

# Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía, 2010

## Ancestral worldview and understanding of the concepts of health, care and nursing in the population of a muisca reservation in Chía, 2010

Olga Stella Díaz U.<sup>1</sup>

Margarita Callejas A., Pamela Jineth Camargo S., Ingrid Johanna Correal M., Francia Tatiana Cruz G., Adriana Carolina Hernández G., Luz Adriana Reina C., Sandra Lorena Reina S., Jennifer Cinthia Rotavista A., Heidy Andrea Zamudio R., Alex Julián Pacheco P.<sup>2</sup>

### RESUMEN

El reconocimiento, fortalecimiento y recuperación de prácticas de cuidado en culturas diversas favorece la calidad de las acciones de enfermería; el Enfoque Biopsicosocial, cultural y espiritual y la teoría Transcultural aportan a este objetivo y sirven de soporte al diseño de estrategias orientadas a preservar, adaptar y reestructurar los cuidados culturales; acciones que desde la comprensión de la salud en este grupo, se propone sean lideradas por el profesional de enfermería.

La investigación descriptiva cualitativa contó con la participación voluntaria de familias y líderes muisca reconocidos como cuidadores por la comunidad; se presenta como abordaje metodológico que posibilita reconocer la comprensión actual de los conceptos salud, cuidado y enfermería. La información recolectada mediante la observación, encuestas y entrevistas, en las categorías enunciadas, se analizó por triangulación de fuentes y de investigadores.

Se identificó un marcado proceso de aculturación en las tres categorías analizadas: el concepto “cuidado” guarda mayor proximidad con la cosmovisión ancestral; la comprensión de la salud no incorpora dimensiones reconocidas ancestralmente; y, la enfermería se identifica como un “quehacer” propio del género femenino que articula las dimensiones comunicacional, afectiva y

### ABSTRACT

The recognition, empowerment and recovery of care practices in different cultures improves the quality of nursing actions; the Biopsychosocial, cultural, and spiritual approach and Transcultural theory contribute to this goal and serve to support the design of strategies to preserve, adapt and restructure culture care actions; actions, from our view of health, proposed to be led by the nurse.

Qualitative descriptive research, which included the voluntary participation of families and muisca leaders, recognized as care givers by the community, is presented as a methodological approach that allows the recognition of the current understanding of the health, care and nursing concepts. The information, collected through observation, surveys and interviews in the listed categories, was analyzed by triangulation of sources and researchers.

A pronounced process of acculturation was identified in the three categories analyzed: care concept is more approximated to the ancestral world view; the health understanding does not include recognized ancestral dimensions; and, nursing is identified as a “to do” characteristic of the female gender that articulates the communication, emotional and security dimensions close to that described as care by health leaders ancestors.

**Keywords:** biopsychosocial cultural approach, health, nursing, transcultural, indigenous.

de protección próximas a lo descrito como cuidado por los líderes en salud ancestrales.

**Palabras clave:** enfoque biopsicosocial cultural, salud, enfermería, transcultural, indígenas.

Recibido: 2011-02-23; aprobado: 2011-06-15

1. Enfermera. Psicóloga. Magister en Educación. Docente, Universidad El Bosque, Directora Trabajo de Grado. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: olgadiasmus@gmail.com , diazolga@unbosque.edu.co
2. Estudiantes de Enfermería de X Semestre, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

“El cuerpo es naturaleza, es la voz viva de la naturaleza y es guardián de la naturaleza.  
Todo ser viviente está unido a la madre tierra”  
*Mamo Sierra Nevada de Santa Marta*

“The body is nature, is the living voice of nature and is the guardian of nature.  
Every living thing is linked to Mother Earth”  
*Mamo -Sierra Nevada de Santa Marta*

## INTRODUCCIÓN

Los grupos indígenas hacen parte de la diversidad étnica y cultural que caracteriza la sabana de Bogotá; algunos de ellos se encuentran organizados en resguardos, estructura heredada de la tradición hispánica, reconocida en la actualidad como estrategia para su conservación frente a condiciones adversas que generan procesos de aculturación y a la exclusión histórica de los diferentes escenarios de discusión que orientan el desarrollo de las naciones, en los que se desconocen las particularidades, apreciaciones, organizaciones propias de estos grupos, es decir su cosmovisión (1).

El heredero de la tradición indígena, actual habitante de los resguardos, se reconoce como miembro de una comunidad que soporta su sentido de pertenencia en la relación con el otro y la naturaleza y en la preservación y recuperación de saberes tradicionales, desde donde construye el Plan de Vida de y para su comunidad.

El informe realizado por la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos y UNIFEM Región

Andina (2), aunque destaca avances en la capacidad de organización y representación frente al Estado de las comunidades indígenas, también señala que en Colombia, a pesar del crecimiento económico, estos grupos viven en situación de extrema pobreza, marginación y discriminación, sin acceso adecuado a la salud y la educación. El Relator Especial de Naciones Unidas, James Anaya, identificó el conflicto armado, el desplazamiento forzado, los homicidios, la falta de alimentos, el reclutamiento, la vinculación de niños y niñas indígenas a la guerra, las condiciones de aislamiento territorial, el atraso, las barreras raciales y la desigualdad de oportunidades, junto con la falta de conciencia social y los incipientes procesos de inclusión, como factores que afectan de manera negativa el logro de sus derechos a pesar de la amplia normatividad que tiene como propósito su garantía.

Se pone de relieve el requerimiento del Estado y de los líderes de las comunidades para realizar acciones tendientes a asegurar la inclusión, el reconocimiento y efectividad de espacios de garantía de los derechos, entre ellos el de la salud, soluciones en las que el profesional de enfermería, está llamado a actuar como garante (3).

