

Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas

Aspects of Sexual and Reproductive Health of Teen Women of the Three Communities of the Indigenous Reserve of San Lorenzo, Caldas: Domestic Work, Traditional Midwifery and Organizational Processes of Indigenous Women

Aspectos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres adolescentes das de três comunidades de resguardo indígena San Lorenzo, Caldas: trabalho doméstico, obstetrícia tradicional e processos organizativos de mulheres indígenas

Sara Ortiz, Ant.^{1*}

Recibido: 21 de septiembre de 2017 - **Aceptado:** 02 de julio de 2018

Doi:

Para citar este artículo: Ortiz S. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas Rev Cienc Salud. 2019;17(especial):145-162. Doi:

Resumen

Objetivo: comprender la salud sexual y reproductiva (SSR) de las adolescentes de las comunidades de San José, Tunzará y Veneros del Resguardo Indígena San Lorenzo, departamento de Caldas, Colombia, desde una

¹ Departamento de Antropología, Maestría en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia.

* Autora de correspondencia: sara.ortizospina@gmail.com

visión que abarque la interrelación entre una descripción de las vivencias y percepciones individuales del comportamiento reproductivo, principalmente de la primera menstruación, una caracterización del acceso a los sistemas médicos para su SSR, como la partería tradicional, y un análisis de esta a partir de algunas condiciones grupales y estructurales como el trabajo doméstico de las mujeres indígenas en las ciudades y los procesos organizativos de ellas. *Desarrollo:* para esta comprensión, se optó por el paradigma cualitativo con una metodología etnográfica basada principalmente en observación, observación participante, 21 entrevistas abiertas, 30 entrevistas semi-estructuradas y 3 grupos de discusión, con el complemento de una técnica cuantitativa que implicó la realización de 23 historias reproductivas, es decir, este trabajo es QUAL+quan. *Conclusiones:* se visibiliza cómo la SSR de las adolescentes indígenas requiere de una comprensión basada en la contextualización e interrelación de los niveles individuales, grupales y estructurales que influyen y afectan a las mujeres indígenas para poder adecuar un sistema de salud propio e intercultural.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, mujeres indígenas, emberá chamí, Resguardo Indígena San Lorenzo, servicio de salud.

Abstract

Introduction: The objective is to comprehend the sexual and reproductive health of teen women of the communities of San José, Tunzará and Veneros in the Indigenous Reserve of San Lorenzo using a perspective that interrelates a description of the individual experiences and perceptions of the reproductive behavior principally with the menarche, a characterization of the access to medical systems, and an analysis of sexual and reproductive health based on structural and group conditions like the indigenous women's options of work. *Development:* For it, researchers chose the qualitative paradigm, more specifically the ethnographic description and interpretation with a quantitative component, and divided the fieldwork into four phases with a total of three months and two weeks, in which they conducted 21 open interviews, 30 semi-structured interviews, 23 reproductive stories, and 3 group discussions. *Conclusions:* This study gives evidence of how sexual and reproductive health of indigenous teen requires a comprehension based on a contextualization and an interrelation of the individual, group and structural level that influence and affect indigenous women to adequate an intercultural health system.

Keywords: Sexual and reproductive health, indigenous women, emberá chamí, Resguardo Indígena San Lorenzo, health services.

Resumo

Objetivo: compreender a saúde sexual e reprodutiva (SSR) das adolescentes das comunidades de San José, Tunzará e Veneros do Resguardo Indígena San Lorenzo, departamento de Caldas, Colômbia, desde uma visão que abarque a interrelação entre uma descrição das vivências e percepções individuais do comportamento reprodutivo, principalmente da primeira menstruação, uma caracterização do acesso aos sistemas médicos para sua SSR, como a obstetrícia tradicional, e uma análise desta a partir de algumas condições grupais e estruturais como o trabalho doméstico das mulheres indígenas nas cidades e os processos organizativos delas. *Desenvolvimento:* para esta compreensão, optou-se pelo paradigma qualitativo com uma metodologia etnográfica baseada principalmente em observação participante, 21 entrevistas abertas, 30 entrevistas semiestruturadas e 3 grupos de discussão, com o complemento de uma técnica quantitativa que implicou a realização de 23 histórias reprodutivas, é dizer, este trabalho é QUAL+quan. *Conclusões:* visibiliza-se como a SSR das adolescentes indígenas requiere de uma compreensão baseada na contextualização e interrelação dos níveis individuais, grupais e estruturais que influem e afetam às mulheres indígenas para conseguir adequar um sistema de saúde próprio e intercultural.

Palavras-chave: saúde sexual e reprodutiva, mulheres indígenas, emberá chamí, Resguardo Indígena San Lorenzo, serviço de saúde.

Introducción

Este escrito hace parte de un estudio más amplio que se hizo como trabajo de grado para optar por el título de antropóloga en la Universidad de Antioquia, con el asesoramiento de la profesora Erika María Valencia Cortés. En este artículo, en primer lugar, se describirá cómo el trabajo doméstico de las mujeres indígenas en las ciudades afecta la salud sexual y reproductiva (SSR), principalmente, la primera menstruación de las adolescentes de las comunidades de Veneros, Tunzará y San José del Resguardo Indígena San Lorenzo; en segundo lugar, se reflexionará sobre el acceso a la partería tradicional para el parto de las adolescentes y, finalmente, se mostrará cómo los procesos organizativos de las mujeres indígenas son un aspecto protector para la SSR de las adolescentes.

Estos tres aspectos visibilizan cómo la SSR de las adolescentes indígenas se enmarca en una conceptualización del proceso de salud/enfermedad desde la vida, pues es un conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones: los estilos de vida, los modos de vida y las determinaciones y contradicciones estructurales, lo cual es fundamental para proponer un sistema médico propio e intercultural (1).

