientaciones y condiciones socioeconómicas"<sup>29</sup>.

El hecho de que una buena parte de la asistencia y atención en salud reproductiva se les adjudique exclusivamente a las mujeres (atención del parto, puerperio y planificación familiar) dentro de estas comunidades, demuestra que todavía persiste una sistemática y desigual distribución de género con respecto a los deberes y responsabilidades de la vida marital, familiar y social.

El profesor Breilh nos muestra un concepto de género similar al expresado por Nancy Krieger<sup>30</sup>, la cual lo señala como una noción social enmarcada en convenciones, papeles y comportamientos de representación cultural fijados a las mujeres–hombres, niños–niñas en un contexto histórico, social y de roles ligados al género (que a su vez dependen de una expresión biológica). Ambos autores reconocen que el género comporta divisiones sociales basadas en relaciones de poder y autoridad.

Se puede decir que las mujeres de Buenos Aires, Cauca, encarnan la dimensión histórica de un legado ancestral que ha sido transmitido de forma oral –entre mujeres– en sus comunidades. El oficio de ser partera le es natural a la mujer, pues este hace parte de su existencia y rol social: a las hembras, desde lo biológico, les corresponde la gestación y el parto. Por lo tanto, la sucesión del oficio es exclusivo de la mujer y su vivencia se enmarca en un contexto familiar y comunitario –también de mujeres. Se describe igualmente una jerarquía y una noción de legado, en donde las parteras mayores tienen la potestad de escoger y entrenar su sustituta (escogida entre alguna de sus hijas o nietas); y la elegida demostrará sus aptitudes ante ese llamado.

Desde una perspectiva de género desde lo étnico, Motta <sup>31</sup> en su obra de reflexión, nos muestra a la mujer desde una mirada integracionista, quien aporta al desarrollo de su comunidad garantizando la reproducción biológica y sustentando la supervivencia a través de diversas formas de cuidado. De igual modo, la mujer que ha practicado la partería tradicional en Buenos Aires, Cauca ha sido un agente de salud y bienestar para su comunidad; un elemento en el engranaje que permite mantener el equilibrio del ciclo biológico de la vida; y una persona que interviene positivamente en la supervivencia y la salud de sus cercanos.

Sí la mujer afrodescendiente, es un recurso valioso en la comunidad a través de su labor y este no ha sido reconocido, entonces se podría propender tomar algunas ideas del feminismo funcional <sup>1</sup> que faciliten la reivindicación de sus derechos económicos, sociales y culturales; permitiéndoles el libre desarrollo como ser humano a través sus metas, proyectos y sueños –como lo plantea Breilh–, basados en una distribución de recursos, bienes materiales y oportunidades de forma equitativa, y a su vez disminuyendo las cargas sociales impuestas por la sociedad, por el hecho de ser mujer. Esto puede ser una estrategia para que la mujer, dentro del marco neoliberal –económico, social y político–, pueda emprender como empresaria, con la posibilidad que constituya empresa y obtenga el poder de la propiedad privada empresarial, con soporte de programas estatales de apoyo comunitario basados en el cuidado, la crianza y otras tareas femeninas.

La partera tradicional de Buenos Aires, Cauca, al igual que sus pares del pacífico, se reconocen como personas practicantes de cultos, que confían –y realizan plegarias y ritos– en sus referentes religiosos: la invocación a fuerzas sobrenaturales está incorporada en su labor. De manera similar, en el artículo de investigación de Laza & Ruiz <sup>32</sup>, se destaca el tema espiritual como un ingrediente trascendente en las prácticas de partería; las autoras encontraron que en el valle del Río cimitarra (Santander), las parteras tradicionales manifestaban un fuerte fervor de creencias católicas, y que repasaban invocaciones en momentos previos a la atención de la mujer en trabajo de parto (frases a Dios y a la Virgen del Carmen para encomendar la atención hacia la madre y el niño).

Expresiones casi equivalentes a las que se pudieron apreciar entre las parteras tradicionales de Buenos Aires, Cauca.

“Así pues, para el feminismo negro, el problema de las mujeres negras no es la diferencia fenotípica ni étnica, sino que esa particularidad se convierte en discriminación, situación que además está oculta en cosmovisiones universales dominantes, presentes en lógicas culturales e institucionales de exclusión y marginación” <sup>33</sup>. En las parteras de Buenos Aires, Cauca, no se evidenció que existiera discriminación ni exclusión por ser mujer negra o afrodescendiente, según las evidencias testimoniales; es claro que la exclusión y marginación fue por sus prácticas y saberes tradicionales, que afectan indirectamente sus derechos económicos, sociales y culturales, pues se mantiene una tensión entre la biomedicina y la medicina tradicional que no permite el reconocimiento de las mujeres en su labor. Lo dominante en ellas, es cómo interpretan su realidad frente a la atención a la mujer, pues en su cosmovisión colectiva es visible el principio de la solidaridad, al manifestar que son defensoras de la vida, salvadoras de la vida y demás denominaciones que se han atribuido.

La partera tradicional de Buenos Aires, Cauca, se define como un ser que es capaz de intuir los cambios físicos, funcionales y emocionales de la mujer gestante, manifestando poseer la capacidad de comprender el entorno, las

necesidades y expectativas de cada mujer a su cargo. Se hacen responsables de su oficio y se comprometen en el servicio a la gestante, hilando vínculos sociales –entre mujeres– basados en el respeto, la confianza, la esperanza y el altruismo; respecto a lo anterior, estoy de acuerdo en que “el parto es un espacio de poder femenino”<sup>34</sup>, donde la mujer es quien toma las decisiones en todo lo relacionado con el trabajo de parto–parto y alumbramiento, pues son temas que se manifiestan y solucionan entre las mismas mujeres; aunque no estoy de acuerdo en que “a los hombres nos les queda otra opción que seguir las órdenes dadas por las parteras brasileñas” pues en algunos discursos de las parteras tradicionales que participaron en el estudio, fue evidente la presencia del hombre, como fuente primaria de información y soporte familiar en el espacio–tiempo de desarrollo del parto, pues desde esta mirada la posición del hombre es acompañar al sueño de la mujer de ser madre.

“Desde una perspectiva relacional que requiere el concepto de género, se puede afirmar que el saber sobre el parto y el nacimiento confiere poderes a las mujeres, aunque sea un poder relativo”<sup>33</sup>. De acuerdo con lo anterior, las mujeres afrodescendientes poseen conocimientos, saberes y prácticas tradicionales que les permiten ser únicas y exclusivas en su oficio, manteniendo cierto mando y control sobre la salud de la mujer en el área rural; se podría decir que tienen poder cultural y técnico-científico<sup>1</sup> como parte del desarrollo humano, que les permite direccionar e influenciar cuidados hacia la preservación de la salud en las mujeres y en la atención maternoperinatal.

Así que, toda iniciativa a favor de la reivindicación de los derechos de la mujer hacia la equidad, debe abordar el problema del poder que se ha vivenciado en el curso de humanidad; pues de este se han determinado las diferencias de género, de clase y étnicas que están entrelazadas, asociándose fuertemente al control diferencial del poder y sus formas<sup>1</sup>.

## CONCLUSIONES

- Respecto al género, se identificó que el rol de ser partera tradicional, ha sido heredado por parte de las mujeres. Las mismas mujeres (parteras tradicionales), reconocen quiénes tienen la aptitud para optar para ser partera tradicional en su comunidad; a algunas les ha correspondido ejercer por necesidad del contexto, otras por motivación personal y algunas porque siguen a su antecesora.
- Las mujeres afrodescendientes que ejercen la partería tradicional, no tienen entre ellas un vínculo asociativo formal, que les permita trabajar en colectivo por sus derechos como mujer, como trabajadoras y como portadoras de una herencia ancestral que fortalece su cultura. A diferencia, de las parteras tradicionales del litoral pacífico quienes lograron asociarse con el propósito de defender sus derechos como mujer y velar por el patrimonio cultural que es la partería. Porque consideraron que es valioso e importante para ellas luchar por sus intereses personales y como colectivo.
- No es evidente que las mujeres afrodescendientes, hagan parte de la agenda del plan de salud pública de intervenciones colectivas, específicamente en el enfoque diferencial. Porque desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), no han priorizado los asuntos de género y étnicos, para reconocer en los individuos y/o grupos sociales sus manifestaciones de credo e ideológicas, que permitan visualizar y relacionar algún vínculo con la salud, especialmente en la toma de decisiones en su desarrollo como ser humano y en la forma como ofrecen cuidado colectivo –entre otros y con los otros–.
- Dentro de las limitaciones de este estudio, se hizo evidente que no existe un marco referencial adecuado. Los estudios consultados tienen como propósito: resaltar la práctica de partería tradicional a través de las prácticas y saberes ancestrales, los cuidados populares de la salud maternoperinatal, el conflicto entre las parteras tradicionales y las ins-

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:  
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

tituciones de salud. Muy pocos estudios detallan la relación que tienen la mujer afrodescendiente con su oficio, su realidad social, económica y cultural, como insumo que sea facilitador para contextualizar y comparar con los resultados de este trabajo de investigación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Breilh J. Parte I: el género entre fuegos tres vías de inequidad. En: Valle E, editor. El Género entre fuegos: Inequidad y esperanza. Primera Ed. Quito; 1996. p. 323.
2. Guber R. La Etnografía, método, campo y reflexividad. 3ra ed. Editores SX, editor. Buenos Aires; 2016. 160 p.
3. Desigualdad y género en América Latina y el Caribe. [citado 10 de julio de 2018]; Disponible en: [https://www.americalatina genera.org/es/documentos/post2015\\_fichas/Desigualdad.pdf](https://www.americalatina genera.org/es/documentos/post2015_fichas/Desigualdad.pdf)
4. Breilh J. Inequidades en salud: Ecuador: El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino. Repos Inst del Org Académico de la Comunidad Andina CAN [Internet]. 2002 [citado 10 de julio de 2018];1-18. Disponible en: [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C J-CON-105-Inequidad salud.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C%20J-CON-105-Inequidad%20salud.pdf)
5. República de Colombia: Ministerio de Cultura. Resolución 1077 de 2017: Saberes asociados a la partería Afro del pacífico en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional y se aprueba su Plan Especial de Salvaguarda. 2017. p. 26.
6. República de Colombia: Ministerio de Cultura. Descripción de la manifestación La partería tradicional afro pacífica, Resolución 1077 de 2017.
7. Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. [citado 6 de mayo de 2018]; Disponible en: [http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM4\\_M4.pdf](http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM4_M4.pdf)
8. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. [citado 6 de mayo de 2018]; Disponible en: [http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM5\\_M5.pdf](http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM5_M5.pdf)
9. WHO. Fact sheet: The state of the world's midwifery 2014.

10. Marsden W. La Partería Global - Tradicional y Oficial - y la Humanización del Nacimiento [Midwifery Today [Internet]. 2007 [citado 29 de junio de 2018]. Disponible en: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/la-parteria-global-tradicional-y-oficial-y-la-humanizacion-del-nacimiento/>
11. Alarcón MA, Sepúlveda J, Alarcón IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2011;62(2):188-95. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342011000200010&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342011000200010&script=sci_arttext&tIng=pt)
12. Portela Guarín H, Molano ME, Asoparupa, Ramírez S, Banco de la República. Partería: saber ancestral y práctica viva [Internet]. Vol. 1. 2016 [citado 29 de junio de 2018]. p. 84. Disponible en: [http://proyectos.banrepcultural.org/parteria/sites/default/files/adjuntos/-banrep-catalogo\\_arte-050317.pdf](http://proyectos.banrepcultural.org/parteria/sites/default/files/adjuntos/-banrep-catalogo_arte-050317.pdf)
13. Alcaldía Municipal de Buenos Aires. Plan de Desarrollo Territorial 2016 - 2019 [Internet]. 2016 [citado 27 de junio de 2018]. p. 102. Disponible en: <http://buenosaires-cauca.gov.co/apc-aa-files/38663033336132303337353234323037/plan-de-desarrollo-2016-2019-y-acuerdo-municipal-del-plan.pdf>
14. Pórtela Guarín H, Investigación y curaduría, Pórtela García SC, Asistente de investigación, Banco de la República. Áreas culturales: Chocó V del C y N. El arte de partear. Curanderas, comadronas y parteras del Pacífico Colombiano | Partería [Internet]. [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: <http://proyectos.banrepcultural.org/parteria/es/el-arte-de-partear>
15. Portela H, Astaiza NX, Guerrero NY, Rodríguez S. Rescatar la medicina tradicional en la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. Rev Univ y Salud. 2013;15(2):238-55.
16. Fundación Ideas para la Paz. Dinámicas del Conflicto armado en el sur del Valle y Norte del Cauca y su Impacto Humanitario. Vol. 72, <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/53b5910826062.pdf>. 2013.
17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. Afrocolombianos. Sus territorios y condiciones de vida [Internet]. 2012 [citado 3 de julio de 2018]. p. 112. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/>

- dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-cuadernoafro-2012.pdf
18. Corporación Humanas Colombia. Situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas Corporación Humanas Colombia [Internet]. 2011 [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.humanas.org.co/archivos/mujeresafroeindigenascolombia.pdf>
  19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los Afrocolombianos frente a los Objetivos del Desarrollo del Milenio [Internet]. 2010 [citado 3 de julio de 2018]. 188 p. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odmafrocolombianos-2012.pdf>
  20. Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del pacífico [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Partería afro del Pacífico - PES.pdf>
  21. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF. Parteras tradicionales : declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. 1993.
  22. Menéndez EL, (Mexico) C de I y ES en AS. Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional [Internet]. [México]: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1981. p. 168 p. (Cuadernos de la Casa Chata ;32). Disponible en: <file://catalog.hathitrust.org/Record/101182900>
  23. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev da Esc Enferm da U S P [Internet]. 2005;39(4):375-82. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>
  24. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 5 de julio de 2018];52:1-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
  25. Hernández Sampier R. Metodología de la Investigación. Editores MGHI, editor. México D.F.; 2014. 589 p.

26. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud. 2006. 304 p.
27. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias/Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. noviembre de 2011 [citado 20 de junio de 2019];7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
28. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Contus. 2003. 447 p.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá D.C.; 2013 [citado 4 de julio de 2019]. p. 82. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
30. Krieger N. Glosario De Epidemiología Social. —Tomado del Boletín Epidemiológico [Internet]. 2002;23(2):480-90. Disponible en: [http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud Comunitaria/glosario\\_epidemiologia\\_social.pdf](http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf)
31. Motta N. Enfoque de género en el Litoral Pacífico colombiano. Nueva estrategia para el desarrollo. 1ra ed. Álvarez W, editor. Santiago de Cali: Facultad de Humanidades Universidad del Valle; 1995. 89 p.
32. Laza Vásquez C, Ruiz de Cárdenas CH. Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el Valle del río Cimitarra. Cienc y Enferm [Internet]. 2010; XVI(1):69-76. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577079&indexSea](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577079&indexSea)
33. Álvarez Ossa L. Mujeres, pobres y negras, triple discriminación: una mirada a las acciones afirmativas Título para el acceso al mercado laboral en condiciones de trabajo decente en Medellín (2001- 2011) Álvarez. 1ra ed. Escuela Nacional Sindical, editor. Medellín; 2015. 181 p.

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

34. Tornquist C, Lino F. Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecc en Antropol* [Internet]. 2005 [citado 4 de julio de 2019];6:211-7. Disponible en: [http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/942/Tornquist%2C Carmen S.%3B Lino%2C Fernanda. Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil. Los cuentos hacen pensar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/942/Tornquist%2C%20Carmen%20S.%26Lino%2CFernanda.Relatos.de.partos.y.parteras.campesinas.en.Brasil.Los.cuentos.hacen.pensar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



## Capítulo 3

---

# La discapacidad visual desde la cosmovisión de la mujer afrodescendiente

---

Vivien Hidela Ocampo Ramírez

**Cita este capítulo:**

Ocampo Ramírez VH. La discapacidad visual desde la cosmovisión de la mujer afrodescendiente. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 73-97.



---

## Capítulo 3

### La discapacidad visual desde la cosmovisión de la mujer afrodescendiente

---

**Vivien Hidela Ocampo Ramírez\***  
<https://orcid.org/0000-0002-2051-9817>

#### RESUMEN

La discapacidad visual se hizo evidente en las mujeres afrodescendientes, a través de esta investigación cuyo trabajo de campo fue en el municipio de Girón (Santander) Colombia, en el año 2019. La Organización Mundial de la Salud (OMS) detalla que “aproximadamente el 80% de los casos de visión deficiente a nivel mundial se consideran evitables. Existen intervenciones eficaces disponibles para prevenir y tratar las enfermedades oculares”<sup>3</sup>. En Colombia, existe un vacío de conocimiento sobre la discapacidad visual; especialmente, en las mujeres afrodescendientes. No hay estudios con metodologías cualitativas que faciliten trabajar desde un enfoque etnográfico, sociológico y antropológico; que permitan dilucidar el problema. En el presente capítulo, se documentan los resultados de las narrativas de un trabajo de grado, realizado en el año 2019 el cual se realizó con una metodología cualitativa, que se basó en 18 relatos de vida de las mujeres afrodescendientes. Los resultados evidenciaron la necesidad de diseñar, reestructurar, orientar e implementar de una manera apropiada, las actuales políticas públicas, planes y programas en salud visual para las mujeres afrodescendientes del municipio de Girón (Santander) Colombia. En los relatos de vida, de las mujeres afrodescendientes, no hay evidencia de inclusión en programas de salud visual con enfoque diferencial, en el municipio de Girón (Santander) Colombia; por lo tanto, se hace prioritario abordar esta

\* Fundación Afrocolombiana de Santander (FACOS)  
Bucaramanga, Colombia

✉ [ocampovivien@hotmail.com](mailto:ocampovivien@hotmail.com)

problemática, con los entes territoriales y las entidades gubernamentales, para que dentro de sus planes y programas, se haga gestión oportuna y pertinente en las rutas de atención integral de la salud visual. Finalmente, la limitación de este estudio fueron las circunstancias relacionadas con el tiempo y disposición de las mujeres para reevaluar sus narrativas después del procesamiento de la información.

**Palabras Clave:** mujeres afrodescendientes, discapacidad visual, interseccionalidad, interseccionalidad en salud pública

### **Abstract**

Visual disability became evident in Afro-descendant women, through this research whose field work was in the municipality of Girón (Santander) Colombia, in 2019. The World Health Organization (WHO) details that “approximately the 80% of cases of low vision worldwide are considered preventable. There are effective interventions available to prevent and treat eye diseases”<sup>3</sup>. In Colombia, there is a knowledge gap about visual impairment; especially in Afro-descendant women. There are no studies with qualitative methodologies that facilitate working from an ethnographic, sociological and anthropological approach; that allow to elucidate the problem. In this chapter, the results of the narratives of a degree project are documented, carried out in 2019, which was carried out with a qualitative methodology, which was based on 18 life stories of Afro-descendant women. The results showed the need to design, restructure, guide and implement in an appropriate way, the current public policies, plans and programs in visual health for Afro-descendant women of the municipality of Girón (Santander) Colombia. In the life stories of Afro-descendant women, there is no evidence of inclusion in visual health programs with a differential approach, in the Municipality of Girón (Santander) Colombia; Therefore, it is a priority to address this problem, with the territorial entities and government entities, so that within their plans and programs, timely and pertinent management is carried out in the routes of integral attention to visual health. Finally, the limitation of this study was the circumstances related to the time and will-

ingness of the women to reevaluate their narratives after processing the information.

**Keywords:** afro-descendant women, visual impairment, intersectionality, intersectionality in public health

## **INTRODUCCIÓN**

En Colombia, la población afrodescendiente padece una brecha de desigualdad. Encontrándose con peores indicadores de calidad de vida y disparidades en sus derechos económicos, sociales y culturales; situación que se plasma de manera más representativa en el Índice de Condiciones de Vida (ICV), calculado en Colombia para el año 2012<sup>1</sup>. En este, el puntaje para la población afrocolombiana se situó casi una décima por debajo de la media nacional: 67.8 % para los primeros y 76.6% para el total de la población<sup>1</sup>. Y tal situación de desigualdad se intuye peor, si se realiza un análisis matemático simple; pues para llegar a una media, otros grupos humanos con más privilegios se deben situar por encima de ese 76,6% y muy lejos de los connacionales afrodescendientes.

En ese mismo sentido, el acceso y cobertura a la salud para las personas afrocolombianas, continúa siendo deficiente frente a la demanda de servicios. Un reflejo de ello se puede apreciar en el municipio de Girón, Santander (Colombia); ciudad con una población de 180.377 habitantes registrados en el censo poblacional de 2015, en donde existe una minoría afrodescendiente de 440 individuos (descritos a sí mismos como negros, mulatos o afrocolombianos)<sup>2</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad visual ya es un problema para salud pública global. Esta se ha clasificado en unos niveles (leve, moderada, grave y ceguera) en concordancia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11 2018) dejando claro que la deficiencia visual es según el tipo de visión: de lejos y de cerca<sup>3</sup>.

