



Conocimiento que tienen los indígenas *Embera Eyabida* del resguardo Llanogordo, ubicado en el municipio de Dabeiba, Antioquia, sobre algunas enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Olga Lucía Burgos Higueta

Alexandra García Machado

José Felipe López Arismendy

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

Abril de 2022

Conocimiento que tienen los indígenas *Embera Eyabida* del resguardo Llanogordo, ubicado en el municipio de Dabeiba, Antioquia, sobre algunas enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Olga Lucía Burgos Higueta

Alexandra García Machado

José Felipe López Arismendy

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia de Proyectos

Asesor(a)

María Patricia Mayor López

Magister en Gerencia de Proyectos

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

Mayo de 2022

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, que nos ha dado la fortaleza para llegar hasta este punto de nuestra carrera profesional. A nuestros padres y hermanos por su cariño, amor, comprensión, apoyo incondicional y a nuestros amigos, por comprender los momentos que no pudimos compartir.

Agradecimientos

La presente investigación logró su ejecución gracias a la ayuda de la Organización Indígena de Antioquia (OIA) que fue parte fundamental en el acercamiento a la comunidad indígena *Embera Eyabida* del resguardo *Sever* de Llanogordo.

Agradecemos a la funcionaria Yesica María Echavarría quien acompañó permanentemente este proceso, a nuestros profesores que han aportado un grano de arena en nuestra formación, a la asesora María Patricia Mayor López, que siempre demostró su compromiso e interés en este proyecto y a la Corporación Universitaria Minuto de Dios por brindarnos estos espacios de aprendizaje.

Tabla de contenidos

1. Resumen	7
2. Abstract	8
3. Introducción	9
4. Planteamiento del problema	11
5. Justificación	14
6. Objetivos	17
6.1 Objetivo General	17
6.2 Objetivo Específicos	17
7. Marco Teórico	17
7.1 Obesidad	18
7.2 Diabetes	19
7.3 Hipertensión Arterial	20
7.4 Contexto general de los pueblos indígenas	21
7.5 Enfermedades crónicas no transmisibles en los pueblos indígenas	22
7.6 Comunidad <i>Embera</i>	25
7.7 Descripción del territorio	25
7.8 Medicina tradicional en el pueblo indígena <i>Embera</i>	28
7.9 Presencia de programas gubernamentales en el pueblo <i>Embera</i>	30
8. Metodología	31
8.1 Acceso al campo	31
8.2 Criterios de inclusión y exclusión	33
8.3 Recolección de la información	33
8.4 Sistematización de la información	34
8.5 Aspectos éticos	34
9. Resultados y discusión	35
9.1 Acercamiento a los conocimientos de la comunidad <i>Embera Eyabida</i> del resguardo <i>Sever</i> de Llanogordo en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles	35
9.1.1 Diabetes: “la enfermedad del azúcar” en los <i>Eyabida</i>	37
9.1.2 Hipertensión: dificultad para respirar desde los <i>Eyabida</i>	38

9.1.3 La obesidad y las denominaciones de los <i>Eyabida</i>	38
9.2 Percepciones y creencias en la cosmovisión indígena de las enfermedades	40
9.3 Tratamiento y prevención de las enfermedades en los <i>Embera Eyabida</i>	43
9.4 Categorías emergentes	44
10. Conclusiones	46
11. Bibliografía	49
12. Anexos	57
12.1 Anexo1: diario de campo	57
12.2 Anexo 2: Entrevista	64

1. Resumen

Este trabajo pretende identificar los conocimientos de la comunidad indígena *Embera Eyabida*, del resguardo Llanogordo, acerca de algunas enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad, con el fin de llenar el vacío del conocimiento sobre estas condiciones, bajo un enfoque cualitativo, con una metodología etnográfica denominada “círculo de la palabra”. El acercamiento a 22 miembros adultos de esta comunidad ubicada en Dabeiba, Antioquia, se logró a través de la Organización Indígena de Antioquia (OIA). En cuanto a la recolección de datos, se recurrió a la observación para identificar aspectos como el territorio, sus sistemas de cultivos y prácticas cotidianas y al diario de campo para proyectar nuestras reacciones. Las categorías planteadas y las emergentes se derivaron de sus expresiones y comportamientos evidenciando su reconocimiento como comunidades particulares y vulnerables.

Los *Embera Eyabida*, tienen conciencia frente a la existencia de estas enfermedades, sin embargo, no las identifican claramente, lo cual impide la implementación de tratamientos efectivos. Su concepción de alimentación, cantidad sobre calidad, conduce a sus problemas de malnutrición. Además, sus concepciones atribuyen estas enfermedades a espíritus, parásitos, daños estomacales y abandono del territorio. Las prácticas de la vida moderna han reemplazado la medicina tradicional lo que sugiere una pérdida de sus costumbres.

Aunque se ha comprobado que los factores ambientales están relacionados con las ENT, esta comunidad lo atribuye a eventos como la maldad del hombre, la magia o el desplazamiento a la ciudad.

Palabras clave: Indígenas, medicina tradicional, salud, *Embera Eyabida*, obesidad, hipertensión arterial, diabetes.

2. Abstract

This work aims to identify the knowledge of the *Embera Eyabida* indigenous community, of the Llanogordo reservation, about some non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, high blood pressure and obesity, In order to fill knowledge gaps about these conditions. For this, we employed an ethnographic sharing circles methodology, under a qualitative approach. The selection and approach of 22 adult members of this community located in Dabeiba, Antioquia, was made through the Indigenous Organization of Antioquia (OIA). Regarding data collection, the observation method was used to identify aspects such as the territory, its crop systems and daily practices, and the field journal to record our reactions. The proposed and emerging categories came out from their expressions and behaviors, evidencing their recognition as particular and vulnerable communities.

The *Embera Eyabida* are aware of the existence of these diseases, however, they do not clearly identify them, which prevents the implementation of effective treatments. Their conception of food, quantity over quality, leads to their malnutrition problems. In addition, their conceptions attribute these diseases to spirits, parasites, upset stomach and abandonment of the territory. Modern life practices have replaced their traditional medicine practices, which suggests a loss of their customs.

Although it has been proven that environmental factors are related to NCDs, this community attributes such diseased to events as the evil of man, magic or moving to the city.

Keywords:

Indigenous people, traditional medicine, health, *Embera Eyabida*, obesity, high blood pressure, diabetes.

3. Introducción

El presente trabajo de investigación hace parte de la Especialización en Gerencia de Proyectos, con la formación académica, ética y humanística de la Corporación Universitaria Minuto de Dios y busca desde lo académico, por medio del proceso de formación generado, aportar conocimientos que contribuyan a tener una mejor comprensión de las realidades de las comunidades indígenas de nuestro departamento, para ser un agente de transformación social en procura del mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las actuales y futuras generaciones de las comunidades indígenas de nuestro país.

Colombia es un país que cuenta con una amplia diversidad étnica y cultural, encontrándose a lo largo del territorio con una gran variedad de grupos étnicos como afrocolombianos, raizales, palenqueros, gitanos y comunidades indígenas (Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible, 2017), siendo estos últimos directos y principales afectados por situaciones como la violencia derivada del conflicto armado, la violación de derechos humanos y situaciones de inseguridad alimentaria.

Escenarios como el desplazamiento, la occidentalización, la poca tenencia de tierras y el controlado acceso a recursos naturales; además de la ejecución de políticas estatales que promueven la invasión de territorios indígenas, hace que muchos pueblos indígenas presenten condiciones de vulnerabilidad en seguridad alimentaria, ahondado por un mayor acercamiento de estas comunidades a las cabeceras municipales y por una transición alimentaria y nutricional, producto de la sustitución de la dieta tradicional por una con alta densidad calórica, donde cada vez es más común la sustitución del consumo de alimentos tradicionales por alimentos procesados y de bajo valor nutricional.

Sumado a estas situaciones, la brecha en la información que se tiene respecto a los conocimientos, tradiciones y alimentación de los pueblos indígenas, ha generado limitantes a la hora de diseñar y aplicar las políticas estatales asistenciales, ya que estas son diseñadas por agentes estatales ajenos al entorno, los cuales cuentan con poca información de la realidad y costumbres de estas comunidades, generando políticas ineficientes y con poca aceptación por parte de las comunidades beneficiarias, por lo que se evidencia la necesidad de mejorar la calidad de la atención y de implementar políticas públicas incluyentes, llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario (Crowshoe L, Henderson M, Green, M, Jacklin M, Walker B, Calam B, 2017).

Por tal motivo, a través del presente estudio, se realizó un acercamiento a la comunidad indígena *Embera Eyabida* de Llanogordo, del Urabá Antioqueño, por medio del contacto y apoyo de la Organización Indígena de Antioquia, realizándose una investigación con enfoque cualitativo y aplicándose una etnometodología denominada “círculo de la palabra” en la que se implementó la observación y la escucha para determinar aspectos y prácticas cotidianas de su alimentación, conocimientos y de su día a día.

Toda la información fue digitada y analizada para, por medio de ésta, identificar y analizar sobre los conocimientos que tienen los indígenas del Urabá Antioqueño, sobre algunas enfermedades asociadas a la alimentación, con el fin de contar con información que sirva en un futuro para el diseño de estrategias acordes a la realidad de los pueblos indígenas y que sean ampliamente aceptadas por estas comunidades impactadas contribuyendo así a generar una verdadera atención diferencial, que contribuya al logro de los objetivos propuestos sin desarticular o hacer a un lado sus creencias, sus reglamentos y su organización política y teniendo en cuenta sus propios recursos y conocimientos de base para no interferir, ni atentar contra su cultura.

4. Planteamiento del problema

La salud está constituida como un derecho fundamental para todos los colombianos, no obstante, las problemáticas sociales y económicas actuales han puesto en riesgo su cumplimiento en todas las regiones del país. Para los pueblos indígenas este derecho se establece en instrumentos internacionales como el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, que en su artículo 7, menciona “el deber de los gobiernos en relación con el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan”(Comisión nacional de los derechos humanos, 2016).

En la actualidad la creciente incidencia de complicaciones por enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, dejan de manifiesto la necesidad de implementar estrategias con el fin de garantizar el derecho a la salud de las poblaciones, pues estas enfermedades se caracterizan por ser de larga duración siendo el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países; estas solían asociarse a los grupos de edad más avanzada, pero los últimos datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 80% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos, ancianos y minorías son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen estas enfermedades, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ENT matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2014). En Colombia esta situación no difiere, evidenciándose en el informe técnico del Observatorio de Nacional de Salud, publicado en 2015, en el cual se describe un aumento la prevalencia de enfermedades como la hipertensión arterial con un 28,73% para 2001, donde se registraron 2821 muertes por esta causa en mujeres; de igual forma la diabetes mellitus (DM), a nivel nacional muestra que anualmente se presentan en promedio 5.650 muertes por esta en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en mujeres (58%) (ONS, 2015).

Según un estudio realizado por Frank et al, se ha evidenciado un incremento global y acelerado en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tal es el caso de México donde la epidemia de diabetes Mellitus tipo II y obesidad mórbida, ha puesto a este país en el foco de atención de salud pública mundial (Frank S. Durden E, 2017). Uno de los principales fenómenos asociados a esta epidemia, es la transición alimentaria y nutricional, que no es más que una serie de cambios del estado nutricional, producto de la sustitución de la dieta tradicional, por una con alta densidad calórica, cuyo desarrollo se dio en un medio de cambios económicos, demográficos, sociales y de salud, considerada como un alto riesgo en el camino al desarrollo, debido a las comorbilidades asociadas a esta como la desnutrición y la obesidad cuyo crecimiento se ha dado en los últimos años en la misma proporción (De La Cruz Sánchez, E. E, 2016)

Claramente esta epidemia ha tocado cada rincón del mundo y las comunidades nativas no han sido la excepción; un estudio desarrollado por Harris et al, en Canadá determinó que estas enfermedades se han constituido en una epidemia en las poblaciones indígenas de todo el mundo

(Harris, S, Tompkins, J, Tehiwi, B, 2017), sumado a las circunstancias de desigualdad que constituyen una enorme brecha entre las condiciones de salud y pobreza de las comunidades indígenas con respecto al resto de la población (Sandoval Castaño, E.A, 2016), lo que evidencia una necesidad de mejorar la calidad de la atención, y la necesidad de implementar políticas públicas incluyentes, llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario (Crowshoe L, Henderson M, Green, M, Jacklin M, Walker B, Calam B, 2017).