La investigación toma como referente de análisis el Resguardo Muisca de Chía ubicado en la vereda de Fonquetá, de Chía, a 25 kilómetros al noroccidente de Bogotá, capital del país; sus 201 hectáreas de territorio colectivo, inalienable, imprescriptible e inembargable se encuentran pobladas por 2700

personas organizadas en asentamientos comunicados a través de senderos que relacionan diferentes parajes. La máxima autoridad de gobierno, El Cabildo, se compone por nueve personas, siendo el Gobernador el representante político, legal y voz de la comunidad.

La mayoría de sus habitantes trabajan como asalariados de las grandes empresas agrícolas que industrializan la producción de hortalizas y floricultura. Las familias tienen huertas caseras de pequeñas extensiones, en las que siembran maíz, papa, arveja, fríjol, cubios, habas, tomate y frutales como la curuba y el tomate de árbol; manzanos, brevas, peros, ciruelos y duraznos se identifican como cultivos foráneos que se han adaptado al territorio y a la cultura alimentaria. Recientemente se ha venido promoviendo el cultivo de quinua y la recuperación de variedades de maíz, con tradicionales técnicas de producción de agricultura orgánica y tecnologías limpias (4).

El Año Nuevo Muisca, el San Pedro Muisca, el Día del Indígena de Chía así como la Navidad y las actividades de Semana Santa, junto con los eventos deportivos para la comunidad y las asambleas generales para dirigir el resguardo y presentar proyectos y propuestas, hacen parte de las tradiciones culturales de la comunidad. Como lo expresa el Gobernador: *“Los mayores son la máxima autoridad del resguardo, la palabra todavía no ha perdido su peso, la vida se vive en comunidad y la naturaleza es parte esencial de nuestra forma de vida”* [P.S.1].

En la actualidad, de manera coordinada con habitantes de otros resguardos de la sabana, se empeñan en trabajar por la recuperación de los ríos Tunjuelito y Bogotá y por la conservación de los humedales, donde se realizan sus rituales sagrados y se implora a los dioses para que la ciudad no “atropelle” la naturaleza.

El reconocimiento de este grupo, próximo al área urbana y a la capital del país, reviste especial interés, en razón a su coexistir cotidiano con una forma de ver y entender el mundo (conocimientos, hábitos y prácticas vinculadas al cuidado de la salud) diferente a la reconocida desde su cosmovisión

ancestral<sup>1</sup>, que mantiene su hegemonía y representa el influjo cultural predominante y a la presión que esta proximidad ejerce sobre los patrones culturales tradicionales, viéndose como grupo expuesto a un constante influjo aculturador, en cada uno de los ámbitos que componen la cotidianidad.

Martínez S, Chiguasque N y Casallas R (5), explican que la aproximación conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la salud tradicional, desconoce los procesos de aculturación que han experimentado las comunidades indígenas, máxime las que se encuentran en interacción permanente con los centros urbanos, y en la actualidad afirman que ésta es el producto de un triple legado indígena, africano y español, que durante años se ha entrecruzado produciendo una variada y muy compleja gama de prácticas y discursos alrededor de la enfermedad y la salud. En este sentido es de importancia conocer la dinámica actual de las comunidades indígenas en salud, desde la comprensión del fenómeno de aculturación presente e inherente al proceso mismo de la humanidad y no desde una postura tradicionalista purista que corra el riesgo de desconocerlos, minimizarlos o generar expectativas desfasadas de la realidad.

Se toman como referentes teóricos la perspectiva biopsicosocial, espiritual y cultural y los conceptos generales de la teoría transcultural, que recalca la necesidad de generar un proceso de acercamiento y reconocimiento frente a otras formas de cultura y cuidado de la salud y a partir de esta comprensión, diseñar estrategias tendientes a la preservación o mantenimiento, adaptación y reestructuración de prácticas de cuidado culturalmente pertinentes que benefician al sujeto de cuidado y afecten de manera positiva el logro del derecho a la salud. Propósito que guarda coherencia con el objetivo propuesto para el plan de vida que se construye en la comunidad indígena del Resguardo Muisca de Chía.

Como lo señala Leininger (6, 7), los factores culturales juegan un papel importante en las repre-

1. Representada por el conjunto de conocimientos y creencias que se expresan en prácticas, que se transmiten de generación en generación y que evidencian una forma de entender y comprender “la vida”, su sentido y relación con el entorno, tanto a nivel individual como grupal.

sentaciones sociales de la salud y la enfermedad y en la participación y adherencia a actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto a nivel individual como colectivo. El cuidado de enfermería responsable y coherente culturalmente, debe ajustarse de modo razonable a los valores, creencias y los modos de vida de las comunidades, y en este sentido es necesario conocer y entender las diferentes representaciones y significados otorgados a la salud. La recuperación de tradiciones y la incorporación de prácticas de cuidado de la salud ancestrales en las guías y protocolos de atención en salud y en los planes y estrategias de salud pública, es uno de los ejes de trabajo del Plan de Vida de quienes se encuentran organizados en resguardos, con miras a favorecer el acceso y atenuar, de esta manera, la brecha cultural existente entre el conocimiento ancestral y el facultativo.

La investigación desarrolla la primera fase, enunciada por Leininger (6), el descubrimiento de conocimientos sustanciales y se articula con el Enfoque biopsicosocial de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, en la medida en que involucra a la persona como un participante activo de su salud a partir del reconocimiento de sus múltiples dimensiones entre ellas, la cultural y la espiritual.

