



**PRESENTACIÓN DE INFORMES
FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

VICERRECTORÍA ACADÉMICA UNIDAD DE

INVESTIGACIÓN

UNIDAD DE POSGRADOS



**PRESENTACIÓN DE INFORMES
FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

LÍNEA: CULTURA DE LA SALUD

ESTUDIANTE: KEYRA LISETH ASPRILLA CORDOBÁ

TUTOR DE TESIS: JUAN MANUEL VARGAS HENAO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

C.C Estudiante - 1053799295 de Manizales- Caldas

C.C Tutor- 16077259 de Manizales - Caldas

AÑO: 2016

¹ Formato adaptado de COLCIENCIAS. 2006



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen y Palabras claves.....	4
2. Abstract y Keywords.....	5
3. Presentación.....	6
4. Introducción.....	7
5. Antecedentes, área problemática y Justificación.....	9
6. Referente teorico.....	16
7. Objetivos.....	24
8. Metodología.....	25
9. Resultados.....	31
10. Discusión de resultados.....	47
11. Conclusiones.....	64
12. Recomendaciones.....	65
13. Evidencia de resultados.....	66
14. Impactos logrados.....	67
15. Bibliografía.....	68
16. Anexos.....	74



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

1. RESUMEN

El propósito de esta investigación fue conocer las representaciones sociales que tienen acerca de sus prácticas de cuidado de la salud un grupo de familias afrocolombianas que migraron de la región pacífica de Colombia a la ciudad de Manizales antes de 2014. Se realizó con sustento metodológico en el enfoque histórico-hermenéutico para la comprensión de las referencias y significados que orientan los sistemas comunicacionales alrededor de las prácticas de cuidado de la salud en las familias.

Se indagó por las prácticas de cuidado individual, colectivo y sanitario y las representaciones acerca de las mismas. Al respecto, los resultados dan cuenta de prácticas de cuidado centradas en la meditación y la espiritualidad como fuentes de cuidado personal y de la ingesta balanceada de alimentos, el consumo de bebedizos tradicionales como prácticas de cuidado familiar. En lo comunitario, pocas acciones colectivas se realizan para la recolección de basuras, tratamiento de aguas y celaduría. Finalmente, en las prácticas de cuidado sanitario estas familias migrantes utilizan los servicios de salud sólo ante algún síntoma extraño.

Estas familias identifican cuáles son las prácticas de cuidado de la salud, pero se evidencia que las mismas no se anclan en su cotidianidad; es decir que el hecho de poseer las representaciones sociales de las prácticas de cuidado no siempre se traduce para ellas en unas prácticas efectivas.

Por otra parte, y de manera particular, encontramos que si bien la mujer cuenta con unas representaciones sociales de cuidado que sí llegan a materializarse en prácticas de cuidado, estas están dirigidas al cuidado del otro y no de sí misma.

PALABRAS CLAVES: Afrocolombianos, Familia, Migración, Representaciones sociales, Salud.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

2. ABSTRACT

The purpose of this research was to understand the social representations about their practices of health care a group of Afro-Colombian families who migrated from the Pacific region of Colombia to the city of Manizales before 2014 was conducted with methodological support in the nonhermeneutic for approach understanding historical references and meanings that guide communication systems around the practices of health care in families.

It was investigated by the practices of individual, collective and health care and representations about them. In this regard, the results realize centered care practices meditation and spirituality as sources of personal care and balanced food intake, consumption of traditional potions and family care practices. In the community, few collective actions are performed for garbage collection, water treatment and guardhouse. Finally, health care practices these migrant families use health services only to some strange symptoms.

These families identify what practices are health care, but evidence that they are not anchored in their daily lives; ie the fact of having the social representations of care practices do not always translate for them in some effective practices.

Moreover, and in particular, found that while women have a social representations of care that if they materialize in care practices, these are aimed at caring for others and not herself.

KEYWORDS: Afrocolombianos, Family, Immigration, Social representations, Health.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

3. PRESENTACIÓN:

El presente informe se fundamenta en los resultados de la investigación denominada –Migración interna: representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud en familias afrocolombianas. Este proyecto se proyecta como una apuesta que lleva necesariamente a comprender las prácticas de cuidado de la salud y las representaciones sociales que los migrantes afrocolombianos construyen alrededor de dichas prácticas. En el marco del análisis la triada representaciones sociales, prácticas de cuidado de la salud y roles familiares se convierten en el vértice de este ejercicio investigativo.