La SSR fue definida en El Cairo en 1994 como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Lleva implícito el derecho a recibir información y servicios de salud adecuados para sus necesidades (2). Este concepto depende de las condiciones socioeconómicas, históricas y culturales y de las decisiones que afectan su cuerpo, su alimentación, su vivienda y su educación; todo esto tendrá sobre todo una repercusión en la salud de la mujer durante toda su vida, y más aún durante la gestación, parto y puerperio (3).

Cuando se trata de mujeres indígenas, existe una afectación mayor en la salud, ya que ellas viven una situación de múltiple discriminación por su condición femenina, indígena y de pobreza, lo que las hace mayormente vulnerables a los impactos del conflicto armado colombiano y a la marginalización estructural (4). Estas desigualdades a nivel social se ven reflejadas en la mayoría de los indicadores de salud de las poblaciones indígenas, pues, a pesar de la disminución a nivel nacional de las muertes de mujeres causadas por complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, Colombia tiene una brecha de desigualdad en cuanto a este indicador (5). El 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, alrededor del 60% de la mortalidad materna se concentra en la población con mayor porcentaje de analfabetismo y es 70% más alta en las zonas rurales que en las cabeceras municipales (6). Es importante resaltar que 6.15% de las muertes en indígenas son causadas por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (7). La ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo

han demostrado ser determinantes de estas muertes, por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad (6).

En la Política Nacional Colombiana de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021) se relaciona la mortalidad materna con la baja inversión, escaso desarrollo educativo, servicio de salud de baja calidad y violencia, en otras palabras, la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos con la SSR de las mujeres en Colombia. Asimismo, de las áreas más preocupantes en la SSR son las tasas de muertes maternas, el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, la falta de atención a los adolescentes y el aumento de embarazos no deseados a edades cada vez más tempranas (8).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPM), dentro de la SSR de la mujer indígena, una de las áreas más preocupantes es el embarazo no deseado entre adolescentes, ya que durante la gestación, parto y posparto no se cubren las necesidades específicas de esta población, lo que pone en riesgo la salud y la vida de la madre y del hijo (9). Aunque la concepción de la juventud sea muy heterogénea a nivel social y cultural entre los diferentes pueblos, las crecientes desigualdades en América Latina afectan la salud de los jóvenes indígenas, pues su posición económica, los menores niveles de escolaridad y los problemas de violencia, exclusión y discriminación influyen en el acceso a los servicios médicos. Igualmente, muchos jóvenes tienen un desarraigo cultural que los aleja de la medicina tradicional y, con ello, no encuentran un acceso adecuado, ni en la medicina occidental ni en la tradicional (10).

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

En estudios posteriores, se profundiza en este patrón divergente discutiendo cómo los emberá chamí de Cristianía, en el suroeste antioqueño, han tenido un mayor contacto con la sociedad nacional, mayores presiones territoriales y más acceso a la escolaridad formal. Los chamí presentan un promedio superior en cuanto a la edad de la primera gestación (17 años) y utilizan de forma importante los métodos de planificación familiar, respecto a otros

pueblos indígenas. Así, el comportamiento reproductivo se ve afectado por la concepción del rol de la mujer, que en este caso empieza a acceder a la educación (12).

Estas investigaciones demográficas y etnográficas a partir del comportamiento reproductivo y la salud de la mujer indígena ofrecen puntos de partida teóricos y metodológicos para poder analizar los diferentes aspectos que influyen en la SSR. Es necesario realizar otros análisis en diferentes partes del país para complementar y contrastar las conclusiones, pero también para aportar a los procesos organizativos relacionados con la salud de los pueblos indígenas en Colombia.

Con ello, es importante analizar la SSR de las mujeres indígenas en municipios como Riosucio, en el departamento de Caldas, donde la mayoría de su población indígena es emberá chamí. La historia de los emberá chamí en Colombia se caracteriza por su reducción con pueblos coloniales, una colonización exhaustiva de sus tierras, una política de disolución de Resguardos durante muchos años y el establecimiento de misiones religiosas para mejorar su educación y erradicar su idioma. Su producción cambió de manera radical con el monocultivo de café y con el fortalecimiento de los jornaleros ocasionales en las fincas de terratenientes (11). En este momento, los emberá chamí hacen parte de los 34 pueblos incluidos en el Auto 004, es decir, en situación de exterminio cultural o físico o en riesgo de estarlo por el conflicto armado (13).

En Riosucio, el resguardo indígena de San Lorenzo ha trabajado el fortalecimiento de la medicina tradicional y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). El Resguardo indígena de San Lorenzo se constituyó por primera vez en 1627, pero fue disuelto en 1943. Después de mucha resistencia y arduas luchas de los mayores (personas de edad respetadas en la comunidad por sus experiencias y conocimientos) por recuperar su resguardo, el 29 de junio del 2000 en la Resolución 010 se reconoce legalmente el resguardo con sus 21 comunidades como emberá chamí con raíces ancestrales de sonsones y armas.

En Colombia, en el Decreto 1953 de 2014 se concretiza el SISPI como un proceso de política pública en salud en el que se entiende la salud como un campo político y se desarrolla un sistema de atención en Salud Integral e Intercultural, en el marco del derecho de los pueblos indígenas a que el Estado proporcione una atención de salud que responda a las necesidades socioculturales y epidemiológicas de los pueblos y a la importancia de las medicinas tradicionales en el proceso de salud y enfermedad. El derecho a la salud de los pueblos indígenas es un derecho colectivo.

En este contexto del SISPI, la SSR engloba no solo a las mujeres, sino a diferentes actores como los gobiernos e instituciones internacionales. La construcción de este concepto se tiene que entender en diferentes niveles para poder comprender los diversos intereses que la afectan y los aspectos que entran en su formulación, como los derechos humanos, el control poblacional y la salud biológica y social de las mujeres. En el caso de los pueblos indígenas,

la SSR también se relaciona con el derecho a la medicina tradicional y/o a la partería para el apoyo a las mujeres y a condiciones dignas de vida.