Se supera en la indagación la visión del sistema de salud indígena, como elemental, empírico y de cuestionada validez y reconoce que las culturas presentan prácticas de cuidado de la salud, procesos de curación, técnicas y hábitos para brindar cuidado culturalmente legítimo y válido. En síntesis, como lo señala Gonzales L (8), se reconoce que es necesario, si se pretende brindar cuidado de enfermería desde la pertinencia cultural, conocer a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o *émic*, relacionadas con su comprensión de la salud, para después contrastarlo con los factores *étic* (externos), prácticas y convicciones de los profesionales de la Enfermería; conocimiento que se soporta en la observación y la interacción con la comunidad.

### La cosmovisión muisca

Al igual que todas las culturas prehispánicas, la muisca, se caracteriza por un profundo respeto a la naturaleza y a la armonía; el territorio hace parte

fundamental en la construcción de la base espiritual y material de la vida, que son complementarias. La tierra es considerada como pariente “mayor”: se debe cuidar y proteger, tiene un significado amplio que se extiende a los recursos naturales, flora, fauna, ríos, lagos y demás. Expresa gran interés por conocer y entender el entorno, en el que se reitera la comprensión del ser humano como parte una totalidad (9). La antropogénesis muisca, se identifica como dualidad y describe ambos géneros, recopila las etapas evolutivas y explica mediante analogías, al igual que lo hace con la salud, las leyes de la naturaleza aplicadas a la sociedad. La relación de los astros con la naturaleza se representa a través de un eslabón simbólico vinculado con el comportamiento del clima.

Dentro de esta forma de entender la relación con el mundo, todos los pueblos y culturas son importantes, tienen un mismo origen y merecen respeto pues son sagradas, aunque unas alcancen mayor grado de conocimiento que otras; hermanos mayores y menores, todos se encuentran unidos a través de un vínculo fraterno – no autoritario, de respeto en torno a la madre tierra.

La salud en la cosmovisión ancestral “es mucho más que la ausencia de enfermedad, es la capacidad del individuo de ser normativo con respecto al mundo, es decir, de instituir normas vitales propias y transformar de manera armónica, el entorno de acuerdo a las necesidades; es una forma particular de estar y ser en el mundo, una experiencia que se aprehende y se ejerce a través de la cultura” (5) en la que la madre tierra, representa el sentir de la humanidad y por lo tanto la expresión de las “dolencias” del hombre; si la madre tierra está enferma el hombre está enfermo, todo lo que le pasa a la madre tierra le pasa al hombre: la salud es la de la sagrada Pachamama: física, mental, emocional y espiritual no solo la del individuo, sino la de los conglomerados sociales, grupos o comunidades en todos los niveles.

El cuidado se define, al interior de la cosmovisión indígena, como un conjunto de prácticas y saberes soportadas en un enfoque holístico, integral, que se aproxima a las diferentes dimensiones del ser humano e incluye el tratamiento, diagnóstico y cuidados, relacionados con el entorno, la cultura y el espíritu, cuyo propósito es lograr la armonía entre

las diferentes dimensiones: el entorno, la sociedad, la naturaleza, el territorio, el alma, el espíritu, las deidades y sus figuras representativas (10).

Equiparable a los denominados niveles de promoción de la salud y prevención, a la luz de la comprensión facultativa, encontramos que la promoción, como “norma y dictámenes” de los mayores y sabedores frente a la salud, se enfoca hacia los consejos y las enseñanzas soportadas en la tradición oral; aprendidos y obedecidos desde la infancia, hacen parte de la labor educativa y de transmisión de la cultura; la no obediencia genera desequilibrios y lecciones que deben aprenderse.

La prevención se basa en prácticas que consisten en confesos, pagos, aseguranzas y adivinanzas, así como en las danzas, los bailes, el consumo de plantas y los baños con plantas y las turnas, piedras o amuletos que también juegan un elemento fundamental dentro del esquema preventivo y “protectivo” de la salud entre los indígenas. La figura del sanador está representada en “taitas”, “piaches”, “outsu” o “chamanes”, quienes son portadores de una condición ancestral que se transmite de mayores a menores y que se tiene desde el vientre (11); sus facultades se perfeccionan a través del tiempo de vida, se encargan de dar respuesta a las situaciones de salud presentadas por la población y además, preparan los sitios de construcción de pozos de agua, rancherías, terrenos de cultivos, etc.; en este sentido su atención se orienta tanto al ser humano como a los elementos del entorno. En su formación, a cargo de los mayores, se asciende a través de niveles o bloques de estudio que lo consolidan al interior de la comunidad como “orientador y guía”.

El conocimiento acerca de las formas de curar o cuidar se transmite oralmente en espacios en los que, como lo relata Díaz Mayorga (12), sociólogo e investigador colombiano, editor de la revista *Visión Chamánica*, se “comprende” no solo la enfermedad sino el mundo, su origen y destino, espacios que se suceden en los momentos de mambeo, en las malokas, en los compartires de los mayores al calor de la *tulpa* en los hogares andinos, o durante las ceremonias de ingestión y purga con las preparaciones de plantas maestras.

Las formas de identificación de situaciones de salud, procesos de diagnóstico, se realizan a través de los sueños, visiones inducidas por plantas o generadas en trance de comunicación, que se interpretan a través de un espíritu protector, que posee poderes sobrenaturales y se expresa en la voz del “chaman”. Las enfermedades se clasifican según la etiología o el origen y desde allí se determinan el pronóstico y el manejo. Esta clasificación es individual, es decir, no aplica el criterio de diagnósticos generales como se comprenden en la medicina facultativa pues “la enfermedad” conjuga factores particulares que permiten entender la susceptibilidad de la población y de cada individuo así como también orientar cuidados específicos para cada situación (11). Frente a la enfermedad se expresa que *“para enfermar existe una razón espiritual antes que una razón física; de este pensamiento se desprende la cosmogonía, primero fue el espíritu ‘QUAIA CAFCA’ la madre abuela (pensamiento y espiritualidad)”* [JS 2.1.3].