En esta lógica el presente informe dará cuenta de la experiencia antes mencionada y estará estructurado en dieciséis nodos: **1)** da cuenta del resumen y las palabras claves **2)** abstract y key words **3)** presentación **4)** introducción **5)** área problemática y justificación **6)** referente teórico **7)** Los objetivos **8)** Metodología **9)** resultados **10)** Discusión de resultados **11)** Conclusiones **12)** Recomendaciones **13)** Evidencia de resultados en generación de conocimiento, fortalecimiento de la capacidad científica y apropiación social del conocimiento **14)** impactos logrados **15)** bibliografías **16)** Anexos.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

4. INTRODUCCIÓN

La migración interna en Colombia, América Latina y el Caribe se ha establecido como realidad social creciente, al tiempo que es reconocida por los sujetos como estrategia familiar y económica puesto que permite de alguna manera solventar necesidades insatisfechas, la búsqueda de nuevas oportunidades laborales, mejores ingresos y una mejora en la calidad de vida. Es así que se hace preponderante realizar investigaciones en las que se puedan cruzar las variables etnia, familia y salud, puesto que esto nos permitirá hacer comprensiones holísticas dentro del contexto migratorio, y al mismo tiempo y de manera particular comprender de primera mano las representaciones sociales que otorgan los migrantes a sus prácticas de salud, es decir desde la construcción ideológica como mediadora de la práctica en sí.

Para consolidar el referente teórico de este proceso investigativo se realizó una revisión exhaustiva de literatura a nivel latinoamericano y a nivel nacional a partir de la cual se identificó que existen pocos abordajes académicos que hayan realizado el cruce de las variables etnia, migración y salud. Las familias afrocolombianas no han sido ajenas a los procesos de movilidad espacial entre ciudades con proximidad geográfica, pero no existen estudios que den cuenta de cuáles son las implicaciones que conllevan éstas migraciones sobre las representaciones sociales que puedan otorgarle éstas familias a sus prácticas de cuidado de su salud. Lo que sí queda claro en la bibliografía existente es que estas familias son impactadas por la migración, teniendo que cambiar significativamente sus condiciones de vida, dando como resultado en muchas ocasiones una transformación importante de sus representaciones y sus prácticas en general.

Entre la literatura revisada lo más frecuente que se puede encontrar son promedios y estadísticas, es decir, una cuantificación de la población afrodescendiente; también se encuentra información relativa a los movimientos poblacionales y el desplazamiento armado, la pobreza y exclusión en sus comunidades, las redes que conforman y las movilizaciones políticas, entre otros. Es por ello que ésta investigación reporta una novedad al proponer un enfoque cualitativo-interpretativo para procurar



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

responder a la cuestión de cuáles son las representaciones sociales que construyen las familias afrodescendientes en situación de migración respecto a sus prácticas de salud.

Con éste proyecto de investigación se buscó realizar un aporte al diseño y generación de estrategias y proyectos para la atención de familias en situación de migración interna alrededor de las prácticas de cuidado de la salud que permitan amparar y salvaguardar de manera directa poblaciones minoritarias como lo es la afrocolombiana. Además, se esperó contribuir con la visibilización de las situaciones que enfrenta ésta población, relacionadas con los procesos de salud. Finalmente, se esperó contribuir a la formulación de programas o proyectos relacionados para el bienestar de los migrantes internos afrocolombianas alrededor de su salud.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

5. ANTECEDENTES, ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN

ANTECEDENTES

La migración obedece a procesos complejos como la globalización, el crecimiento económico, los fundamentos políticos, el desarrollo tecnológico, el conflicto armado, etc. Todos estos elementos intervienen en el flujo constante de personas que se movilizan en la búsqueda de mejores accesos a los servicios públicos, mejores ingresos, oportunidades laborales, potenciación del capital humano, inclusión y participación ciudadana, entre otras. Colombia no ha sido ajena a los procesos de migración. Los grupos étnicos raciales, en especial los afrodescendientes, han visto en la movilidad a ciudades capitales e intermedias del país la posibilidad de mejorar su calidad de vida. Al respecto Carvajal (2010) afirma:

La migración dentro de Colombia se ha configurado de forma tal que el siglo XX fue el escenario histórico de la transformación de un país notablemente rural a un país predominantemente urbano. Esto se debe a diversos factores como las diferentes crisis económicas que se han presentado a través de la historia además del conflicto armado, los desastres naturales y la búsqueda de nuevas oportunidades en empleo o educación (p.9).