Antes de iniciar el proceso investigativo, hubo una participación de dos años, por parte de la autora, en grupos organizativos de mujeres, adultos mayores y jóvenes para aprender sobre su historia y el proceso organizativo. De esta forma, se decidió que el desarrollo de este trabajo iba a estar bajo el paradigma cualitativo, privilegiando la descripción y la interpretación con el método etnográfico y con un componente cuantitativo dirigido a mejorar la explicación del comportamiento reproductivo.

El paradigma cualitativo es inductivo y flexible, permite explorar y discutir las interacciones entre individuos, colectividades e instituciones, lo que favorece la comprensión de la SSR de las adolescentes con sus complejidades y contradicciones (14). Asimismo, para poder comprender la SSR de las adolescentes indígenas en un contexto social, cultural e histórico afectado por unas luchas de poder, la etnografía de este proyecto trato de basarse, en parte, en la propuesta metodológica de Vasco de *Recoger los conceptos en la vida*: una etnografía que se basa en la crítica y la colaboración poniendo como principal eje la vida cotidiana y el trabajo (15). La SSR de las adolescentes tiene que ver con diferentes procesos sociales y se tiene que conceptualizar desde las experiencias de las mujeres, por lo tanto, es primordial compartir con ellas espacios cotidianos (15).

Las estrategias y técnicas cualitativas para la recolección de la información fueron: la convivencia directa de la investigadora con las jóvenes indígenas dentro del territorio de San Lorenzo, la observación participante, la observación, la entrevista abierta y semi-estructurada y los grupos de discusión. Además, se hizo uso de la revisión documental: información secundaria sobre las jóvenes y, finalmente, el uso de la teoría socio-antropológica para discutir los resultados (16). Para el componente cuantitativo, se hizo la historia reproductiva femenina de 23 adolescentes entre 10 y 19 años de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará que quisieran participar voluntariamente. Es importante mencionar que la muestra para la parte cuantitativa no se basa en la representatividad total de la población, ya que se usó la técnica cuantitativa para complementar la información de la muestra cualitativa (17).

Para la selección poblacional, en el caso del componente etnográfico, hubo un acercamiento general a la población del Resguardo con diversas perspectivas según género, edad y estatus dentro de la comunidad (18). Para la descripción del comportamiento reproductivo, se realizaron las entrevistas abiertas y semi-estructuradas principalmente con adolescentes de las comunidades y con madres y abuelas de Veneros, Tunzará y San José interesadas en participar. En el caso, de la caracterización de los sistemas médicos, además de las adolescentes y de las madres y abuelas, también se hicieron entrevistas abiertas y semi-estructuradas a agentes de los diferentes sistemas médicos, como partera, promotora del hospital, enfermera, coordinadora de partería y médico tradicional. Finalmente, para analizar los aspectos

grupales y estructurales que afectan la SSR, se hizo un acercamiento a la misma población de los dos objetivos mencionados y líderes de las comunidades.

El proceso de análisis se hizo como un proceso cíclico, lo que implicó una actividad reflexiva, amplia y sistemática pero no rígida, pues los datos se fragmentaron y se dividieron en unidades significativas, con una conexión con el total y con una organización que se deriva de ellos mismos (19).

Este trabajo es *QUAL+quan* por lo que, con el componente cuantitativo, se hizo el trabajo sin olvidar la consistencia entre el propósito de la investigación, el problema de investigación, los métodos usados, la selección de la muestra y la interpretación de los resultados (17). La triangulación fue simultánea, pues hubo una interacción mientras se recogían los datos cuantitativos y los datos cualitativos sobre el comportamiento reproductivo. Toda la información fue transcrita a Word y posteriormente ingresada al software Atlas Ti. 6 para empezar a hacer varias lecturas minuciosas de todo el material con un total de 91 categorías y subcategorías, algunas siendo preestablecidas por el marco teórico (categorías principales: contexto, comportamiento reproductivo y sistemas médicos) y otras emergentes (ej. condición de Mujer, trabajo) y 1251 unidades significativas.

El presente estudio está guiado por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia donde se estipulan los pasos y requerimientos para las investigaciones en el área de Salud. Según la clasificación, el trabajo presente no tiene riesgo por ser de tipo A. Asimismo, ya que esta investigación se realizó con un pueblo indígena, se respetó la autonomía de las organizaciones indígenas (nacionales, regionales y comunitarias). De esta manera, para la entrada al campo, se entabló comunicación con el CRIDEC (Consejo Regional Indígena de Caldas) y con el Cabildo Indígena San Lorenzo, autoridad principal del territorio, se hicieron varias socializaciones y presentaciones, para contar con su aval y apoyo para poder así presentar en las organizaciones indígenas comunitarias correspondientes, como los cabildos comunitarios, organizaciones de mujeres, de adultos mayores y de jóvenes. Además, se respetó la autonomía individual para participar en este estudio.

El trabajo de socialización en cada comunidad y con grupos organizados se hizo precisamente por este respeto a la autonomía colectiva e individual, ya que en estos espacios se hacían preguntas y comentarios sobre el proceso investigativo y sobre el compromiso de la investigadora. Se propuso, con una joven lideresa y estudiante de antropología, un proceso participativo con los jóvenes, el cual se convirtió en una escuela de comunicación e investigación, Nepono Bania. En cuanto al diligenciamiento del consentimiento y asentimiento informado, después de haberlo concertado con las autoridades indígenas, siempre se presentó la totalidad del proyecto y sus objetivos; se discutieron las dudas e incomprendimientos con los jóvenes y sus padres antes de que firmaran el asentimiento y el consentimiento y se les explicó que tenían toda la libertad de no participar o contestar las preguntas que las incomodarán.