En consideración, con las ideas anteriores y desde una perspectiva profesional como agente primario en salud visual, optómetra y salubrista. Se plantea el interrogante: ¿Cómo impacta en las mujeres afrodescendientes, su condición de discapacidad visual frente a su calidad de vida?

Se observó que en Colombia, existe un vacío de conocimientos sobre la discapacidad visual, asociada con la calidad de vida en las mujeres afrodescendientes, y en la actualidad no existen estudios realizados con metodologías cualitativas que permitan revelar estas problemáticas desde un abordaje etnográfico, sociológico y antropológico.

Este capítulo fue parte del proyecto de grado, de la Maestría de Salud Pública adscrita a la Universidad Santo Tomás, en la ciudad de Bogotá D.C. durante el periodo 2018-2019. Y el documento de investigación se titula: “Percepción sobre su calidad de vida entre personas afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual del municipio de Girón (Santander), Colombia”.

El presente capítulo documenta los resultados de las narrativas de mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual del municipio de Girón (Santander), Colombia. La metodología implementada para este proyecto de investigación es de tipo cualitativa, basada en el fundamento de los relatos de vida del autor Daniel Bertaux<sup>4</sup>. El marco teórico seleccionado para este capítulo fue la Interseccionalidad en salud pública, interseccionalidad que comprende racismo, salud, cuidado de la salud), e interseccionalidad en el curso de vida, y discapacidad visual.

La metodología empleada como lo son los relatos de vida, permite obtener resultados interesantes de cada entrevista, que termina en una narrativa trascendental e importante, proporcionando un nuevo y amplio conocimiento sobre el objeto de estudio escogido en esta investigación. Las ciencias sociales son parte fundamental de la salud pública, al proporcionar valiosa información desde la cosmovisión propia de los individuos y las comunidades. Significa entonces, que en el presente capítulo, el lector podrá conocer las transcendentales narrativas realizadas por mujeres afrodes-

endientes que quisieron ser partícipes de este proyecto. Finalmente son todos bienvenidos a leer y sentir los relatos de vida de Dianka, Sira, Sharai, Aku, , Malaika, y Fary.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Interseccionalidad en salud pública**

La interseccionalidad en salud pública, es un marco teórico que enriquece cualquier tipo de investigación cuantitativa o cualitativa. Según Hangcok, “le da validez y mayor atención en la salud de una población cuando relacionas categorías de sexo/género, raza/etnia, o estado socio económico”<sup>5</sup>. El término “interseccionalidad”, fue introducido por una feminista afroamericana en el año de 1989 llamada Kimberle Crenshaw. Desde ese entonces, el término indica que todas las marginaciones que sufrían las mujeres negras podrían ser sustentadas “solo si se lograba la relación de categorías como, la raza, género y sexo”<sup>5</sup>. Aunque para esa época respondió a varias preguntas la elección de estas tres categorías, luego se extendió hacia la salud de la población, e “identificó de forma más precisa las desigualdades en el desarrollo de intervenciones en Salud Pública relevantes en comunidades y que luego en el año 2012 los autores Bowler, Springer et al, lograron introducir este concepto”<sup>5</sup>. La mayoría de los estudios interseccionales en salud “enfocan la intersección en estados e identidades”<sup>6</sup>, lo que a su vez permite distinguir múltiples formas de discriminación. Todo lo anterior sustenta la teoría de Krieger, quien afirma que se puede producir el “acumulo de discriminaciones durante el curso de la vida, tomando un gran número de víctimas en los grupos sociales más desfavorecidos”<sup>6</sup>.

De los anteriores planteamientos conceptuales se deduce que las mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual, tema que trata este capítulo, pueden ser discriminadas durante el curso de sus vidas desde sus “estados e identidades” y consecuentemente pueden verse afectadas en su calidad de vida, provocando desigualdades sociales significativas en comparación con los grupos no étnicos y las mujeres sin discapacidad visual.

### **Interseccionalidad (racismo, salud, cuidado de la salud)**

El marco teórico y las categorías que se interrelacionan se basan en la “Teoría ecosocial” de Nancy Krieger, de acuerdo con la perspectiva que esta autora expuso en el año 2014 y donde ella expresa que “literalmente las personas encarnamos biológicamente las exposiciones que surgen de nuestros contextos sociales y ecológicos”<sup>6</sup>. Esto significa, que las brechas de desigualdad existentes a causa del racismo, también implican inequidades en salud de las poblaciones étnicas durante el curso de la vida. Nancy Krieger logró demostrar sus afirmaciones a través de estudios realizados en Estados Unidos, y encontró que “los negros reciben significativamente atención en salud de menor calidad que la que obtienen los blancos”<sup>6</sup>.

Además, según Moore, las “percepciones de las personas ante la discriminación racial, lo encuentran asociado a la desconfianza en el sistema de salud”<sup>6</sup>. Todas las experiencias previas de los pacientes pueden estar asociadas a la baja calidad de atención médica, haciendo que indirectamente los usuarios eviten ir de nuevo a las entidades y usar sus servicios<sup>6</sup>.

En este orden de ideas, se puede decir que las mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual se han enfrentado a situaciones de poco acceso a los servicios de salud visual, así como también a la falta de oportunidades para obtener un tratamiento oportuno y adecuado frente a esta condición, esto generado por las grandes desigualdades existentes en las diferentes regiones del mundo y de Colombia, las que provocan inequidades en su salud visual además de la influencia negativa en su calidad de vida.

### **Interseccionalidad en el curso de vida**

Este modelo de “interseccionalidad en el curso de vida” es innovador, al introducir elementos propuestos por el autor Elder en el año 1974, que afirma que se pueden “incorporar mejor las opresiones que se cruzan y se entrelazan en los últimos años de vida de las comunidades marginadas”<sup>7</sup>.

En este modelo se articulan elementos como inmigración, desplazamiento forzado, trabajo, retiro, entre otros, que revelen desde la visión holística que plantea el autor sobre “la descripción de cómo el curso de la vida puede entenderse a través de vías sociales, instituciones y organizaciones o por trayectorias individuales, que cambian con el tiempo para impactar individualmente identidades y comportamientos”<sup>7</sup>. Es fundamental resaltar los cuatro conceptos que Elder plantea sobre el curso de vida, que hace aún más enriquecedor y analítico el concepto de interseccionalidad, los cuales se mencionan a continuación:

“Las vidas humanas y los tiempos históricos; donde las vidas se ven entrelazadas y definidas por eventos significativos que producen efectos duraderos”<sup>7</sup>.

“El momento de las vidas; indica como los eventos que ocurren en puntos específicos durante un tiempo, podrían tener diferentes consecuencias para diferentes personas”<sup>7</sup>.

“Vidas vinculadas; denota la interrelación e interdependencia de las relaciones humanas a lo largo de la vida”<sup>7</sup>.

“La agencia humana; y las formas en que las personas toman decisiones, adoptan estrategias y articulan experiencias de resiliencia cuando se encuentran con restricciones estructurales”<sup>7</sup>.

Todo lo anterior se ha implementado en un estudio realizado por Warner y Brown en el 2011 donde “examinaron estudios de trayectorias de discapacidad, salud racial y género”<sup>7</sup>.

Hechas las consideraciones anteriores, cabe mencionar que la población afrodescendiente del municipio de Girón, en su gran mayoría son personas que han sido despojadas de sus tierras a causa del conflicto armado; este acontecimiento, origina un antes y un después en sus vidas; en tanto que, dichos eventos los expone a situaciones de vulnerabilidad, que se reflejan

en la calidad de vida y salud. Todo lo anterior, conlleva a que en muchas situaciones las mujeres afrodescendientes asuman la posición de la resiliencia, superando obstáculos que muchas veces podrían ser solucionados y subsanados por el Estado, pero ante la falta de acciones de este (el Estado), estas personas terminan adoptando acciones por la salud propia y en defensa de la vida, dejando en evidencia que sus derechos son vulnerados, y que esta situación repercute de manera negativa en el bienestar.

### **Calidad de vida y discapacidad visual**

La OMS, define la calidad de vida como “la percepción de un sujeto sobre su situación vital en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, e intereses”<sup>8</sup>. Sin embargo, este concepto es un poco reduccionista si lo vemos desde la perspectiva de la salud pública, por lo que autores como Schalock y Verdugo, amplían mucho más esta definición, al introducir ocho dimensiones que influyen y que están inmersas en la calidad de vida de las personas. De lo anterior, conciben que la relación calidad de vida y salud se define como “un significado que reúne los constructos de salud y calidad de vida, y que se refiere a los aspectos de la vida de una persona que son afectados por los cambios en su estado de salud”<sup>8</sup>. Algunos de los aspectos, a los cuales estos autores hicieron referencia en relación con el bienestar, se incluyen: el físico, el material, el emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la autodeterminación, los derechos y la inclusión social. Todos y cada uno de los factores mencionados, están directamente relacionados con las personas y la percepción de su calidad de vida, por lo cual, si cualquiera de ellos se desequilibra, instantáneamente afecta al individuo y su entorno<sup>8</sup>.

Ahora bien, una buena salud visual, es un factor fundamental en la calidad de vida de las personas. “La calidad de vida relacionada con la visión, se refiere al estado de bienestar de un individuo asociado a su estado de salud visual o su grado de funcionalidad”<sup>8</sup>. En ese orden de ideas, y ya expuesto previamente lo que es un discapacitado visual, podremos entender

entonces, que, dependiendo de la severidad de su déficit visual, esto afecta directamente en el diario vivir de la persona, además de los roles que desempeña en el entorno en que deben desenvolverse (8).

De igual manera, las herramientas que han diseñado instituciones como la OMS para evaluar estas asociaciones a través de encuestas cualitativas y cuantitativas, se quedan cortas al concentrarse solamente en el aspecto biomédico y funcional de lo que siente de forma generalizada y globalizada, pero no desde la propia percepción de las mujeres afrodescendientes en condición de discapacidad visual, con la mirada y un marco teórico interseccional en el curso de vida, lo cual se pretende ejecutar e implementar en este capítulo; esto permite profundizar en una cosmovisión propia de la etnia, el género, la discapacidad visual y las posibles brechas de desigualdad existentes, ante la prevención de la ceguera evitable y el impacto que esto ha generado en el curso de vida de las mujeres afrodescendientes en condición de discapacidad visual del municipio de Girón, Santander, Colombia. Finalmente, cabe agregar que también existen estudios que afirman que “la discapacidad visual ocasiona una gran limitación de oportunidades en el mercado laboral y el ingreso económico, lo que consecuentemente incrementa la pobreza”<sup>9</sup>. Significa entonces que las desigualdades propias que pueden afrontar las mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual frente a las oportunidades para salir de la pobreza son entonces uno de los factores teóricos importantes a tener en cuenta en este capítulo.

## **METODOLOGÍA**

La metodología de esta investigación es de tipo cualitativa con el diseño de los relatos de vida que permitió partir de lo “particular a lo general”<sup>4</sup>; además enmarcó las “prácticas y contextos dentro de la investigación con los objetos sociológicos de estudio”<sup>4</sup>. La experiencia que se obtuvo de este enfoque metodológico, encuadra una serie de situaciones y principios más éticos que prácticos, como la del “respeto al otro”<sup>10</sup>. Se realizaron 18 en-

trevistas a mujeres afrodescendientes, mayores de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, con una discapacidad visual, leve, moderada y/o grave, ceguera, previamente diagnosticada, corregida y/o no corregida, y que además residían en el municipio de Girón (Santander). La metodología siguió los lineamientos de los relatos de vida de Daniel Bertaux <sup>10</sup>, que se clasifica en tres fases que son : las funciones, exploratoria, analítica y expresiva. Los aspectos éticos de este estudio, tuvieron como base la Resolución 8430 de 1993(11) del Ministerio de Salud y las normas vigentes sobre el tema, así como también los Principios de Helsinki <sup>12</sup>. Este estudio indicó un riesgo mínimo de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 numeral B de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, ya que no tuvo procedimientos o técnicas que pudieran afectar a las mujeres afrodescendientes en sus aspectos orgánicos o psicológicos. Todas las personas que participaron del estudio firmaron un consentimiento y asentimiento informado según el artículo 15 y siguientes de la Resolución 08430 de 1993. De ninguna manera se cohesionó a los participantes para aceptar ser parte del estudio, por el cual podían retirarse libremente, respetando de esta manera sus creencias, valores y cultura. En el presente estudio no existió ningún tipo de conflicto de interés a mencionar. Todo lo anterior, se realizó con el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás, Bogotá, D.C, Colombia.

### **La discapacidad visual desde la cosmovisión de la mujer afrodescendiente**

Uno de los momentos más interesantes de la consulta positivista y biomédica del profesional de la salud visual, es cuando inicia con el que le llaman su “paciente”, una entrevista mecánica y metódica sobre el motivo por el cual te consultan, a causa de los múltiples problemas que los ojos puede estar sufriendo en su vida. Pero tras esta maravillosa experiencia de campo con los relatos de vida de las participantes de este estudio, resultó desafiante, entender y comprender sus percepciones en cuanto a su calidad de vida, afectada por la discapacidad visual de cada una de ellas, cuando

lo enfocan desde su cosmovisión. El aprendizaje adquirido en este estudio fue bastante enriquecedor como agente primario de salud visual. Por tanto, a continuación, se describen los resultados más relevantes y significativos para el investigador, tratados desde una visión salubrista.

### **Yo no soy una persona en condiciones de discapacidad visual**

Durante las entrevistas el término “discapacidad visual”, se tuvo que reemplazar por palabras como “problemas visuales”, “cuando no miras bien”, “dificultad para ver”, “cuando le cuesta mirar”, entre otras expresiones, al notar cómo cada vez que se nombraba el término “discapacidad visual”, los participantes no entendían o simplemente no se consideraban como “personas en condición de discapacidad visual”, al punto que llegó incluso a ser ofensivo para algunos de ellos.

Yo no sé, no sabía que era discapacitada visual [risas]. Me echaron la carreta que ya eso se llamaba como ¿era? ¿Sevicia?

[Vivien corrige]: presbicia

Siii, eso, que y era tan normal. Yo dije bueno si es normal, así como va envejeciendo el cuerpo, se va envejeciendo todo. O sea, normal. (Dianka)

Significa entonces, que las mujeres participantes de este estudio, aun cuando aceptaron y reconocieron que no “miraban bien” y que incluso esto afecta directa e indirectamente su diario vivir, independientemente de su clase social y oficio, ellas podían seguir con sus vidas y usaban su recursividad para salir adelante a pesar de su limitación visual. Malaika narró como en su niñez, tuvo muchas dificultades por no ver bien, sin poder solucionar su problema visual porque sencillamente no tenía como comprar las gafas.

Ay recuerdo que todos mis compañeritos me ayudaban. Todos me ayudaban. Pues, yo no sé, yo siempre he tenido la cosa de sentarme allá, siempre al lado del profesor. Porqué, por los: [señala sus ojos]. Entonces los niños de atrás: “Ay que usted queda muy alta allá y no veo”. Entonces todos se hacían

donde yo estaba, y empezaban a ayudarme a copiar. Porque el profesor escribía muy pequeñito y entonces ellos le decían: “Pero ella no ve. ¿por qué escribe tan pequeño?” ¡Que busque gafas!, decía el profesor. ¡Que busque gafas! “Cómo se le ocurre, ¿no ve que estamos en este monte? [risas]”. Y Entonces ellos empezaban a copiar en el cuaderno grande, para que yo pudiera leer [risas]. (Malaika)

Asimismo, cuando se le hizo la pregunta a Dianka, sobre si la discapacidad visual le impedía realizar su trabajo, ella responde que no le afecta mucho pues usa su recursividad para defenderse, especialmente cuando no lleva o no tiene sus gafas para dar clases.

Porque como le decía anteriormente; cuando a mí las gafitas se me quedan yo tengo mis lentecitos, o sea los niños: Papi, ¿Que dice aquí?, dime, léeme, ¿Que dice acá? ¿Dónde profe?, Léeme todo este pedacito, sí, y si tengo que copiar en el tablero, lo que mis ojitos me dicen [refiriéndose a sus alumnos]. Entonces no es impedimento. (Dianka).

### **Los remedios para curar los ojos: ¿mitos o realidades?**

Los mitos que existen para curar las enfermedades de los ojos, tienen una gran influencia en los participantes de este estudio si se toma como base la diversidad de historias que, desde la ancestralidad, se han ido transmitiendo de generación en generación. Si bien es cierto, que, aunque para algunas participantes, los remedios naturales no son benéficos para la visión, para otras sí les resultaba efectivo el remedio de la abuela.

Una vez, una vez si me dio eso que ahorita llaman ¿conjuntivitis?, que le arden a uno los ojos y salen cositas y mi abuela si cogió y cogió una florecita, una matica y la dejó ahí en un vasito al sereno<sup>1</sup> y al otro día cogió unas goticas de eso y dijo que eso me refrescaba los ojos y sí me echó, y yo me mejoré, y yo todavía creo en eso, todavía creo en la matica esa. (Dianka)

---

1 “El sereno” es un dicho popular colombiano que se refiere al “viento fío de páramo”

Cabe decir, que también hubo otras participantes que decidieron no seguir esos consejos.

Ah, sí. [risas], eso en el pueblo le dicen a uno muchas cosas. Que échate, ay no recuerdo ahorita las matas que hay en los pueblos. Solo sé que ¡de todo! Le decían a uno que se echara en los ojos. Que para que se lo aclare. Y es la hora que todavía le dicen: Échese esta hierba. Hay una que se usa mucho para las comidas, que uno la tibia y se lo echa en los ojos. No: recuerdo los nombres. Pero sí, eso me decían mucho. Échese esta matica, hasta me la llevaban a la casa las vecinas: -“Échese esta matica, se hace así, se espicha<sup>{2}</sup>, se pone a calentar y se la echa”. Mi papá me decía: “No se va a echar eso, qué tal que se quede más ciega” me decía él, “no se eche eso”. Y otros venían. -“Esto sí.”- o “Échese un trago<sup>{3}</sup>”- porque allá, por esos lados se ve mucho biche. Entonces: -“Caliente un poquito de este biche, y échese una gotica”- Y no eso, mi mamá: -¿Eso?, ¿cómo así? me la van a matar con ese trago en los ojos- [risas], “no se eche esa cosa que eso no sirve para nada” Pero entonces le decían: - ¿Si usted no se ha echado, como hace para saber si sirve, o no sirve?- Eso le dicen a uno, en los campos le dicen a uno muchos remedios. ¡Pero a veces uno no los hace! (Malaika)

Igualmente, en las mujeres de las nuevas generaciones también se manifestó cierto grado de escepticismo ante estas creencias ancestrales.

“Yo soy más escéptica a cosas así”, yo soy de que prefiero como que si me dicen que tengo que comprar tal medicina, ah bueno ya toca, ya es alguien que sabe, obviamente hay cosas que no, que la abuela dijo que tal remedio siempre ha funcionado y uno, pues entonces ¡hagámole! [risas] pero no, yo confío más en la gente que ha estudiado eso y más si trata de un órgano tan delicado como la vista”. (Shaira)

---

2 “Espicha” o “Espichar”, es una palabra popular colombiana que se utiliza en algunas regiones del país que significa “Aplastar”

3 “Trago”, es una palabra popular colombiana que es alusivo a cualquier tipo de bebida alcohólica

## ¿Se educó en salud visual?

Cuando se remontan al pasado, a la infancia, a la escuela, se les preguntó a las participantes de que manera sus padres, los maestros o demás personas favoritas que influyeran en su educación, les daban consejos sobre cómo cuidar sus ojos y prevenir las enfermedades. En su mayoría manifestaron que nunca tuvieron una charla o conversación sobre ello, por lo que tuvieron un gran desconocimiento sobre la salud visual.

De los ojos no decían nada. ¡Que había que confiar en Dios!, porque no había nada qué hacía. No había plata<sup>4</sup> para ir a los médicos, y todas esas cosas, que uno ir al hospital, que comprarse un remedio, ¡nada!, entonces una vivía así. A esperanzas de Dios solamente. (Aku).

Por otro lado, y contrario a lo que sus padres no hicieron con ellas con respecto a educarlas en salud visual, si tuvieron la oportunidad de tener en sus escuelas, maestros que cumplieron un papel fundamental en la detección de los problemas visuales.

Uy ¿mis maestros favoritos? (...) [pensativa], la verdad no tuve muchos maestros favoritos, creo que tuve una sola, precisamente fue ella, la como que se dio cuenta de que yo ya estaba como teniendo problemas visuales, se llamaba Luz Marina y era como muy comprensiva, tanto que me decía como ¡ven siéntate acá al lado!, y me sentaba casi al frente del tablero o mi pupitre, ahí al lado de la mesita de ella, entonces siempre fue muy buena conmigo, muy comprensible respecto al tema". (Sharai).

¡Los Problemas en los ojos, si impactan en tu vida!

Aun cuando todas las participantes afirmaron no ser personas en condiciones de discapacidad visual porque pueden seguir realizando sus actividades, paradójicamente también admitieron que el "no mirar bien", les ha impactado de una manera u otra en el curso de sus vidas.

---

4 "Plata", se utiliza en algunas regiones de Colombia refiriéndose al Dinero.