Se mantiene el uso de la naturaleza; especialmente las plantas curativas; cuentan con asesoría de personas expertas para el manejo de enfermedades. Sin embargo, muchas prácticas, entre ellas la asistencia al parto con comadronas o parteras, se han venido perdiendo. Los chamanes avanzan en su proceso de formación y recuperación de su reconocimiento ante la comunidad. Chía y Cota, como entes municipales, se encuentran inmersos en el sistema de salud occidental y en estos resguardos no cuentan con la persona “tradicional” encargada de la curación o sanación de la comunidad. En la actualidad se avanza en un proceso de formación de “chamanes”.

## MÉTODO

Investigación cualitativa de tipo descriptivo, cuyo objetivo se centra en identificar la pervivencia e incorporación de elementos de la cosmovisión ancestral vinculados a la salud y en comprender el significado actual que otorgan los participantes, habitantes del resguardo, a los conceptos salud, cuidado y enfermería, desde el análisis de lo expresado y el reconocimiento del contexto y dinámicas de relación del resguardo. Teniendo en cuenta el riesgo de subjetividad en los investigadores y con el fin de mantener el rigor metodológico que aporta a

la confiabilidad, validez y la coherencia ética en el desarrollo de esta investigación, se implementaron, de acuerdo con Glaser citado por Strauss y Corbin (13) y Cabra (14), los siguientes mecanismos: consentimiento informado, uso de diversas fuentes de evidencia y técnicas de recolección de información, documentación del proceso de recolección y análisis de información a través de diferentes fuentes; con miras al logro de la coherencia interna; esta se entrecruza y filtra a partir de los criterios de pertinencia, efectividad, relevancia y redundancia.

## **PARTICIPANTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Seleccionados por conveniencia y participación voluntaria, luego de la socialización del proyecto con los líderes y en coordinación con la autoridad del resguardo, se convocó la participación voluntaria de miembros de la comunidad, se contactaron miembros de 46 familias de la comunidad (niños, adolescentes, adulto joven y adulto mayor), tres líderes internos de la comunidad y dos líderes externos.

Si bien es cierto que la investigación se categoriza como sin riesgo, se acoge lo determinado de manera unánime por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el Foro permanente para cuestiones indígenas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Declaración de San José sobre el Etnocidio y el Etnodesarrollo, la Constitución Nacional y la Procuraduría General de la Nación, en el sentido en que cualquier acción que se diseñe con miras a ser implementada en estas comunidades debe generarse en procesos participativos que, además de consultar su opinión frente al mismo, incorpore elementos propios de su cosmovisión (15).

## **RESULTADOS**

### **Contexto**

Previa a la presentación de los resultados desde las categorías de análisis salud, cuidado y enfermería, es importante realizar la descripción de la población participante; se invita al lector a identificar, entre líneas, elementos culturales inmersos en la cotidianidad y vivencia de quienes habitan el resguardo.

En el grupo de participantes prevalece la “familia nuclear” (42,5%), en etapa escolar en su gran mayoría (69%), el promedio de hijos es mayor a tres (58%) con una máxima de seis, dos familias se recomponen como nucleares a partir de procesos de separación o divorcio; la “familia extensa”, cohabitante, estructura tradicional, se presenta en menor frecuencia posiblemente asociado a las formas de tenencia y derecho sobre el territorio. Se identifica la presencia de “familias monoparentales” que están integradas por la madre como jefe de hogar y los hijos o el padre y los hijos (un caso) fenómeno social muy frecuente en el país, el cual se hace evidente también en este grupo poblacional, incrementando su vulnerabilidad. Al respecto el líder de la comunidad refiere: *“es necesario trabajar con las madres cabezas de familia, generar redes de apoyo, darles una bolsa de empleo, algo en dónde poderlas ubicar para que tengan un apoyo económico, esta es una las situaciones que comienzan a afectarnos”* [PS 7.3].

Sobre la figura femenina (madre o hermana mayor) descansa el rol de cuidadora del hogar; la líder en salud muisca menciona que en su tiempo, la sociedad muisca era matriarcal, las familias eran extensas y llevaban el apellido de la madre y no del padre, costumbre que se perdió por la conquista de los españoles, pero las comunidades actuales quieren volver a retomarla. *“La mujer es la organización de la vida, son quienes conocen sobre la puntada, sus puntadas unen el cosmos del espíritu de la madre Tierra con la mente y el alma de la mujer indígena. Ya no hay el mismo pensamiento, no se hace la misma puntada”* [N.R.4].

La multiplicidad de tipologías familiares, se constituye en una de las expresiones del fenómeno de aculturación; no se identifican ni se expresan por parte de los participantes dinámicas de transmisión cultural relacionadas con prácticas del cuidado de la salud.

Las 46 familias participantes están compuestas por 56 adultos y 39 niños, con predominio del sexo femenino y de población catalogada como adulto joven y medio; más del 50% de la población se encuentra en un nivel educativo básico, hecho que se relaciona con el acceso a fuentes de trabajo, siendo los cultivos de flores uno de los principales empleadores del sector, labor en la que

se exponen a diversos factores de riesgo relacionados con el uso de químicos y pesticidas, riesgos exógenos para la salud que no se identificaban en el sistema de salud tradicional, que deberán ser abordados al momento de incorporar o proponer nuevas prácticas de cuidado.

La mayoría de niños y niñas cursa su escolaridad básica, no se presenta desescolarización, factor protector para la comunidad; es evidente el interés de los líderes por implementar alternativas de educación intercultural. Se trabaja en la recuperación de la lengua y en la formación orientada a fortalecer la expresión cultural.