Desarrollo

Trabajo de la mujer indígena y su salud sexual y reproductiva

Las mujeres indígenas del Resguardo Indígena San Lorenzo, incluyendo las de San José, Veneros y Tunzará, tienen posibilidades limitadas para poder aportar económicamente a la familia, por lo que muchas, en contra de sus deseos, tienen que irse a trabajar en la servidumbre (trabajo doméstico) en las ciudades, como dicen ellas: “a trabajar en cocina para los ricos”. Muchas jóvenes crecen con sus abuelos, sin recibir el apoyo que necesitan durante su crecimiento y desarrollo, siendo la menarca un momento crucial para recibir consejos y aprender a cuidarse como mujeres. La presión es aún más fuerte para las madres solteras adolescentes, quienes no logran cumplir con las expectativas de la crianza que le quieren dar a sus hijos por tenerse que ir lejos de ellos.

La gran mayoría de las mujeres de San Lorenzo son amas de casa, trabajo muy dispendioso, pero poco valorado y no remunerado, que conlleva a una dependencia económica de los esposos. Algunas mujeres también trabajan en la agricultura, sea vendiendo los productos que siembran o jornaleando en las fincas cafeteras donde, en palabras de una joven, “pagan menos que a los hombres, ya que no pueden cargar los costales”. En muchas conversaciones, se mencionó que se considera que las mujeres tienen menos habilidades para el trabajo que implique esfuerzo físico. Además, el trabajo en los cafetales depende de las épocas de cosecha, por lo que muchos hombres y mujeres se quedan sin trabajo cuando no están en temporada. En menor medida, algunas mujeres también trabajan en una maquila de vestidos de baño, ubicada en el centro poblado, no obstante, les pagan muy poco por cada vestido de baño hecho. Otras hacen artesanías (sea independientemente o en cooperativa), sin embargo, muchas veces el ingreso no es suficiente para suplir todas sus necesidades. Finalmente, una de las fuentes de empleo más común es la servidumbre, en ciudades como Bogotá, Medellín y Manizales, donde las mujeres indígenas no tienen que pagar hospedaje y pueden por lo tanto mandar lo que más puedan para ayudar a mantener a sus familias.

Algunas madres y abuelas que se fueron a trabajar desde los 8 años como empleadas domésticas afirman que ya no se “esclaviza” tanto a las mujeres de hoy, por lo que muchas piensan que: “ya es más difícil que reciban menores de edad. Ya no es como la otra vez, que no les importaba la edad que tuvieran. Era como tener sus esclavas ahí. No les importaba, pero ya ahora hay mucha diferencia” (Comunicación personal con abuela indígena).

Sin embargo, esto, aunque sea menos común ahora y no reciban a niñas tan jóvenes, según las observaciones y las conversaciones, hay un número importante de jóvenes desde los 14 años que se dedican a esta labor para apoyar en su hogar, en palabras de una joven que se fue a los 17 años a Pereira:

Me pagaban 400000 el mes y era una casa finca de dos pisos, y yo desde las 4:30 hasta las 11 no... Tenía 4 baños, 6 piezas, no esto no es pa' mí, y no podía salir, ni los domingos... No es justo que una mujer se mate tanto, en ese trabajo tan duro de levante, despache y hágale para que le paguen a uno tan barato no (Comunicación personal con mujer 22 años).

Por la migración laboral de las madres a las ciudades, muchas jóvenes crecen con sus abuelas sin recibir el apoyo que necesitan durante su crecimiento y desarrollo, siendo la primera menstruación, o el primer sangrado, como mencionan varias mujeres, un momento crucial para recibir consejos y aprender a cuidarse como mujeres, esto lo ilustra la madre de una adolescente de 14 años:

Es muy duro uno irse a trabajar a otra parte, lejos de ellas, yo me fui, y no sabía, no estaba cuando me dijeron [que le había llegado el periodo] y ella me dijo, y tan joven, tan pequeña, estaba muy joven, y no... ellas vivían con las abuelas (Comunicación personal con madres de adolescente de 14 años).

La primera menstruación es el primer estado del ciclo reproductivo de las jóvenes que genera, en la mayoría de ellas, miedo y confusión. Una de ellas expresó acerca de la primera vez que le llegó el periodo:

Me dio mucho miedo... yo estoy mojada, será que me mie, y cuando miré, era pura sangre. Y mi mamá dormida, y yo no, ahorita se levanta y me pega, yo con un miedo, no sabía cómo ponerme la toalla (Comunicación personal con mujer, 15 años).

Las experiencias, decisiones y percepciones personales alrededor de los ciclos reproductivos de las adolescentes: menarca, inicio de relaciones sexuales, entrada a la unión, primera gestación, primer parto, lactancia y limitación del número de hijos son fundamentales para comprender la SSR de las adolescentes, ya que en estas etapas las jóvenes se enfrentan sea a cambios fisiológicos y/o a decisiones que pueden repercutir significativamente en su vida sexual y reproductiva. En la tabla 1 se pueden observar las edades en las que las 23 jóvenes entrevistadas viven sus etapas reproductivas.

Tabla 1. Resumen del Calendario Reproductivo de las 23 adolescentes entre 10 y 19 años de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará

Etapa Reproductiva	Edades		
	Min.(años)	Máx. (años)	Promedio (años)
Menstruación	10	14	11.67
Inicio relaciones sexuales	12	17	14.29
Edad primera gestación	13	17	14.66
Edad primer parto	14.06	17.62	15.85

Aunque, algunas efectivamente notan un cambio fisiológico con la primera menstruación, pocas de las jóvenes entrevistadas lo relacionan explícitamente con la transición hacia ser mujer. Más bien, se mencionan algunos cambios, como cuenta una de ellas después del primer sangrado: "...ya no me gustaba jugar ni con los muñequitos. Y ya ahora ya los guardo" (Comunicación personal con adolescente de 17 años). Aunque este tipo de comportamiento puede parecer algo sutil, las jóvenes tienen que empezar a adaptarlo al inminente cambio fisiológico, que implica también transformaciones socioculturales y emocionales.