Me preocupa, y siempre he dicho o cuando voy acostarme, cuando estoy por ahí ¡Ay Dios!, esto no, socórreme de mi visión. Mira, cosa que yo amo en esta vida son mis ojitos, mis manos, mis pies y mi voz, que con eso me gano la comida. Yo me gano la comida dictando clases, si a mí me falla la vista ¿cómo voy a leer?, o si me fallan mis piecitos ¿cómo me desplazó? Es más ¿y si me falla mi voz?, ahí sí que se me acaba la herramienta, o sea todo en conjunto [exclama con preocupación], eso sí me preocupa, eso sí me preocupa. Y cada vez que compro unas gafitas y voy a ver lo que está allá pienso ¡ay no dios mío ¿y mis ojos?! [exclama con preocupación], pero los tengo abandonados, porque no he ido a mandar hacer las gafas. (Dianka).

Adicionalmente, algunas de las participantes también manifestaron una gran tristeza y frustración ante sus problemas visuales, que han influido de manera negativa en su calidad de vida.

¿Lo peor para mí?, pues, ¡Haber perdido mi vista! ¡Haber perdido mi vista!, pues desde que ya no la tuve, miro cosas así borrosas, que cucuyos {5}, bombas {6}, es lo peor.(Aku)

¡Porque yo ya casi no miro las cosas! Las cosas no las miro A veces sale mugre en la comida, a veces tiene otras cositas ahí. Entonces eso es porque uno a veces no las ve. Hormigas, cucarachas también le caen ahí a la comida, también hay momentos y uno no las ve. Uno no las mira sino cuando ya se han cocinado ahí en la comida, cuando ya está sirviendo uno ya sale ahí. (Aku)

En último lugar con respecto a este tema, también se evidenció un gran impacto negativo de la presencia de su discapacidad visual en su vida laboral.

Yo nunca fui al médico. Me dio mareo, veía borroso, y pues en mi trabajo dije: Ay, me siento mal.-Me dijeron, vaya al médico y yo nunca fui al médico. Y como yo la hora de alimentarme no es a la hora sino después ¿ve? Enton-

---

5 Se refiere a ver destellos de luz.

6 Se refiere a ver halos de luz.

ces dije, no, eso es porque no he comido, eso es porque estoy comiendo muy tarde. Pero sí he venido así, con ese malestar y con esa cosa. Pero ahora se me está empeorando más, porque aunque tengo gafas, esas, no me sirven para ver de lejos, porque el médico que me está atendiendo me dice que no me puede mandar las gafas para las dos cosas: para cerca y para lejos, porque dice que tengo un problema bien serio, bien grave en la vista. Entonces por eso no las tengo para ver de lejos. Y aun así, tampoco me están sirviiiendo. Y eso ha sido para mí tenaz, porque me duele mucho la cabeza. ¡Yo creo que esfuerzo mucho los ojos y me duele muchísimo la cabeza!, me dan mareos, sigo con los mareos, mareos y mareos. Y a veces me desespero, porque al ver que, -no sé, si es por los años-[risas], que ya siento que mis ojos no me sirven, y pues, eso me hace sentir a veces muy: como decepcionada porque no, no alcanzo a ver, no alcanzo a ver ¡como yo estaba viendo antes! Entonces ya, ¡siento una telaraña terrible! Y no, para mí es tenaz. (Malaika)

### **¡A nosotras nos discriminan!**

Las mujeres de este estudio, manifiestan que han sido discriminadas por su discapacidad visual. Es así como lo relata Fary, cuando se sintió discriminada por su profesor a causa de su discapacidad visual.

Sí, bueno un profesor. A mí me gustaba sentarme atrás,-entonces yo me acomodé para no ver al tablero, sino copiar de lo que estaba copiando mi compañera del cuaderno. Y el profesor ni me preguntó, ni porqué, sino de una vez ¡me trató mal! Pero yo no: como no me preguntó, yo no dije nada, yo dejé que él dijera lo que tenía que decir. ¡Pero fue feo! (Fary)

### **¡Me encanta mi estudio y mi trabajo!**

Todas las participantes tuvieron un denominador común, y es que son amantes de lo que hacen, bien sea en su estudio o trabajo. Lo anterior es independiente de su escolaridad o tipo de trabajo, que podía ser, desde ama de casa u oficios varios, pasando por trabajos de mano de obra fuertes como la mina y el campo, o incluso ser líderesas o docentes en sus sitios

de residencia. De manera semejante sucedió con las estudiantes, quienes tienen grandes proyecciones para su futuro desde la academia. Todo lo anterior, se evidenció en los relatos que vienen a continuación:

No sé cómo decirlo. Pues yo en la casa cuando tenía mis hijos, mi esposo trabajaba, yo me quedaba cuidándolos a ellos. Les lavaba su ropa, le hacía su almuerzo, su comida. Los cuidaba también, me mantenía cuidándolos a ellos, porque uno como madre que tiene que cuidar a los hijos, los cuida uno ¡bien cuidados! Y así íbamos bien con ellos. Mi esposo cuando llegaba, estábamos ahí cuidándolos ¡a la orden! Cuando ellos hacían sus travesuras, ahí yo estaba para corregirlos a ellos. Porque como yo los estaba cuidando, y me hacían algunas ofensas ¡Vea a los muchachos les pegué! porque me hicieron esto y esto. Entonces me decía: Vea bueno, si usted se queda aquí, tiene que dar cuenta de ellos, usted tiene que cuidarlos y corregirlos en lo malo que hacen. Y así los íbamos corrigiendo. (Aku)

¡Me encanta! Creo que fue un don que Dios me regaló. Estuvimos en un taller recientemente en donde hicieron la pregunta que si el líder se hace, o se nace. Para mí, en particular creo que yo nací líder. Tuve el ejemplo de mi mamá. Y por mucho que yo he tratado. Porque he hecho el ejercicio de apartarme de espacios y de incidencias y todo pero ¡no se puede! No se puede. No no sirvo para quedarme callada ante las injusticias, no sirvo para quedarme en mi casa, simplemente como ama de casa. Aunque ese era una de las expectativas que yo tenía de mí, sí, ser una excelente mamá, o un ama de casa. Porque ese era el prototipo que se veía en ese entonces. Pero a medida que fui creciendo y con las circunstancias de mi vida, me fue saliendo esa lideresa que tenía ahí, en mi corazón. (Sira)

Gracias a Dios he estudiado lo que me gusta, lo que he querido y soy muy feliz por eso, sé que a otras personas no se le da esa oportunidad y soy afortunada por eso. (Shaira)

Huy me encanta, ME SIENTO MEJOR DICHO [expresa orgullo y alegría]. Eso es lo que me da como las fuerzas para seguir y soportar, sí, eso es lo que me

motiva mi trabajo, porque hay una sociedad que necesita de mi trabajo y yo cada vez que estoy mediando a un niño o que estoy dándole una charla de formación a un niño, para mí es lo máximo porque sé que estoy haciendo, formando una sociedad. Estoy aportando un granito de arena, para que esta sociedad sea cada día mejor. Y eso no tiene precio. Para mí es la función más importante. (Dianka)

## **La Espiritualidad y la Discapacidad Visual**

La voluntad de Dios, también se hace presente ante las enfermedades de las mujeres afrodescendientes, incluso desde la misma discapacidad visual, porque para solucionar el problema de los ojos, simplemente hay que creer en Dios.

Uy ¡Dios mío! Es que si no fuera por eso, no estaría así viéndolas. Porque uno se aferra mucho a Dios y por lo menos yo le pido todo a Él, todo, todo, todo. Y que me ayude a que mis ojos se aclaren, que no me vaya dejar quedar ciega totalmente. O sea, si uno no confía en Dios, las cosas, pienso yo que no le salen bien. Y para mí ha sido, súper fundamental. (Malaika)

Huy Dios mío. Hay ya no sé qué decir [risas]. Pues sí, yo me he puesto a pensar, ¿qué tal que mi problema de visión avance?. Y, pues, a veces siento preocupación. Pero yo digo: bueno. ¿Mi Dios proveerá no?, él es el que todo lo sabe. Y Dios sabrá si voy a ser más discapacitada, o solo va a ser ahí. O sea, eso lo tengo claro. Y pues si eso llegara a pasar que perdiera la visión del todo, pues yo creo que Dios también lo ayuda a uno a seguir adelante con esa dificultad. Como sucede con todas las personas. Los que pierden una mano, los que pierden una pierna, los que pierden un brazo. Esas personas Dios los ayuda para poder enfrentar el mundo que los rodea. (Dianka)

## **DISCUSIÓN**

Se encontró que las mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual han sido discriminadas. Son mujeres a quienes a causa de sus bajos ingresos se les ha limitado el acceso a los servicios de salud visual. De igual forma han tenido dificultades para obtener empleo o incluso participar en ambientes académicos. Es aquí cuando resulta importante diseñar e implementar un apartado étnico con enfoque diferencial en las Políticas Públicas de Salud, no solo por el hecho de su etnia sino también por su género y clase social.

Las políticas públicas en salud visual, están plasmadas en el papel, pero al día de hoy no se reflejan acciones concretas en el territorio, como lo refleja este estudio realizado en el municipio de Girón <sup>13</sup>.

Es aquí, cuando desde un marco teórico de interseccionalidad, se hace necesario y vital, crear y ejecutar nuevas políticas para las mujeres afrodescendientes <sup>6</sup>. Además, en la observación directa realizada durante la exploración de campo del municipio de Girón, Santander, se encontró que las condiciones de infraestructura no son óptimas y adecuadas para las mujeres en condiciones de discapacidad visual. Las calles empedradas, los andenes altos y estrechos, la falta de calles de fácil movilización y el poco acceso a los servicios de salud visual, hacen aún más difícil el “vivir bien” de las mujeres afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual. En el marco de las observaciones anteriores, resulta oportuno exponer algunos de los relatos de vida donde se evidencian las desigualdades ya mencionadas.

Pues le cuento que sí. En mi infancia... [Pensativa] como yo vivía en un pueblo. Allá en esos pueblos donde nunca llega un médico, nunca hay doctor, nunca hay nada. Pues yo: le comentaba a mi papá y mi papá decía- “NO ESO ES, ESO ES PEREZA SUYA - decía mi papá. Papá, yo siento que: mis ojos no me dan, mis ojos. Y mi papá: “No eso por usted no ir a trabajar, porque usted no quiere ir a trabajar. Váyase a trabajar que usted ve perfectamente”-Cuando yo tenía como unos qué, todavía no había cumplido los quince años.

Llegamos a un pueblo donde: había médicos. Y yo me fui a preguntar, que ¿cuándo uno ve borroso, ve telarañas, ve como estrellitas? ¿Qué era? - Me dijo: "No, usted toca que vaya para donde un optómetra para que le mire los ojos". Me fui para donde ese señor. Me mandó sí, unas gafas, pero tampoco, pues la verdad nunca las usé. Hasta me las regaló, porque no tenía cómo comprarlas. El doctor me regaló las gafas y a mí me daba: cuando me las ponía sentía como que me explotaba, sentía como así [señas mostrando los ojos], como si me fueran a explotar los ojos. Entonces yo no las usé. Hasta ahora, hasta ahora que ya estoy como: otra vez volviendo a usarlas porque el médico me dijo: "Si, usted, usted como no usó las gafas cuando realmente se las mandaron". Yo decía, yo no soy capaz de usar eso, porque yo me pongo esas gafas y yo, mis ojos siento que se me van a salir, la cabeza me duele mucho, no sé si siempre es como sufrido de dolor de cabeza. Y los ojos para mí han sido tenaz, porque, a veces no me, no me. No me funcionan. (Malaika)

Era unos mareos, sentía mareo, me ardía la vista ¡lo ojos me dolían! Cómo cocinaba con fogón de leña, entonces me ardían ¡muy fuertes! Me ardían. Y ahí me dormía, cerraba los ojos, me dormía y cuando me levantaba, al amanecer, me salía bastantes cosas (...), me salía materia pus (...). Entonces de ahí, al siguiente día, otra vez a cocinar con el fogón de leña. Así cociné mucho tiempo, con el fogón de leña. Yo cuando era ese humo y esa leña ¡Me ardía!; yo ¡cogía esos tizones y los tiraba! y yo decía- ¡Si no van a traer leña buena, yo no les voy a cocinar! (Aku)

De acuerdo, a los razonamientos que se han venido realizando durante el presente apartado, se podría concluir que el marco teórico de este estudio, establece una conexión que permite considerar que las desigualdades e inequidades impactan el vivir bien, debido a su condición de discapacidad visual, etnia (afrodescendiente), género(mujer)y clase social (pobre).

Adicionalmente, como categoría emergente de este estudio, se concluye que para complementar el vivir bien de las participantes, es primordial que su espiritualidad esté siempre presente en sus vidas, para poder afrontar con resiliencia, todas estas desigualdades que impactan negativamente en su salud visual.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio, permitió dar un primer paso, para abrir las puertas al conocimiento salubrista, antropológico y sociológico, dentro del marco teórico de interseccionalidad en salud pública, interseccionalidad e interseccionalidad en el curso de vida, en mujeres afrodescendientes en condición de discapacidad visual del municipio de Girón, Santander, Colombia. Todo lo anterior será de gran ayuda para diseñar, reestructurar, orientar e implementar de una manera apropiada, las actuales políticas públicas, planes y programas en salud visual para las mujeres afrodescendientes de dicho municipio. Finalmente, la limitación que tuvo este estudio fueron circunstancias relacionados con el tiempo y disposición de las mujeres para reevaluar sus narrativas después de ser transcritas.

Ante la falta de evidencia en los relatos de vida de las mujeres afrodescendientes con respecto a la implementación de programas en salud visual con enfoque diferencial en el municipio de Girón, Santander, Colombia, se hace prioritario abordar esta problemática con las entidades gubernamentales, territoriales y municipales para que incluyan en sus agendas, planes y programas, las rutas de atención integral en salud visual.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los Afrocolombianos frente a los Objetivos del Desarrollo del Milenio [Internet]. 2010 [citado 3 de julio de 2018]. p. 188. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odmafrocolombianos-2012.pdf>
2. Alcaldía de Girón. Plan de Desarrollo Municipal de Girón 2016-2019 "Somos tejidosocial." 2016;2-47.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Visual. [Online].; 2017 [cited 2018 02 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

4. Bertaux D. Los relatos de la vida en el análisis social. Historia y Fuente Oral, núm 1 [Internet]. 1989;1(1):87–96. Available from: <http://metodo3.sociales.uba.ar/files/2014/10/Bertaux-Los-relatos-de-vida-en-el-análisis-social1.pdf>
5. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. Soc Sci Med [Internet]. 2014; 110:10–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
6. Bastos JL, Harnois CE, Paradies YC. Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. Soc Sci Med. 2018; 199:209–18.
7. Elder GH. The Life Course as Developmental Theory Author (s): Glen H. Elder, Jr. Published by: Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1132065> Accessed: 22-07-2016 16: 18 UTC The Life Course. 2016;69(1):1–12.
8. Pérez Jiménez D, Lupón Bas M. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la visión. Gac Optom y óptica oftálmica, ISSN 2173-9366, N° 519, 2016, págs. 48-55 [Internet]. 2017;3(521):60–4. Available from: [http://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/99581/ARTICLE\\_PUBLI-CAT\\_Evaluaci%F3n+de+la+calidad+de+vida+relacionada+con+la+visi%F3n.pdf;jsessionid=5180F5C2BC823AADB0CA7C34912160EF?sequence=1%0Ahttps://www.cgcoo.es/ediciones/enero-2017](http://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/99581/ARTICLE_PUBLI-CAT_Evaluaci%F3n+de+la+calidad+de+vida+relacionada+con+la+visi%F3n.pdf;jsessionid=5180F5C2BC823AADB0CA7C34912160EF?sequence=1%0Ahttps://www.cgcoo.es/ediciones/enero-2017)
9. Loughman J, Nxele LL, Faria C, Thompson S, Ramson P, Chinanayi F, et al. Rapid Assessment of Refractive Error, Presbyopia, and Visual Impairment and Associated Quality of Life in Nampula, Mozambique. 2015;(June):199–213.
10. Berteaux D, De L, Bellaterra E. Daniel Berteaux. Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica, Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2005, 143 páginas. 2006;2005–7.
11. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colomb. 1993;1993(octubre 4):1–19.
12. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaración de Helsinki. Gac Med Mex. 2001;137(4):391.
13. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Atención Integral en Salud Visual 2016-2022. 2016;1–92. Available from: <https://www.minsalud.gov>.

co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-nal-salud-visual-2016.pdf

14. Ocampo Ramírez VH. Percepción sobre su calidad de vida entre personas afrodescendientes en condiciones de discapacidad visual del municipio de Girón (Santander), Colombia [Internet]. Available from: <http://hdl.handle.net/11634/18592>



## Capítulo 4

---

# Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

---

**Luz Adriana Meneses Urrea  
Dolly Villegas Arenas  
Francisco Javier Loba Viáfara**

### **Cita este capítulo:**

Meneses Urrea LA., Villegas Arenas D. y Loba Viáfara FJ. Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali.,2018. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 99-117..



---

## Capítulo 4

### Historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

---

**Luz Adriana Meneses Urrea\***

<https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

**Dolly Villegas Arenas\*\***

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

**Francisco Javier Lobo Viáfara\*\*\***

<https://orcid.org/0000-0003-2394-9289>

#### RESUMEN

##### Objetivo General

Describir la historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten a un programa de tamización de citología cervicouterina en Cali.

##### Metodología

Estudio observacional descriptivo de corte transversal; la información se obtuvo de la base de datos del programa de tamizaje de citología cervicouterina de una institución pública de Cali. Los datos corresponden a mujeres que asistieron al programa durante el periodo comprendido entre julio 2018 y junio de 2019. Mediante cálculo del tamaño de la muestra a través del programa statcal de Epi Info versión 7.2.4.0 se obtuvo una muestra representativa de 658 registros de usuarias. Se estudiaron variables relacionadas con la historia sexual y variables de la salud reproductiva. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética.

\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [luz.meneses.00@usc.edu.co](mailto:luz.meneses.00@usc.edu.co)

\*\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [dolly.villegas00@usc.edu.co](mailto:dolly.villegas00@usc.edu.co)

\*\*\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [francisco.loboa00@usc.edu.co](mailto:francisco.loboa00@usc.edu.co)

## **Resultados**

De las 658 mujeres, la mediana 31 años, con historia sexual de menarca a los 13 años, sexarca a los 17 años, más de la mitad aceptó relación con dos o más parejas al inicio de las relaciones sexuales, el 48,2% planificaba. En la categorización del tamizaje 2018 - 2019 se reportó como negativa para lesión intraepitelial o malignidad en el 70,7% de las mujeres.

Conclusiones: Los resultados ofrecen información valiosa de salud pública que permite la identificación de conductas de riesgos con relación a la salud sexual y reproductiva de la mujer para disfrutar de una sexualidad libre, responsable y segura.

**Palabras clave:** sexualidad, tamizaje, reproducción, embarazo y fertilidad.

## **Abstract**

### **General Objective:**

To describe the sexual and reproductive history of clients attending a cervical smear screening program in Cali.

### **Methodology**

Cross-sectional, descriptive, observational study. Information was obtained from the database of the cervical cytology screening program of a public institution in Cali. The data corresponds to women who attended the program during the period July 2018 to June 2019. By calculating the sample size through Epi Info's statcalc program version 7.2.4.0, a representative sample of 658 user records was obtained. Variables related to sexual history and reproductive health variables were studied. A descriptive analysis of the variables was carried out. The project was approved by the Ethics Committee.

### **Results**

Of the 658 women, the median age was 31 years, with a sexual history of menarche at 13 years, sexarche at 17 years, more than half accepted relationship with two or more partners at the beginning of sexual relations,

48.2% planned. In the screening categorization 2018 - 2019 was reported as Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy in 70.7% of the women.

**Keywords:** Sexuality, screening, reproduction, pregnancy, fertility.

### **Conclusions**

The results provide valuable public health information that allows the identification of risk behaviors related to women's sexual and reproductive health in order to enjoy a free, responsible and safe sexuality.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la "Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas" (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Por lo tanto, se hace necesario definir la salud sexual y reproductiva. La salud sexual es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones<sup>2</sup>. Lo que implica el disfrute de una vida sexual libre de riesgos, placentera y con capacidad de decidir libremente procrear o no, cuándo y con qué frecuencia<sup>1</sup>.

Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad para mujeres en edad fértil. Debido a que una vez se inicia la actividad sexual la mujer tiene riesgos de embarazos no deseados, infecciones y alteraciones cervicales. Es así como los servicios de salud deben permitir el acceso a esta población a asesoría en anticoncepción y tamización de cáncer de cérvix.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, el 31.1% de las mujeres entre 20 a 24 años tuvieron su primera relación antes de los 15 años, el promedio de hijos fue de 2.2, el 80.9% usó algún mé-

todo anticonceptivo y el 94% de las mujeres entre 21 y 69 años se había tomado la citología<sup>3</sup>.

La investigación es un estudio descriptivo de corte transversal con mujeres que consultaron al programa de tamización cervicouterina de una entidad de salud, donde se logró conocer la historia sexual y reproductiva que permita identificar los factores de riesgo y los actores en salud para plantear intervenciones en busca de mejorar los indicadores en salud sexual y reproductiva.