Se reconocen como una comunidad “sana”, un lugar tranquilo, alterado ocasionalmente por actos de vandalismo cometidos por personas ajenas al mismo. Se identifican deficiencias en el servicio de acueducto y alcantarillado, se hace necesario el almacenamiento de agua potable en recipientes como tanques de cemento o de plástico; se requiere, identificar la frecuencia y forma de mantenimiento de estos con el propósito de asegurar la potabilidad. El servicio de alcantarillado presenta deficiencias en cubrimiento que conlleva a la utilización de tanque séptico como alternativa, existiendo riesgo de contaminación del ambiente y del suelo vinculada a la disposición de los desechos líquidos, sólidos y excretas y al vertimiento de aguas residuales o servidas a cuerpos de agua receptores. Es importante, en una fase posterior de la investigación, diseñar acciones de manera conjunta en el resguardo con el propósito de identificar conocimientos y prácticas, relacionadas con los aspectos críticos mencionados.

En cuanto hace referencia al sistema de seguridad social, el 47% de los participantes pertenece al régimen contributivo, el 32% al régimen subsidiado y se identifica un 14% calificado como población pobre no asegurada; un 7% declara no contar con servicio de salud, afirmación que permite inferir que es necesario recalcar y dar a conocer a los miembros de la comunidad que, en razón a la normatividad vigente, el derecho a la salud está consagrado en el marco de condiciones y requerimientos especiales, a los que toda la población indígena tiene derecho. La autoridad del resguardo

expresa: *“La atención en salud para esta comunidad ha tenido limitantes; se planea que debe existir una empresa directa para que atienda las necesidades de salud de la comunidad, una IPSI (Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena), pero en general la barreras son las mismas a las que se ven en Colombia; en la medida en que un amplio grupo pertenece al régimen contributivo se dificulta lograr el número mínimo de usuarios consagrados por ley para su creación”* [P.S 4.1].

A continuación se presentan los resultados de la indagación frente a los conceptos salud, cuidado y enfermería, en los miembros de las 46 familias participantes del Resguardo Muisca de Chía, expresiones que se analizan y contrastan a la luz de lo expresado por los líderes ancestrales del cuidado de la salud. Es importante aclarar que en el marco de la cosmovisión ancestral, los conceptos salud y cuidado se expresan de manera interdependiente y correlacionada.

### Concepto Salud

La aproximación se realiza con los miembros de las familias participantes mediante la pregunta ¿Qué es para usted Salud? o ¿Qué entiende por Salud?, cuestionamientos al que los adultos responden de múltiples maneras, siendo la más frecuente “estar bien” (29%). Este constructo amplio y entendido por los participantes de múltiples maneras, requirió indagar ¿Qué es estar bien? Se identificó que se hace referencia a mantener la capacidad de trabajar y ser autónomo para la realización de las actividades cotidianas; la comprensión de la salud se soporta en el mantenimiento de la capacidad para hacer.

El 9% del grupo participante, alude a la salud, desde una dimensión más amplia que incorpora a otros, “tranquilidad”, “bienestar de uno mismo, con todos” siendo más cercana a la cosmovisión ancestral que comprende la salud como un todo; sin embargo, es de anotar que ninguno de los entrevistados hace referencia al entorno y a la comunidad como dimensión a tener en cuenta en la comprensión de la salud, aspectos que según la cosmovisión ancestral se constituyen en ejes de bienestar; la líder del cuidado de la salud relata: *“un día fuimos a Boyacá hacer un trabajo de unos muisca, estaban deseosos de reco-*

*rrer el territorio y ese día miramos cómo estaba todo el bosque y era tan hermoso pero ellos mismos lo habían talado; cuando regresamos ya habían talado los árboles y nosotros les dijimos: si ellos querían eso tienen que volver a reconstruir ese bosque, a sembrar, a ponerlo bonito pero desde nuestro pensamiento [...] para eso se necesita estar bonito de corazón, limpio, de tener armonía y estar en equilibrio todos juntos, todos somos uno solo” [NR 2.10].*

Se hace referencia en un 12% al término “cuidarse”; identifican que cada uno es sujeto activo de su salud y permite inferir que existe una apropiación de la corresponsabilidad del cuidado. Un 9%, refiere salud como sentirse bien, es decir, se asocia a la forma como la persona percibe desde su sentir su estado de salud, planteamiento que llama a la reflexión acerca de si esta comprensión podría, en algunos casos, servir de argumento para la poca frecuencia y adherencia a la utilización de los servicios preventivos en salud.

Con el propósito de identificar cambios generacionales en estos constructos, se indagaron estos elementos en los niños de las familias encuestadas y se encontró que los niños relacionan el concepto de salud con “no enfermar”; otro grupo lo vincula al cuidado y ambos se expresan como “estar bien con la salud”, comprensión biológica e individual de la salud. La referencia a la salud únicamente desde la comprensión como no enfermar, podría estar relacionada con los procesos de pensamiento concreto propios de esta etapa del desarrollo; para futuras indagaciones se recomienda explorar este concepto en niños, niñas y adolescentes, que o bien estén en proceso de formación como cuidadores o expresen mayor conocimiento y arraigo cultural, pues en el desarrollo de la investigación se evidenció que el proceso de aculturación en los niños que habitan el resguardo ha llevado a que ellos mismos expresen que no se sienten ni se reconocen como indígenas.