En las poblaciones indígenas esta situación se agrava, por el limitado acceso a los servicios de salud y los niveles extremos de pobreza. En un estudio desarrollado en Colombia con indígenas de Riosucio, Caldas durante 2010 y 2011, se encontró que para esta población los antecedentes familiares más prevalentes fueron: Hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y Diabetes mellitus; así mismo se estableció un mayor padecimiento de alteraciones del perfil lipídico, obesidad central, sobrepeso e HTA; la obesidad abdominal fue del 35%, mientras que el sobrepeso y la obesidad en conjunto sumaron el 58%; la comunidad *Embera-Chami* ha asociado estos factores con un incremento de estilos de vida occidental, producto de los procesos de mestizaje y de pérdida de las costumbres indígenas en los más jóvenes (Bedoya, J. U., Botero, J. D., González, C. A., Molina, D. C., Gracia, J. R., Pineda, A. F., Gabriel, 2015). Estos hallazgos dejan de manifiesto la necesidad de implementar estrategias que contribuyan al mejoramiento de estos aspectos.

En cuanto al departamento de Antioquia, la HTA esencial y el infarto agudo de miocardio se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad en los adultos (García Castañeda, N, Cardona Arango, D, Segura Cardona, A, Garzón Duque, M, 2016). En un estudio desarrollado sobre “la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas *Embera-Chamí* de Cristianía (Jardín), Antioquia”, se encontró HTA en el 18,1%, DM en el 0,7% y tabaquismo en el

15%; los antecedentes familiares más frecuentes fueron HTA (41%) y DM (11%). El 8,2% eran obesos y el 40,2% presentaban sobrepeso (Bedoya, J. U., Botero, J. D., González, C. A., Molina, D. C., Gracia, J. R., Pineda, A. F., Gabriel, 2015); lo que sugiere un incremento en la prevalencia de las enfermedades asociadas a la alimentación, no obstante, es necesario relacionar estos hallazgos con el conocimiento que dicha población tiene sobre su condición de salud frente a estas enfermedades, por este motivo, representa una temática importante a desarrollar dentro de un enfoque de investigación cualitativo, ya que permite conocer las percepciones de la población desde sus vivencias y creencias, componentes que en este grupo poblacional tiene gran relevancia y asociación con la comprensión de sus entorno.

Por lo tanto, el problema de investigación se resume en la siguiente pregunta ¿Qué conocimiento tienen los indígenas de la comunidad *Embera Eyabida* del resguardo *Sever* de Llanogordo, ubicada en el municipio de Dabeiba en el departamento de Antioquia, sobre algunas enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial?

5. Justificación

Desde lo académico y acorde con el proceso de formación en gerencia de proyectos, el presente trabajo aporta en la comprensión de la realidad que viven las comunidades indígenas y que son desconocidas en la sociedad, con el fin de ser un agente de transformación social en procura del mejoramiento de las condiciones que aquí se mocionan y evidenciar como estos factores afectan los sistemas de salud.

En la actualidad, el mundo está atravesando por múltiples cambios, los cuales se han visto reflejados en el estado nutricional de las poblaciones, con un aumento en la frecuencia de muerte por enfermedades degenerativas, infecciosas y aquellas asociadas a la alimentación, como la diabetes, hipertensión y obesidad (Sandoval Castaño, E.A, 2016); dentro de los pueblos

indígenas también se han evidenciado las consecuencias de esta realidad; por lo cual los estados han implementado estrategias que buscan promover la salud y prevenir la enfermedad en sus territorios; sin embargo en estudios como el realizado por Cardona et al. en indígenas *Embera Chamí*, se evidenció una alta prevalencia de estas afecciones, lo que deja entrever una gran debilidad en cuanto al resultado que estos procesos están demostrando; la fuerte carencia de interculturalidad que permitirá la inclusión de estrategias que protejan su cultura, creencias ancestrales y partan de su realidad puede ser la raíz de todo este escenario (Cardona-Arias, Jaiberth A. 2012).

Tras encontrar resultados como el descrito por Zavaletan et al. en un estudio sobre los programas alimentarios en población indígena, donde se describe que en el caso de asistencia alimentaria sus entrevistados declararon que incluso cuando reciben alimentos de donaciones o programas gubernamentales, como pescado, leche o enlatados, ellos prefieren los alimentos del bosque, lo que demuestra la poca contextualización con la que cuentan los programas que buscan mejorar la realidad de estos pueblos. Es por esto que la presente investigación busca conocer el punto de vista de los indígenas participantes, abordando enfermedades como la diabetes, hipertensión y obesidad desde su cosmovisión y creencias; teniendo en cuenta que conocer sus percepciones puede contribuir a generar una verdadera atención diferencial la cual juega un papel fundamental para el logro de objetivos

Al realizar la revisión bibliográfica, se detectó que la mayoría de la información acerca de ENT asociadas a estas poblaciones, han sido abordadas desde enfoques cuantitativos y regidas bajo parámetros de OMS, OPS y entes gubernamentales, que han planteado estrategias para tratar de contrarrestar esta problemática, sin embargo la información en relación al conocimiento o percepción que ellos tienen de las mismas es limitado generando una necesidad de llevar a

cabo trabajos que permitan conocer desde su punto de vista el cómo perciben y contrarrestan estas enfermedades, todo esto con el fin de mejorar la inclusión de su individualidad y la atención diferenciada, con la que deben ser intervenidos.

Este estudio busca llenar ese vacío existente sobre los conocimientos que tienen algunos indígenas del Urabá Antioqueño, sobre estas patologías; a través de una investigación cualitativa se busca obtener información que sirva como punto de partida para conocer el impacto de la huella occidental en estas culturas ancestrales, permitiendo hacer sugerencias a los entes gubernamentales sobre la importancia de la atención diferencial, en busca de que se implementen acciones eficaces que puedan fortalecer los programas de atención y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta investigación se realizará en el marco de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, con el fin de que este trabajo cumpla con todo el rigor ético, y la integridad de los participantes no se vea afectada, por lo cual esta investigación se clasifica con un riesgo mínimo (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993)(Asociación Médica Mundial AMM, 2008).

Con respecto a los beneficios y con el fin de manifestar nuestro agradecimiento hacia la comunidad indígena por su participación en este estudio, se realizará una devolución con los hallazgos obtenidos durante la investigación por medio de una conferencia virtual con la funcionaria enlace de este trabajo, teniendo en cuenta los aspectos que mayor riesgo presentaron dentro de esta población según lo identificado en este estudio y que pueda servir como herramienta para la construcción de los programas que manejan como organización para el mejoramiento de la calidad de las comunidades indígenas en Antioquia.

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Identificar los conocimientos que tiene la comunidad indígena *Embera Eyabida* del resguardo Llanogordo, ubicada en el municipio de Dabeiba del departamento de Antioquia acerca de algunas enfermedades no transmisibles como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad con el fin de llenar el vacío del conocimiento sobre estas condiciones y sus implicaciones a la salud.

6.2 Objetivo Específico

- Identificar la información que esta comunidad tiene en torno a algunas enfermedades no transmisibles cómo la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad.
- Indagar por las creencias y percepciones que tiene la comunidad indígena sobre estas enfermedades.
- Identificar las formas de tratamiento y prevención que tiene la comunidad indígena sobre estas enfermedades.

7. Marco teórico

En la actualidad las Enfermedades no Transmisibles (ENT) se han convertido en una epidemia que se expande rápidamente, generando una problemática a nivel mundial, con innumerables consecuencias que entorpecen el adecuado desarrollo de la humanidad; estas enfermedades reportan las mayores cifras de muertes y morbilidades en la historia, representando una alta carga económica para los sistemas de salud; para el periodo 2011-2025, se espera que las pérdidas económicas acumuladas en los países de ingresos bajos y medios, sean de aproximadamente 7 billones de dólares, lo que ha convirtiéndose esta situación en uno de los mayores retos del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según la Organización

Mundial de la Salud (OMS), este grupo de enfermedades son definidas como “afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta”; que son agrupadas principalmente en enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2014).

7.1 Obesidad

El Comité de Nutrición de la sociedad Argentina de Pediatría (SAP), describe que la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud; su nivel de gravedad se determina dependiendo del grado de obesidad que se presente, pues esta influye directamente en el desarrollo de otras afecciones. Esta enfermedad, puede darse secundaria a otras patologías como en el síndrome de Cushing, así mismo puede ser originada de manera multicausal, sin embargo su principal factor está definido como un desequilibrio energético, entre calorías consumidas y gastadas, generado por el aumento del consumo de alimentos de alta densidad calórica, sumado a un descenso en la actividad física, provocado por los estilos de vida modernos caracterizados por la facilidad de movilidad, el uso de la tecnología y la creciente urbanización (Piazza N, 2015)(Salud OM de la OMS, 2017).

La obesidad se presenta con el transcurso del tiempo, se observa un aumento gradual de peso, incremento del perímetro de cintura y mayor porcentaje de grasa, lo que produce dolores articulares, atrofia muscular, problemas digestivos, dificultades respiratorias, llegando a complicaciones graves como afecciones cardiovasculares, hiperinsulinemia, dislipidemia, reflujo gastroesofágico, leucemia, problemas ortopédicos y diferentes tipos de cáncer, que finalmente pueden conducir a discapacidad general poniendo en riesgo la salud e integridad de la persona

(World Health Organization OMS 2017) (Barrera Cruz, A, Avila Jimenez, L, Cano Perez, E, Molina Ayala, M.A, Parrilla Ortiz, J.I, Ramos, Hernandez, R.I, et al. 2013).

7.2 Diabetes

La diabetes mellitus es un conjunto de variaciones metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia crónica, provocada por una acción insuficiente de la insulina, acompañado de cambios en el metabolismo de grasas y proteínas. Estas alteraciones tienen como principal determinante el mestizaje, el envejecimiento y los factores asociados a la urbanización (Rojas de P E, Molina, R.C, 2017). Según la Asociación Americana de Diabetes, esta patología, puede clasificarse según su etiología en 4 tipos (George Bakris, M.D, Lawrence Blonde, M.D, Boulton, M.D, David D'Alessio, M.D, Greene, E, 2017):

- Diabetes tipo 1, provocada por la destrucción autoinmune de las células B
- Diabetes tipo 2, debido a una pérdida progresiva de secreción de insulina
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)
- Tipos específicos de diabetes debidos a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como la diabetes neonatal y la diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes), enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y drogas o diabetes inducida por productos químicos (como el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después del trasplante de órganos).

Con el paso del tiempo, la diabetes puede traer consecuencias graves como, infarto del miocardio, retinopatía, amputación, afecciones renales y accidentes cerebrovasculares (Bourne, R.R.A, Stevens, G.A, White R.A, Smith J.L, Flaxman, S.R, Price H, et al. 2013).

7.3 Hipertensión arterial

En cuanto a la hipertensión arterial esta se define como la fuerza o tensión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias al pasar por ellas. Esta presión alcanza su valor máximo durante la sístole ventricular (presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardíaca (presión diastólica)(Ocampo, D.A, Gómez, M.P, Triana, M.A.U, Jattin, F.M, García Del Rio, C, Arrieta C.O. 2012). Para su diagnóstico se han definido niveles a nivel mundial, donde la tensión arterial normal en adultos se establece en un valor de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). “Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada”(Organización Mundial de la Salud. OMS. 2015).