## **MARCO REFERENCIAL**

La sexualidad es un aspecto de interés no solo para la persona, la pareja, y la familia sino en general para las comunidades; los países cada vez muestran mayor interés en la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y han legislado en este sentido, reconociendo en este tema influencia en la satisfacción de las personas, el desarrollo, la realización personal, social y económica.

De acuerdo con Zapata et al, la sexualidad es un concepto polisémico, es decir tiene muchos significados, es polivalente, se puede utilizar para muchas cosas, reproducción, placer, control, poder y aun en ocasiones puede dañar; así mismo la sexualidad es cambiante de acuerdo con los cambios en el desarrollo de las personas y a lo largo de la historia<sup>4</sup>.

La OMS 2020, define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable e informada<sup>5</sup>.

La salud sexual y reproductiva tiene un alcance social, cultural y biológico, pretende el bienestar integral de la persona, de allí la importancia de ejercer una sexualidad saludable, responsable y satisfactoria conociendo los riesgos y la forma de prevenirlos.

En la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, en la declaración de los derechos sexuales y reproductivos, 1997, se afirma que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental declaró entonces que la salud sexual debe ser un derecho humano básico <sup>6</sup>.

La declaración menciona y promueve once derechos sexuales a saber:

1. El derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la equidad sexual
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual comprensiva
11. El derecho al cuidado de la salud sexual

En Colombia la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos” se estructura a partir del Plan Decenal de Salud. Considera la sexualidad como una dimensión humana necesaria para el desarrollo de las potencialidades de las personas, de los grupos y las comunidades, y le otorga prioridad en las acciones de salud pública, involucrando la participación y el compromiso sectorial, transectorial y comunitarios hacia una sexualidad plena, libre, responsable; de tal forma que progrese en la supe-

ración de paradigmas relacionados con la salud sexual, para que la población viva su sexualidad dentro de un marco de derecho, y en este sentido espera que en el año 2021, la población colombiana evidencie avances en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

La política plantea las acciones relacionadas con la promoción, protección, atención y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la atención primaria en salud como es la promoción de los derechos reproductivos y equidad de género y la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derecho; teniendo como objetivos la promoción y mantenimiento de la salud, la gestión del riesgo y el restablecimiento de derechos a los niveles nacional, departamental y local. Como estrategias se plantean las siguientes: fortalecimiento de la gestión de sector salud, generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, movilización social, gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y gestión de conocimiento.

## **METODOLOGÍA**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, la información se obtuvo de la base de datos del programa de tamizaje de citología cervicouterina de una institución pública de Cali. Los datos corresponden a mujeres que asistieron al programa durante el periodo comprendido entre julio 2018 y junio de 2019. En total fueron 76.185 usuarias.

Se incluyeron los registros de las mujeres entre 25 y 69 años y las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado; se excluyeron 171 registros que se identificaron como incompletos o no congruentes. Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra mediante el programa statcalc de Epi Info versión 7.2.4.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos de América) teniendo en

cuenta los siguientes parámetros: frecuencia de exposición 50%, margen de error aceptado 5% y nivel de confianza 99%, se obtuvo una muestra de final 658 registros de usuarias.

La selección de los registros se realizó mediante muestreo aleatorio simple. Además de la edad, se estudiaron variables relacionadas con la historia sexual, tales como: edad de la primera menstruación, edad de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedentes de citología cervicouterina, vacuna contra VPH; también se describen aspectos de su salud reproductiva tales como estado de gestación, edad en el primero y último embarazo, número de embarazos, partos, cesáreas, abortos.

Los datos fueron digitados y procesados en el sistema estadístico Excel y posteriormente procesados en el programa estadístico Epi Info versión 7.2.4. del CDC. El análisis estadístico se realizó mediante la descripción de la población; para las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central como medias, medianas, medidas de dispersión y categorización. Las variables categóricas se reportan con frecuencias absolutas y relativas.

El proyecto se realizó teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, y de acuerdo con las implicaciones éticas corresponde a un estudio *sin riesgo*, ya que por tratarse registros no se realizó intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales; el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, mediante Acta No 05 del 20/03/2020.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de esta investigación muestran que, del total de 658 usuarias, el promedio de edad fue de 31 años, con una desviación estándar de  $\pm 13$ , la moda y la mediana de 24 años respectivamente.

La tabla 2, muestra el comportamiento de las variables relacionadas con la historia sexual de las mujeres. El promedio de edad de la primera menstruación fue de 13 años,  $\pm 2$  años, (9 - 19 años), el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años,  $\pm 3$  años, (9 - 51 años), más de la mitad de las mujeres aceptó haber tenido dos o más parejas al inicio de las relaciones sexuales (66,0 %) y el 3,0% refieren haber tenido dos o más parejas en el último año. El 11% refieren estar vacunadas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y con relación a los antecedentes de infección de transmisión sexual, 52 mujeres admitieron haber padecido alguna ITS, lo que representa el 8,0%; de estas en orden de frecuencia, predominó el VPH (48,1%), Sífilis 21,2%, Clamidia 17,3%. El comportamiento de estas infecciones se observa en la tabla 3.

**Tabla 2. Historia sexual de las mujeres**

VARIABLE			
<b>Edad primera menstruación</b>	Promedio 13 años	97	15%
<b>Edad primera relación sexual</b>	Promedio 17 años	28	4%
<b>N° de parejas al inicio de la relación</b>	1 o menos	224	34%
	2 o mas	434	66%
<b>N° de parejas en el último año</b>	1 o menos	638	97%
	2 o mas	20	3,0%
<b>Vacuna VPH</b>	Si	72	11%
	No	502	76%
	No reporta	84	13%

<b>Antecedentes de ITS</b>	Si	52	8%
	No	514	78%
	No reporta	79	12%
	No sabe	13	2%

Fuente: Historia Sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

**Tabla 3. Mujeres según antecedentes de ITS**

<b>ITS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
VPH	25	48,1%
Sífilis	11	21,2%
Clamidia	9	17,3%
VIH	3	5,8%
Gonorrea	2	3,8%
Otra	2	3,8%
Total	52	100%

Fuente: Historia Sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018

En la tabla 4, se muestran aspectos de salud reproductiva. Se observa que al momento de la tamización de la citología cervicouterina el 48,2% manifestó uso de algún método de planificación familiar. El 3,3% se encontraba en estado de gestación, el 56,1% refirió gestaciones previas, el promedio de embarazos fue 2 y de partos 1. El 52,1% refiere uno o dos embarazos y el 61,5% de las personas 1 o 2 partos.

El 87,5% refiere historia de 1 a 2 cesáreas y el 96,2% historia de 1 o 2 abortos. La edad promedio al primer embarazo fue de 20 años, y con relación a la categorización previa se identificó que en el 68,4% el tamizaje fue reportado negativo para lesión intraepitelial o malignidad y en la categorización del tamizaje 2018 - 2019 se identificó que el 70,7% se reportó como negativa para lesión intraepitelial o malignidad.

**Tabla 4. Historia de salud reproductiva de las mujeres**

<b>VARIABLES</b>			
<b>Planificación familiar</b>	Si	317	48,2%
	No	276	41,9%
	No Aplica	30	4,6%
	No registra	35	5,3%
<b>Estado de gestación</b>	Gestante	22	3,3%
	No Gestante	632	96,0%
	No Reporta	4	0,6%
<b>N° de embarazos (<math>\bar{X}</math>: 2 Embarazos) n: 388</b>	1 -2 embarazos	202	52,1%
	3 o más	186	47,9%
<b>N° de partos (<math>\bar{X}</math>: 1) n:356</b>	1 - 2 partos	219	61,5%
	3 o mas	137	38,5%

<b>N° de cesáreas (<math>\bar{X}</math>: 0)</b> <b>n: 112</b>	1 o 2 cesáreas	98	87,5%
	3 o más	14	12,5%
<b>N° de abortos (<math>\bar{X}</math>: 0)</b> <b>n: 130</b>	1 - 2 abortos	125	96,2%
	3 o más	5	3,8%
<b>Edad primer embarazo (<math>\bar{X}</math>: 20)</b> <b>n: 421</b>	Edad promedio ( 20 años)	40	9,5%
<b>Categorización tamizaje previo</b>	Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad	450	68,4%
	Anormalidades Celulares Epiteliales	24	3,6%
	No Reporta	142	21,6%
	No Sabe	42	6,4%
<b>Categorización tamizaje 2018 - 2019</b>	Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad	472	71,7%
	Anormalidades Celulares Epiteliales	26	4,0%
	Sin dato	160	24,3%

Fuente: Historia sexual y reproductiva de usuarios que asisten al programa de tamización de citología cervicouterina. Cali, 2018 - 2019

## DISCUSIÓN

En el estudio realizado a mujeres que consultaron un programa de tamización cervicouterino de la ciudad de Cali, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años,  $\pm 3$  años, (9 – 51 años). En el mismo sentido Gonzales et al en su estudio realizado con adolescentes en Chile encontró que el promedio de inicio de relaciones sexuales fue 16 años<sup>7</sup>. Por otro lado, en Colombia, el promedio de inicio de relaciones sexuales para mujeres fue de 17.7 años<sup>3</sup>. Con relación al promedio de parejas sexuales al inicio de vida sexual es de tres y en el último año una. Betancur et al en su estudio refiere que el número promedio de parejas sexuales fue de 2,86 entre aquellos que han iniciado relaciones con un rango de variación entre 1 y 25 parejas<sup>8</sup>. Méndez et al, refieren que el número de parejas fue de 1,27<sup>9</sup>. Diversos estudios refieren que el inicio de relaciones temprano y el número de parejas inciden en las alteraciones cervicouterinas<sup>10,11</sup>.

Con relación al uso del anticonceptivo el 48% informó que planificaba con algún método. De igual forma Rivet et al, refirió que el 45% de las mujeres había utilizado un anticonceptivo<sup>12</sup>. En un estudio realizado en Bucaramanga – Colombia se encontró que el 52.1% había utilizado un método de planificación<sup>8</sup>. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia refirió que el uso de método de planificación en mujeres de 15-49 años estuvo entre 81.6 a 82,5%<sup>3</sup>. Con relación a los embarazos, el promedio de gestaciones fue dos. Robles et al refirieron en su estudio que el promedio de partos era dos<sup>13</sup>.

En los antecedentes de infecciones de transmisión sexual se presentó con mayor frecuencia el VPH con 48,1%, seguido de sífilis con 21,2% y clamidia con un 17.3%. Perez-morente et al encontraron que el VPH tuvo una prevalencia de 93 (18,8%) casos, seguido de molluscum contagiosum con 28 (5,6%) y candidiasis con 19 (3,8%)<sup>14</sup>. Para Cordero et al, las más frecuentes fueron candidiasis (65,38%) seguida de sífilis (26,92%)<sup>15</sup>.

En el estudio el 11% de las mujeres refirió haber recibido la vacuna de VPH. En Colombia en el 2014, a raíz de los sucesos ocurridos en Carmen de Bolívar, en relación a complicaciones presentadas después de la vacunación contra el VPH, mas no confirmadas, las tasas de cobertura de vacunación bajaron pasando de tener una cobertura de vacunación del 98% en la primera dosis en el 2012 a 63.6% en el 2014 <sup>16,17</sup>. En lo reportado por la OPS en las américas la cobertura de vacunación en 2018 varió entre 2% y 97 % <sup>18</sup>. De acuerdo con la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino se planteó como meta alcanzar una cobertura de vacunación de un 80% <sup>19</sup>. En otro estudio realizado en Canadá solo el 1.3% había recibido la vacuna de VPH <sup>20</sup>. Finalmente, con relación a los resultados de la citología en el último año se reportó el 70,5% negativa para neoplasia. De acuerdo con Lazara et al, el porcentaje de alteración cervicouterina es del 2,5% <sup>10</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de la investigación de la historia sexual y reproductiva de mujeres que asisten a un programa de tamización de citología cervicouterina en la ciudad Cali permiten identificar conductas de riesgo como pueden ser: inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tres o más parejas al inicio de la vida sexual, relaciones sin protección de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, conllevando a embarazos no deseados y alteraciones cervicouterinas entre otras.

Es importante fortalecer desde la atención primaria en salud la información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el goce de una sexualidad responsable y libre de riesgos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
2. OMS. Salud reproductiva [Internet]. Available from: [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
3. MinSalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Profamilia [Internet]. 2015; 2:1–832. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
4. Zapata Boluda RM, Gutierrez Izquierdo M I. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Almería U, editor. 2016. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq25CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=salud+sexual+y+reproductiva&ots=X6y1d94Z5H&sig=-DZsiljzufGz3pPaG4fU5xOS9EV4#>
5. OMS. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2020. Available from: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
6. Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología. Declaración Universal de los derechos sexuales y reproductivos 1997. 1997.
7. Gonzalez A EG, Molina G TM. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. 2019;84(1):7–17. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000100007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100007>.
8. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud Sexual Y Reproductiva en Adolescentes: La Fragilidad de la Autonomía. Hacia la promoción de la salud. 2016;0121-7577(2462–8425):52–62.
9. Méndez-Ruiz MD, Villegas-Pantoja MÁ, Guzmán-Ramírez V, Santos-Ramírez CJ. Alcohol, edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales en jóvenes mexicanas. Enfermería Clínica [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/>

- article/pii/S1130862120302394
10. Lazara Malagón, Montano, Pérez Sánchez Y, Acuña AM, Adán GFG. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva Comparative Study of Risk Factors in Women with Positive Pap. 2015;31(3):286–94.
  11. Cordero Martínez J. Citologías alteradas, edad inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. Rev ciencias médicas La Habana. 2015;21(2):357–70.
  12. Rivet D, Robinson H, Sydora BC, Ross S. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216320305442>
  13. Robles-Santos RJ. Factores psicosociales que intervienen en la regulación de la fecundidad en mujeres, Tunja, Colombia, 2014-2016. 2017;4(2):169–87.
  14. Pérez Morente MA, Cano Romero E, Sánchez Ocón MT, Jimenez Bautista F, Hueso Montoro C. Sexuality Risk Factors among People with Suspect of Sexually Transmitted Disease. 2017
  15. Quispe MD. Vista de frecuencia de infecciones de transmisión sexual en pacientes gestantes.pdf.
  16. Ministerio de Salud y Protección Social. Jornada de vacunación VPH [Internet]. 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/JORNADAEVACUNACIONCONTRAELVIRUSDELPAPILOMA HUMANO.pdf>
  17. BS J-C. Descripción de eventos adversos relacionados con aplicación de vacuna contra el virus de papiloma humano en Bogotá. Universidad del Rosario; 2015.
  18. OPS. Promoción de la salud una antología. 1996.
  19. OPS. Actualización en la vacunación contra el VPH en las Américas. 2018. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=actualizacion-en-la-vacuna-vph-lucia-de-oliveira-paho&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=actualizacion-en-la-vacuna-vph-lucia-de-oliveira-paho&Itemid=270&lang=es)
  20. Steben M, Durand N, Guichon JR, Greenwald R, McFaul S, Blake J.

- Health Policy a National Survey of Canadian Adults on HPV : Knowledge , Attitudes , and Barriers to the HPV Vaccine. 2019.
21. Batyra E. Cambio de comportamiento en el uso de anticonceptivos después de un parto no planeado en Colombia y Perú. *Guttmacher Institute*. 2020; 46: p. 9-19. from: <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/03/contraceptive-use-behavior-change-after-unintended-birth-colombia-and-peru>
  22. Bakibinga P, Matanda DJ, Ayiko R, et al. Pregnancy history and current use of contraception among women of reproductive age in Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzania and Uganda: analysis of demographic and health survey data *BMJ Open* 2016; **6**: e009991. doi: 10.1136 / bmjopen-2015-009991
  23. Chen M, Luo Y, Fu J, et al. Reproductive health status and related knowledge among women aged 20–39 years in rural China: a cross-sectional study. *Reproductive Health* [Internet]. 2020 [citado 4 octubre 2020] ;(1). Disponible en: file:///C:/Users/pc/Downloads/Reproductivo2020Acceso-abierto-a-la-salud-reproductiva.pdf.
  24. Thomas PP, Yadav J, Kant R, et al. Sexually Transmitted Infections and Behavioral Determinants of Sexual and Reproductive Health in the Allahabad District (India) Based on Data from the ChlamIndia Study. *Microorganisms* [Internet]. 2019 1–3. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-2607/7/11/557#cite>
  25. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak B, Kosinska-Kaczynska K, Sierdzinski J, Sochacki-Wojcicka N, Wielgos M. Sex education in Poland - a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. *BMC Public Health*. 2019 Jun 3;19(1):689. doi: 10.1186/s12889-019-7046-0. PMID: 31159803; PMCID: PMC6547576.
  26. Lafort, Y., Lessitala, F., Candrinho, B. et al. Barriers to HIV and sexual and reproductive health care for female sex workers in Tete, Mozambique: results from a cross-sectional survey and focus group discussions. *BMC Public Health* 16, 608 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3305-5>
  27. Paschen-Wolff MM, Greene MZ, Hughes TL. Sexual Minority Wom-

- en's Sexual and Reproductive Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. *Health Education & Behavior*. 2020;47(5):728-739. doi:10.1177/1090198120925747
28. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *Journal of Women's Health* [Internet]. 2019;(28). Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jwh.2017.6866>
  29. Hauck Y, Nguyen T, Frayne J, Garefalakis M & Rock D. (2015) Sexual and Reproductive Health Trends Among Women With Enduring Mental Illness: A Survey of Western Australian Community Mental Health Services, *Health Care for Women International*, 36:4, 499-510, DOI: 10.1080/07399332.2014.973957
  30. Lafort Y, Greener R, Roy A. et al. Sexual and reproductive health services utilization by female sex workers is context-specific: results from a cross-sectional survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa. *Reprod Health* 14, 13 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0277-6>



## Capítulo 5

---

# Representaciones sociales de la violencia basada en género en estudiantes de Enfermería

---

**Blanca Cecilia Díaz Chavarro  
Martha Eulalia Cifuentes Ortiz**

### **Cita este capítulo:**

Díaz Chavarro, BC. y Cifuentes Ortiz, ME. Representaciones sociales de la violencia basada en género en estudiantes de Enfermería. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 119-168.



---

## Capítulo 5

### Representaciones sociales de la violencia basada en género en estudiantes de Enfermería

---

**Blanca Cecilia Díaz Chavarro\***

<https://orcid.org/0000-0003-1112-7907>

**Martha Eulalia Cifuentes Ortiz\*\***

<https://orcid.org/0000-0001-5482-1275>

#### RESUMEN

La violencia basada en el género (VBG) es un grave problema de salud pública, que causa daños físicos y psicológicos en la persona. El logro de la igualdad entre mujeres y hombres es una cuestión de derechos humanos y una condición para la justicia social<sup>1</sup>; esto hace necesario continuar investigando sobre la VBG.

En el programa de Enfermería de una institución universitaria de Cali, Colombia, se han encontrado estudiantes con bajo rendimiento académico, deserción, ausentismo, llanto y al interactuar con ellos/ellas, se ha encontrado que han sido sometidos a alguna forma de violencia de género. En este sentido, resulta interesante comprender las representaciones sociales que tienen los/las estudiantes de este programa frente a la violencia basada en género; el estudio se hace en el período académico 2017A.

Se realizó una investigación cualitativa y diseño de estudio de caso, desarrollado a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Las categorías analíticas incluyen el género, la violencia de género, representacio-

\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [blanca.diaz00@usc.edu.co](mailto:blanca.diaz00@usc.edu.co)

\*\* Universidad Santiago de Cali  
Cali, Colombia

✉ [marthacifuentes@usc.edu.co](mailto:marthacifuentes@usc.edu.co)

nes sociales y el cuidado. Durante la revisión de los resultados emergieron dos categorías: discriminación étnica y relación docente- estudiante.

La investigación evidenció que persisten actitudes y prácticas de dominio por parte de los hombres; igualmente, que existe temor con relación a la denuncia de la VBG. Los/las participantes consideran importante, generar educación en salud y desarrollar programas de prevención que trabajen la sensibilización de los estamentos universitarios en contra de actitudes de indiferencia o desconocimiento frente a esta problemática.

### **Palabras claves**

Identidad de género, violencia, violencia de género, representaciones sociales, atención de enfermería.

### **Summary**

Gender-based violence (GBV) is a serious public health problem that causes physical and psychological damage to the person. The achievement of equality between women and men is a matter of human rights and a condition for social justice (1); this makes it necessary to continue researching GBV.

In the Nursing program of a university institution in Cali, Colombia, students with low academic performance, dropouts, absenteeism, crying have been found and when interacting with them, it has been found that they have been subjected to some form of gender violence. In this sense, it is interesting to understand the social representations that the students of this program have regarding gender-based violence in the academic period 2017A.

A qualitative research and case study design was carried out, developed through focus groups and semi-structured interviews. Analytical categories include gender, gender-based violence, social representations, and care. During the review of the results, two categories emerged: ethnic discrimination and teacher-student relationship.