Desde el conocimiento expresado por los líderes y por los cuidadores ancestrales, se hace referencia a que la salud del hombre está vinculada a dimensiones que van más allá del ámbito de lo físico – corporal, la salud involucra el territorio, la forma como es habitado por la persona, la relación con la dimensión espiritual, con los ancestros vivos o muertos, con los elementos; esa la esencia

de la vida. El líder juvenil expresa esta relación así: *“la tierra es dueña del hombre, no al revés; será dueño cuando haga tierra” [JS 2.1.1].* Salud y enfermedad se comprenden desde la armonía, entre las diferentes dimensiones entorno, espíritu, cuerpo y alma. Entre nosotros, expresa un líder del cuidado de la salud externo: *“no hay término medicina, existe el término equilibrio y término armonía, y la medicina no se concibe como algo por aparte sino que es integral, se tiene que ver la higiene de la persona, cómo se relacione con el entorno, cómo esté socialmente, emocionalmente. Tiene que ver con el equilibrio entre las esferas entre todo el entorno de ser humano” [MB 1.2].*

En síntesis, la salud en el grupo de participantes es comprendida desde cuatro dimensiones: capacidad de hacer, forma de sentir-ser, capacidad para relacionarse con otros y con su quehacer y como resultado de hábitos de autocuidado; en ningún caso se hizo referencia a los elementos entorno y comunidad o a la relación territorio, espíritu, ancestros como dimensiones de la comprensión de la salud. Es evidente que el fenómeno de aculturación ha generado una amplia brecha entre la comprensión ancestral y la actual. Se requiere, como lo señala el Gobernador del Resguardo, recuperar las formas tradicionales de cuidado de la salud: *“se mantiene la medicina tradicional, se recurre a la naturaleza, las plantas curativas, plantas medicinales, las plantas aromáticas, a la asesoría de personas expertas para el manejo de enfermedades, pero es innegable que a pesar de las acciones para formar Chamanes en Chía y Cota, la comunidad está inmersa en la medicina moderna” [PS 6.1].* También hace un llamado a las instituciones de educación y a quienes tengan sensibilidad frente al tema, a trabajar para no perder este patrimonio de la humanidad.

Es importante resaltar la utilización de lenguaje metafórico como una de las constantes en la expresión de los líderes entrevistados, que también es utilizada como parte de las prácticas de cuidado y la importancia de incorporar esta forma de expresión o forma lingüística como recurso al momento de diseñar estrategias de educación para la salud.

### **Enfermería – Cuidado**

A pesar de estar planteadas como categorías a priori independientes, al analizar lo expresado por



los participantes, tanto los miembros de las familias habitantes del Resguardo como los líderes del cuidado, se reconocen como interrelacionadas en la figura de quien ejerce la enfermería.

Al indagar en los adultos acerca del concepto de enfermera (o) a través de la pregunta ¿Quiénes son las (os) enfermeras (os)?, se identifica en primer lugar que el rol de cuidado vinculado a proveer educación, cuidado, bienestar y de proteger e incentivar a la conservación de la cultura y tradiciones de la comunidad recae sobre la mujer. Emerge en la investigación, en coherencia con la dualidad presente en la cosmovisión ancestral, la categoría médico, vinculada a la figura masculina a la que se le asignan significados que se explican posteriormente, siendo el cuidado como se expresó, una característica femenina; en consecuencia, en adelante se hace referencia a la enfermera o a la cuidadora.

La descripción de la enfermera se encuentra vinculada, en todos los casos, a acciones implementadas en ámbitos relacionados con la salud, orientadas más allá del componente físico, siendo ellas “las que cuidan”, “las que prestan atención”, “las que dan remedios para las dolencias”, “quienes colaboran con la humanidad”, el “primer contacto cuando uno está enfermo”, “las personas que se comunican”, “son apoyo de los familiares”, “las que brindan un primer auxilio”, “son las que están pendientes de la salud”; descripciones en las que el elemento común se centra en la capacidad de relación con el otro, en la interacción y la comunicación, sobre la base de la satisfacción de las necesidades y requerimientos del “otro”; se evidencia y expresa el componente relacional del cuidado, la importancia que se otorga al vínculo establecido entre cuidador y cuidado; es de anotar que éste se expresa siempre como una relación unidireccional, en la que no se explicitan elementos de poder.

Al hacer referencia a acciones vinculadas únicamente al ámbito intrahospitalario: “persona que revisa cuando otra está enferma”, “toma la tensión”, “practicantes en los hospitales”, “la que da el medicamento”, “la que aplica las inyecciones”, “asisten las cirugías”, “pendientes del baño”, “control del suero”, “aplican inyecciones”, “remitirlo al médico”. Tanto adultos como niños (4 personas) refieren su

vivencia personal en la que no es clara la diferenciación entre las acciones del profesional en enfermería y del auxiliar, aspecto que se recomienda explorar en futuros trabajos con la comunidad.

En dos casos se hace referencia a la vocación de “servicio a la comunidad”, como propósito de la Enfermería, dimensión del cuidado que es retomada por el líder del Resguardo al afirmar: “*en nuestra comunidad, en términos puntuales, como se puede ver, se requiere direccionar esta parte para que tengan más fácil acceso y que puedan llegar y que gente de afuera pueda aportarnos y acompañarnos en estos procesos de salud y sobretodo lo preventivo, que la enfermería dirija eso porque ya cuando las cosas sucedan ya para qué, que se apoyen la medicina preventiva y que los profesionales vayan también y aprenden lo que tenemos de medicina tradicional, interactuar y poder hacer ese canje de conocimientos*” [PS 8.1].