Esta es una enfermedad compleja, pues la combinación de factores ambientales y genéticos determinan los valores de presión arterial; durante los últimos 30 años se han llevado a cabo estudios donde se ha determinado que los factores genéticos contribuyen hasta en un 50% para estos valores en individuos (Ocampo, D.A, Gómez, M.P, Triana, M.A.U, Jattin, F.M, García Del Rio, C, Arrieta C.O, 2012), no obstante según la literatura al analizar los componentes más prevalentes en esta patología se ha encontrado la diabetes mellitus, la obesidad y la dislipidemia; sumados a estilos de vida poco saludable como el tabaquismo y el sedentarismo (Trindade,C, Dos Santos, A. Barro, M. Maracon S. 2014).

La hipertensión arterial puede desencadenar diversas complicaciones, se considera factor de riesgo para accidente vascular encefálico (AVE), infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y aneurisma arterial, además ha sido identificado como una de las principales causas de insuficiencia renal crónica; dejando de manifiesto el porqué de la necesidad urgente de

estrategias de intercesión, pues es esta enfermedad el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo (Pamela, K, 2013); por lo cual el objetivo principal de su tratamiento es evitar las complicaciones cardiovasculares, además de garantizar la mejor calidad de vida posible.

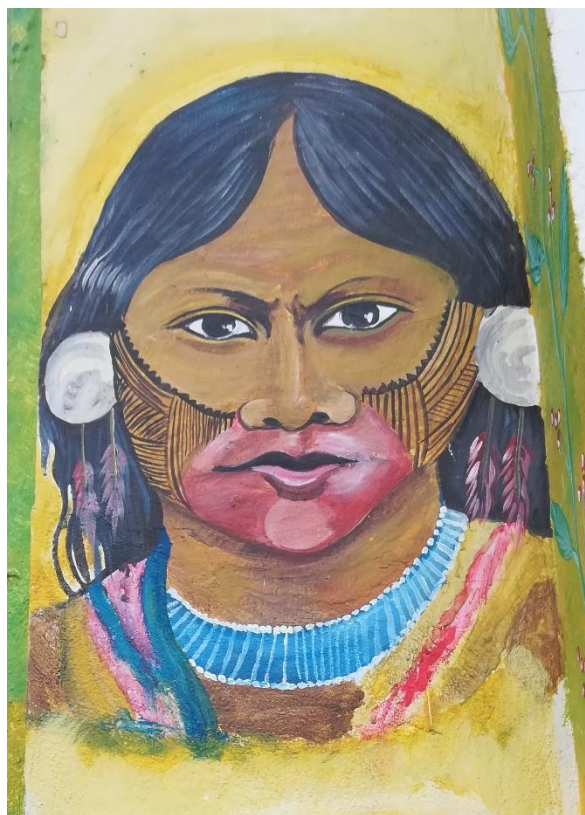
7.4 Contexto general de los pueblos indígenas

Los pueblos indígenas son considerados una de las poblaciones con mayores desigualdades según la ONU (Organización de las Naciones Unidas), son llamados también “primeros pueblos”, se encuentran distribuidos en más de 70 países de los 5 continentes. Según el secretario general de esta organización Ban Kin-mon, “los pueblos indígenas del mundo han preservado un vasto acervo histórico y cultural de la humanidad. Las lenguas indígenas representan la mayoría de los idiomas del mundo y los pueblos indígenas han heredado y legado un rico patrimonio de conocimientos, formas artísticas y tradiciones religiosas y culturales” (Organización de las Naciones Unidas, 2021).

Las poblaciones indígenas tienen una conexión especial con el territorio donde habitan, la connotación que ellos tienen sobre los lugares que ocupan, no es la misma del hombre blanco de tierra explotable y comercializable, para ellos es la base material y espiritual de su existencia y representa parte esencial de su proceso de desarrollo. En la actualidad diversas políticas y estrategias han sido creadas con el fin de mejorar las condiciones de vida de esta población; países como México han empezado a comprender el mundo de estas comunidades en busca de combatir las barreras para combatir la desigualdad con respecto al tratamiento de la enfermedad, puesto que algunos estudios señalan que las barreras sistemáticas se podrían batallar con mayor eficacia a partir del desarrollo económico en lugar del tratamiento médico, debido a que una mayor exposición a la pobreza conlleva a un acceso limitado de alimentos, viviendas precarias y

poco recursos para pagar medicamentos, lo que constituye un determinante estructural de esta problemática (Crowshoe, L, Henderson, M, Green, M, Jacklin, M, Walker, B, Calam, B, 2017).

Con respecto a nuestro país, en el informe presentado en Colombia sobre el perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades, evidencia que aún persisten las condiciones de precariedad, reflejado en el aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedades como, la desnutrición, de origen infecciosas y cada vez más las enfermedades crónicas no transmisibles; siendo esto una alerta sobre la falta de intervenciones gubernamentales que promuevan el efectivo cumplimiento de los derechos humanos y eliminación de las inequidades de estos pueblos (Sandoval Castaño, E.A, 2016).



Nota: Indígena Embera eyabida, pintura alusiva encontrada en la iglesia principal del municipio de

Dabeiba. Fuente Google

7.5 Enfermedades crónicas no transmisibles en los pueblos indígenas

Las ENT se caracterizan por tener una asociación con los cambios en los estilos de vida, el aumento en el consumo de alimentos ricos en calorías y de bajo aporte nutricional (Frank, S, Durden, E, 2017); en los pueblos nativos estos cambios cada vez se hacen más evidentes, lo que los ha llevado a que en la mayor parte de América Latina los indígenas tengan tasas más altas de mortalidad y morbilidad (Sandoval Castaño, E.A, 2016). Enfermedades como la diabetes han sido ampliamente estudiadas en comunidades étnicas de países como México y Nueva Zelanda donde se ha demostrado que estas poblaciones presentan un aumento dramático de la incidencia de diabetes tipo II (Sandoval Castaño, E.A, 2016)(Harris, S, Tompkins, J, Tehiwi, B, 2017). Un estudio realizado en áreas remotas en Australia a un grupo de indígenas con diabetes, mostró que su estado de salud sigue siendo deficiente, con altas tasas de complicaciones evitables que podrían reducirse con una mejor atención primaria (Mcdermott, R, Schmidt, B, Preece, C, Owens, V, Taylor, S, Li M, et al., 2015).

En cuanto a la obesidad, distintos reportes mundiales, han arrojado una creciente incidencia; su existencia entre los más de 154 millones de pueblos indígenas a nivel mundial es alarmante (Bell, R, Smith, C, Hale, L, Kira, G, 2016), esto se evidencia en muchos países de ingresos altos, donde las poblaciones indígenas tienen una mayor carga de la obesidad que las poblaciones no indígenas, sumado a la rápida evolución de los entornos y los patrones nutricionales en todo el mundo. Ciertamente, esta realidad ha llevado a que se desarrollen diferentes hipótesis sobre los factores que pueden estar desencadenado estas condiciones en los pueblos indígenas, uno de estos supuestos sobre la teoría evolutiva y el que cuenta con mayor aceptación, es el del “gen ahorrativo”, que habla de la idea de que la evolución benefició los genes de acumulación de calorías, que favorecen las reservas de energía para los momentos de ingesta insuficiente; esta situación, los condujo a estados de obesidad y por consiguiente, la

diabetes, por lo cual los médicos han acuñado con el término "diabesidad"(Stoddard, P, Handley, M, Vargas Bustamante, A, Schillinger, D, 2011)(Organización de la Naciones Unidas, 2021).

Esta hipótesis ha sido ligada a una segunda, en este caso en la literatura se reporta que cuando los humanos con genes 'ahorrativos' ingieren una dieta alta en grasas, como la dieta occidental moderna, es más probable que se vuelvan obesos y desarrollen diabetes tipo II, que las personas sin ese genotipo. Lo que permite atribuir la obesidad y la diabetes a una interacción entre la genética, el medio ambiente y los acontecimientos históricos que resulta en cambios en el estilo de vida de la población afectada (Chawla Sahota, P, 2012). En esta teoría la literatura involucra de forma directa los cambios en los patrones alimentarios que han sufridos estas comunidades y que puede estar llevándolos a sufrir enfermedades que desde su pensamiento han denominado enfermedades de los blancos (Matapí, U, Melendez, I, Pérez, M, García, C, Rodríguez, R, Martínez, G, 2013).

El incremento de la obesidad trae consigo problemáticas subyacente como la hipertensión, síndrome que incluye no sólo la elevación de las cifras de la presión arterial, sino los factores de riesgo cardiovascular no modificables y modificables o prevenibles (García Castañeda, N, Cardona Arango, D, Segura Cardona, A, Garzón Duque, M, 2016), como el consumo de cigarrillo, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y el sobrepeso; factores que han sido identificados en algunas comunidades indígenas, tal es el caso de una investigación realizada en la región Junín, selva Peruana, donde se encontró que pese a la distancia geográfica con la cultura occidental de la población Asháninka, la prevalencia de hipertensión fue similar a la de indígenas que han experimentado grandes cambios sociales, como migración o desplazamientos, llegando inclusive a ser mayor que la de población no

indígena del mismo territorio, que mantiene un estilo de vida completamente distinto al de las comunidades nativas (Romero, C, Zavaleta, C, Cabrera, L, Gilman, R.H, Miranda, J.J, 2014).

7.6 Comunidad *Embera*

El término *Embera* quiere decir “gente” es la denominación antigua como se conocía a este pueblo indígena a la llegada de los españoles. Según la organización Indígena de Antioquia (OIA), su dispersión ha hecho parte integral de sus patrones culturales de asentamiento desde épocas remotas. El total de la población *Embera* en Antioquia es de 21.149 personas, agrupadas en 4.569 familias (Gobernación de Antioquia, 2017).



Nota: Mujeres Embera con su pintura tradicional. Fuente Google

7.7 Descripción del territorio

En su mayoría los pueblos indígenas de Colombia habitan en territorios rurales bajo la modalidad de tenencia de tierra de resguardo, figura institucionalizada en el Nuevo Reino de Granada (Ferreira, 2010) y que cobra una gran importancia desde el año de 1967 hasta la época actual. Según Artículo 21 del Decreto 2164 de 1995, los resguardos, son “una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio” (Ministerio de interior, 1995).

Tradicionalmente han ocupado territorios de selva tropical húmeda o con características similares, en la actualidad la mayoría de la población *Embera* en el departamento de Antioquia, se encuentra asentada en áreas alejadas de los centros urbanos, extendiéndose ampliamente dentro del territorio y con condiciones complejas de acceso (Gobernación de Antioquia, 2017).

Según las encuestas del DANE, los indígenas *Embera* del departamento de Antioquia están ubicados en los municipios de Dabeiba, Frontino, Uramita, Ciudad Bolívar, Jardín, Pueblo Rico, Támesis, Urrao, Valparaíso, Nechí, Mutatá, Vigía del Fuerte, Apartadó, Arboletes, Chigorodó, Murindó, Anorí, Segovia, Remedios, Vegachí, Ituango; cuyo territorio se caracteriza por la diversidad en sus pisos térmicos, pues va desde la selva húmeda tropical hasta la selva montañosa (Gobernación de Antioquia, 2017).

Dentro de su propio sistema, los *Embera* tienen delimitados algunos territorios, los cuales tienen una funcionalidad concreta y de profundo significado para la comunidad, como lo son:

Los lugares prohibidos, suelen ser zonas de reserva en donde no se pueden realizar actividades de caza, siembra o recolección de madera, pues estos son considerados lugares habitados por sus creadores (Gobernación de Antioquia, 2017).

Los lugares encantados, pilares del aprendizaje espiritual y armonía dentro de la comunidad, pues allí habitan los espíritus guías y el ingreso a estos lugares es restringido (Gobernación de Antioquia, 2017).