The research evidenced that domination attitudes and practices persist on the part of men; likewise, there is fear in relation to the GBV complaint. The participants consider it important to generate health education and develop prevention programs that work to sensitize the university levels against attitudes of indifference or ignorance regarding this problem.

### **Keywords**

Gender identity, violence, gender violence, social representations, nursing care.

## **INTRODUCCIÓN**

A pesar de los avances logrados, con relación a la igualdad de género y al posicionamiento de la mujer dentro de la sociedad, en pleno siglo XXI aún existen elementos estructurales de orden económico, político, social y cultural que impiden a hombres y mujeres desarrollarse en igualdad de condiciones dentro de los diferentes ámbitos en los cuales se desempeñan. La salud pública como disciplina, busca el bienestar del ser humano y de los colectivos y las instituciones universitarias son espacios no ajenos a los asuntos de género, con responsabilidad social para la educación de profesionales en el saber científico y en la formación de un ser comprometido con la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. La violencia de género, entendida como: "cualquier acto perjudicial perpetrado contra la voluntad de una persona, y basado en diferencias (de género) sociales adscritas entre hombres y mujeres"<sup>2</sup> por su magnitud, gravedad y efectos en la salud de las personas, se ha declarado un problema de salud pública a nivel mundial.

Las cifras recientes de la prevalencia mundial sobre la VBG que aporta la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup> indican, que el 35% de las mujeres del mundo ha sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida y un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Al medir la violencia por prejuicio social hacia población lesbiana, bisexual, transexual y gays en

América Latina durante el 2003 al 2008, se encontró que las personas mencionaron haber vivido alguna situación de discriminación, en Buenos Aires un 54,3%, en Santiago de Chile un 80.3% y alguna agresión a lo largo de su vida entre 67.6% en Bogotá y 84.4% en Santiago de Chile <sup>4</sup>. Al revisar las cifras del fenómeno de la VBG hacia hombres y mujeres en Colombia, según el reporte del Observatorio Nacional de Violencias, se encontró que durante el período 2015-2016, se registraron a través de SIVIGILA 136.277 casos, donde los cinco municipios más afectados fueron: Bogotá con 11.492 casos, Cali con 8.195 casos, Medellín con 6.105 casos, Bucaramanga con 3.479 casos y Neiva con 2.869 casos <sup>5</sup>.

Según la revisión de estudios efectuada por Valls, Oliver, Sánchez, Ruiz y Melgar <sup>6</sup> sobre la violencia de género en el contexto universitario, se evidencia que una parte importante de estas investigaciones en el mundo se han desarrollado en EE. UU. y Canadá. En Colombia, se han realizado diversas investigaciones sobre esta problemática en universidades; las autoras seleccionaron y analizaron ocho estudios publicados sobre la violencia de género en instituciones de educación superior en el país, adelantados por instituciones públicas, entre ellas, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas y Universidad Industrial de Santander y tres de carácter privado, la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, la Universidad de Manizales y la Universidad del Norte en Barranquilla. Se destaca, que las carreras universitarias con más casos de violencia de género son, Enfermería, Medicina, Veterinaria y Educación Física, las cuales abordan el cuerpo y el cuidado, como su objeto de estudio y consideran importante tener en cuenta que estas carreras requieren mucha interacción con personas de distintas condiciones sociales, por lo cual es pertinente estudiar con mayor profundidad este tema.

En la Universidad de Caldas se llevó a cabo el estudio “Discriminación y violencia de género” en el 2012, con una población de estudio constituida por docentes, estudiantes y administrativos de la Facultad de Ciencias para la Salud; los eventos más frecuentes fueron abuso de autoridad (36,9%), burlas, piropos o gestos obscenos (26,9%), agresión verbal (23,4%), agresión psicológica (22,1%) y discriminación por aspecto físico (12,3%) <sup>7</sup>.

En la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, se realizó un estudio llamado "Violencia de género en población universitaria" en el 2006, donde se concluyó que prevalece la violencia simbólica, tanto en mujeres como en hombres, con relaciones mediadas por la exclusión, pues en virtud de la pertenencia a una clase social y de ciertos atributos corporales, se establecen unas imposiciones para ser aceptados/as o rechazados/as <sup>8</sup>.

Por otra parte, en la Universidad Santia de Cali, aún no se han efectuado investigaciones sobre este tema; no obstante, dentro de las aulas de clase y en las relaciones con los y las estudiantes de Enfermería, se han detectado casos de ausentismo, depresión, bajo rendimiento académico y deserción estudiantil, y al interactuar con estos/as alumnos/as se encuentra que han estado expuestos/as a alguna clase de violencia de género. Teniendo en cuenta que las instituciones de educación superior tienen como fin formar personas en diversas áreas del conocimiento y sobre todo ciudadanos responsables y éticos con la realidad social y que el/la estudiante de Enfermería constituirá parte esencial de un equipo de salud, es fundamental comprender que la violencia basada en género (VBG) no es un fenómeno aislado, sino que está instaurado y regido por relaciones de desigualdad. Por esto, se requiere explorar e identificar elementos analíticos críticos de temáticas como la VBG, analizar y comprender cuáles son las representaciones sociales que los y las estudiantes tienen con relación a este fenómeno a partir de una revisión de sus creencias, conocimientos y formas de relacionarse, para posteriormente brindar un aporte social que permita realizar ajustes en las acciones llevadas a cabo desde el área de Bienestar Estudiantil y del programa, que logren prevenir que en el/la estudiante de Enfermería se sigan presentando estas situaciones, y posteriormente poder aplicarlo a todos los/las estudiantes de la Universidad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, este artículo tiene como objetivo comprender las representaciones sociales que tienen los/las estudiantes del programa de Enfermería, de una universidad privada de la ciudad de Cali frente a la violencia basada en el género en el período académico 2017A. Para lograr este objetivo, se exploró qué significa la violencia basada en

género para ellos/as, cuáles son las formas de relación que establecen en la cotidianidad y cuál es la relación que establecen entre el cuidado y la VBG para prevenirla e intervenirla; con el fin de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales de la violencia basada en género, que tienen los/las estudiantes del programa de Enfermería de una Universidad privada de la ciudad de Cali correspondientes al período académico 2017A?

## **MARCO REFERENCIAL**

### **Enfoque de género y derechos humanos**

La creación de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) en 1945, en San Francisco (California), demuestra la convicción y la necesidad de trabajar por preservar la paz, mantener la seguridad internacional, fomentar las relaciones entre naciones, promover los derechos y libertades fundamentales de las personas, impulsar el progreso social y mejorar la calidad de vida de todos los seres humanos. A raíz de este firme compromiso, en 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, articulando así un instrumento legal que protegía los derechos humanos ante cualquier amenaza contra la existencia y dignidad de las personas. Esta declaración se constituyó “como el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ellas, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades”<sup>9</sup>.

Se trata, en todo caso, de prerrogativas basadas en la identidad de las personas como miembros de la humanidad, fundadas en los principios de dignidad, libertad e igualdad de todos los seres humanos: “Todos los seres hu-

manos nacen libres e iguales en dignidad y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”<sup>9</sup>.

En este contexto, conseguir la igualdad efectiva entre mujeres y varones, es hoy una prioridad y requisito imprescindible para acabar con la discriminación, la injusticia y la desigualdad que sufren las mujeres de todo el mundo por el simple hecho de serlo; la igualdad entre mujeres y varones y la no discriminación por razones de género es un principio valorado universalmente y reconocido por los tratados internacionales de acuerdo con la Declaración de los Derechos Humanos pero en la actualidad, la existencia del fenómeno de la violencia de género continúa y nos muestra que aún no todo está hecho, por lo que la lucha en contra de este problema de salud pública es una tarea pendiente. Prueba de ello es la existencia de fenómenos tales como la discriminación salarial, la distribución desigual de las cuotas de poder, los problemas de conciliación de la vida familiar, laboral y personal, la penalización laboral por cuestiones de maternidad, la feminización de la pobreza y del analfabetismo o la violencia de género. Este último fenómeno es el símbolo más brutal de las desigualdades existentes entre mujeres y varones en el seno de cualquier sociedad o Institución<sup>10</sup>. “(...) una sociedad no es mínimamente justa hasta que no facilita a sus miembros las precondiciones de una vida a la altura de la dignidad humana”<sup>11</sup>.

El enfoque de género ayuda a comprender y desentrañar los códigos culturales y así se pueden mostrar y combatir los prejuicios y los estereotipos de hombres y mujeres de manera más eficaz. Por medio de este enfoque se identifica y se propone eliminar las discriminaciones reales de que son objeto las mujeres, por mujeres, y los hombres, por hombres; implicando reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales. La perspectiva o el enfoque de género reconoce el contexto cultural y diseña acciones para garantizar la inserción de las mujeres en el mundo del trabajo para promover su desarrollo profesional y político; con la perspectiva de género se hace necesario revisar las políticas vigentes para ver si tienen impacto discriminatorio o de exclusión y para descubrir los prejuicios y suposiciones

sobre las posibilidades y limitaciones de hombres y mujeres; impactando a mujeres y hombres y beneficiando al conjunto de la sociedad <sup>12</sup>.

La perspectiva actual enfatiza que la violencia de género es una vulneración de los derechos humanos que obstaculiza el logro de la igualdad, la paz y el desarrollo. Es también, un grave problema de salud pública por sus devastadoras consecuencias para la salud de las mujeres, incluida la mortalidad por esta causa. En este sentido, su eliminación podría ser una importante contribución al desarrollo a nivel mundial, que actualmente se concreta en los denominados "Objetivos del Milenio" de Naciones Unidas <sup>13</sup>.

### **Representaciones sociales (RS)**

Las representaciones sociales son una manera particular de conocimiento, su función es la elaboración de comportamientos, orientación de las conductas de las personas en su vida cotidiana y en las formas de organización y comunicación que poseen dentro de las relaciones interindividuales y también en los grupos sociales en que se desenvuelven <sup>14</sup>; por lo cual tienen un papel trascendental en el análisis sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana <sup>15</sup>.

Las RS componen sistemas cognitivos en los que se puede reconocer la presencia de opiniones, valores, estereotipos, creencias y normas que generalmente tienen una disposición actitudinal positiva o negativa. Estas se organizan, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, nociones interpretativas y orientadoras de las prácticas, que definen la "conciencia colectiva", la cual instituye los límites y las posibilidades de la forma en que hombres y mujeres actúan <sup>15</sup>.

Dimensiones de la representación social: Siguiendo a Moscovici, pueden ser estudiadas con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones:

- a. La información:** es la suma de conocimientos que tiene un grupo sobre un acontecimiento de naturaleza social. Estos conocimientos reflejan características en cuanto a calidad y cantidad de estos, carácter estereotipado sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en cada caso. Por lo cual, conducen a las explicaciones que se forman los individuos sobre la realidad en sus relaciones cotidianas.
- b. El campo de representación:** indica la organización del contenido de la representación de manera jerarquizada, variando de grupo a grupo e incluso al interior del mismo grupo. En ella se puede visualizar el carácter del contenido y las propiedades cualitativas, integrando informaciones en un nuevo nivel de organización en relación con sus fuentes inmediatas; remite a la idea de modelos sociales, de imagen y al contenido concreto de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación.
- c. La actitud:** significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación. Se puede considerar, como la dimensión que resulta más estudiada por su implicación motivacional y comportamental.

Moscovici deduce que la actitud es la más frecuente de las dimensiones y, posiblemente, la primera desde el punto de vista genético. Por lo cual, se puede concluir que nos informamos y nos representamos algo, después de haber tomado una posición y en función de la posición tomada.

La representación social y otros conceptos cognitivos: En las RS interviene lo social por el contexto en el cual se sitúan personas y grupos; por la comunicación entre ellas; por las formas de percepción que les brinda su experiencia cultural, por los valores e ideologías ligados a pertenencias sociales específicas <sup>16</sup>.

Es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el pensamiento o el comportamiento de los individuos participantes en ella <sup>14</sup>. Esta es una teoría que integra conceptos cognitivos como la actitud, la imagen, el estereotipo, la creencia, etc.

**La actitud:** es uno de los componentes de toda representación social; es la orientación positiva o negativa de una representación, como se mencionó anteriormente <sup>16</sup>.

**La opinión:** es una fórmula a través de la cual el sujeto fija su posición frente a objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo <sup>14</sup>.

**Los estereotipos:** son categorías de atributos específicos a un grupo o género que se identifican por su rigidez; a diferencia de las representaciones sociales, que se distinguen por su dinamismo, aunque tienen una estructura relativamente estable <sup>14</sup>.

**La percepción social:** se refiere a los rasgos que la persona le asigna al blanco de su percepción; descrita como una mediación entre el estímulo y el objeto exterior y el concepto que de él nos hacemos. La representación social es un proceso que hace que concepto y percepción sean intercambiables puesto que se generan recíprocamente <sup>14</sup>.

**La imagen:** la representación social difiere de una imagen, pues no es un mero reflejo del mundo exterior anclada en la mente; las representaciones sociales se presentan en varias formas, con diferentes grados de complejidad. Son imágenes que reúnen un conjunto de significados, sistemas de referencia interpretativa y dan sentido a lo inesperado; categorías para clasificar fenómenos, circunstancias, individuos, teorías naturales que explican la cotidianidad. Es el pensamiento natural, que se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la educación, la comunicación social, la tradición <sup>14</sup>.

### **Las funciones de las representaciones sociales (RS)**

Las RS Cumplen con ciertas funciones, las cuales fueron esquematizadas por Jean Claude Abric <sup>17</sup> y Tomás Ibáñez <sup>18</sup> así:

**I. Funciones de saber:** Permiten entender y explicar la realidad. El sujeto a partir del sentido común adquiere conocimientos y los integra en un marco asimilable y comprensible para sí mismo.

**II. Funciones identitarias:** Las representaciones sociales sitúan a los individuos y grupos en el campo social, para que así elaboren una identidad social y personal que sea acorde al sistema de normas y valores social e históricamente aceptados. También, colabora en la formación de la pertenencia grupal.

**III. Funciones de orientación:** Se considera que las RS son una guía para la acción, orientando la conducta social. Esta función parte de tres factores:

- Determina la finalidad de la situación: determinación del tipo de relación pertinente y del tipo de proceso cognitivo que adoptará un sujeto o un grupo ante una situación en particular.
- Produce un sistema de anticipaciones y expectativas; selecciona, filtra e interpreta la información conforme a la representación previamente elaborada y así antecede y determina una interacción.
- Prescribe comportamientos y prácticas sociales; define lo lícito, tolerable y aceptable en un contexto social determinado.

**IV. Funciones justificadoras:** Así las personas explican y justifican sus conductas como suele darse en la relación entre grupos donde uno elabora representaciones del otro, asignando ciertas características para justificar por ejemplo una conducta hostil hacia ese grupo. De esta manera la representación social reproduce y justifica la discriminación, la distancia social, la inequidad, la exclusión y/o la segregación.

Promover estudios acerca de la representación de un objeto social como lo es la violencia de género y las relaciones entre mujeres y hombres, permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la reali-

dad social y también nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, pues este tipo de conocimiento es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante distintos objetos sociales <sup>15</sup>.

El abordaje de las RS posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de estas prácticas, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente <sup>17</sup>. Generando así la importancia de conocer, descubrir y cuestionar el núcleo de una RS en el cual se articulan las creencias, pues esto es un paso relevante e imprescindible para la modificación de una representación y por ende la modificación de una práctica social (19).

Para el análisis de la violencia basada en género, estas representaciones que son construcciones históricas, culturales, psicológicas y sociales sirven de guía para la acción y para adquirir la identidad social, permitiendo visibilizar la complejidad de los aspectos o factores que la facilitan (20).

**Modelos teóricos para el análisis de la VBG:** Se identifican tres modelos relevantes para el análisis de la VBG, los cuales son:

**Modelo ecológico:** estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos distintos donde se genera violencia: individual, familiar, comunitario y socio-cultural. Este modelo se basa en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un fenómeno dinámico que se produce en la interacción de las historias individuales, las relaciones más inmediatas características de la personalidad, interacción con la pareja y la familia (microsistema), los ámbitos socioeconómicos donde se producen la posición socioeconómica, el aislamiento de las mujeres y las familias y el rol de los pares (exosistema) y los contextos culturales, la autoridad masculina sobre la mujer, la rigidez en los roles de género y la aprobación del castigo físico a las mujeres (macrosistemas) <sup>5</sup>. Este modelo integra elementos de los hallazgos de la investigación social en general y feminista en particular de finales del siglo XX, lo que permite incorporar en el análisis tanto los atributos de las víctimas y de los agresores como los contextos donde la acción violenta se produce.

El modelo ecológico, focaliza la violencia en la interacción que se produce entre sus distintos niveles de causalidad implicados, donde no existe un solo determinante, sino varios factores que interactúan y operan entre sí, favoreciendo la violencia o protegiendo al individuo contra ella <sup>21</sup>.

**Modelo feminista:** contribuye a un análisis más riguroso y a una comprensión más precisa de las realidades en las que se encuentran las mujeres y permite, por tanto, implementar políticas de acción más eficaces. En este sentido, hay que entender que las mujeres, por el hecho de serlo, no son oprimidas *per se*, sino que lo son por estar insertas en sistemas diseñados por hombres. En otras palabras y como reivindican los feminismos disidentes, se debe acabar con la visión reduccionista del sujeto femenino que lo limita a la identidad de género –olvidando todas las demás variables– y lo convierte en un concepto monolítico que es, además, sinónimo de subordinación <sup>22</sup>. De lo contrario, a las mujeres solo les queda ser “víctimas arquetípicas” del control masculino, seres “sexualmente oprimidos” y convertidos en “objetos que se defienden”, frente a los hombres, que son los “sujetos que ejercen violencia” <sup>23</sup>.

**Modelo psicosocial:** se caracteriza por su perspectiva hermenéutica, diversa, con tintes filosóficos, lingüísticos y sociológicos; cuyo objeto de estudio es focalizado desde un punto de vista sociohistórico y culturalmente determinado, es decir constantemente instituyente y no instituido <sup>16</sup>.

Este incluye nuevas escalas de feminidad y masculinidad construidos a partir de acontecimientos como la revolución sexual de los años 60, donde se desarrollaron independientemente categorías como bisexual, heterosexual, homosexual o sencillamente renunciar al ejercicio de la sexualidad (asexual) y el andrógino masculino, femenino o indiferenciado (la persona es capaz de incluirse en cualquier actividad social o laboral sin importar si ésta se consideraba socialmente masculina o femenina). En este enfoque cabe mencionar, que esta diferenciación de posturas, aclara Banchs <sup>16</sup>. son modos de apropiación de la teoría, que quizá en la práctica no se presenten de forma pura dada su característica de abstracciones, pero se pueden agrupar los estudios en este campo en alguno de estos enfoques.

## MÉTODO

**Tipo de estudio.** Investigación cualitativa, tipo estudio de caso.

**Consideraciones éticas.** Fue aprobado por el correspondiente Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali y de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia. Todos los/las participantes firmaron el consentimiento informado después de recibir la información del estudio y previo a la participación en los grupos focales y las entrevistas.

**Participantes.** Los/las participantes fueron estudiantes de Enfermería y la información sociodemográfica para el desarrollo de esta investigación se obtuvo a través de la Secretaría Académica de la Facultad, en donde se encontró que la población estudiantil matriculada para el semestre 2017A, era de 785 estudiantes distribuidos en los diez semestres académicos, la mayoría eran mujeres adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, con un 33% de población afro y un 18.1% perteneciente a la etnia indígena, con mayor inclusión y cobertura de estudiantes estrato I, II y III y menor cantidad estrato IV y V. Finalmente fueron incluidos 19 estudiantes que participaron en los grupos focales y cinco personas en las entrevistas, tres de ellos eran estudiantes representantes de grupo, que son elegidos/as en cada salón, para ser voceros/as entre los/las estudiantes y docentes, una entrevista a la psicóloga del programa y otra a una docente de este mismo programa.

**Criterios de inclusión y exclusión.** Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión los/las estudiantes matriculados en el programa de Enfermería en el período académico 2017A, mayores de 18 años y que aceptaron participar en la investigación. No obstante, no se incluyeron los/las estudiantes de 17 años o menos por consideraciones éticas alrededor de la minoría de edad, ni los/las estudiantes que estaban cursando IV semestre ya que una de las investigadoras es docente en este curso.

**Muestra.** Para el muestreo se utilizó el método de saturación teórica, con el fin de localizar y saturar el espacio discursivo sobre el tema y la representa-

tividad de este tipo de muestreo implicó la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a valores, creencias y motivaciones de los sujetos con respecto al fenómeno social de la violencia basada en género <sup>24</sup>.

**Categorías de análisis.** Para el análisis de las representaciones sociales acorde con la revisión teórica y los estudios sobre esta temática, surgieron de manera previa al trabajo de campo como categorías de investigación: género, violencia basada en género, representaciones sociales y el cuidado. Durante la revisión de los resultados se evidenció que emergieron dos nuevas categorías discriminación étnica y relación docente- estudiante.