Desde el conocimiento ancestral, llama la atención la respuesta de la líder en salud: “las enfermeras son como las plantas y las auxiliares del médico”, afirmación que explica así: “las plantas se utilizan para curar pero ellas no tienen efecto solas, debe existir un rito en el que se potencian sus propiedades, se usan al tiempo con otras formas de curación, pueden abrir el camino para la sanación, nosotros potenciamos la planta con la oración, con el pensamiento cuando nos dejamos seducir también por ella en la comunicación, con lo que ella nos tiene que contar, esto es una magia que nadie conoce, todo esto es un sentir, es un respeto, desde la memoria de esa planta, desde que llegó a nuestro territorio ella misma no lo dice, hace cuanto está y por eso la escogemos” [NR 2.15].

En síntesis, es posible identificar que la comprensión de la Enfermería se encuentra vinculada al cuidado (su hacer) y este a su vez se soporta en la comunicación y la relación. Es de anotar que los miembros de las familias no hacen ningún tipo de referencia al componente ancestral ni lo asocian con las actividades de cuidado tradicionales; sin embargo, llama la atención que la autoridad haga referencia a procesos de acompañamiento e intercambio de conocimientos a favor de la salud, liderados por Enfermería.

### **Categoría emergente: Medicina – Médico**

Se identifica como categoría emergente la comprensión del concepto “médico”, tanto en los miembros de las familias como en los líderes del cuidado, situación que se explica en razón al componente cultural dual fuertemente arraigado en la cultura muisca. Refieren: “son las personas que examinan”, “el médico es el que formula”, “son las personas que dan los medicamentos”; en ambos casos se comprende como quien ordena el medicamento, no quien lo administra, función a la que alude al hacer referencia a la función de enfermería.

Se relaciona medicina a todo aquello que tiene capacidad de curar o sanar, labor para la que no se presenta exclusión de algún sexo; el deber ser hace referencia a trabajar de manera conjunta: *“porque esta mujer es medicina, porque con el trascurso del tiempo nuestra madre nos ha enseñado cómo utilizar las plantas y se ha convertido en un conocimiento de tradición, porque la abuela le enseña a su hija y a su nieta de acuerdo a su familia; así, de generación en generación a utilizar lo que la madre tierra nos brinda para curar, aliviar los dolores tanto del cuerpo como del espíritu”* [NR 2.6.]. Son los mayores quienes se encargan del cuidado de la persona enferma hasta el momento de su recuperación total, con conocimientos que pasan de generación en generación siempre en la misma familia. Utilizando todo el poder de la planta que tiene todo lo esencial para poder curar; en los habitantes del resguardo se reconoce que los mayores son quienes poseen el conocimiento acerca de las formas de cuidar y curar.

Se identifica que mientras el rol de enfermería se asocia al elemento relacional, el del médico lo asocian con el componente conocimiento: “preguntan la vida”, “curan”, “diagnostican”, “medio lo revisan”, “ayudan”, “hacen cirugías”, “para tener alivio”, “manejadores de una máquina”, “nos formulan”, “toman tensión”, “mandan a las enfermeras”, “son los que dicen qué tiene pero se contradicen”, “demasiado humanos”, “lo atienden a uno”.

Es importante resaltar el llamado que hace uno de los participantes: *“los médicos no curan espiritualmente, la palabra es medicina”* [JS 2.1.3]; se expresa así la comprensión de los médicos como

figuras asociadas más a la enfermedad que a la salud, desde un enfoque biológico o físico, lo cual contradice el equivalente cultural de la figura del sanador que actúa sobre las diferentes dimensiones y niveles de quien lo consulta. Comprensión próxima al enfoque biopsicosocial y que de acuerdo con Leininger, debe ser incorporada al momento de conocer qué espera “el otro” del cuidado que se brinda.

### **DISCUSIÓN**

La aproximación realizada permite identificar un fuerte proceso de aculturación, descrito por Friedeman (10) y definido como los cambios que resultan cuando una cultura se pone en contacto directo con otra, generando un impacto positivo o negativo dentro de la comunidad coaptada por la cultura dominante; ocasiona pérdida o dilución de las tradiciones, creencias, prácticas y lenguas de la misma. Los elementos de la cosmovisión ancestral indígena, tanto en su aspecto general como en lo referente a la dimensión salud, han sido sustituidos por elementos de la cultura occidental; para la cultura ancestral, el concepto de individuo tradicionalmente ligado al grupo en el que se concibe la salud como un bien grupal, ha dado paso a una postura en la que el centro es el individuo; se evidencia un cambio de la visión colectivista a la individualista y la salud se comprende como un bien individual.

La cosmovisión muisca comprende la salud en su carácter de bien colectivo, como la resultante de múltiples dimensiones que incorporan el territorio, el espíritu (individual y ancestral) y el alma, y es producto y expresión de acciones sobre éstas; sin embargo los habitantes del resguardo participantes no hacen alusión a estos aspectos.

Se destaca lo expresado por quienes desde su rol de líderes ancestrales en el cuidado de la salud manifiestan una comprensión integral de los procesos salud - enfermedad y también su interés por rescatar su cultura y tradición, como forma de garantizar la supervivencia de la misma e incorporar el concepto de cuidado en la protección y recuperación del medio ambiente y sus recursos naturales. Interés sobre el que es posible, desde lo planteado por enfermería, aportar a través de la recuperación de prácticas de cuidado tradicionales.

Se identifica desinterés por la tradición de parte de algunos jóvenes miembros de la comunidad que afirman no sentirse indígenas y se expresa por parte de los líderes, la necesidad de trabajar con los niños, niñas y adolescentes en la construcción de hábitos saludables que incorporen el cuidado al medio ambiente y a la madre naturaleza, retomando tradiciones y creencias, para fortalecer y recrear su sentido como comunidad indígena. Resulta paradójico e interesante el proceso en el que se encuentra este grupo que vive en una lucha constante, tanto con sus miembros como con otras culturas, por más de quinientos años para adaptarse a una cultura extraña y ahora una nueva lucha para mantener su cultura, recuperarla y el fortalecerla como patrimonio de la humanidad.