Y finalmente, los lugares comunales, que son los territorios donde se desarrollan todas las actividades productivas, de conservación y festividades (Gobernación de Antioquia, 2017). El irrespeto a estos lugares o el uso de los mismos de manera inapropiada puede ocasionar enfermedades, siendo el territorio uno de los condicionantes del estado de salud para estas poblaciones.

En estos últimos lugares, la comunidad indígena desarrolla su modelo productivo de auto sostenimiento, el cual es muy diversificado, gracias a la variedad climática donde se ubican sus territorios, lo que les ha posibilitado mantener distintos cultivos que forman la base de su alimentación como son el cultivo de plátano, maíz, yuca, café, caña de azúcar, cacao, entre otros.

En los últimos años, estos territorios y a su vez el bienestar de esta población, se han visto afectados con distintas problemáticas, como la presencia de grupos armados al margen de la ley, la militarización del territorio, la presión por intereses mineros, agroindustriales y forestales con consecuencias como los conflictos internos, la fragmentación de las comunidades y el

desplazamiento o migración de grupos indígenas a las cabeceras municipales, por la búsqueda de mejores condiciones de vida, necesidades de educación o por amenazas contra la vida (Sandoval Castaño, E.A, 2016).



Nota: Mapa de Antioquia señalizando el territorio donde se ubican los Embera eyavida. Fuente: Google Maps

7.8 Medicina tradicional en el pueblo indígena *Embera*



Nota: Pintura simbólica Embera alusiva al ritual de sanación que realiza el jaibaná. .Fuente: Google

La medicina tradicional se define como la ciencia silenciosa que protege la naturaleza, se refiere a las prácticas antiguas que se desarrollan con el fin de combatir las enfermedades, así mismo se le conoce a la medicina natural obtenida de la selva y el campo, que no están en

contacto con la química occidental, medicamentos extraídos de diferentes partes de plantas y animales considerados sagrados; preparados con sus manos, aplicando antigua sabiduría, conocimiento espiritual, y conjugándolos con los poderes que les da la Madre tierra (Cardona Arias, J. A, 2012). En pueblos como el *Embera katío* se reconoce a los *jaibaná* como especialistas espirituales que curan en el sueño y con el canto, para realizar esta curación se realiza un ritual llamado *benekuá*, en el que se invocan espíritus para purificar un enfermo o al territorio (Espinel Jara, V, Tapia Paguay, X, Castillo Andrade, R, 2017).

Viviana Espinel et al, consideran que “la medicina tradicional, se basa en leyendas, cuentos, historias, ceremonias, rituales, disfraces y contactos con la naturaleza, que hacen referencia a la sabiduría milenaria, en donde se mezclan la cosmovisión indígena, el poder espiritual, el conocimiento para el uso de plantas y animales, combinado con la magia y los poderes dados por la jungla, montañas, ríos, lagunas, cascadas, el calor, el frío, el aire, el fuego, la lluvia, el arco iris, el sol, la luna y las estrellas” (Espinel Jara, V, Tapia Paguay, X, Castillo Andrade, R, 2017).

Este conocimiento ha sido reconocido incluso por la Organización Mundial de la salud que, en 2013, expresó que la medicina milenaria tradicional es muy importante, pero que generalmente en los servicios de salud formales se subestima junto con aquellos involucrados en su práctica; históricamente se ha utilizado para mantenerse sano, imposibilitando de este modo la realización de estrategias y tratamientos efectivos en pro de garantizar su derecho a la salud (Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. 2012).

A raíz de esta conexión que las comunidades tienen con el territorio, la naturaleza y energías espirituales, ellos consideran que cuando un ser nace, tiene un ciclo de vida predestinado por los *Aripulakena*, así como un momento específico para morir. A través de la

investigación principalmente cualitativa, se describen las creencias que tienen sobre el origen de la enfermedad; los *Embera* definen la enfermedad como un desequilibrio en las dimensiones física, psíquica, espiritual, social o ambiental, el cual puede ser generado por tres causas, en primer lugar ellos piensan que la enfermedad se debe a un desequilibrio con las energías positivas o al distanciamiento del indígena de su vida espiritual o lejanía de *bajía* (mundo celestial), otra causa puede ser por el contacto con energías negativas o espíritus malignos y por último ellos la atribuyen al mestizaje (Matapí, U. Melendez, I. Pérez, M. García, C. Rodríguez, R. Martínez, G, 2013).

Desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, la interacción entre las condiciones biofísicas, ecológicas y socio culturales de los territorios, definen en la mayoría de los casos, las bases de sus condiciones de salud. Las prácticas en torno a la alimentación van de la mano con estas creencias culturales, para los *Embera*, los alimentos son sinónimo de vida, buena salud, alegría, unidad, amistad y prosperidad. Los pueblos indígenas consideran que quien cambia los alimentos propios por alimentos de afuera, rechazan su propia cultura, esto se acompaña de la creencia de que los cambios recientes en la alimentación han traído nuevas enfermedades, por ejemplo, la diabetes o azúcar en la sangre y problemas de tiroides, principalmente (Matapí, U. Melendez, I. Pérez, M. García, C. Rodríguez, R. Martínez, G, 2013).

7.9 Presencia de programas en el pueblo *Embera*

En el marco del seguimiento a la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T- 025 de 2004, la corte constitucional declaró al pueblo *Embera* en riesgo de extinción física y cultural en el Auto 004 de 2009; por lo cual, se debe elaborar un Programa de Garantía de los Derechos de los Pueblos Indígenas afectados por el desplazamiento,

y además un plan salvaguarda que aborde las situaciones que exponen a este pueblo al riesgo de extinción física y cultural (Corte constitucional, 2009).

El contacto permanente de los *Embera* con la cultura occidental, ha generado una pérdida importante de sus conocimientos, usos y costumbres propias; a raíz de esta situación organizaciones como la OIA (Organización Indígena de Antioquia), se desarrollan programas que tienen que ver con la recuperación de sus costumbres ancestrales, recuperación del lenguaje además de prevención y promoción de la salud, , sin embargo los esfuerzos siguen siendo insuficientes si tenemos en cuenta que estos pueblos cada vez sufren las consecuencias de una globalización que ya alcanzó permear sus territorios (Ministerio de Cultura, 2019).

8. Metodología

Para el abordaje de este ejercicio investigativo con la comunidad indígena, se optó por un enfoque de investigación cualitativo, con metodologías etnográficas, que permitieron conocer las percepciones de la población desde sus vivencias y creencias respecto a estas enfermedades, componentes que en este grupo poblacional tiene gran relevancia y asociación con la comprensión de sus entornos.

La importancia de este enfoque radicó en el encuentro cara a cara con la comunidad, que condujo a la obtención de información centrada en los saberes propios de este pueblo, para quienes la salud depende, en gran medida, de la construcción cultural, donde la persona y sus estructuras sociales están cimentadas en valores, prácticas y vivencias, cargadas de significados e imaginarios que es preciso conocer y comprender (Vanegas B, 2010).

8.1 Acceso al campo

El ejercicio investigativo estuvo enmarcado en la población *Embera Eyabida* de Llanogordo, ubicada en el Urabá Antioqueño, pertenecientes a la OIA, a través de la cual se

llevó a cabo el acercamiento; para ello se contó con el acompañamiento de la funcionaria Yesica María Echavarría; quien fue el puente entre la comunidad y nosotros como estudiantes. Debido a la resistencia que en muchas ocasiones estas comunidades tienen con el ingreso de personas ajenas, la funcionaría medió en el proceso de recolección de información, el cual se desarrolló en la semana de receso por motivos de semana santa; nos desplazamos al sitio para hacer el proceso de observación y aplicación de demás métodos de recolección de información.

Entre las ventajas que tuvimos para el desarrollo de este trabajo, estuvo el hecho de contar con una figura cercana a la comunidad, gracias a esto los participantes presentaron una mayor disposición y tranquilidad para colaborar.

Dentro de las limitaciones encontradas están, las dificultades de ingreso al territorio, condiciones climáticas adversas, lo hermético de abrir su cultura al hombre occidental, además de un predominante uso de la lengua nativa en sus intervenciones, cuya traducción era limitada.



Nota: Vivienda tradicional indígena, construcción en tambo. Fuente : Google



Nota: Territorio montañoso y vegetación autóctona. Fuente: Google.

8.2 Criterios de inclusión y exclusión

La población participante del estudio debió cumplir con los criterios establecidos, entre estos estaban, que el (la) participante perteneciera a la comunidad *Embera Eyabida* de Llanogordo, residiera en ella y fuera mayor de edad, y se excluyeron a quienes no cumplieron con estos requisitos.

8.3 Recolección de la información

Para captar el saber de la comunidad *Embera Eyabida de Llanogordo*, con relación a las enfermedades, se tuvo en cuenta su cultura e historicidad y el entorno geográfico en el cual se desenvuelven con el fin de lograr los objetivos, teniendo en cuenta que la población abordada presenta cualidades específicas desde su cultura y oralidad, se aplicó una etnometodología denominada el “círculo de la palabra”, cuyo origen hace parte de la tradición milenaria utilizada por los pueblos indígenas para transmitir saberes, donde la espiritualidad y el concepto de

humanidad prevalecen sobre los conceptos individuales. Esta sabiduría ancestral concibe el territorio como un lugar sagrado donde interactúa con la naturaleza y los animales en un sentido profundamente integrador, donde adquieren gran relevancia las plantas sagradas como relación directa con la Pacha Mama (tierra) (Universidad Nacional, 2016). Esta estrategia permitió que los participantes estuvieran en mayor comunión con su cosmovisión del mundo, y se pudo abordar los conocimientos que giran alrededor de ellos, como son la alimentación, la salud, las enfermedades, su territorio y los comportamientos que pueden quebrantar el equilibrio y bienestar de los hombres.

Otra de las estrategias implementadas fue la observación, técnica definida como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado"; esta herramienta sirvió para comprender el contexto que se estudió desde las situaciones que la componen y por medio de las cuales se desarrolla; en este caso esta observación estuvo dirigida a determinar aspectos como el territorio, los sistemas de cultivo y prácticas cotidianas de la población, permitiendo tener acceso a la "cultura entre bastidores" obteniendo también una descripción ricamente detallada, de comportamientos, intenciones, situaciones y eventos que se presentaron en la dinámica de la comunidad (Kawulich, Barbara B, 2006).

Para el registro de la información obtenida por medio de la observación, cada uno de los investigadores desarrolló un diario de campo, que permitió sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados. Este instrumento hace posible la narración secuencial de lo observado, y sirve para proyectar las reacciones de la persona que investiga durante el ejercicio de su actividad, "admite identificar el nivel y desarrollo del sentido crítico a cada individuo y le posibilita en aras de la formación, crear mecanismos o incluir estrategias que favorezcan el

análisis profundo de las situaciones y la toma de posturas, incluso públicas, coherentes con el profesionalismo y la ética”(Alzate T, Puerta A, 2008).

8.4 Sistematización de la información

Las diversas metodologías aplicadas, permitieron comprobar la validez de la información y además, nos dio la oportunidad de escuchar sus voces y la información que cada uno de los participantes tenía sobre la temática objeto de investigación; desde la escucha, la escritura, la observación de sus expresiones, acciones y comportamientos surgidos en el círculo de la palabra, se fue entretejiendo las categorías planteadas y las emergentes, que evidenciaron su reconocimiento como comunidades particulares y altamente vulnerables.

8.5 Aspectos éticos

Esta investigación se realizó en el marco de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; con el fin de que este trabajo cumpliera con todo el rigor ético, y la integridad de los participantes no se viera afectada, por lo cual esta investigación se clasifica con un riesgo mínimo (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993) (Asociación Médica Mundial AMM, 2008).

La participación en este estudio fue voluntaria, la información que se obtuvo no se usó para ningún otro propósito diferente al académico.