**Técnicas de recolección de información.** La recolección de la información se realizó por medio de grupos focales conformados por máximo 6 personas, una moderadora, una observadora, un instrumento guía y una persona de psicología que estuvo disponible de manera externa para atender los casos en los cuales fuera necesario su apoyo. Se conformaron cinco grupos así: tres participantes mujeres de 18 a 23 años, seis participantes mujeres de 24 a 29 años, cuatro participantes mujeres mayores de 29 años, dos participantes hombres de 18 a 23 años y cuatro participantes hombres mayores de 24 años.

Otra técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, incluyendo un instrumento guía. Se realizaron tres entrevistas a estudiantes representantes de grupo, que son elegidos/as en cada salón, para ser voceros/as entre los/las estudiantes y docentes; una entrevista a la psicóloga del programa y otra entrevista a una docente de este mismo programa, quien fue seleccionada por su interés frente a los problemas de género; la cantidad de entrevistas que se realizaron fue con el criterio de saturación teórica hasta que los/las participantes adicionales no generaron ninguna nueva comprensión <sup>25</sup>.

**Procedimiento.** Para la recolección de los datos fueron convocados/as las/las estudiantes de Enfermería por las investigadoras, las cuales pasaron por los salones socializando los objetivos del estudio, los criterios de inclusión y de exclusión e invitando a los/las estudiantes a participar en él, resaltando

el valor del aporte de quienes formen parte en el proceso, para que se puedan realizar futuras investigaciones e intervenciones desde la Universidad, con el fin de evidenciar esta problemática y disminuir la presencia de este tipo de violencia en el ámbito universitario. Las investigadoras recolectaron la información entregada por los/las estudiantes durante los grupos focales y las entrevistas, en el período académico 2017a, después de la firma del consentimiento informado y previo a la participación en la investigación. Posterior a la sustentación de esta investigación se realizará la socialización de los hallazgos con los y las estudiantes participantes, docentes y personal directivo de la Universidad.

**Análisis de información.** La información recogida fue almacenada en archivo digital, para facilitar su análisis durante la transcripción; para el apoyo de la codificación de los datos, se utilizó el programa Atlas ti versión 7.5 como software de apoyo para el análisis, y se tuvieron en cuenta los grupos focales según las edades, buscando diferencias y similitudes en cuanto a las representaciones que tienen frente a los aspectos relacionados con la VBG; por medio del análisis del discurso, el cual se caracteriza por un enfoque crítico de los problemas sociales, el poder y la desigualdad. Este análisis es un referente teórico aplicable a los enfoques sociales de la salud, idóneo para estudiar relaciones de grupo, estructuras, procesos y otros fenómenos en sus manifestaciones concretas <sup>26</sup>.

## RESULTADOS

**Género:** Al indagar los conocimientos sobre el género que tienen los/las estudiantes participantes, se encontró que los hombres de 18 a 23 años tienen en cuenta el género como la clasificación que uno mismo se da, reconociendo muchas identificaciones de género.

Además, lo identifican como lo masculino y lo femenino. Para los hombres mayores de 24 años el género va desde lo biológico como hombre o mujer y quienes no están identificadas/os con su biología, como los transexuales

u homosexuales, explican que se adquiere desde que se nace o a lo largo de la vida y de acuerdo al ambiente sociocultural. Las mujeres de 24 a 29 años y las entrevistadas, lo reconocen como:

“La diferenciación de las características sexuales” [P2GF24-29]

“Las acciones que diferencian a los seres humanos” [P5GFM24-29]

Determinadas por el comportamiento femenino y masculino. Las mujeres mayores de 29 años lo mencionan como la separación que hizo Dios de hombre y mujer como complemento, reconocen también a las personas transgénero, y las participantes de 18 a 23 años, reconocen la clasificación masculino-femenina y los grupos LGBTI.

Dentro de los factores que influyen en la construcción de la masculinidad y la feminidad, las mujeres de 24 a 29 años y los hombres mayores de 24 años, incluyen la familia como la base de toda esta construcción e identifican también la genética como la información que le transmite el padre y la madre al ser engendrado. Manifiestan también que influye lo cultural, los comportamientos sociales, creencias religiosas y la crianza. Los hombres de 18 a 23 años creen también que la cultura influye e indican que la crianza se adquiere de acuerdo al lugar de origen. Un participante narra, cómo la crianza de un padre militar con régimen de vida severo, donde siempre se mostró poco cariñoso, lo formó como un hombre poco expresivo.

Las mujeres mayores de 29 años expresan que: “La mujer es la que da vida y el hombre pone la semilla” [P1GFM>29]

Mencionan influencia de factores sociales y genéticos y reconocen que en el proceso de gestación se transmite información acerca del sexo deseado y esto produce una respuesta biológica en el feto. También que la información que transmiten los medios de comunicación, las redes sociales o la falta de comunicación en las familias, pueden crear duda frente a la identificación como hombre o mujer e identifican como actividad positiva la diferenciación que hacen las/los profesores/as frente al uso de la falda

para niñas y el pantalón para niños. Las mujeres de 18 a 23 años consideran que se nace con unos caracteres masculinos o femeninos y posteriormente identifican su sexualidad por influencia del entorno y del hogar; en las entrevistas también se menciona que los roles de género parten desde el contexto familiar, sin dejar a un lado el contexto laboral y educativo.

**Representaciones sociales:** Respecto a la categoría representaciones sociales y roles de género, se encontró que las mujeres de 24 a 29 años señalan que desde la casa se limita a la niña, no se le permite jugar fútbol porque la mujer es delicada, ni que pertenezca a las fuerzas armadas porque allí se requiere fuerza física; por otro lado expresan que la gente cree que “el hombre enfermero es gay” y que las instituciones prefieren contratar hombres o mujeres que no estén en la etapa fértil de su vida; aun así rescatan que se ven mujeres ejerciendo las mismas labores que el hombre como conducir bus y trabajar en construcción. Las mujeres de 18 a 23 años manifestaron que mujeres y hombres están en igualdad de condiciones, contrario a las mujeres mayores de 29 años, quienes dicen que los roles de género están diferenciados, pues a las niñas se les compra escoba y al niño un balón; a la mujer se le enseña a cocinar, a que cuide a los hijos y atienda al hombre; además al buscar un espacio de ocio, la mujer tiene otras prioridades como cuidar sus hijos. Otras participantes dicen que las mujeres se están preparando y los quehaceres de la casa se están dividiendo, pero esto depende de la comunicación en pareja, las creencias y los valores.

Los hombres participantes de 18 a 23 años y los/las entrevistados/as consideran que hombre y mujer están aptos para ejercer cualquier actividad; aunque aseguran que:

“Actividades como cocinar, es más común en ellas” [P2GFH18-23]

“Ya ahorita veo que hay mucha igualdad y hasta hay competencia, demasiada competencia de que sí por lo menos mis amigos y mis amigas que hoy salí, mañana también” [P1GFH18-23]

Los hombres mayores de 24 años y los entrevistados ven a la mujer como:

“Ese factor del amor, donde se aprende el cariño, ese calor de hogar que solamente ustedes las mujeres lo pueden dar” [P4GFH>24]

“Figura de serenidad, de equilibrio en una relación”, y al hombre como “esa figura masculina, esa figura de jerarquía, de rigidez” [REP1PE]

Algunos participantes, reconocen que la parte biológica da unas habilidades específicas a cada uno, como la fuerza física en los hombres.

Para los/las participantes los contextos socioculturales que influyen en las representaciones sociales del género fueron definidos así: para el grupo de mujeres de 24 a 29 años asumen que:

“En nuestra vida nos venden dos estereotipos muy diferentes de género en el que eres masculino o eres femenino o simplemente no cabes en la sociedad” [P2GFM24-29]

Para ellas y para los/las entrevistadas/os la mujer es vista como inferior, con el rol de cuidadora y el hombre como el fuerte, proveedor de la casa, dicen que los medios de comunicación lo refuerzan y en los juegos los adultos les transmiten a los niños como comportarse. Manifiestan que: “Mucho antes la mujer quería salir adelante, yo quiero estudiar, yo quiero hacer y cuando la mujer empezó a salir a flote es que la empezaron a maltratar” [P6GFM24-29]

Esto está determinado por los ancestros y por la crianza. Algunas de estas creencias han ido cambiando, pero dependiendo del trabajo todavía prefieren dárselo a ellos. Las mujeres mayores de 29 años indican que el adulto más fácilmente, puede realizar maltrato psicológico, económico y emocional a los jóvenes por dependencia; otras mencionan que:

“Yo creo que aquí no es cuestión de edad sino de principios y que puede ser en cualquiera de los dos, entre adultos, entre jóvenes, en niños” [P2GFM>29]

Dicen que cuando los hombres son atentos con su pareja “El grupo de amigos lo ven como el bobo, el tonto, al que mangonean” [P2GFM>29]

Y las mujeres de 18 a 23 años hablan de la importancia de enseñar valores a niños/as en la familia ya que: “Ahora vivimos en una sociedad pedalera, donde ante un problema quieren que se agrande” [P2GFM18-23]

Los participantes hombres de 18 a 23 años consideran que los contextos que influyen en estas representaciones de género son: la familia, la diferenciación en la forma de vestir, la escogencia de deportes para niños y niñas, la televisión que muestra que los hombres deben ser de guerra y de droga y las mujeres tienen que satisfacerlos para recibir dinero; también se encuentran expresiones como:

“Gracias a la religión mi hermano no es gay ni nada de eso” [P1GFH18-23]

Agregando que los amigos pueden llevarlo a una buena vida o “dañarlo”; los hombres mayores de 24 años coinciden en que las personas violentas incitan al otro a serlo, y las mujeres mayores de 29 años consideran dentro de estos factores la falta de equidad en el trabajo, la dificultad en el acceso para las mujeres a la universidad y relatan cómo hombres se reúnen hasta altas horas de la noche, pero sin mujeres porque estas serían mal vistas y señaladas.

Los hombres de 18 a 23 años indican que principalmente los/as abuelos/as son los/las que crían a niños/as y esas formas de educación recibidas por cada una de las familias de origen los hace distintos, como ejemplo explican que: “Por lo menos en mi caso yo nunca supe que era jugar con muñecas, siempre era fútbol jugar en la esquina de mi casa, jugar con mis amigos y ya; a mi mamá la criaron así, las niñas juegan con las niñas y los niños con los niños y ella me enseñó eso” [P2GFH18-23]

Los hombres mayores de 24 años hablan del rasgo de cada familia y como cuando se casan:

“La unión con alguien muy diferente a lo tuyo empieza a haber ese roce por no dejarse” [P4GFH>24]

Con respecto a la relación entre el género y la VBG, las mujeres de 24 a 29 años consideran que la violencia no es cuestión del género, si no:

“La forma de ser, la personalidad de cada uno” [P4GFM24-29]

Otras consideran que el hombre desde su parte cultural o genética es más impulsivo, pues han escuchado expresiones de amigos:

“Si una mujer se me pone aquí en bandeja, yo no soy capaz de no hacerle, eso va en contra de mi hombría” [P4GFM24-29]

Dicen que la mujer es más recatada y más emocional. Las mujeres mayores de 29 años indican que el impulso físico es incontrolable por el hombre y el verbal por la mujer, ven a la mujer como mediadora, y las mujeres de 18 a 23 años dicen que ambos géneros son capaces de contener un impulso, que influye el entorno familiar y la comunicación.

En las entrevistas los grupos con hombres mayores de 24 años, afirman:

“En la cotidianidad el hombre siempre va a ser más violento que la mujer y esto es porque no hemos acabado con esos paradigmas, en que el hombre en el hogar es el autoritario” [REP1PE]

Sienten que tienen la capacidad de agredir y callar a la mujer como parte de su cultura, que:

“La mujer es más pacífica, racional y tiende a dialogar más” [P2GFH>24].

“Es más fácil que el hombre agreda ya que nuestro sistema nervioso nos lleva a la lucha” [P3GFH>24]

Aunque también hay quienes consideran que las mujeres agreden más fácilmente. Por otra parte, manifiestan que hombres y mujeres están en igualdad de condiciones para contener impulsos violentos, pues somos seres racionales, lo que cuestionan es:

“Si el ser humano lo está manejando adecuadamente, porque hay personas que violan, que matan, agreden niños, ancianos, etc” [P1GFH>24]

**Violencia basada en el género:** En relación a los significados de la VBG, se halló que para las mujeres de 24 a 29 años, las mayores de 29 años y los/las entrevistados/as, son todas las:

“Acciones que se hacen, ya sea consciente o inconscientemente, que causan alguna clase de malestar físico, emocional en otra persona” [P5GFM24-29]

También la definen como la agresión que se da por el mismo género o por el género contrario y que se visibiliza a través de los feminicidios; manifiestan que siempre se incluye la violencia entre hombres y mujeres, más no la que se da en contra de homosexuales y lesbianas, como si ellos fueran basura o no valieran; reforzado esto por las creencias religiosas y los medios de comunicación. El grupo de hombres de 18 a 23 años expresó que la violencia se da cuando se excluye a la mujer de realizar ciertas tareas que requieren esfuerzo, hablan de la intolerancia de hombres y mujeres y el uso de la violencia como un método para que el otro reaccione. Las mujeres de 18 a 23 años destacan que la que más se conoce es la violencia contra la mujer y que cuando las mujeres maltratan a los hombres las personas se escandalizan más, y los participantes mayores de 24 años reconocen la VBG como:

“No aceptar al otro, transgredirlo (sic) emocional, físicamente, psicológicamente” [P4GFH>24]

Al indagar con los/las participantes acerca de los tipos de violencia que conocen, en todos los grupos focales mencionaron la violencia psicológica,

laboral, física, emocional, sexual, verbal, económica, intrafamiliar, social, cultural, religiosa, mental, simbólica e infantil; solo las personas que participaron de las entrevistas reconocieron de manera explícita la VBG como un problema.

Con relación a las experiencias de VBG vividas por los/las participantes y su respuesta durante estos episodios, las mujeres de 24 a 29 años narran casos de agresiones dentro de las relaciones de otras parejas y no intervienen en dichas situaciones, manifiestan que cuando una mujer agrede a su pareja es por defenderse y cuestionan la poca intervención por parte de la ley. Para los hombres de 18 a 23 años las experiencias de este tipo también fueron dentro de relaciones de pareja y casos de violaciones de niños/as recibidos/as en el trabajo. En las entrevistas uno de los participantes narra que a una estudiante de la Universidad, le publicaron:

“Videos pornográficos de relaciones sexuales en los baños, un compañero le hizo eso, eso estuvo en el Facebook” [RE1PE]

También un caso de violencia en contra de una estudiante de Enfermería por parte de su pareja, y un caso de maltrato en la vía pública. Una de las representantes entrevistada expresa que es necesario mayor compromiso de la comunidad y la ley, así mismo que siente impotencia y:

“Temor a involucrarse y que le vayan a hacer algo a uno, a su familia, a sus amigos” [RE3PE].

En el grupo de mujeres de 18 a 23 años hay experiencias de violencia causadas por infidelidad, celos, mezcla del licor y plantean que es necesario brindar la confianza y el apoyo psicológico para ayudar a la persona afectada. Las mujeres mayores de 29 años y los hombres mayores de 24 años cuentan experiencias de maltrato entre parejas de su familia, pero no denuncian:

“Porque ahí estaba de todos modos la estructura que tenían ellos como pareja y si yo denunciaba, los dañaba... ahora, ellos se adoran” [P1GFH>24]

También mencionan agresión a estudiantes por su diversidad sexual. Para las mujeres de 24 a 29 años, la VBG se puede generar en cualquier contexto, donde falte comunicación asertiva y consideran que los lugares concurridos son propicios para esta problemática, reconocen que:

“En la clase alta también, tanto en la clase alta como en la baja se genera este tipo de violencia” [P6GFM24-29]

Contrario a lo expresado por las mujeres de 18 a 23 años quienes identifican como contextos más vulnerables sitios donde viven personas de estratos bajos, comunidades en hacinamiento y niños que no tienen educación. Tanto los hombres de 18 a 23 años como los/as entrevistados/as y las mujeres mayores de 29 años mencionan el hogar, la calle, el colegio, la universidad, el trabajo, las discotecas, los sitios de reunión de grupos sociales y los espacios familiares como lugares donde se puede generar violencia; pero, al igual que los hombres mayores de 24 años, agregan que se da en cualquier contexto en donde haya seres humanos que les falte tolerancia, valores y educación.

Con relación a los factores desencadenantes de la VBG, las mujeres de 24 a 29 años consideran el estrés y la situación económica,

“La falta de comunicación, la gente no se comunica, la gente primero lanza el golpe y después pregunta” [P5GFM24-29]

Y la culpabilidad que sienten algunas mujeres del maltrato que reciben; dicen que:

“Antes la mujer era más sumisa, entonces se dejaba manipular más por el hombre, creo que ahora la juventud ha despertado un poquito y son ellos y ellas mismas los que se encargan de proteger muchas veces a la propia mamá” [P5GFM24-29]

Otras mencionan que los factores vienen desde la casa, de redes sociales, amigos y que ahora las mamás por estar en facebook descuidan a sus hijos, pero indican que hay que cuidarlos, ya que por ejemplo:

“En la universidad se ve drogadicción, prostitución, alcoholismo, aunque esto ha mejorado” [P6GFM24-29]

Y si la persona es débil, tiene una familia disfuncional o permisiva, son susceptibles a este fenómeno. También hablan que:

“Los papás por ejemplo nos han enseñado solamente a que proveer de techo, comida y vestido, con eso ya, pero se olvidan de la parte más importante que qué es el apoyo, el amor, la confianza, el respeto” [P5GFM24-29]

Y los jóvenes de 18 a 23 años mencionan como desencadenantes el irrespeto, los ambientes de rabia y envidia, el ambiente laboral, la cantaleta y los secretos que hay dentro de la pareja.

Durante las entrevistas mencionaron como principal factor desencadenante de la violencia de género que el hombre se siente desplazado por las ocupaciones de la esposa, el irrespeto, la desconfianza, la vulneración de los derechos del otro y los problemas mentales que generan que se actúe con violencia, los casos en que las mujeres ganan más que sus esposos, o los niveles de suspicacia muy altos que llevan a los/las estudiantes de la universidad a permanecer a la defensiva. Las mujeres mayores de 29 años indican la pérdida de control de los individuos, la pérdida de valores, la vulnerabilidad del joven frente al adulto del que dependen, la desconfianza, la inseguridad, el factor económico, la crianza de los hijos y las obligaciones de un hogar, y las mujeres de 18 a 23 años indican que la VBG se puede generar por algún trastorno que tenga la persona, mencionan la edad preescolar como más susceptible a sufrir violencia comparada con la de un adolescente, el estar bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, la historia de violencia de las personas, los celos, la falta de diálogo y las diferencias económicas.

**El cuidado:** En cuanto a la percepción que tienen los/las participantes con relación a la sensibilización y prevención de la VBG desde el enfoque de cuidado en la Universidad, los/las entrevistados/as consideran que:

“Se está queriendo hacer un cambio en la Facultad, desde el enfoque de humanización en salud, para que todos estos parámetros sean tenidos en cuenta como una prioridad dentro del proceso de formación en el pregrado” [PSIPE]

Indican que son atendidos en Bienestar Universitario, en algunas oportunidades por estudiantes de psicología, por lo cual desertan; hay atención para el/la estudiante con problemas de violencia, pero no hay un protocolo establecido para la atención específica de VBG. Los hombres mayores de 24 años consideran que, cuando desde el aula se ven materias como epistemología del cuidado, psicología y ética, se aborda algo con relación a violencia, más no se hace énfasis específico en VBG, indican que todo depende de cómo cada uno de los/las estudiantes asimile esta sensibilización, agregando que sólo en los dos últimos semestres se aborda y orienta a denunciar estos casos. También creen que los/las profesores/as deberían orientar al estudiante para que identifique y denuncie la VBG, porque como lo manifiesta uno de ellos:

“Las cosas que pasan en nuestro país, pasan por omisión porque nos quedamos callados, porque a mí no me importa” [P3GFH>24]

Y las estudiantes mayores de 29 años reconocen que reciben clases con psicología y es un apoyo para la superación personal, pero creen que no todo el mundo tiene acceso a la información y una de las participantes manifestó que:

“Como una clase sobre violencia o para enfrentar eso, ¡No!” [P4GFM>29]

Se indagó con los/las participantes desde la perspectiva de cuidado qué recomendaciones proponían para prevenir e intervenir en la Universidad

los casos de VBG; con respecto a esto los/as entrevistados/as consideran que es necesario:

“Ofertar espacios de escucha al estudiante, incluyendo dentro de este abordaje, otras disciplinas que le ofrezcan herramientas que ayuden a salir adelante” [PDPE]

Desde primer semestre y ser transversal en la carrera para trabajar la importancia de aceptar al otro, a través de talleres de humanización, y de sensibilización; proponen trabajar con niños/as del jardín infantil de la Universidad,

“Medidas de prevención de violencia intrafamiliar y fortalecimiento de la autoestima” [RE1PE]

Advierten que gracias a la sensibilidad por parte de docentes que identifican estudiantes aislados/as, retraídos/as o con bajo rendimiento y al hacer un acercamiento reconocen casos de VBG; es necesario el apoyo de Bienestar Universitario para hacer seguimiento a estos/as estudiantes. Las estudiantes de 24 a 29 años recomiendan que la Universidad eduque a la mujer en el fortalecimiento de la autoestima,

“Incorporar el tema VBG en el pensum académico en el componente de salud mental o una electiva, desde el inicio de la carrera” [P2GFM24-29]

Realizar trabajo de integración entre docentes y estudiantes, prácticas en sectores deprimidos y/o colegios, que sensibilicen y fortalezcan al estudiante; humanizar con campañas como “regalarle un abrazo a un desconocido”; mencionan que es importante el acompañamiento de maestros/as y que es necesario que ellos/as reciban capacitación sobre VBG, para que identifiquen estos problemas y los concienticen a un trato más respetuoso y amable.