Además, los cambios de niña a mujer se dan esencialmente por los consejos que les da su madre para empezar a cuidarse y a comportarse correctamente, pues en el caso de las jóvenes indígenas de San Lorenzo, no hay ningún ritual o fiesta que se asocie directamente con el primer sangrado. Las explicaciones y consejos de las madres en cuanto a la menstruación se centran en que la regla les llega a todas las mujeres, que es algo normal y que hace parte de la maduración de la mujer, una de las entrevistadas relata que por lo general las madres les reiteran "...ustedes ya se tienen que cuidar mucho que, por ejemplo, si quieren tener una relación pues no, con eso es más fácil que quede embarazada" (Comunicación personal con adolescente de 17 años). La menarca no significa estar cerca de contraer matrimonio, todo lo contrario, muchas madres empiezan a regular más a las hijas y a darles consejos para que se cuiden bien su cuerpo que ya es capaz de gestar.

La migración a las ciudades de las mujeres, tanto de las mayores como de las jóvenes, tiene repercusiones en sus decisiones reproductivas, principalmente por la transformación de su apoyo familiar y comunitario, como cuenta una joven:

Nos fuimos a vivir 3 años a Pereira porque mi mamá estaba trabajando en cocina. No había quién nos cuidará, tuve mi periodo sola. Allá no teníamos el apoyo ni de nuestra abuela, ni el apoyo de nadie, éramos solos... yo lloraba mucho. Me dieron una salida fácil y comencé a drogarme. Y en medio de eso, conocí un amigo, normal, al dar un tiempo, tuvimos relaciones y en esa relación salió mi hijo cuando tenía 15 años (Comunicación personal con adolescente de 18 años).

Además de afectar el apoyo en momento de la menarca, la migración laboral femenina afecta a las madres solteras adolescentes, pues desde sus familias tienen mucha presión para que aporten a los gastos de sus hijos y de la familia, ya que se deben responsabilizar y más si se trata de un embarazo no deseado que no cuenta muchas veces con el apoyo del padre. Así, las adolescentes no logran cumplir con las expectativas de la crianza que le quieren dar a sus hijos, por tenerse que ir lejos de ellos. Como expone una madre soltera de 17 años:

¿Qué posibilidades de trabajo acá? No nada ninguna. Eso es lo que digo, yo a mi hija no me gustaría dejarla, yo he visto muchas personas que las mamás se van, dejan los niños un tiempo, ya los hijos no lo quieren a uno, ya quieren a la persona que estuvo con ellos. Yo me pongo a pensar y yo no, yo siempre quiero que mi hija cuente conmigo,

que tenga confianza como yo tengo confianza con mi madre (Comunicación personal con adolescente de 17 años).

El ideal de buena madre para la adolescente se ve obstaculizado por la necesidad de generar ingresos que pueden solucionarse con el trabajo doméstico en las ciudades. Varias mujeres se ven forzadas de abandonar su rol de mujeres emberás, y, por lo tanto, se quedan sin su territorio y sin la posibilidad de criar a su hijo como ellas quisieran.

El territorio para el pueblo indígena de San Lorenzo se relaciona estrechamente con la salud grupal, pues es el espacio colectivo, producto de la lucha y resistencia de los ancestros y donde se viven el pasado, presente y el futuro. El territorio es donde se materializan las prácticas culturales para lograr la reproducción social, por lo tanto, la permanencia en el territorio significa la pervivencia del pueblo indígena (20). De esta forma, la salud de las jóvenes indígenas tiene mucho que ver con la posibilidad de que las mujeres puedan permanecer en su territorio y así fortalecer la pervivencia de su pueblo.

Acceso a la partería para el parto

Después de la primera menstruación, cuidarse para las jóvenes también es empezar a acudir a los sistemas médicos para su SSR, en este caso, al de auto-atención, de biomedicina y a la medicina tradicional, especialmente, en busca de apoyo para sus cólicos menstruales, para la planificación, la gestación y el parto. Los sistemas médicos son el primer plano donde las jóvenes buscan resolver problemas concretos en cuanto a su SSR, debido a una problemática, un dolor, y/o una inquietud relacionada con su situación familiar y se encuentran, bien sea con ciertas redes de apoyo o con obstáculos para su acceso por su edad, género y condición sociocultural.

La primera gestación es una etapa delicada en cuanto a la salud de la adolescente y conflictiva pues, por el miedo de admitir su embarazo no deseado y por el temor a la reacción de la familia, generalmente aceptan su estado entre el segundo y quinto mes. Los reproches y la decepción de la familia se mezclan con la frustración de un embarazo no deseado, lo que genera en ellas mucha tristeza: “ya cuando me salió positivo, yo no hacía sino llorar. Pero era, como le digo a mi mamá, yo esos días no podía vivir tranquila. Yo era triste, aburrida, no... mejor dicho era horrible” (Comunicación personal con adolescente de 17 años).