Es importante reconocer los logros derivados de la interacción con la cultura occidental como acciones de prevención y promoción de la salud y aquellas que se vinculan a situaciones de salud que al entender de los líderes son enfermedades propias de la cultura occidental, focalizadas principalmente en los niños y en la mujer; en este sentido se aceptan jornadas de vacunación, toma de citologías, actividades de planificación familiar y uso de medicamentos entre otras, las cuales siempre deben ser acompañados de prácticas de medicina tradicional para lograr que cumplan un efecto integral en el bienestar y la salud.

Como desarrollo disciplinar se reconoce que la aplicación del Modelo Transcultural de Leininger (6, 7) requiere el desarrollo de la capacidad de ver y entender el mundo del otro, el interés por reconocer la limitación propia en esta comprensión, la capacidad de aprender de las personas, de sus formas de vida, de sus contextos, de sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, de prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer cuidado de enfermería pertinente y respetuoso de la cultura y las necesidades de quien recibe el cuidado.

Se identifica que esta propuesta teórica se ajusta al trabajo con diferentes grupos, además de los indígenas, en los que la barrera cultural no ha favorecido la incorporación al sistema de salud occidental, como lo son grupos socialmente

vulnerables, desplazados, habitantes de la calle, subculturas urbanas, inmigrantes y quienes por razones de salud se trasladan desde su lugar natal.

Es importante destacar que la indagación en poblaciones acerca de estilos de vida requiere del investigador la capacidad de asumir cambios y retos de manera permanente y generar desde la academia, herramientas suficientes y pertinentes para ser aplicadas en el momento de la valoración de las comunidades.

Finalmente y no menos importante, el agradecer a esta comunidad la posibilidad de acceder a su cultura y reconocer que el trabajo con comunidades requiere más que la comprensión de las realidades individuales o de las personas, significa el compromiso de conocer, pensar, sentir y entender los diversos significados de la salud y sus componentes y participar, con y para la comunidad, en el diseño de alternativas que favorezcan el logro del derecho a la salud. Requiere, en palabras de los investigadores, de la capacidad de asumir cambios y retos de manera permanente, la posibilidad de ser sistemático y objetivo sin pérdida de sensibilidad o en palabras de la líder del cuidado de la salud:

“El llamado es a que seamos mujeres más bonitas, hombres más amantes de la naturaleza para volver a sembrar en lo que comenzamos un día, volver a mirar la madre que ella tiene su piel, tiene su corazón, tiene su sangre, tiene todo su organismo, aprender a respetarla y así, de esa manera, también nos respetamos nosotros. Ser personas diferente, más armoniosas y amorosas, mucho más alternante con todo, más comprendedoras, más conciliadoras, es poder hablar, es poder mirarnos a los ojos, es poder tomarnos de las manos” [NR 2.10].

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kajkoj B. Redefiniendo los objetivos del milenio. Quinta reunión del foro permanente para las cuestiones indígenas de la ONU. 2004 [en línea]. Disponible en: <[http://www.aulainter-cultural.org/article.php3?id\\_article=1629](http://www.aulainter-cultural.org/article.php3?id_article=1629)>.
2. UNICEF. ¿Qué está pasando con los derechos de los pueblos indígenas? Ecuador. La Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos y UNIFEM Región Andina. 2009 enero 20 [en línea]. Disponible en <<http://www.oei.es/noticias/spip.php?article5422>>.
3. Rodríguez J, Conversa L, Escobar, Flechas JC, Pareja L, Ruiz F, Torres A. Movilización social y promoción de

la salud en la infancia, una estrategia de intervención. Bogotá: Ed. Universidad Javeriana; 2004.

4. Actualidad Étnica. No hay duda de que los Muisca son indígenas [en línea]. Disponible en: <<http://colombia.indymedia.org/news/2006/11/52291.php>>.
5. Martínez Santiago MN, Chiguasuque R, Casallas, Ziscagoscuca N. Manual médico para la comunidad indígena Muisca de Bosa. Bogotá. Hospital Pablo VI Bosa. E.S.E. 2006.
6. Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
7. ACOFAEN. Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería [en línea]. Disponible en: <<http://www.acofaen.org.co/catalogo/docs/lineamientos%20modelos%20Y%20TEORIAS.pdf>>.
8. González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaceta de Antropología. 2006; 22: 22-32.
9. Correa F. Sociedad y naturaleza en la mitología muisca. Revista Tabula Rasa. 2005 ene-dic; 3.
10. Friedemann N, Fajardo D. Indigenismo y aniquilamiento de indígenas en Colombia. Bogotá: Ediciones CIEC; 1981.
11. Rico A, Balsero J, Gutiérrez O, Dover R, Camacho H, Gómez G, Zuluaga O et ál. Los Muisca, un pueblo en reconstrucción. Disponible en: <<http://www.muisca.org/content/el-proceso-de-reindigenizaci%C3%B3n-muisca>>.
12. Díaz M Ricardo. Visión actual de la medicina ancestral. Ponencia Taller de Medicina Ancestral. Quito. Septiembre 15 y 16 de 2008 [en línea]. Disponibles en <[http://www.visionchamanica.com/Medicinas\\_alternativas/Medicina-Ancestral.htm](http://www.visionchamanica.com/Medicinas_alternativas/Medicina-Ancestral.htm)>.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colección Contus. 2002.
14. Cabra F. Calidad y estándares de la evaluación del alumno. Tesis Doctoral defendida en la Universidad de Deusto. 2005.
15. Procuraduría General de la Nación. La diversidad étnica en Colombia, alcance y desarrollo. Bogotá; 2004 marzo.