Las mujeres mayores de 29 años recomiendan tener un espacio en Bienestar Universitario, para recibir a los/las estudiantes violentados/as y que la

comunidad estudiantil esté enterada de su ubicación en el campus; además, que se,

“Involucre a todo el personal, docentes, estudiantes y administrativos a capacitación en prevención de VBG” [P2GFM>29]

Otra recomendación está enfocada en hacer uso de la plataforma virtual para presentar publicidad que tenga que ver con este tema, inmediatamente el estudiante acceda a la página. Los hombres mayores de 24 años recomiendan dar valor a la hoja de vida que el estudiante entrega cada semestre, para “conocer al estudiante, con ayuda de la psicóloga”, también debatir esta problemática en grupos, con acompañamiento de psicología y que en cada clase de Enfermería se disponga de un espacio durante los cuales se le hable al estudiante sobre este tema, y los estudiantes de 18 a 23 años manifiestan que:

“Con las clases de sociedad y cultura... clases que son más importantes porque al ciudadano se le olvida ser ciudadano, se le olvida, cada uno quiere buscar lo suyo, así faltan al respeto a las demás personas” [P2GFH18-23]

Como recomendaciones para prevenir e intervenir la VBG desde las instituciones de salud las mujeres de 24 a 29 años sugieren socializar con todo el personal haciendo énfasis en los tipos de violencia, la prevención y cómo actuar, teniendo en cuenta que se requiere un trabajo multidisciplinario; también manifiestan que se puede trabajar desde la salud mental, indicando que:

“Nosotros como enfermeras si podemos aportar como persona, como cuidadores, para que él también se cuide él y cuide a su familia” [P3GFM24-29]

Ven la necesidad de concientizar a los padres

“Sobre el respeto, el amor y escucha, hacia el adolescente y joven” [P5G-FM24-29]

Otras hablan de prevenir e intervenir la VBG a través de un servicio amigable que realice un acompañamiento a la familia, a la mujer y a la pareja, donde haya escuelas de padres que traten temas sobre crianza, manejo de autoestima, autocontrol y comunicación. En las entrevistas se habla de trabajar el respeto como valor para buscar el bienestar, también reconocen la importancia de denunciar y atender, siempre respetando a la víctima y haciéndole saber sus derechos y deberes.

Posterior al desarrollo de los grupos focales y de las entrevistas, surgieron dos categorías emergentes: discriminación étnica y relación docente – estudiante, mostrando que cuando los estudiantes mayores de 24 años se refieren a los afro, expresan que:

“Con respecto a los compañeros afro, a pesar que hay una población considerable en la Universidad, ellos mismos se hacen su grupo y veo que ellos mismos se excluyen” [P4GFH>24]

“Hacia ellos no hay bullying, son bromas que hasta ellos mismos se hacen” [P3GFH24]

“De pronto por la manera en que hablan, entonces puede ser una manera como que los demás se pueden reír o como huelen, hay personas que, de pronto por lo que son afrodescendientes tiende como a tener un humor más fuerte” [RE3PE]

Además en alguna ocasión una profesora,

“Dijo que los negros eran brutos en una práctica” [RE2PE]

Tanto participantes hombres de los grupos focales como las personas entrevistadas manifestaron haber recibido agresiones por parte de docentes, con expresiones como:

“¿Y es que la cabeza para que está? ¿Le sirve no más para usar la toca? es que usted parece reina de belleza, ¿qué es lo que le está pasando?” [P3GFH>24]

Indican también que los/las profesores/as los/las ridiculizan e irrespetan, manifestando que esto da pie para que los/las estudiantes agredan verbalmente al docente y refieren que esto:

“Hace sentir mal al estudiante, excluido, señalado, juzgado e inferior, humillado y con miedo de repetir con la misma persona” [PSIPE]

Las mujeres mayores de 29 años han sentido agresiones con frases como.

“Usted no sirve para nada” [P3GFM>29]

Y dicen que:

“Eso es una pelea de tigre con burro amarrado” [P3GFM>29]

Pues el docente informa al programa las situaciones de manera contraria a la realidad y en alguna experiencia mencionada, la solución dada por otra docente fue “pídale perdón a ella”, a lo cual la estudiante indicó:

“En contra de mi voluntad, en contra de mi ego, en contra de mi todo, me puse en paz con Dios y le pedí que me ayudara porque yo me la iba a encontrar en el camino” [P2GFM>29]

Las mujeres de 18 a 23 años dicen que:

“No hay la empatía entre estudiantes y docentes y muchas veces la Facultad no hace caso a las quejas que uno reporta y siguen ahí y no solo es un semestre sino varios semestres” [P2GFM18-23]

Y las mujeres de 24 a 29 años dicen que hay docentes que hacen un acompañamiento que les permite crecer mucho como estudiantes, cuando:

“No solo tienen en cuenta lo académico, sino que también abordan el ser”  
[P6GFM24-29]

Los resultados obtenidos permiten apreciar la diversidad de conceptos que con relación a género y violencia de género manejan los/las estudiantes del programa de Enfermería, evidenciando que aunque hay unos cambios en el concepto de la relación de hombres y mujeres en busca de mayor igualdad en las condiciones de vida, aún existen comportamientos de dominio de los hombres y un lugar de subordinación de las mujeres; igualmente se identifica el temor o la indiferencia que existe ante la denuncia de la VBG especialmente en el ámbito familiar. Teniendo en cuenta las graves consecuencias que generan los actos de violencia en cualquiera de sus formas, es muy importante y así lo hacen ver los/las participantes, generar educación en salud y desarrollar programas de prevención que trabajen la sensibilización de los estamentos universitarios en contra de actitudes de indiferencia o desconocimiento frente a esta problemática.

## **DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta que el objetivo de esta investigación fue comprender las representaciones sociales de la VBG que tienen los/las estudiantes de Enfermería de una universidad privada de la ciudad de Cali en el periodo académico 2017A, posterior a la recolección de la información, por medio de los grupos focales y las entrevistas, se obtuvieron resultados relevantes para cada una de las categorías, permitiendo realizar un análisis basado en argumentaciones teóricas en cuanto a la perspectiva de género y sus representaciones sociales, la violencia de género y el cuidado como objeto de estudio de Enfermería, para prevenir e intervenir este tipo de violencia.

Es así como algunos/as participantes identifican género como la diferencia entre lo masculino y lo femenino, reflejándose que el uso de este concepto ha naturalizado la heterosexualidad, excluyendo a la homosexualidad de una valoración simbólica; esta dicotomía hombre/mujer además de ser una

realidad biológica es una realidad cultural, que se refuerza por el hecho de que la sociedad habla y piensa binariamente <sup>27</sup> como se hizo evidente con estos/as participantes. Aunque la biología muestra que los seres humanos vienen en dos sexos, según Scott <sup>28</sup> son más las combinaciones que resultan de las cinco áreas fisiológicas (genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos); esto fue reconocido por quienes mencionaron dentro del género a las personas que no están identificados/as con su biología.

Algunas mujeres reconocen el género como:

“La diferenciación de las características sexuales” [P2GFM24-29]

“Las acciones que diferencian a los seres humanos” [P5GFM24-29]

Determinadas por el comportamiento femenino y masculino y lo refieren como la separación que hizo Dios de hombre y mujer como complemento; esta definición tiene como base el discurso religioso, apuntando al orden de lo simbólico que se ha construido a partir de las prácticas y la transmisión verbal de las creencias en la sociedad <sup>27</sup> y coincide con uno de los principales elementos del género según Scott <sup>28</sup>, que señala cómo estos símbolos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman el significado de varón y mujer. Igualmente, el uso adecuado del concepto de género en este caso, facilita entender los significados que las personas conceden a esas diferencias entre los sexos, pues esta distinción que descansa en la diferencia física <sup>26</sup> es una forma primaria de relaciones de poder, ya que se entiende como una diferencia que marca el destino de las personas, pensando que al ser las funciones biológicas diferentes, las características psíquicas y morales también lo serán <sup>12</sup>.

En la construcción de la masculinidad y la feminidad se mencionan como factores influyentes la familia, la genética, la cultura, las creencias religiosas, la crianza de acuerdo al lugar de origen, el contexto laboral y educativo; reflejando cómo esta construcción se da mediante costumbres, prejuicios,

mitos e ideales que varían en las épocas de la historia y las regiones geográficas <sup>27</sup>, como se observa en la experiencia de vida de un participante que deja en evidencia las diferencias en las formas de relacionarse entre hombres y mujeres de Buenaventura y de Cali. Por otra parte, se demuestra cómo a partir de esa oposición binaria se excluyen o incluyen ciertas conductas, por ejemplo, la limitación de la expresividad en los hombres. Al revisar cómo se incorpora la identidad de género Lamas <sup>27</sup>, indica que se da en niños y niñas de acuerdo a como son nombrados y a la ubicación que se les da familiarmente, se encuentra que hay similitud cuando algunos/as participantes expresaron que, aunque en el nacimiento hay unos caracteres masculinos o femeninos, la identificación se da de manera posterior por la influencia del entorno y del hogar.

Dentro de estos factores también hubo expresiones como:

“La mujer es la que da vida y el hombre pone la semilla” [P1GFM>29]

Constatando la simbolización que se hace a partir de lo anatómico y reproductivo, como fundamento de subordinación de las mujeres y dominación masculina, explicadas por el lugar que cada uno ocupa en el proceso de reproducción sexual <sup>29</sup> (Godelier, 1986 como se cita en Lamas, 1999); esta creencia es la idea rectora de la ideología judeocristiana occidental compartida por la mayoría de la sociedad <sup>27</sup>. En estos discursos se identifica la necesidad de una modificación de los modelos sexistas para combatir los estereotipos de género, que se pueden encontrar cuando también afirman que los medios de comunicación, las redes sociales y la falta de comunicación en las familias puede afectar la identidad de género, por lo cual se requiere de la educación formal e informal, para implantar un cambio eficaz en contra de la discriminación <sup>12</sup>.

Los/las participantes definieron violencia basada en género como las acciones que se realizan de manera consciente o inconsciente hacia la persona, generando malestar físico o emocional; esto evidencia una conceptualización similar a la indicada durante La Conferencia Mundial de la Mujer de

Beijing <sup>1</sup> (1995) que la definió como: “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”; algunos/as participantes manifestaron que siempre se incluye la violencia entre hombres y mujeres y no las situaciones que se dan en contra de homosexuales y lesbianas, es así cómo este concepto recientemente se define como: “cualquier acto perjudicial perpetrado en contra de la voluntad de una persona y basado en las diferencias de atribución social (género) entre hombres y mujeres” <sup>2</sup>, teniendo en cuenta también a lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas afectados/as <sup>30</sup>.

Los/las participantes consideran que la VBG se genera en personas de clase alta y de clase baja, pero identifican como más vulnerables, personas de estratos bajos, comunidades en hacinamiento, desplazamiento, niños y quienes no tienen educación, todo lo aquí mencionado tiene relación directa con la capacidad económica de las personas. Esto corresponde a lo mencionado por Laufarie <sup>30</sup> (2015) cuando cita al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses <sup>31</sup>, donde muestra la estrecha asociación entre pobreza y violencia contra las mujeres, como ejemplo claro de esta asociación, una de las principales razones para que la mujer no se distancie del agresor es tener menor autonomía económica. Dentro de este contexto la VBG, es una realidad que se presenta en mayor medida cuando se dan condiciones sociales que incrementan la vulnerabilidad como son la pobreza, las migraciones, las problemáticas de origen étnico, los conflictos armados y unas relaciones de género inequitativas y desiguales (32).

Casi todos los/las participantes afirmaron que existen múltiples espacios donde se puede generar violencia, empezando por la familia, lugar donde se instituye y fortalece la tolerancia, el respeto, el diálogo y la educación, pero donde la violencia contra la mujer se hace visible por el género contrario, siendo esto un resultado de aprendizajes culturales patriarcales, donde el hombre es el autoritario y tiene la capacidad para callar a la mujer, como parte de una constante histórica en las relaciones familiares <sup>33</sup> según lo ma-

nifestado también por los/las participantes. Es así como la familia patriarcal como cultura, se relaciona con la forma ancestral de dominación del hombre adulto <sup>34</sup>.

Otro aspecto planteado, es que los/las participantes consideran que existen factores culturales, sociales, económicos e individuales detonadores de violencia, que hacen daño a mujeres y hombres por igual, pero que en el hombre pueden llegar a afectar su ego u "hombría" siendo esto un agravante de las experiencias violentas, además que "las sociedades patriarcales actúan en la vida de todos/as y predisponen a los hombres al uso de la violencia" <sup>35</sup>, acentuando de esta forma los desequilibrios de poder entre el hombre y la mujer.

Igualmente, es considerado como factor desencadenante de VBG algún compromiso de origen mental que genere comportamientos agresivos, los cuales se asocian a problemas de origen psiquiátrico, aspecto que fue considerado por un grupo de participantes en la investigación, y como lo manifiestan Gómez, Godoy y García <sup>36</sup> (2009) se debe reconocer que la agresión y la violencia en muchas ocasiones están relacionadas con trastornos psiquiátricos; sin ser esto una justificación para cometer actos violentos. También creen que los/las profesores/as deberían orientar al estudiante para que identifique y denuncie la VBG, porque como fue manifestado:

"Las cosas que pasan en nuestro país, pasan por omisión porque nos quedamos callados, porque a mí no me importa" [P3GFH>24]

De igual forma es planteado por Castillo <sup>37</sup> cuando asegura que la capacitación al personal judicial y de la salud es indispensable, para direccionar de manera adecuada la violencia en el hogar y comprender los aspectos de género implicados dentro de estas relaciones.

Con respecto a las representaciones sociales en los roles de género según lo expresado por participantes mujeres, se limita la realización de ciertas actividades a niñas y mujeres, identificando cómo la formación cultural que

busca volverlas femeninas, es un entrenamiento laboral que las capacita para determinados trabajos, los cuales son una extensión del trabajo doméstico y del cuidado que le dan a niños y varones<sup>12</sup>; que prolongan las inequidades de género, pues hay una valoración social diferenciadora, en perjuicio de lo femenino<sup>27</sup>. Además al analizar el discurso de los/las participantes, en el cual indican que hombres y mujeres están aptos para desarrollar cualquier actividad, también se encontró que algunos hombres ven a la mujer como el factor del amor, la figura de serenidad y equilibrio y el hombre como la figura de jerarquía y rigidez, dando unas habilidades específicas para cada uno; esto muestra como al género se le atribuyen responsabilidades, expectativas, oportunidades y prohibiciones asignadas para vivir según su biología<sup>38</sup>.

Todo este proceso de representación de la diferencia sexual ha sido una acción simbólica colectiva que ha fabricado ideas de lo que deben ser hombres y mujeres<sup>29</sup>, como lo indica también Umaña<sup>15</sup> cuando define las representaciones sociales como la conciencia colectiva que instituye límites y posibilidades de la manera en que mujeres y hombres actúan en el mundo y esta información para la distinción de roles ha sido transmitida según los/las participantes por parte de la madre y el padre durante la crianza; teniendo como resultado relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres<sup>29</sup> y como ejemplo de estas desigualdades, algunas mujeres participantes manifestaron que ciertas instituciones de salud prefieren contratar hombres o en su defecto mujeres que no se encuentren en la etapa fértil de su vida.

Participantes mujeres expresaron como factores que influyen en la VBG los medios de comunicación que la refuerzan a través de:

“Mensajes subliminales” [P5GFM24-29]

La idea de que la mujer es vista como inferior, con el rol de cuidadora y el hombre como el fuerte, proveedor de la casa, se demuestra cómo las sociedades modernas son bombardeadas por la información que se presenta en los medios de comunicación, en los cuales se encuentra la expresión de

creencias, opiniones, valores y actitudes que son reguladas por las normas de la sociedad <sup>39</sup>.

Participantes, mujeres y hombres, mencionaron que la mujer ha empezado a “salir a flote” pues algunas creencias han cambiado, exponiendo cómo la perspectiva de género evidencia que las mujeres están llevando a cabo acciones para salir del enajenamiento, actuando como un ser-para-sí y no un ser para ellos, enfrentando así la opresión, para mejorar sus condiciones de vida, ocuparse de sí misma y convertirse en el personaje principal de su historia <sup>38</sup>, siendo esto reconocido por los/las estudiantes; pero mujeres participantes agregaron que dependiendo del trabajo todavía prefieren dárselo a los hombres, dando cuenta del predominio masculino que supone la división del trabajo y el alejamiento que se les hace a las mujeres de los principales medios de producción <sup>29</sup>, esta división del trabajo no fue mencionada por los hombres participantes.

Al indagar frente a la relación entre género y VBG, hubo creencias divididas tanto de participantes hombres como de mujeres, unas/os indicaron que esta problemática es cuestión de personalidad, otras/os que los hombres son más impulsivos y unos/as pocos/as dicen que la mujer agrede más fácilmente; esto enmarcado dentro de la teoría de Lagarde <sup>38</sup> sobre el género, que corresponde a la intelectualidad, la afectividad, la percepción propia de las acciones y el estado de las relaciones de poder del sujeto o auto-identidad en tanto es un ser de género. Como se puede observar, dentro de todas las representaciones sociales halladas frente al género y los roles de género, tanto en hombres como en mujeres se conservan pensamientos de atributos considerados “naturales”, que en realidad son características construidas socialmente, debido al trato diferencial que reciben niños y niñas por pertenecer a un sexo <sup>12</sup>.

En este orden de ideas, en busca del bienestar del ser humano, de su desarrollo personal y social y con el fin de promover el buen vivir<sup>7\*</sup>, las instituciones universitarias que ofertan carreras de salud han incluido “el cuidado”

---

7 \* Buen vivir: Categoría construida por los pueblos andinos para hacer referencia al estado de armonía colectiva.

como base fundamental y transversal en su pensum, dado que para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales<sup>40</sup>; además May, señala que el cuidado de sí mismo precede al cuidado del otro: nadie puede hacerse cargo de la asistencia de otra persona si no tiene unas condiciones básicas que den cuenta de su propio bienestar<sup>41</sup>. Por lo que, al indagar sobre la percepción de la inclusión del cuidado en el pensum como forma de sensibilización frente a la VBG, algunos/as entrevistados/as consideran que el programa de Enfermería ha generado espacios de apertura para que los/las estudiantes empiecen a tener una mirada diferente del ser humano desde un ámbito biopsicosocial generando una integralidad, coincidiendo este concepto con Montoya<sup>42</sup> quien manifiesta que el personal de salud ha recibido críticas por haberse concentrado exclusivamente en el esclarecimiento de las causas patológicas, abandonando el arte médico que atendía íntegramente al paciente. Otros de los/las participantes consideran haber recibido poca sensibilización y solo en los últimos semestres; dentro de este contexto García<sup>43</sup> afirma que “Sin duda alguna, la formación con énfasis en VBG tanto en el pregrado como en el posgrado, es una necesidad desatendida en la mayoría de los actuales currículos del personal sanitario”.

Los/las estudiantes consideran como muy importante en las instituciones de salud, el manejo de protocolos establecidos para el abordaje de casos de VBG, ya que estos son parámetros unificados que facilitan las intervenciones, similar a lo que dice García cuando indica que el asesinato de mujeres a manos de sus parejas viene acompañado de la percepción por parte de los/las profesionales sanitarios/as de la necesidad de formación específica y protocolos de actuación<sup>43</sup>, además es para los/las estudiantes importante que este tema sea abordado en el componente de salud mental o en una electiva, porque consideran necesario conocer lo relacionado a desigualdades en salud según el género, la VBG, la legislación que los/las cubre; esto con el fin de tener herramientas que ayuden a abordar a la persona violentada, teniendo en cuenta según Montoya<sup>42</sup> que quien decide cuidar a otro debe tener, como insumo mínimo, las condiciones básicas en saber lo que hace.

La mayoría de los/las estudiantes coinciden en la importancia del fortalecimiento de la autoestima y el autoconcepto, definido este como la valoración que toda persona tiene de sí misma, enunciada como un sentimiento a partir de hechos concretos <sup>40</sup>, lo cual es expresado por los/las estudiantes, como una herramienta que no va a permitir vulnerar al ser humano. Los aportes de los/las estudiantes enfatizan en el componente educativo y la sensibilización, que pueden estar dirigidos por la psicología, para disminuir conductas violentas y generar conciencia sobre la problemática de VBG; por esto, se hace imperante fortalecer prácticas para asegurar competencias humanas y técnicas que garanticen la calidad en el ejercicio profesional del egresado del programa de Enfermería de esta Universidad, y así legitimar la formación de ciudadanos que hagan viable una sociedad equitativa en las relaciones de género.