Si la gestación es complicada, el parto para las jóvenes es un momento aún más crítico, pues genera mucho miedo y angustia. En la actualidad, las mujeres de San Lorenzo tienen la posibilidad de tener sus partos con parteras o en el hospital. Para el caso de las adolescentes de las tres comunidades, a pesar de los problemas de acceso al sistema biomédico, por ejemplo, debido a la distancia, la partería es una opción poco común, pues la gran mayoría o no conoce bien la labor de las parteras: “No he escuchado hablar de eso. No sé nada, nunca sabe lo que

puede suceder, no tendría mi hija con parteras” (Comunicación personal con adolescente de 17 años), o bien temen principalmente que estas no sepan manejar una complicación:

Mi mamá me preguntó que si quería tener mi bebé con una partera, y yo le dije no más bien en el hospital. Mi mami quería con partera, ella sí, yo no, porque me daba miedo, porque mi mamita (abuela), me dijo que no es como por los mismos doctores, que porque... se le puede quedar la placenta por dentro, y uno se podía morir entonces me dio fue miedo, que más bien por un médico (Comunicación personal con adolescente de 15 años).

Las parteras son sabedoras tradicionales fundamentales para la pervivencia del tejido social y cultural del pueblo indígena de San Lorenzo, ya que son las encargadas de preservar y reproducir la cultura por medio de las prácticas de cuidado que impregnan de significado el cuerpo de las mujeres y sus hijos e hijas que nacen (21). Las parteras son los agentes tradicionales de salud que conocen mejor la situación de las jóvenes en las etapas reproductivas y las más adecuadas para brindar una atención que se adecue a su situación sociocultural, debido a su situación de vulnerabilidad, desigualdad y por el poco acceso a los servicios médicos institucionales, por estar ubicadas en zonas alejadas y de marcado conflicto social (21). Las parteras se acomodan a las situaciones de lejanía de las mujeres y además suelen hacer su trabajo gratis o cobrar muy poco, como resalta una partera de Veneros: “Yo a nadie le cobré cinco centavos, yo a nadie le cobré nada” (Comunicación Personal con partera).

Las parteras en las comunidades o a sus mismas abuelas las “componen”: con unos masajes por la matriz, el abdomen y la espalda, los dolores o malestares de las gestantes, en palabras de una joven, las parteras “...le acomodan a uno el bebé, para que uno no se canse tanto” (Comunicación personal con mujer de 19 años). Asimismo, conocen bebidas y baños con plantas pertinentes para toda la gestación, parto y puerperio y son un apoyo emocional fundamental para las mujeres.

Hace aproximadamente 3 años, las parteras se empezaron a organizar en San Lorenzo dentro de la escuela de medicina tradicional Jaibia en la que se busca fortalecer el conocimiento de mujeres y de algunos hombres en cuanto a enfermedades propias de la mujer, más específicamente en todo su proceso reproductivo. En la actualidad, hay 4 parteras oficiales y varios aprendices en el resguardo que comparten su conocimiento con varias mujeres de las comunidades interesadas en proseguir y perpetuar este saber.

Con esta situación de la partería, las jóvenes tienen que tomar una decisión que se ve influenciada por las contradicciones y los miedos de las mujeres mayores en cuanto a la partería. Esto confunde a las jóvenes, pues no hay un consenso sobre este agente tradicional: hay historias positivas, pero también negativas de esta práctica en la comunidad, lo que causa miedo en las jóvenes y las incita a tener a sus hijos en el hospital, que es más seguro según ellas: “Porque yo me siento más segura en el hospital, allá lo atienden bien a uno” (Comunicación personal con niña de 12 años).

No obstante, a algunas les hubiera gustado tener sus hijos con una partera, sobre todo por el trato más humano, más íntimo y más cómodo para la mujer, como dice una joven:

Con partera tienen más cuidado. Ayudan más, en cambio en el hospital la hacen aguantar mucho como a mi mamá. Con mi hermano chiquito, se fue por la mañana y la dejaron esperando hasta medio día, no aguantó (Comunicación persona con niña de 12 años).

Otras relacionan la partería más con lo tradicional: “a mí me hubiera gustado que mi hijo hubiera nacido aquí. Como a nosotros, que nos dejaron el ombligo aquí en la casa” (Comunicación personal con mujer de 18 años).

Según la coordinadora de la escuela, las parteras son mucho más conscientes de lo que implica un embarazo adolescente en la comunidad, ya que ellas buscan un bienestar social, emocional y físico de la gestante, sobre todo cuando es un embarazo adolescente pues:

Llega la niña asustada: “tengo un retraso de mes y medio, es que tengo mareos” ...entonces llega donde una partera, “¿qué hago para esto?” Ahí pues lo primero es que uno entra en confianza, normalmente la partera vive cerca de las niñas y las conocen. En cambio, ellas no van primero a un hospital, porque primero es una prueba, que miedo. Por esto recurren a alguien de confianza, que les pueda aconsejar (Comunicación personal con la coordinadora de escuela de partería).

Empero, ahora quedan muy pocas en el Resguardo Indígena San Lorenzo para cubrir a la totalidad de la población y están concentradas en unas cuantas comunidades. Además, no son reconocidas explícitamente por el sistema de salud biomédico, por lo que no cuentan con una retribución económica adecuada y a veces les toca conseguir sus propias herramientas, ya que los apoyos del hospital son esporádicos (21).

Asimismo, hay varias abuelas con conocimientos sobre la gestación, parto y dieta, y les ayudan a sus hijas, nietas y vecinas. No obstante, estas mujeres no se reconocen como parteras, lo que empieza a desvanecer las diferencias entre la partería y los cuidados de la auto-atención.

El sistema de auto-atención se basa en un conocimiento terapéutico, sin especialistas, que se transmite de generación en generación; primordialmente curaciones con bebidas y baños de plantas medicinales, una alimentación adecuada pero también utilizando la dicotomía entre el frío y el calor. Es un sistema que se da en la misma casa, con vecinos de la joven o con personas de confianza, normalmente la madre, la abuela o un familiar, en palabras de una joven cuando está enferma: “mi abuela me hace unos remedios y ya. Como mi abuela es de las antiguas” (Comunicación personal con adolescente de 15 años).