9. Resultados y discusión

Los participantes del ejercicio investigativo fueron 22 personas entre hombres y mujeres, en edades entre los 20 y los 60 años, que cumplieron los criterios de inclusión, pertenecientes a la comunidad *Embera Eyabida* del resguardo *Sever* de Llanogordo, quienes se dedican a los

oficios cotidianos de siembra y recolección agrícola para el autoconsumo y como fuente de ingreso venden su fuerza de trabajo a quien requiera.

9.1 Acercamiento a los conocimientos de la comunidad *Embera Eyabida* del resguardo *Sever* de Llanogordo en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para los pueblos indígenas, la noción de salud va más allá de la ausencia de enfermedad; para ellos, este concepto obedece al equilibrio y la armonía que se encuentra entre el dualismo cuerpo y alma. No obstante, la inserción de otras culturas ha ocasionado un aumento en la presencia de patologías que anteriormente ellos desconocían, generando la necesidad de integrar su sabiduría ancestral, con aquellos conocimientos que denominan occidentales. Por su parte, los conocimientos transmitidos por generaciones no han tenido variaciones con el paso del tiempo, ni se han adaptado al contexto epidemiológico actual, caracterizado por una creciente aparición de enfermedades no transmisibles, las cuales se relacionan con los cambios en los patrones alimentarios y en la actividad física, además de los factores ambientales que influyen nocivamente sobre estas variables.

La falta de información, con respecto a las enfermedades características de la sociedad de hoy, se ve reflejada en lo expresado por la comunidad *Embera Eyabida* del municipio de Dabeiba, resguardo *Sever* de Llanogordo, en donde se presenta una confusión generalizada sobre los conceptos de ENT, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial; con respecto a estas, ellos expresan: “*De pronto si hemos escuchado, pero uno no se acuerda*”CPM3, al citarlas surgían descripciones tales: “*es como la tuberculosis y el VIH, la azúcar y gastritis*”CPMH2,7; esto deja ver, que ellos sí tienen conciencia de la presencia de estas

enfermedades, pero no las identifican claramente, impidiendo que se lleven a cabo tratamientos efectivos cuando dichas afecciones se presentan dentro de la comunidad.

La colonización de los territorios ancestrales y el permanente contacto con la población mestiza ha generado cambios de manera global en su estructura tanto social, política, económica y cultural; trayendo como consecuencias una marcada desigualdad, pobreza y abandono por parte del Estado, factores que convergen negativamente, deteriorando el estado de salud y bienestar de estas poblaciones, que cada vez son más vulnerables.



Nota: Escultura tallada en madera, representa ritual de sanación con médico tradicional.

9.1.1 Diabetes: “la enfermedad del azúcar” en los *Eyabida*

La incidencia de diabetes tipo II ha aumentado dramáticamente, siendo frecuente su presencia en todo tipo de poblaciones, incluyendo etnias indígenas; estudios realizados por el Ministerio de Cultura en 2009, han demostrado que cuando los naturales de una comunidad nativa tiene contacto con la cultura occidental, la prevalencia de diabetes aumenta; dentro de los factores que se han relacionado con su aumento están, regímenes alimentarios ricos en carbohidratos, ingesta de alcohol y una notable reducción de la actividad física, además de los

factores predominantes en los entornos y los modos de vida urbanos (Ministerio de cultura, 2005). Adicional a esto, la carencia de programas diferenciales por parte del Estado, para prevenir el desarrollo de esta enfermedad, propicia las condiciones que empeoran el riesgo en estas poblaciones.

En la comunidad *Embera Eyabida* de Llanogordo, la diabetes no se conoce de esta manera, ellos la denominan “*la enfermedad del azúcar*”, cuyo concepto se basa en las creencias y vivencias de algunos casos dispersos, según lo expresado por los asistentes, “*he escuchado que cuando alguien tiene azúcar es que el corazón tiene como ya dificultad para trabajar, cierto, entonces debe trabajar más, debe hacer más pulsación para poder circular la sangre por todo el cuerpo*”(CPH12), para ellos, esta enfermedad presenta múltiples manifestaciones que no son coherentes con la información científica, ellos manifiestan que “*la persona que tiene azúcar en la sangre, o azúcar pues, dicen que se acaba la sangre, y que uno empieza a doler la cabeza, da fiebre, bueno, de todo un poquito en el cuerpo*”(CPH13), este testimonio reafirma el desconocimiento que tienen en torno a esta enfermedad, mostrando confusión respecto a síntomas que son característicos de otras patologías.

Así mismo, la gravedad de la enfermedad radica en las condiciones de cada individuo y en la naturaleza de esta, pues a veces su origen va más allá de lo físico y trasciende a lo espiritual.

9.1.2 Hipertensión: dificultad para respirar desde los *Eyabida*

Un estudio realizado en 2012 por Cardona et al. en *Embera Chamí* del departamento de Caldas, encontró, que estos presentaron alteraciones leves en sus niveles de presión arterial, pero es la falta de control y tratamiento, lo que influye en el desarrollo y complicación de la enfermedad (Cardona-Arias, Jaiberth A. 2012). Para los indígenas *Embera Eyabida* de

Llanogordo, el concepto de hipertensión no se conoce, al igual que la sintomatología asociada a este; la comunidad, entiende esta afección, como un desequilibrio en el estado de salud, para ellos está asociada a la “*dificultad para respirar*”(CPH17), la mayoría refiere desconocer el tema, como lo sustentan estos comentarios “*Nunca hemos escuchado*”(CPMH6,20,22), esto deja entrever que además del desconocimiento que presentan los indígenas frente a estas problemáticas, no existe un acompañamiento permanente del sistema de salud en la sensibilización de enfermedades como la hipertensión, y a pesar de que han sido caracterizados y están inmersos en las orientaciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, sus intervenciones no están siendo efectivas, lo que puede relacionarse con la descontextualización de la atención primaria en salud para los pueblos indígenas.

9.1.3 La obesidad y las denominaciones de los *Eyabida*

La alta prevalencia de desnutrición aguda y crónica en los *Embera* ha sido motivo de preocupación para el gobierno, pues algunas etnias indígenas, superan los promedios nacionales; sin embargo, si se analiza la otra cara de la moneda, la obesidad, aunque no tiene una marcada prevalencia en la actualidad de estas comunidades, es una condición que viene creciendo y que a futuro puede convertirse en una problemática que aumentaría el riesgo de extinción de esta cultura.

Las alteraciones en la composición corporal, han sido atribuidas a las modificaciones del sistema alimentario indígena basado en la cacería, pesca y recolección agrícola; estos cambios han llegado a la vida en comunidad, por las transformaciones en los estilos de vida, donde es creciente la necesidad de tener un mayor contacto con las poblaciones occidentales para distintos fines, ya sean educativos, laborales, médicos u obtención de bienes; es precisamente este contacto intercultural, el responsable de volver imprescindibles en la dieta productos como el

arroz, enlatados, gaseosa y panadería, comportamientos que modifican los patrones alimentarios tradicionales, además de provocar el incremento de los costos de vida; sumado a ello, esta problemática se torna más grave por acontecimientos como el reordenamiento territorial, la presencia de colonizadores y el conflicto armado, ocasionando una disminución de la viabilidad agro productiva que incide directamente en el estado nutricional de la población.

En los *Eyabidas* de Llanogordo, con relación al conocimiento que tienen respecto a la obesidad, se puede decir, que a diferencia de las otras enfermedades ya mencionadas, ésta en particular ha tenido un mayor impacto, pues al preguntar no titubean en dar una respuesta muy cercana a la realidad, “*obesidad es cuando tenemos una persona pasada de gordura, ya está demasiado gorda*”(CPH11), “*pasado de peso*”(CPH17), lo que es coherente en cierta medida, con la definición de OMS para obesidad, que la enuncia como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2017).

Al analizar la noción que como indígenas tienen sobre esta enfermedad, se observó que no dimensionan las implicaciones del padecimiento de esta en la calidad de vida, lo que demuestra el abandono del Estado y la poca intervención que han hecho para la protección de estas poblaciones vulnerables, que los pueden llevar a descensos poblacionales, por causas que pueden ser prevenibles con un adecuado acompañamiento en educación nutricional, educación para la salud y la importancia de la seguridad, soberanía y autonomía alimentaria y sus implicaciones para el desarrollo, mantenimiento de sus formas de vida y medios de subsistencia estrechamente relacionados con el entorno natural y el control del territorio, a través de normatividades colectivas que afirman el derecho a la alimentación, a la autodeterminación y a la defensa del patrimonio cultural (FAO,2015).

9.2 Percepciones y creencias en la cosmovisión indígena de las enfermedades

A raíz de la conexión que las comunidades tienen con el territorio, la naturaleza y energías espirituales, ellos consideran que cuando un ser nace, tiene un ciclo de vida predestinado, así como un momento específico para morir. A través de la investigación cualitativa, las percepciones son muy relevantes porque reflejan las situaciones vividas, acompañadas de los sentimientos y emociones que estos generan en cada ser; así mismo, los *Embera* definen la enfermedad como un desequilibrio en las dimensiones física, psíquica, espiritual, social o ambiental, el cual puede ser generado por tres causas, en primer lugar ellos piensan que la enfermedad se debe a un desequilibrio con las energías positivas o al distanciamiento del indígena de su vida espiritual o lejanía de *bajía* (mundo celestial), otra causa puede ser por el contacto con energías negativas o espíritus malignos y por último ellos la atribuyen al mestizaje (Matapí, U, Melendez, I, Pérez, M, García, C, Rodríguez, R, Martínez, G, 2013).

Como ejemplo de lo descrito anteriormente en el acervo *Embera* de Llanogordo, relacionan la enfermedad con la maldad en el ser humano, *“Si alguien tiene envidia, a algunos no les gusta que trabaje uno, entonces el que trabaja le hace maldad, o si hace algún problemita por ahí a alguien, enseguida hace maldad al otro, entonces ahí es que llega enfermedad a veces por una envidia, o a veces están enfermando hasta el libre también”*(CPH1), del mismo modo, ellos atribuyen los padecimientos a males enviados por sus semejantes, “puesto” lo autodenominan, *“a la creencia de nosotros, puesto es, cuando yo coloco maldad en usted o un espíritu malo, o sea un hechicero, si me entiende, eso es cómo puesto. Dicen que hay unos que le ponen a uno, ahorita hablan de ojo, eso es secreto, oración, bueno, la gente está aprendiendo mucho de eso ahorita, dizque por ensayar hacen a cualquier persona”* (CPH11). Estos imaginarios, son elementos que pueden constituir una barrera en el acercamiento para la atención

en salud a estas comunidades, predominando la concepción espiritual frente a lo biológico, donde los síntomas manifestados por las personas como mareos, pérdidas de conciencia, convulsiones, entre otros, son asociados con la magia o enfermedades ocasionadas por los espíritus negativos que rompen la armonía en la comunidad.

Desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, la interacción entre las condiciones biofísicas, ecológicas y socio culturales de los territorios, definen en la mayoría de los casos, las bases de sus condiciones de salud. Las prácticas en torno a la alimentación van de la mano con estas creencias culturales, para los *Embera*, los alimentos son sinónimo de vida, buena salud, alegría, unidad, amistad y prosperidad.

Los pueblos indígenas consideran que quien cambia los alimentos propios por alimentos de afuera, rechazan su propia cultura, en este sentido para los *Eyabida* también tienen la creencia de que los cambios recientes que se han dado en la comunidad con relación a la movilidad y patrones alimentarios han traído enfermedades desconocidas para ellos, de acuerdo a lo expresado *“Le doy un ejemplo, aquí cuando salen al pueblo a trabajar en cabildo mayor o cuando se van pa la OIA, las muchachas, allá se engruesan quedan gorditas, allá no trabajan, allá no hacen nada, todo el día con lápiz, bien sentadas escuchando el celular”* (CPH1). La percepción colectiva sobre las implicaciones de la salida de su territorio, para el cumplimiento de actividades o funciones de otra índole genera una ruptura del equilibrio de sus tradiciones y cambios en los estilos de vida.