De manera espontánea, una estudiante narra una experiencia, en la que por recomendación de una docente y en contra de su voluntad, le tocó pedir disculpas a la profesora de práctica, quien la había agredido verbalmente por un error cometido, pero lo hizo porque sabía que se la iba

“A encontrar en el camino” [P2GFM>29]

Aquí se ve como las manifestaciones de violencia de tipo psicológico, no son denunciadas por el miedo de estudiantes a tener consecuencias negativas en las calificaciones, ya que el/la docente puede utilizar esto para intimidarlos/las <sup>44</sup>; y como ésta orientación arbitraria de la evaluación de los aprendizajes puede desencadenar una actitud sumisa en los/las estudiantes, que “dejan las cosas así”, para asegurar su supervivencia escolar, o por el contrario pueden generar violencia en las aulas por parte de los/las estudiantes <sup>45</sup>, como lo expresaron cuando indicaron que al sentir que los/las docentes los ridiculizan e irrespetan, dan pie para que ellos/as también lo hagan.

También hubo otras expresiones sobre docentes que han lanzado expresiones sobre los/las estudiantes que han generado que se sientan excluidos y juzgados, confirmando que “sobre todo en el ámbito universitario, subsis-

ten prácticas pedagógicas de docentes que, amparados en el mayor conocimiento del área, disciplina o experiencia, abusan del poder al asumir la evaluación como escenario de control, y represión más que como un lugar de aprendizaje”<sup>45</sup>. Considerando que en la educación, como estructura de la sociedad, se perpetúan las relaciones de poder soportadas por el conocimiento, se hace necesaria una promoción positiva que permita el desarrollo del respeto, la solidaridad y la autonomía<sup>45</sup>, como quedó en evidencia cuando una de las participantes menciona que hay docentes que hacen acompañamiento que les permite crecer como personas, cuando:

“No solo tienen en cuenta lo académico sino que también abordan el ser”  
[P6GFM24-29]

O por el contrario como lo indicaron los/las estudiantes, en ese ejercicio negativo de poder se desencadenan efectos inversos al objetivo de la educación, como la violencia, la discriminación, el aislamiento y la pasividad frente al conocimiento, que no contribuyen ni al desarrollo personal ni al desarrollo como sociedad<sup>45</sup>.

Dentro de los conflictos éticos, que los/las profesores/as perciben en su práctica cotidiana y mencionados por Hirsch<sup>46</sup>, se encuentran los que se refieren al saber de malas prácticas ejercidas por parte de sus colegas, como malos tratos con los/las alumnos/as y la duda sobre qué hacer frente a estas situaciones, aunque sean conscientes de que esos actos son dañinos para los/las estudiantes, es difícil que enfrente a su compañero/a, pues se prioriza la lealtad a los colegas aun cuando se obstaculiza la educación y el respeto a los alumnos/as<sup>46</sup>; esto se refleja cuando en los casos de relaciones de poder negativas los/las estudiantes manifiestan que otros/as docentes les recomiendan que ellos/as sean los que bajen la cabeza y también cuando mencionan que la Facultad no tiene en cuenta las quejas que se reportan frente a los inconvenientes entre estudiantes y docentes.

Esta Universidad, desde su fundación se ha caracterizado por ser una institución democrática e incluyente que le ha permitido a un alto porcentaje

de la población indígena, afrodescendiente y en especial a los/las menos favorecidos/as <sup>47</sup> acceder a la educación superior ofreciendo una enseñanza sin limitaciones, ni restricciones por etnia, sexo o convicciones; estas consideraciones, coinciden con Viveros <sup>48</sup> cuando afirma que la inclusión es un término que empieza a utilizarse con base en el supuesto de que hay que cambiar el sistema escolar para que éste responda a las necesidades de alumnos/as, sin distingos de ningún tipo y contribuya a la reducción de los procesos de exclusión social que afectan a ciertos colectivos y personas en situación de desventaja social; los/las participantes en el estudio así lo advierten cuando afirman que “hay una población considerable de ellos en la Universidad” al referirse a los/las afrocolombianos/as.

Los/las participantes consideran que contra los/las estudiantes de etnia afro no hay *bullying*, pero que en ocasiones son excluidos/as por algunos de sus rasgos, esta falta de conciencia o negación de la problemática, no excusa las acciones discriminatorias, sino que constituyen un mecanismo de manifestación del racismo cotidiano, bajo la expresión típica de “yo no soy racista, pero...” <sup>49</sup>; por otra parte cuando se lanza una expresión como: “los negros son brutos”, hay que decir, que como parte del racismo cotidiano, un buen desempeño académico por parte de los/las estudiantes racializados/as es percibido como la excepción a la regla, reflejando un trato desigual en las relaciones educativas <sup>50</sup>.

Este estudio permite visibilizar cómo la problemática de la violencia basada en el género tiene como fundamento las creencias que se han transmitido histórica y culturalmente, sosteniendo y reforzando unas relaciones de género inequitativas que también se reproducen en el medio universitario, como se pudo detectar a partir de los discursos y las experiencias de las/los participantes; pero también aporta recomendaciones muy relevantes, teniendo en cuenta que provienen directamente de la voz de las personas que se han visto afectadas en algún momento por este tipo de violencia dentro o fuera de la Universidad.

Por otra parte, hay que decir que esta investigación presentó conflicto de intereses, ya que una de las investigadoras es docente en la Universidad desde el inicio de esta investigación, y la segunda investigadora de este estudio ingresó como docente a esta misma institución universitaria en el momento del cierre de la investigación; hay que resaltar que se está haciendo un aporte social que permitirá posteriormente realizar una intervención para prevenir e intervenir adecuadamente los casos de VBG que se presenten en esta y en otras universidades.

## **CONCLUSIONES**

En esta investigación se pone de manifiesto que para los/las estudiantes de Enfermería de esta Institución Universitaria, la representación social de la violencia de género está condicionada por los estereotipos de género, puesto que tanto hombres como mujeres tienen una conceptualización similar con relación al género y a los factores que influyen en la construcción de la masculinidad y la feminidad, resaltando que es la familia uno de los grandes pilares, sobre los cuales se fortalece o se debilita esta construcción. Igualmente, para los/as participantes, hay distintas realidades sociales que pueden ser la causa que origine violencia tanto en función del contexto universitario como de las experiencias personales; y que, de acuerdo a las manifestaciones expresadas, hay claridad en los/as participantes en que, el fortalecimiento de los principios y valores fundamentados desde el hogar, evitarían que situaciones generadas por intolerancia y no reconocimiento del otro como ser humano, desencadenaran estos actos violentos.

También se encuentra que persisten construcciones sociales y culturales en los imaginarios y prácticas de los/as participantes, que si bien, cuestionan las situaciones de violencia basada en género, también hay una justificación para la misma a partir de dichos constructos, lo que pone en evidencia la necesidad de continuar trabajando por la erradicación de las desigualdades e inequidades de género, y de diseñar e implementar propuestas que aborden estas brechas.

Igualmente, se evidencia que hay conocimiento por parte de los/las participantes de que existen protocolos instituidos para la denuncia de estos actos violentos, pero que no se manifiestan a veces por desconocimiento o por temor frente a represalias tomadas por implicados/as o por superiores que en determinado momento pueden ejercer su poder y causar daño. Sin embargo, saben que, como futuros profesionales de la salud, en la medida en que les llegue un caso de abuso, de una u otra forma son corresponsables de la situación y deben hacerla visible y realizar el debido proceso.

De tal manera que, conocer las representaciones que los/las estudiantes tienen hacia el fenómeno de la violencia basada en género, aporta al área de Bienestar Universitario información valiosa para la aplicación de los principios de promoción de la calidad de vida universitaria y será apoyo para diseñar estrategias que permitan detectar a tiempo los casos o evitar situaciones de VBG dentro de la institución y de este modo intervenirla, mediante la realización de programas de prevención ante situaciones de vulnerabilidad detectadas en las aulas, en donde esta área coordinadamente con los/las estudiantes y su núcleo familiar, trabaje la sensibilización social, centrándose en las actitudes y creencias que mayoritariamente comparten los distintos grupos socioculturales sobre el género, el sexo, el patriarcado y las conductas que se consideran o no actos violentos, su severidad y frecuencia.

Se diría pues que, siendo *el cuidado*, el objeto de estudio en Enfermería, es muy valioso permitir la aproximación al pensar y al sentir de los futuros trabajadores de la salud, para quienes es de vital importancia la sensibilización y humanización con relación a temas dolorosos como el de la VBG. Además, que siendo una problemática que día a día va en aumento, no puede haber menos interés en investigaciones científicas como esta, donde se permite conocer dinámicas que se presentan en los/las jóvenes receptores de conductas y agresiones violentas dentro de su espacio familiar, social, y/o universitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Informe de IV Conferencia Mundial sobre la mujer 1995; Beijing. 4 al 15 de Septiembre.
2. Comité Permanente entre Organismos. Directrices aplicables a las intervenciones de Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la prevención y la respuesta a la Violencia Sexual en situaciones de emergencias. (Septiembre de 2005). Recuperado el Noviembre de 2016, de Docs.unocha.org: [https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/GBV%20Guidelines%20\(Spanish\).pdf](https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/GBV%20Guidelines%20(Spanish).pdf)
3. Organización Mundial de la Salud – OMS. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer 2014.
4. Sívori HF. “Medir la discriminación: la construcción de parámetros para el registro de percepciones y patrones de violencia por prejuicio sexual.” *Debate Feminista* 43 (2011): 19-52.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de violencias, ONV Colombia. Línea de Violencia de Género. 2016.
6. Valls R, et al. “¿Violencia de género también en las universidades? Investigaciones al respecto.” *Revista de investigación educativa* 25.1 (2007): 219-231.
7. Moreno Cubillos CL, Sepúlveda Gallego LE, and Restrepo Rendón LF. “Discrimination and gender violence at Universidad de Caldas.” *Hacia la Promoción de la Salud* 17.1 (2012): 59-76.
8. Bonilla N, Victoria M, and Mónica Lozada M. “Violencia de género en población universitaria.” *Prometeo* 46 (2006): 56-65.
9. Organización de las Naciones Unidas – ONU. Declaración Universal DDHH, 1948: Preámbulo.
10. López Francés I. “La Igualdad y la Violencia de género: análisis comparado de las percepciones del alumnado de la Universidad de Valencia (España) y de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (México).” (2013).
11. Nussbaum, M. *Crear capacidades: Propuestas para el desarrollo humano*. Editorial Paidós. Primera edición, Barcelona (2012).

12. Lamas M. "La perspectiva de género." *Revista de Educación y Cultura de la sección 47* (1996): 216-229.
13. Vives-Cases C. "Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres." (2011).
14. Moscovici S. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial huemul, 1979.
15. Umaña S. *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Flacso (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), 2002.
16. Banchs MA. "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales." *Papers on social representations* 9 (2000): 3-1.
17. Abric, JC. "Prácticas sociales y representaciones." México: Ediciones Coyoacán (1994).
18. Ibáñez T. "Representaciones sociales, teoría y método." *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai (1988): 13-90.
19. Banchs M. "Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación." *Boletín de AVEPSO* 14.3 (1991): 3-16.
20. Ariza GR. *De inapelable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín*. Universidad Nacional de Colombia, 2012.
21. Casique Casique L, Furegato ARF. *Violence against women: theoretical reflections*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 novembro-dezembro; 14(6):950-6.
22. Zurbano-Berenguer B, and Vayá IL. "Revisión teórico-conceptual de la violencia de género y de su representación en el discurso mediático. Una propuesta de resignificación." *Zer*, 19 (36), 121-143. (2014).
23. Mohanty C. "Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y discurso colonial." *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes* (2008): 117-163.
24. Serbia, JM. "Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa." *Hologramática* 4.7 (2007): 3.
25. Taylor, SJ and Bogdan R. "La entrevista en profundidad." *Métodos cuantitativos aplicados* 2 (2008): 194-216.

26. Amezcua MI, and Gálvez Toro A. "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta." *Revista Española de salud pública* 76 (2002): 423-436. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272002000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272002000500005&script=sci_arttext)
27. Lamas M. "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género." *Papeles de población* 5.21 (1999): 147-178.
28. Scott JW. "Gender: a useful category of historical analysis." *The American historical review* 91.5 (1986): 1053-1075.
29. Godelier M. "La producción de grandes hombres." *Poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Akal (1986).
30. Lafaurie, MM. "La violencia intrafamiliar contra las mujeres en Bogotá: una mirada de género." *Revista Colombiana de Enfermería* (2013): 98-111.
31. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis, Datos para la vida*. Bogotá D. C: División de Referencia de Información Pericial (2009).
32. Lafaurie MM y Veloza E. "Nada justifica la violencia contra las mujeres. Trazando la ruta para motivar reflexiones en torno a las violencias basadas en género, Bogotá: Ministerio de la Protección Social-OIM (2011).
33. Ramírez CC. "La sagrada violencia intrafamiliar." *Corporación Sisma Mujer* (2006)
34. Puyana, Y. "Género y familia: asociaciones necesarias." *Observatorio de asuntos de género* 2 (2004): 6-8.
35. Pineda Duque J, and Otero Peña L. "Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia." *Revista de estudios sociales* 17 (2004): 19-31.
36. Gómez, ÁM et al. "Amor y violencia: Otro coctel neuropatológico en el siglo XXI." *Salud Uninorte* 25.2 (2009): 350-361.
37. Castillo Vargas E. "Feminicidio mujeres que mueren por violencia intrafamiliar en Colombia: Estudio de casos en cinco ciudades del país." *Feminicidio mujeres que mueren por violencia intrafamiliar en Colombia: Estudio de casos en cinco ciudades del país*. 2008. 82-82.

38. Lagarde y De los Ríos, M. "El género." Fragmento literal: "La perspectiva de género". En M. Lagarde y De Los Rios, "El Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia (1996): 13-38.
39. Banchs MA. "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo." *Revista costarricense de psicología* 8.9 (1986): 27-40.
40. Tobón Correa O. "El autocuidado una habilidad para vivir." *Hacia promoc. salud* (2003): 37-49.
41. May R. Love and Hill. New York: W.W. Norton; 1969.
42. Montoya Montoya GJ. "La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva." *Acta bioethica* 13.2 (2007): 168-175.
43. Garcia-Moreno C. "Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women." *The Lancet* 359.9316 (2002): 1509-1514.
44. Zambrano Guerrero, CA, Perugache Rodríguez AP, and Figueroa Arias JJ. "Manifestaciones de la violencia basada en género en docentes universitarios." *Psicogente* 20.37 (2017): 147-160.
45. Lozano, ÁM, and Quiroz Posada RE. "El conocimiento y las relaciones de poder en los procesos docentes educativos." *Uni-pluriversidad* 6.1 (2006): 15-20.
46. Hirsch Adler A. "Dilemas, tensiones y contradicciones en la conducta ética de los profesores." *Sinéctica* 37 (2011): 1-16.
47. Universidad Santiago de Cali. Plan Estratégico de Desarrollo Institucional. Calidad, Pertinencia, Impacto Social y Buen Gobierno. Ed. Universidad Santiago de Cali. (2014-2024).
48. Viveros Vigoya M. "Equidad e Inclusión en la educación superior. Algunos aportes a la discusión desde la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia." *Equidad e Inclusión en la educación superior. Algunos aportes a la discusión desde la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia* (2012).
49. Bonilla-Silva E. *Racism without racists: Color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States*. Rowman & Littlefield Publishers, 2006.

50. Ramírez, O. "El racismo cotidiano en la universidad colombiana desde la experiencia vivida por los estudiantes negros en Bogotá." *Universitas humanística* 77.77 (2014).

## Acerca de los autores

### **Rosa Nury Zambrano Bermeo**

© <https://orcid.org/0000-0001-6488-2231>

✉ [rnzambranob@unal.edu.co](mailto:rnzambranob@unal.edu.co)

Enfermera. Abogada. PhD. Magíster en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular. Docente asociada Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

### **Julio Alberto Marín Muñoz**

© <https://orcid.org/0000-0001-5483-5060>

✉ [julio.marin00@usc.edu.co](mailto:julio.marin00@usc.edu.co); [alberto.marin00@yahoo.com](mailto:alberto.marin00@yahoo.com)

Enfermero. Magíster en Salud Pública. Magíster en Economía de la Salud y del Medicamento. Docente Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.

### **Yurian Lida Rubiano Mesa**

© <https://orcid.org/0000-0003-1130-5080>

✉ [ylrubianom@unal.edu.co](mailto:ylrubianom@unal.edu.co)

Enfermera. PhD. Magíster en Educación. Magíster en Enfermería con énfasis en salud familiar. Docente Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería, Sede Bogotá.

### **Vivien Hidela Ocampo Ramírez**

© <https://orcid.org/0000-0002-2051-9817>

✉ [ocampovivien@hotmail.com](mailto:ocampovivien@hotmail.com)

Optómetra. Magíster en Salud Pública. Magíster en Optometría Clínica Avanzada Miembro de la Junta Directiva de Fundación Afrocolombiana de Santander (FACOS).

**Luz Adriana Meneses Urrea**

© <https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

✉ [luz.meneses.00@usc.edu.co](mailto:luz.meneses.00@usc.edu.co)

Enfermera. Magíster en Administración en Salud con énfasis en Gestión de la Salud. Especialista en Docencia Universitaria. Estudiante del Doctorado en Biociencias, Biomedicina y Ciencias Alimentarias, Universidad de Córdoba-España. Docente Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.

**Dolly Villegas Arenas**

© <https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

✉ [dolly.villegas00@usc.edu.co](mailto:dolly.villegas00@usc.edu.co)

Enfermera. Magíster en Administración en Salud. Magíster en Epidemiología. Estudiante del Doctorado en Educación, Universidad Baja California – México. Docente Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.

**Francisco Javier Loba Viáfara**

© <https://orcid.org/0000-0003-2394-9289>

✉ [francisco.loboa00@usc.edu.co](mailto:francisco.loboa00@usc.edu.co)

Enfermero. Magíster en Administración de Salud. Docente Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.

**Blanca Cecilia Díaz Chavarro**

© <https://orcid.org/0000-0003-1112-7907>

✉ [blanca.diaz00@usc.edu.co](mailto:blanca.diaz00@usc.edu.co)

Enfermera de la Universidad Santiago de Cali. Magíster en Salud Pública. Docente Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.

**Martha Eulalia Cifuentes Ortiz**

© <https://orcid.org/0000-0001-5482-1275>

✉ [marthacifuentes@usc.edu.co](mailto:marthacifuentes@usc.edu.co)

Enfermera Especialista en Salud familiar de la Universidad del Valle.  
Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Salud Pública. Directora  
Programa Enfermería Universidad Santiago de Cali.



## Pares evaluadores

### **William Fredy Palta Velasco**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Universidad de San Buenaventura- Cali

### **Paulo Cesar Paz Ramos**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8375-1381>

Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca - Popayán

### **Martha Inés Torres Arango**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7622-0657>

Universidad Libre - Cali

### **Mildred Alexandra Vianchá Pinzón**

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9438-8955>

Corporación Universitaria Minuto de Dios

### **Carolina Sandoval Cuellar**

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Universidad de Boyacá

### **Marcela América Roa**

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1481-211X>

Universidad de Boyacá

**Clara Viviana Banguero Camacho**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4518-6799>

Universidad Libre

**Lucely Obando Cabezas**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Universidad Libre

**Viviana Taylor Orozco**

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5369-3942>

Fundación Universitaria María Cano - Sede Cali

**William Fredy Palta Velasco**

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Universidad de San Buenaventura- Cali

# Índice de tablas y figuras

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución de los hallazgos de la revisión.....	24
<b>Tabla 2:</b> Historia sexual de las mujeres.....	108
<b>Tabla 3.</b> Mujeres según antecedentes de ITS.....	109
<b>Tabla 4.</b> Historia de salud reproductiva de las mujeres.....	110

## TABLE INDEX

<b>Table 1.</b> Distribution of the findings of the review .....	24
<b>Table 2.</b> Sexual history of women .....	108
<b>Table 3.</b> Women according to history of STIs .....	109
<b>Table 4.</b> History of reproductive health of women .....	110

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo utilizado para la inclusión de los estudios .....	23
--	----

## INDEX OF FIGURES

<b>Figure 1.</b> Flow chart used for the inclusion of the studies .....	23
---	----

**Distribución y Comercialización /  
Distribution and Marketing**

Universidad Santiago de Cali

Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

**Diagramación / Design & Layout by:**

Diana María Mosquera Taramuel

diditaramuel@hotmail.com

diagramacioneditorialusc@usc.edu.co

Cel. 3217563893

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Myriad Pro en sus respectivas variaciones a 11 puntos en el contenido y títulos, para los capitulares Amboqia Boriango a 24 puntos.

Impreso en el mes de junio de 2021,  
se imprimieron 100 ejemplares en los  
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán - Colombia

Tel: (57+) (2) 8235737

2020

Fue publicado por la  
Facultad de Salud  
Universidad Santiago de Cali.