El caso de una joven ilustra cómo las parteras muchas veces no se reconocen:

[...] mi abuelita atendió muchos partos, pero ella casi no habla de eso, como es muy reservada, así son los viejitos, y ellos van a buscarla y sale, pero yo le dije un día que me

enseñara y me dijo que no. No es que las parteras no enseñan mucho eso. No le aprendí a mi abuelita (Comunicación personal con mujer de 22 años).

La transmisión de su conocimiento a otras generaciones no es común y cada vez son más reservadas con su saber. El acceso a la partería para las adolescentes es entonces restringido por la falta de parteras y además porque ellas no se reconocen como tal en la comunidad.

Como se ha relatado en otros casos en México, para las mujeres jóvenes indígenas el parto es un periodo en el que la práctica biomédica ha ganado casi todo el espacio, ya que existe mucho temor del riesgo de muerte, tanto para la madre como para el niño (22). Las jóvenes, a pesar de sentirse solas o incómodas durante el parto hospitalario, no lo cuestionan por evitar complicaciones y, por esta razón, empiezan a depender de un sistema médico que no cumple completamente con sus expectativas y necesidades.

En el pueblo emberá chamí de Antioquia el desplazamiento del parto domiciliario por el hospitalario se debe, principalmente, a la adhesión a los programas estatales que han pretendido aumentar la cobertura del parto institucional-hospitalario. No obstante, este cambio cultural afecta la autonomía de los pueblos indígenas, ya que disminuye la autosuficiencia para los eventos de la vida como lo es el nacimiento y se pasa a depender de un sistema médico que desvaloriza la cultura indígena. En este proceso se enajenan saberes especializados tradicionales, sin proponer un sistema de salud que se responsabilice completamente a las especificidades étnicas que compense esa enajenación cultural (23).

Existen muchas iniciativas para la preservación de los saberes tradicionales, no obstante, para llevarlos e implementarlos en un contexto sociocultural específico, todavía es muy complejo que sean realmente efectivos. Es decir, no se pretende hacer una defensa a ultranza de todas las prácticas de las parteras, pero se requieren más estudios al respecto para caracterizar sus prácticas y tener un conocimiento más claro de lo que se constituye en riesgo o protección en el proceso de gestación, parto, posparto y puerperio. Esto implica la necesidad de un diálogo abierto y honesto con el sistema biomédico en el que se reconozcan, se protejan y se apoyen sus aportes, reconociendo que este sistema de salud se vuelve cada vez más precario y pregona la salud más como un mercancía que un derecho. Así, en el Resguardo Indígena de San Lorenzo, como en otros pueblos indígenas, aunque se han mejorado mucho las acciones alrededor de la salud, lo que está ocurriendo es un acceso poco adecuado tanto a la medicina tradicional como al sistema biomédico, que tiene dinámicas institucionales y estructurales del sistema de salud que no consideran su situación sociocultural en su complejidad (20).

Salud y procesos organizativos

El proceso salud y enfermedad de una mujer se entiende con sus condiciones de reproducción social y la cantidad e intensidad de los procesos fisio y psicopatológicos históricamente

padecidos y que llevan a la enfermedad. En estos procesos se da una oposición entre los aspectos protectores y benéficos y los destructivos y deteriorantes según el estado de salud de una población, el cual se materializa en la vida colectiva, en la posición de un grupo sociocultural según su clase social, género y etnia (4). En cada individuo se especifican los procesos de salud y enfermedad (4). En este caso particular de las mujeres indígenas de San Lorenzo, el proceso organizativo es un aspecto benéfico y protector para su estado de salud, que se concretiza, principalmente, en el área de Mujer y Familia, creada desde los años noventa con las coordinadoras en las comunidades de grupos de mujeres, adultos mayores y de discapacidad, no obstante, también en este proceso se deben considerar a las cabildantes mujeres, lideresas de procesos juveniles y otros procesos de mujeres:

Lentamente ha sido una ganancia, de que el proceso de mujeres se mantenga en el proceso de organización que mantiene todo el cabildo, porque las mujeres estamos en todos los espacios, en el hogar, en las reuniones, en convites, en mingas, en todos los espacios están las mujeres, pero con un nivel de conciencia también porque es muy diferente por decir algo una compañía de alguien que no ayuda a pensar, pero si esa mujer se forma y ayuda a pensar pues va a ser mucho mejor el trabajo que se puede lograr (Comunicación personal con la coordinadora de área Mujer y familia).

Para el caso de las jóvenes, estos espacios comunitarios son una alternativa en su tiempo libre para aprender sobre las experiencias de mujeres mayores y socializar con la comunidad, sobre la historia del proceso organizativo y sobre su cultura por medio de talleres de artesanía, música, danza, historia, liderazgo etc. Las jóvenes se educan en sus núcleos familiares, pero también en estos espacios comunitarios en los cuales se permite tener diferentes modelos de mujeres y redes de apoyo.

Como expone una mujer en un taller de partería “ser ama de casa es una enfermedad”, ya que todo el día tiene que estar pendiente de los quehaceres, sin poder concentrarse en talleres o en capacitaciones. Relaciona el rol de mujer limitado a la casa con una enfermedad, lo cual trasciende la visión biológica, pues afecta su desarrollo como mujer, según su contexto sociocultural.

Este es un aspecto grupal que influye de manera importante en la situación de la mujer y en la reflexión en torno a sus problemáticas, en palabras de una joven:

[...] me acuerdo cuando yo quedé en embarazo de ella, me decían: no, hasta aquí llegó... No que uno no puede seguir con los hijos, pero yo digo que uno con los hijos puede seguir saliendo adelante. Y no hay otras formas, como las artesanías de las chaquiras, y otro muchacho me enseñaba a hacer collares y mochilas. Y del cabildo vinieron a enseñar. Después escuela propia. Sino que a gente de por acá piense que es mejor en las ciudades, pero yo no creo, y es que si fuera a trabajar es a esclavizarse por otra persona. La mayoría de por acá se van y yo lo hice una sola vez, pero no yo no me vuelvo (Comunicación personal con mujer de 22 años).