Las conjeturas que la población tiene sobre el desarrollo de las enfermedades, están ligadas a la vida en comunidad y a las labores que cada individuo realiza, *“De pronto porque come mucho o está demasiado en la casa, sin hacer física, sin trabajar, pues sin botar el sudor, pues digo yo eso pues”* (CPH1), lo que los lleva a pensar que el hecho de estar activos o

trabajando, está directamente relacionado con la potestad de comer más sin que esto traiga consecuencias para su salud, *“no pues personalmente, yo puedo comer mucho, puedo tomar gaseosa, pan, comer mi comida al medio día bastante, sopa, cierto, carne todo, arroz a la lata, y no, no me engordo porque por ejemplo tengo deporte de 4 a 6 o de 5 a 6, y a veces me toca caminar, me toca trabajar, entonces, yo creo que es por eso que puedo comer bastante pero no me engordo.”*(CPH17) Es visible, que para ellos, la concepción de alimentación, está más ligada a la cantidad del consumo en lugar de la calidad de este, conduciendo a los problemas de malnutrición prevalente en esta población.

Sin embargo, otros piensan, que presentar estos cambios en sus cuerpos, como el aumento de peso, mareos, vómitos y dificultad para respirar, son solo síntomas que están asociados a interpretaciones de enfermedades culturales, que generalmente se cree que son de origen espiritual, parásitos malos o debilidades estomacales, *“A veces no es comida, usted puede comer pero usted si tiene parásito malo, este se le está comiendo la comida, usted cada ratico es ensuciando, mal de estómago, si come más bastante antes más se enferma”* (CPH1), pues en su cosmovisión, a ellos los atacan otros tipos de males, hasta el punto en el que se podrían auto considerar exentos de enfermedades, que son netamente padecidas por los libres (hombre blanco).

Es por ello, que en su imaginario tienen la idea de atribuir características corporales a la genética “raza”, *“ella es gorda, y toda la familia es gorda, porque como la mamá es gorda, toda la raza es gorda”* (CPH1), *“si, porque si la raza es chiquitica, todos chiquiticos”* (CPM9), *“eso es verdad, si el papa es grande, salen grandes”* (CPH21) e inclusive pueden adjudicarse a las condiciones territoriales, *“la gente de tierra caliente de la costa, es más gorda que la de tierra*

fría” (CPH18), muchas veces sin comprender a fondo, que estas características visibles, son producto de la interacción de varios factores que influyen en el desarrollo de cada individuo.

En síntesis, para los indígenas, las concepciones sobre estas enfermedades están desligadas de la nutrición, basando sus orígenes en la desarmonía con el entorno, los espíritus y la naturaleza, afianzada en la tríada hombre – naturaleza – espíritu, y la correspondencia entre comunidad y territorio.

9.3 Tratamiento y prevención de las enfermedades en los *Embera Eyabida*

Se identificó en esta comunidad un desconocimiento de las enfermedades objeto de estudio, por lo tanto, la prevención para estas no se da, pero se evidenció que la dimensión espiritual es lo más relevante para las comunidades indígenas, la cosmogonía está explícita en la madre naturaleza y sus espíritus. La espiritualidad permea el todo cultural del pueblo *Embera*, ésta incluye los espíritus de todos los elementos de la naturaleza, de los sitios sagrados, de las cosechas, del cuidado del territorio, de la salud, de los animales y de las personas que integran la comunidad.

Según Cardona el dominio espiritual es la base de la explicación de la causalidad, manejo y sanación de muchas enfermedades. Éste se divide en dos ámbitos, negativo y positivo, en el primero se genera la enfermedad por personas que atraen espíritus negativos, en este caso se logra la resolución invocando los espíritus de las plantas, de los sitios sagrados o de la madre naturaleza, según la complejidad del padecimiento; en el segundo se genera la enfermedad cuando el indígena se aleja de sus raíces, en este caso se logra la resolución a través de armonizaciones u otros ritos que permitan recuperar la espiritualidad del paciente (Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. 2012).

9.4 Categorías emergentes

En el marco de la investigación, surgieron conceptos que iban más allá de lo planteado en el proyecto, es por ello que se hace menester, la inclusión de una categoría que hace parte de la identidad de estos pueblos, como lo es la medicina tradicional y su papel en la conservación de la salud y equilibrio del pueblo indígena.

El mundo espiritual indígena como lo sostiene Cardona, presenta jerarquías, en el primer plano se ubica el espíritu de la persona, en el segundo los de las plantas, principalmente las medicinales, en el tercero el de los sitios sagrados y los guardianes y en último término el todo que es la madre naturaleza (Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. 2012). En los pueblos indígenas, como principal medida de preservación del bienestar, tienen instaurado un sistema médico tradicional, el cual se define como una ciencia silenciosa que protege la naturaleza, refiriéndose a las prácticas antiguas que se desarrollan con el fin de combatir las enfermedades, así mismo, se le conoce a la medicina natural obtenida de la selva y el campo, que no están en contacto con la química occidental, medicamentos extraídos de diferentes partes de plantas y animales considerados sagrados; preparados con sus manos, aplicando antigua sabiduría, conocimiento espiritual, y conjugándolos con los poderes que les da la Madre tierra (Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. 2012).

Así lo reafirma la información obtenida en el círculo de la palabra, *“Los viejos anteriores sabían de muchas plantas, que para el vómito, la diarrea, para todo, ya ahora todo cambió, los viejos que sabían se murieron y no le enseñaron a los muchachos”* (CPH1), *“Pa curar las lombrices lo sabían los viejos anteriores, le daban una planta, ajo con otra planta, le gustaba bebida y lo mismo una planta que nace aquí en el patio esa planta huele a ... Todos la conocen se llama paico eso le daban con agua, eso sí al otro día no podía tomar agua de panela hasta que cagara esa lombriz; hay una planta también para los que tienen otro parásito, una cosita*

pequeñita para matarlo, eso también sabían los viejos y eso era lo que daban cuando uno no comía bien, entonces le daban eso y verdad con eso mataban esa cosa que tiene uno. Pero en cambio ahora, si usted le dan una cosa amarga esa cosa maluca, entonces dicen que para que eso. Entonces yo no me tomo eso, entonces como va a curar uno al otro y ahora nada es de gratis, por cada cosa usted tiene que pagar, o ¿a usted le regalan una pastilla en el pueblo?. Entonces ellos (Jaibanás) están cobrando toda cosa hay que pagarla, para poder enseñar o para darle droga a uno, o sea hay uno si no sabe, si no tiene dinero, no recibe droga.” (CPH14).

Estos pensamientos, dejan de manifiesto una tristeza por la pérdida de sus costumbres ancestrales, que ven afectados su desarrollo en comunidad, además el legado se ha perdido, por la multiplicidad de razones que acompañan el crecimiento del mundo y lo enmarcando en la vida moderna, que se caracteriza por la obtención de recursos ante toda acción, es decir el capitalismo es una dinámica de vida que los ha permeado y que ahora han acogido.

En los *Embera* de Llanogordo, se reconoce a los *jaibaná* como especialistas espirituales, que curan en el sueño y con el canto, para realizar esta curación se realiza un ritual llamado *benekuá*, en el que se invocan espíritus para purificar un enfermo o al territorio (Espinel Jara, V, Tapia Paguay, X, Castillo Andrade, R, 2017). A pesar de la importancia ancestral que ha tenido esta figura en el desarrollo de la comunidad, en la actualidad, se ha visto una degradación de la misión espiritual que tenían designada, pues de una manera egoísta y recelosa, se han guardado sus conocimientos para aquellos que pueden lucrarlos con algún beneficio, carente del altruismo que caracterizaba este personaje.

De igual manera, esta situación se ve agravada, ante la inserción del occidentalismo en los miembros más jóvenes de la comunidad, quienes, al tener unos intereses encaminados hacia

una vida más moderna, han dejado atrás sus raíces indígenas, incluyendo el saber de la medicina tradicional y espiritual, “*ya los muchachos no conocen las plantas*” (CPH14).

Este conocimiento ha sido reconocido incluso por la OMS que, en 2013, expresó que la medicina milenaria tradicional es muy importante, pero que generalmente en los servicios de salud formales se subestima junto con aquellos involucrados en su práctica (Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. 2012); históricamente se ha utilizado para mantenerse sano, imposibilitando de este modo la realización de estrategias y tratamientos efectivos en pro de garantizar su derecho a la salud. Sin embargo, es visible que las enfermedades foráneas, no han sido exclusivas para occidentales, y aunque como raza indígena, presentan factores protectores que los benefician, no están del todo exentos de padecerlas; es por esta razón, que es necesario abordar las problemáticas de salud, desde un enfoque diferencial, intersectorial e integral, que pueda relacionar los conocimientos occidentales y tradicionales, para lograr la prevención y control de las ENT en los pueblos indígenas del país.

10. Conclusiones

El presente estudio realizado en la comunidad *Embera Eyabida* de Llanogordo deja de manifiesto el abandono por parte del Estado, quien a pesar de que otorga al pueblo indígena un espacio entre sus políticas, estas aún no son lo suficientemente adecuadas y diferenciadas para satisfacer las necesidades que presentan estas poblaciones vulnerables.

Respecto a la información que esta comunidad indígena tiene sobre las ENT como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial, se concluye que a pesar de que cuentan con una noción general de estos padecimientos, no dimensionan el impacto que estas enfermedades tendrían si llegaran a instalarse dentro de su población; es por ello que es menester el diseño de programas de salud dirigidas a la prevención de este tipo de enfermedades, teniendo como principal

estrategia la educación, pues el desconocimiento es quien ha llevado a estas poblaciones a estar en situación de riesgo.

Por otro lado, no se puede desconocer que la etiología de la enfermedad en estas comunidades va unida a un significado más místico, y eso no se debe desligar a la hora de implementar una educación integral, pues ante todo se debe promover la conservación de su identidad.

A pesar de que se ha comprobado que los factores ambientales están directamente relacionados con la aparición de ENT, esta comunidad lo atribuye a eventos que son generados por la maldad del hombre o el desplazamiento a la ciudad.

En cuanto a sus costumbres e identidad cultural, surgió la categoría de medicina tradicional, en la cual se pudo identificar a través de sus palabras, que casi se ha extinguido este conocer ancestral, que es la base de su sistema médico, pues es la conexión espiritual quien da vida a los saberes y cimiento a las prácticas realizadas en torno a la enfermedad.

El cumplimiento de los objetivos de este trabajo permitió generar conocimientos que sirven de base para el diseño de futuros proyectos, programas o intervenciones que incluyan políticas públicas diferenciales, que puedan aportar en cubrir las necesidades de las comunidades indígenas, generando mayor adherencia y aceptación de los programas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, que son las principales causas de muerte en Colombia y de esta forma contribuir a la preservación de los pueblos indígenas, de sus identidades y proteger los conocimientos tradicionales y las expresiones culturales. Lo anterior también permitirá fomentar oportunidades de empleo, por medio de personal capacitado que realice acercamientos a estas comunidades y transmita los saberes.

El desarrollo de esta investigación nos permitió poner en práctica muchos de los conocimientos aprendidos durante este recorrido de aprendizaje en la especialización de gerencia de proyectos, comprendimos desde la experiencia que la relación de la comunidad en el éxito de un proyecto es un asunto trascendental y que debe ser analizado como un pilar desde el análisis de la gestión de los proyectos, pues desde allí podemos identificar las necesidades reales de las personas, podemos vislumbrar el horizonte del proyecto, proponer objetivos realizables, planificar las actividades y el cronograma para el desarrollo de estas, nos da la oportunidad de identificar los problemas y resolverlos, permite hacer la gestión de calidad, la gestión de riesgos, la comunicación, los recursos humanos y, por supuesto, la gestión de las comunidades como un stakeholder clave en la relación estado, empresa y comunidad. En conclusión la comunidad es un elemento indispensable para el buen desarrollo de un proyecto y como futuros especialistas en el área de proyectos la cercanía con una comunidad étnica, que presenta unas barreras del lenguaje retadoras, unas costumbres, cultura y una cosmovisión diferente a nuestro entorno nos otorgó una herramienta muy valiosa, la comprensión de la necesidad de vincular el crecimiento del proyecto y su cumplimiento de los objetivos con la población adyacente al mismo y sus particularidades.

11. Bibliografía

- Alzate T, Puerta A. El diario de campo: herramienta pedagógica en educación superior. Valencia: Reproexpres; 2008, [Recuperado 7 de abril 2022]. Disponible en:
file:///C:/Users/bethc/Downloads/2541Alzate.pdf
- Asociación Médica Mundial AMM. (2008). Declaración de Helsinki. Recuperado en 26 de octubre de 2021, en: <http://https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de->

helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

-Barrera Cruz, A, Avila Jimenez, L, Cano Perez, E, Molina Ayala, M.A, Parrilla Ortiz, J.I, Ramos, Hernandez, R.I, et al. (2013) Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Rev Medica del Inst Mex Seguro Social. 51:34–57.

Recuperado 26 de Octubre 2021, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>

-Bedoya, J. U., Botero, J. D., González, C. A., Molina, D. C., Gracia, J. R., Pineda, A. F., Gabriel. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas

embera-chamí de Cristianía.

Iatreia.http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932015000100001.

-Beil L. Ancient G. Modern Meals: Poking holes in the thrifty gene hypothesis. Source Sci News. (2014) Recuperado 29 de Octubre 2021, de:

<http://www.jstor.org/stable/24367184>

-Bell, R, Smith, C, Hale, L, Kira, G, Tumilty S. Understanding obesity in the context of an Indigenous population-A qualitative study. Obesity Research and Clinical Practice

(2016) Recuperado 27 de Octubre 2021, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2017.04.006>

-Bourne, R.R.A, Stevens, G.A, White R.A, Smith J.L, Flaxman, S.R, Price H, et al.

(2013) Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. Lancet Glob Heal. Recuperado 28 de Octubre 2021, de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25104599>

-Cardona Arias, J. Rivera Palomino, Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas *EmberaChamí* de Colombia. (2012) Revista Cubana de Salud Pública, 38(3), 471-483. Recuperado 25 de Octubre 2021, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013&lng=es&tlng=es.

-*Chamí* del Departamento de Caldas-Colombia. Revista de Salud Pública, 14(4), 630-643. Recuperado 25 octubre 2021, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000400008&lng=en&tlng=es.

-Chawla Sahota, P. Genetic histories: Native American's accounts of being at risk for diabetes. *Source Soc Stud Sci* (2012) Recuperado 7 de Noviembre 2021, de: <http://www.jstor.org/stable/41721362>

-Comisión nacional de los derechos humanos (24 de marzo de 2022). el derecho a la salud de los pueblos indígenas. págs. 3-22. Obtenido de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>.

-Corte Constitucional República de Colombia. Auto 004/09. Recuperado 25 de Octubre 2021 <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>

-Crowshoe L, Henderson M, Green, M, Jacklin M, Walker B, Calam B. Exploring Canadian Physicians' Experiences with Diabetes Care for Indigenous Patients. *Can J Diabetes* (2017). Recuperado 27 de Octubre 2021,

dehttps://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1499267116308036.pdf?locale=es_ES

-De La Cruz Sánchez, E. E. (2016). La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina. *Opción*, 32(11). Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/21955>

- Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la gestión de las entidades territoriales (2016). recuperado 27 de abril 2022, de: <https://portalterritorial.dnp.gov.co/AdmEtnico/KitEEnfoque>.

-Espinel Jara, V. Tapia Paguay, X. Castillo Andrade, R. Visualization of traditional medicine from the perspective of indigenous *Kichwa of Napo* -Ecuador. *Procedia - Soc Behav Sci* (2017). Recuperado 25 de Octubre 2021, de:

https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S1877042817300411/1-s2.0-S1877042817300411-main.pdf?_tid=520de02a-bc4f-11e7-a450-00000aab0f27&acdnat=1509243632_92eaa40ba5f3e66d1a7f3378f1e7e2cd

- FAO. Comida, territorio y memoria Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos (2015). Recuperado el 28 de abril de 2022, de

<https://www.fao.org/3/i4467s/i4467s.pdf>.

-Frank S. Durden E. Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatan, Mexico. (2017)Recuperado 28 de Octubre 2021, de:

<https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0277953616306335/1-s2.0->

S0277953616306335-main.pdf?_tid=2be705a4-bc48-11e7-8b9f-

00000aab0f26&acdnat=1509240562_3c6fbb891a180fd3c2eb1e3aa71265bf

-García Castañeda, N, Cardona Arango, D, Segura Cardona, A, Garzón Duque, M.

Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión.

(2016) Revista Colombiana Cardiología, 528–534. Recuperado 28 de Octubre 2021, de:

www.elsevier.es/revcolcar

-George Bakris, M.D, Lawrence Blonde, M.D, Boulton, M.D, David D'Alessio,

M.D, Greene, E, (2017) Standards of Medical care in diabetes. J Clin Appl.:1–142.

-Gobernación de Antioquia. Pueblo *Embera*. Recuperado 7 de Noviembre 2021, de:

http://antioquia.gov.co/images/pdf/pueblo_embera.pdf

-Harris, S, Tompkins, J, Tehiwi, B. Call to action: A new path for improving diabetes

care for Indigenous peoples, a global review. Diabetes Res Clin Pract (2017) Recuperado

25 de Octubre 2021,

de: [https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0168822716302467/1-s2.0-](https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0168822716302467/1-s2.0-S0168822716302467-main.pdf?_tid=aa44be92-bc4c-11e7-99f9-00000aacb35f&acdnat=1509242492_aa6f898422d9c96970f46b22587f5c58)

[S0168822716302467-main.pdf?_tid=aa44be92-bc4c-11e7-99f9-](https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0168822716302467-main.pdf?_tid=aa44be92-bc4c-11e7-99f9-00000aacb35f&acdnat=1509242492_aa6f898422d9c96970f46b22587f5c58)

[00000aacb35f&acdnat=1509242492_aa6f898422d9c96970f46b22587f5c58](https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0168822716302467-main.pdf?_tid=aa44be92-bc4c-11e7-99f9-00000aacb35f&acdnat=1509242492_aa6f898422d9c96970f46b22587f5c58)

- Kawulich, Barbara B. La observación participante como método de recolección de

datos. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line

Journal], 6(2), Art. 43, (2006), recuperado 7 de abril de 2022. Disponible en: [http://nbn-](http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430)

[resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430](http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430).

-Matapí, U. Melendez, I. Pérez, M. García, C. Rodríguez, R. Martínez, G. Plantas y

territorio en los sistemas tradicionales de salud en Colombia. primera ed. Bogota; (2013)

Recuperado 6 de Noviembre 2021, de:

<http://repository.humboldt.org.co/handle/20.500.11761/32555>

-Mcdermott, R, Schmidt, B, Preece, C, Owens, V, Taylor, S, Li M, et al. Community health workers improve diabetes care in remote Australian Indigenous communities: results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* (2015)

Recuperado 27 de Octubre 2021, de

<https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3196/content/pdf/10.1186%2Fs12913-015-0695-5.pdf>

-Ministerio de Cultura. Caracterización del pueblo *Embera Chamí*. Recuperado el 27 de abril del 2022 de [http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Caracterización del pueblo *Embera Chamí*.pdf](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Caracterización%20del%20pueblo%20Embera%20Cham%C3%AD.pdf)

-Ministerio de interior de Colombia. Decreto 2164 DE 1995. Recuperado 25 de Octubre 2021, de: http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/1_decreto_2164_de_1995.pdf

-Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. p. 1–19.

-Ocampo, D.A, Gómez, M.P, Triana, M.A.U, Jattin, F.M, García Del Rio, C, Arrieta C.O. (2012) Hipertensión Arterial Sistémica Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial Diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica. Complicaciones de la hipertensión arterial sistémica. Tratamiento de la hipertensión arterial Crisis hipertensiva. In 2012 Recuperado 28 de Octubre 2021, de <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/capitulo4.pdf>

-Organización de la Naciones Unidas. Programas y actividades del Sistema de las Naciones Unidas por tema (2021). Recuperado 30 de Octubre 2021, de:
<https://www.un.org/spanish/issues/agenda.shtml>

-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. (2014) Recuperado 28 de Octubre 2021, de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=1029B1A076C92AD278CEAA7414EA08F9?sequence=1

-Organización Mundial de la Salud. OMS. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión (2015). Recuperado 25 de Octubre 2021, de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>.

-Organización Mundial de la Salud. OMS Obesidad y sobrepeso. (2017). Recuperado 25 de Octubre 2021, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

.-Observatorio Nacional de Salud. ONS. (2015). Informe técnico Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia.-Cardona Arias, J A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas *Emberá*

-Pamela, K. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber”. 2013
Recuperado 26 de Octubre 2021, de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/Maguiña_dp.pdf

-Piazza N. (2015) Obesidad: Definición Y Diagnóstico Antropométrico. In: Obesidad: guías para su abordaje clínico. Recuperado 25 de Octubre 2021, de
: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/obesidad-gu-iacutetas-para-su-abordaje-cl-iacutenico-2015.pdf>

-Procuraduría General de la Nación. CARACTERIZACIÓN PUEBLO INDÍGENA *EMBERA CHAMI*. (2019). Recuperado 25 de Octubre 2021: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.procuraduria.gov.co%2Fportal%2Fmedia%2Ffile%2FCaracterizacion%2520CHAMI.pdf&cflen=4968639

-Rojas de P E, Molina, R.C. (2017) Definición, Clasificación Y Diagnóstico De La Diabetes Mellitus. Revista Venezolana Endocrinología y Metabolismo.

-Romero, C. Zavaleta, C. Cabrera, L. Gilman, R. Miranda, J. hipertensión arterial y obesidad en indígenas asháninkas de la región junín, Perú high blood pressure and obesity in indigenous ashaninkas of junin region, peru. (2014) Recuperado 25 de Octubre 2021, de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a11v31n1.pdf>

-Sandoval Castaño, E.A. (2016). Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Recuperado 25 de Octubre 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

-Stoddard, P, Handley, M, Vargas Bustamante, A, Schillinger, D. The influence of indigenous status and community indigenous composition on obesity and diabetes among Mexican adults. (2011). Recuperado 27 de Octubre 2021, de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0277953611005624/1-s2.0-S0277953611005624-main.pdf?_tid=af744726-bc46-11e7-9053-00000aab0f02&acdnat=1509239923_b73fc01cf4ae566af79541f232eaf43a

-Trindade,C. Dos Santos, A. Barro, M. Maraçon S. (2014) Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Recuperado 27 de Octubre 2021, de www.eerp.usp.br/rlae

- Universidad Nacional. “Círculos de la palabra”, un juego de relatos indígenas. (2016). Recuperado el 7 de octubre de 2021, de <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/circuitos-de-la-palabra-un-juego-de-relatos-indigenas.html>.

- Vanegas B. (2010). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Revista Colombiana de Enfermería, recuperado el 7 de abril del 2022, Sitio web: <file:///C:/Users/lucia/OneDrive/Escritorio/Dialnet-LaInvestigacionCualitativa-4036726.pdf>

-Zavaleta C, Berrang, Ford L, Llanos, Cuentas A, Cárcamo C, Ford J, Silvera R, et al. (2017) Indigenous Shawi communities and national food security support: Right direction, but not enough. Food Policy. Recuperado 25 de Octubre 2021, de https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:5171/S0306919217304761/1-s2.0-S0306919217304761-main.pdf?_tid=4d8094ce-bc47-11e7-b60d-00000aacb35f&acdnat=1509240189_c60cd6cdc282a60498adeadfd44c9f7b.