Este tipo de organización incluye la lucha de la mujer dentro del movimiento indígena, lo cual es un aspecto protector para la salud de la mujer, pues, parecido a lo que propone Breilh, no es suficiente comprender de manera aislada los problemas biológicos y sociales que afectan negativamente el estado de salud, se tienen que conocer los perfiles sociales de ese grupo social y de su población con sus problemáticas específicas para que el proceso organizativo sea aún más fuerte, pues la lucha por la salud es una lucha política (4).

De esta forma, el desgaste de la mujer y los problemas de salud se relacionan con los problemas de organización política y de conciencia social, ya que en un contexto en el cual la salud es una simple mercancía, el individualismo y la alienación son fuente de enfermedad y la salud se defiende mejor en cuanto haya más organización que responda a las necesidades e intereses comunitarios (4).

Conclusiones

Este trabajo ha permitido un acercamiento a la comprensión de la SSR de las adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará del Resguardo Indígena San Lorenzo y aporta a la discusión sobre el abordaje social desde la multidimensionalidad de la SSR de mujeres indígenas en Colombia. Se ha logrado tal comprensión en un contexto interdependiente teniendo en cuenta cómo el trabajo doméstico de las mujeres indígenas en las ciudades afecta el acompañamiento de las jóvenes indígenas durante su primera menstruación y su posibilidad de cumplir con las expectativas de las madres indígenas, lo que afecta la reproducción social y cultural del pueblo indígena de San Lorenzo. Además, la SSR de las jóvenes indígenas tiene que tomar en cuenta la partería tradicional en su contexto, complejidad y contradicciones además de los aspectos protectores para la salud de la mujer indígena. Entre ellos, sus procesos organizativos, los cuales permiten discutir, reflexionar, proponer y fortalecer iniciativas que defiendan el proceso salud y enfermedad como un hecho político que mejora la vida y la pervivencia del pueblo emberá chamí como grupo diferenciado.

Del presente trabajo quedan abiertas futuras preguntas de investigación, relacionadas con las migraciones urbanas de las mujeres emberá chamí para trabajar en el servicio doméstico y sus afectaciones a nivel individual y colectivo en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Asimismo, sería importante profundizar sobre las rupturas intergeneracionales y cómo afectan los sistemas médicos de auto-atención y de la medicina tradicional y, por ende, la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Finalmente, está el desafío para poder encontrar un balance entre la mejora del acceso a un sistema biomédico de calidad que pregone la salud como un derecho colectivo con el fortalecimiento de la partería tradicional y de los procesos organizativos comunitarios, teniendo en cuenta aspectos como

la situación laboral de los pueblos indígenas que implica unos cambios económicos, sociales y culturales que afectan el proceso de salud y enfermedad.

Agradecimientos

Al cabildo indígena de San Lorenzo, los líderes y lideresas indígenas, a la profesora Erika María Valencia y a mi madre, quienes han apoyado este trabajo.

Descargos de responsabilidad

La autora de este trabajo asume la responsabilidad de lo publicado, y la Revista de Ciencias de la Salud no asume ninguna responsabilidad por esto.

Referencias

1. Breilh J. Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos editor, *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010. p. 87-125.
2. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo: UN; 1994.
3. Gutiérrez D. Salud reproductiva: concepto e importancia. Washington: OPS y OMS; 1996.
4. Breilh J. *El Género entre Fuegos: Inequidad y Esperanza*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996.
5. Oyarce AM, Pedrero M, Ribotta B. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Santiago de Chile: CEPAL, UNFPA, OPS; 2009.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud; 2013.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. *Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia-Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)*. Bogotá: Ministerio de Salud; 2012.
8. Ministerio de Salud y Protección social, Profamilia, OIM y ONU. *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington: ops; 2010.

10. Organización de las Naciones Unidas. Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. 53. Santiago de Chile: ONU, OPS; 2011.
11. Gálvez A, Alcaraz G, Arias MM, Gutiérrez S, López AD. El mañana que ya entró. La fecundidad en los pueblos indígenas de Antioquia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
12. Arias MM. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia-Colombia. Salud Pública de México. 2001;43(4):268-78. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400003&lng=es&tlng=es.
13. República de Colombia. Corte Constitucional. Auto n. 004 Bogotá: 2009.
14. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación (4th ed.). México: McGraw-Hill; 2006.
15. Vasco L. Así es mi método en etnografía. Tabula Rasa. Revista de Humanidades. 2007;6:19.
16. Albert MJ. La investigación Educativa: Claves teóricas. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
17. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Invest. Educ Enferm. 2000; 18(1):13-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294001>
18. Galeano ME. Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa. segunda edición, 1. Medellín: Fondo Editorial Universidad de EAFIT; 2004.
19. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos: Estrategias Complementarias de Investigación (Traducción). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Editorial Sage; 2003.
20. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca. Bogotá: INS; 2015.
21. Luna LC. Parteras, guardianas de la vida Resguardo Indígena San Lorenzo de Riosucio, Caldas (Tesis de Pregrado). Medellín: Departamento de Antropología, Universidad de Antioquia; 2015.
22. Mendoza González Z. “¿Dónde quedó el árbol de las placentas?”: Transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la ciudad de México. Salud Colectiva. 2005;1(2):225-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110206>
23. Arias MM. Determinantes próximos de la fecundidad: comportamiento reproductivo de las indígenas Chamibida de Antioquia, Colombia. Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [citado 2016 jul 08];21(4):1087-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400011>.