12. Anexos

12.1 Anexo 1: diario de campo

Diario de Campo 11 de abril de 2022

José Felipe López Arismendy

EL DÍA ESPERADO

Para este día se tenía planeado la visita a campo, la cual se realizó en la vereda Llanogordo del municipio de Dabeiba. Para desplazarse a este lugar los estudiantes en compañía de Jesica, representante de la OIA, tomaron transporte en el casco urbano de este municipio, no obstante, por condiciones del acceso surgió la necesidad de contratar motos que pudieran hacer el ingreso.

Después de resolver este inconveniente y tras un recorrido de aproximadamente 40 minutos, el transporte nos dejó en el lugar hasta donde era posible su acceso, por lo cual se terminó el ingreso a pie por un camino de herradura por el cual se desplazan los indígenas.

El gobernador de la comunidad nos encontró en el camino para recoger los suministros con los cuales se prepararía el almuerzo. Finalmente, y tras una caminata de aproximadamente 30 minutos el grupo de trabajo arribó a la comunidad donde sus habitantes estaban dispuestos en la escuela para dar inicio a la actividad; después de saludar a cada uno de los indígenas con un apretón de mano el gobernador pidió a todos pasar al lugar donde se llevan a cabo sus asambleas y reuniones. La señora Jesica hizo un saludo inicial agradeciendo la respuesta de la comunidad a esta invitación, así mismo presentó brevemente a los profesionales quienes dirigirían el encuentro.

El señor gobernador tradujo en su lengua natal la introducción y el saludo, agradeciendo a los profesionales su presencia. El nutricionista José López inició el encuentro con un saludo y agradecimiento; la nutricionista Lucía Burgos también realizó su presentación explicando el propósito del trabajo y la metodología; este fue traducido en su lengua por su gobernador, el cual les preguntó a los asistentes por su participación,

dándose a conocer que aceptaban participar y que permitían el registro escrito de los datos obtenidos.

Después de la introducción, el nutricionista José López dio inicio al círculo de la palabra con la pregunta: ¿qué creen ustedes que es una enfermedad crónica? Esa pregunta dio inicio a la conversación que generó dudas e inquietudes para los participantes, quienes expresaron su desconocimiento por estos términos y enfermedades y dejaron fluir sus palabras.

Antes de retirarse los estudiantes compartieron un plato de sancocho con la comunidad.

EL GRAN DÍA

Esta experiencia fue realmente increíble, el hecho de poder trabajar con este tipo de comunidades es algo que me generaba mucha emoción, las expectativas se superaron, la comunidad fue muy atenta y asertiva con nosotros y nos permitieron escuchar su conocimiento, además que permitieron dar nuestras opiniones y conocimientos.

Considero que la metodología fue adecuada pues ellos mostraron gran habilidad para expresar sus opiniones a través de la palabra, dándonos la oportunidad de fortalecer los conocimientos y aclarar aquellos aspectos que estaban un poco dispersos.

Es real que no basta solo con planear cada uno de los temas a trabajar ya que siempre surgen imprevistos que debemos sortear, aun así, estar tranquilos y buscar alternativas fueron la base para que los resultados fueran los esperados.

Más allá de las experiencias vividas que claramente son de vital importancia, lograr los objetivos planteados desde nuestro trabajo investigativo me genera mucha satisfacción, sin embargo, los hallazgos me generan gran inquietud ya que identificamos que el conocimiento que esta población tiene sobre las patologías tratadas es erróneo lo cual puede poner en riesgo su salud e integridad. Otro aspecto que me causó mucha inquietud es evidenciar ciertos comportamientos culturales que tienden a ser machistas, lo que observé en la poca participación de las mujeres para opinar, lo cual comprendo que sea cultural, sin embargo, siempre he tenido pensamientos muy críticos por lo cual se me hace difícil no sentir un poco de molestia ante el hecho de que la mujer sea vista solo como la empleada y engendradora de hijos. Otra situación que me generó un poco de tristeza fue el saber que los conocimientos de sus ancestros que tienen tanto valor y relevancia se están perdiendo, que los jóvenes ya no tengan interés para conocer de su cultura y más aún que los ancianos que cuentan con esta sabiduría estén convirtiendo esto en un negocio haciendo más importante el hecho de ganar dinero a brindar un servicio a los demás.

Esta experiencia me dejó muchas enseñanzas entre las que encontramos que no se puede estar predispuesto, cuando llegas y tienes la oportunidad de conocer a las personas se van dando las pautas de cómo debes trabajar y cómo puedes hacer que se logren los objetivos. En ocasiones somos demasiado cuadrículados y el trabajo con personas exige que seamos más abiertos y dispuestos a ponerse en los zapatos del otro, intentando ver las cosas desde su perspectiva e intentando entender su realidad.

Diario de Campo 11 de abril de 2022

Lucía Burgos Higueta

Parte Objetiva

El día de hoy fue la fecha en que accedieron a recibirnos en la comunidad indígena; Yesica, la persona de la OIA responsable de la comunicación con el cabildo, tenía todo organizado, el traslado hasta Llanogordo y el mercado que debía llevarse para compartir con los indígenas un almuerzo, además de los tiempos en los cuales realizaríamos la actividad.

El motocarrito, como le llaman aquí al transporte local, nos recogió a las 9 de la mañana; el recorrido hasta el cabildo, tenía una duración de aproximadamente 40 minutos por la vía Antadó, el camino era pedregoso y seco. Habíamos avanzado unos 10 minutos, cuando llegamos a una obra, donde se había ido la banca y el paso era mínimo; el motocarrito no podía pasar, hablamos con los jefes de la obra, para mirar si habría alguna manera de cruzar, y hasta “volíamos pala” para despejar el camino, pero no había forma de que el motocarrito pasara en ese lugar tan estrecho, por lo que nos tocó cambiar el plan, y llamar tres motos para continuar nuestro camino.

Ya con el transporte solucionado, pudimos retomar nuestro plan sin más contratiempos, y al cabo de unos 25 minutos llegamos al trapiche hasta donde llegaba la carretera; en ese lugar teníamos pactado encontrarnos con el gobernador del cabildo, pero no estaba, por lo que Yesica nos sugirió dejar el mercado allí y seguir el camino, pues para llegar a la comunidad debíamos caminar aproximadamente 40 minutos por trocha.

Así que decidimos emprender la caminata, el suelo era pantanoso y resbaladizo, el clima era caluroso y húmedo, la vegetación era densa y variaba, había cultivos de plátano, café y caña. Tras unos minutos de andar en este paisaje, nos encontramos al

gobernador, quien iba a caballo y que se le había hecho tarde para ir a nuestro encuentro, el saludo fue corto pero caluroso, y siguió su camino para recoger el mercado que habíamos dejado en la carretera.

Transcurridos una media hora llegamos al cabildo, caracterizado por sus casas en tambo y estructuras en madera, con sus ocupantes vistiendo trajes típicos y coloridos; al avanzar un poco más, se encontraba la escuela y la casa de las monjas, construcciones con modelos totalmente occidentalizados.

Al llegar a la Maloka, las personas que participarían en el círculo de la palabra se encontraban reunidos, entre ellos mujeres, hombres y niños, alrededor de 30 personas, a los cuales saludamos uno por uno. Tras el saludo, inició entonces la presentación por parte de Jesica, quien realizó una breve introducción a cerca de lo que haríamos con ellos, y alentó al grupo a ser participativos durante el tiempo que compartiéramos.

Posteriormente, procedimos a presentarnos, y a contarles el objetivo de la investigación y después de esto, se dio inicio al círculo de la palabra.

Durante el círculo de la palabra, se tocaron temas relacionados con la investigación, como la enfermedad, la obesidad, la diabetes, los estilos de vida, la actividad física, desde la vida en comunidad, dando respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

El encuentro duró una hora y treinta minutos, y se presentó mayor participación por parte de los hombres de la comunidad. Tras finalizar la actividad, compartimos el almuerzo que las mujeres de la comunidad nos habían preparado con los insumos que les

llevamos y agradeciendo la colaboración de la comunidad, emprendimos el viaje de regreso.

Parte subjetiva

El día inicio con la gran expectativa de poder iniciar con la recolección de datos y seguir avanzando finalmente en la investigación, sentía mucha emoción por poder vivir esta experiencia, pues me apasiona conocer otras culturas.

Todo iba marchando bien, hasta que nos encontramos esa obra en reparación por la pérdida de banca, en ese momento nuevamente sentí que no habría posibilidad de continuar, que tendríamos que reprogramar y ya el tiempo presupuestado para esta actividad se estaba agotando. Afortunadamente no duró mucho la incertidumbre, y se pudo encontrar la manera de seguir avanzando.

El camino hasta la comunidad fue largo, dotado con gran variedad de paisajes y colores, y con esa particular carga espiritual que para mí se vuelve latente cada que tengo la oportunidad de acercarme a estas culturas ancestrales, en cuanto a las condiciones climáticas, eran cambiantes, la humedad palpable y parecía que fuera a llover más tarde.

A la llegada a la comunidad nos encontramos con todas las personas reunidas esperándonos, con sus expresiones expectantes, pero con un trato caluroso; saludamos a cada persona allí, y posteriormente pasamos a la Maloka para dar inicio al círculo de la palabra.

Este último fue presidido por Yesica y el gobernador del cabildo, quienes invitaron a la comunidad a la participación y colaboración con la investigación y explicaron que la información recolectada sería para temas netamente académicos y que

para proteger su información, identidad y privacidad, no se podría ingresar al espacio sagrado con equipos de grabación o captación de imágenes, pero nos permitían tomar notas escritas de sus voces, aclarado esto, proseguimos con la respectiva presentación y contextualización del estudio, cuya aceptación fue generalizada al tener claras las condiciones, posterior a esto, entramos en materia y nos sumergimos en su ritual. Durante el encuentro observé que la participación estaba completamente monopolizada por los hombres, que las mujeres hacían pocas intervenciones, y que estas se hacían, cuando eran animadas por el gobernador, y muchas de estas intervenciones se hacían en su mayoría en lengua.

A nivel general, pudimos abordar todos los temas que dan respuesta a los objetivos que nos planteamos durante la investigación, y toma mucha relevancia, el hecho de que nos encontráramos con una situación en la que los miembros de la comunidad tienen un desconocimiento grande de estas enfermedades que ya están llegando a sus territorios, y es preocupante, porque no saben que síntomas monitorear, o en que hábitos no incurrir para evitar el padecimiento de estas.

Esta experiencia concluye con una crítica generalizada a la atención en salud, regido bajo este sistema actual de salud tan carente, que permite ampliar la vulnerabilidad de los pueblos indígenas de nuestro país.

Tras el conversatorio, compartimos un delicioso almuerzo realizado por las mujeres de la comunidad. El tiempo que vivimos con ellos, suma una grata historia para mi vida y me deja con el compromiso de aportar algo desde nuestros hallazgos en esta investigación para contribuir a su calidad de vida.

12.2 Anexo 2: Entrevista

Entrevista Al Gobernador De La Comunidad Llano Gordo

Distribución de los hogares: cercanos, muchas personas en un hogar, a los 19 años tienen de 4-10 hijos

Vías de acceso: carretera destapada, pero con acceso de vehículos, hasta la mitad del camino después del camino a pie, por zonas de cultivo.

Tipos de cultivo: maíz, frijol, yuca, plátano, maracuyá, limón, caña.

Tipos de vivienda: en tambo, madera, cemento.

Acceso a servicios públicos: luz, parabólica, agua de nacimiento.

Composición de hogares: todos los que cocinamos en la misma olla.

Acceso a servicios de salud: al pueblo, *Jaibaná*.

Acceso a educación: propia, gobierno.

Fuente de donde provienen los alimentos: alimentos procesados, poca gaseosa, dulces, panela.

Factores de riesgo: no fuman cigarrillo, no alcohol, consumen tabaco, chicha fermentada de caña para rituales.