En la misma línea: –las ideas de progreso económico, ascenso social y las posibilidades de poder acceder a mejores niveles de escolaridad fue configurando la ciudad como polo de atracción de grandes segmentos de población (Arboleda, 2011, p. 410). Es decir que sectores poblacionales, principalmente de carácter rural, en algún momento comenzaron a ver que tanto las pequeñas como las grandes ciudades ofrecían nuevas y mayores oportunidades que les podrían llevar a satisfacer en mejores condiciones sus necesidades básicas, y en esa medida era una promesa de mejorar su calidad de vida, ya fuera con acceso a mejores trabajos, ingreso al sistema educativo, reconocimiento social, entre otras; siendo este el inicio de procesos migratorios entre éstos mismos sectores poblacionales.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

La migración interna da cuenta de procesos de movilidad espacial en los que los sujetos se desplazan entre ciudades con proximidad geográfica. Respecto a éste término Morrison y Swanson, citados por López (2007), señalan que –se refiere a la movilidad a través de límites políticos o administrativos relevantes a escala regional, estatal o municipal. Ésta se distingue de las formas locales de movilidad, como la residencialll (p.22). Es decir que la migración interna se refiere a los procesos de movilidad emprendidos voluntariamente por los sujetos dentro del mismo territorio. En la migración interna se visibilizan una serie de características emergentes entre las que se destaca el papel de la mujer, pues por una parte es la encargada de los servicios de cuidado que se requieren en la acción de asistir y atender las necesidades de niños, niñas y adultos mayores, mientras que por otra parte es la mujer quién en ocasiones debe asumir la responsabilidad económica desempeñándose en trabajos informales como damas de compañía. Así mismo, es importante señalar que no siempre la migración interna está acompañada de situaciones de vulnerabilidad para los sujetos, sino que en ocasiones la migración puede representar movilidad de personas calificadas, así como la existencia de condiciones óptimas de asentamiento en los lugares de destino.

En términos generales se puede considerar que las migraciones internas e internacionales han representado una estrategia prioritaria para solventar situaciones de inequidad, pobreza, exclusión social y analfabetismo en las que viven la población afrodescendiente en América Latina y el Caribe. En ésta línea Hopenhayn y Bello (2011) afirman:

Tras siglos de exclusión y dominación, a principios del nuevo milenio los pueblos indígenas, afro latinos y afro caribeños presentan los peores indicadores económicos y sociales y tienen escaso reconocimiento cultural y acceso a instancias decisorias. Además, la discriminación étnica y racial también está en la base de los sentimientos xenofóbicos en los países de la región. Tal discriminación se transfiere al otro-extranjero, sobre todo si no es blanco y migra desde países caracterizados por una mayor densidad de población indígena, afro latina o afro caribeña (p. 5).

Esta situación de la población afrodescendiente en América latina y el Caribe queda puesto en evidencia a través de algunos estudios realizados hasta ahora, los cuales giran alrededor de los siguientes ejes nodales:

Tabla # 1: Investigaciones a nivel internacional que dan cuenta de la migración de grupos poblacionales afrodescendiente.

EJE NODAL	AUTORES
Promedios y estadísticas que denotan la cuantificación de la población afrodescendientes	Sánchez & García, (2006); DANE (2009); Lopez, (2006); Antón, Bello, del Polo, Paixao & Rangel (2009).
Movimientos poblacionales y desplazamiento armado en población afrodescendientes	Rodríguez, Sierra & Cavelier (2009); Wabgou, Vargas & Carabalí (2011).
Pobreza y exclusión en comunidades Afrodescendientes	Bello & Rangel (2000); Campbell (2003); Hopenhayn, Bello & Miranda (2011); Tamagno & Maffia (2011); Velazques & Iturralde (2012).
Redes y Movilizaciones políticas	Agudelo (2006).
Mercado matrimonial y erótico en mujeres Afrodescendientes	Hurtado (2008 y 2010).
Reconocimiento político y académico	Pulido (2011).
Experiencias relacionadas con la salud de estudiantes migrantes afrocolombiano	Carvajal (2010).
Juventud Afrodescendientes	Rangel & Del Popolo (2011).

Fuente: Tabla construida por la autora.

A nivel latinoamericano existen algunas investigaciones que enfocan sus análisis alrededor de la migración internacional de grupos poblacionales diversos y los impactos o repercusiones en su salud. Canales, Varga y Montiel (2009) en la investigación denominada: *-Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*, reconocen la falta de registros y de información alrededor de los accesos, promoción y prevención de los servicios de salud a los migrantes en los países de destino; además, en los registros existentes, ya limitados, se encuentran e identifican datos pocos fiables, redundantes y ambiguos, lo que dificulta y potencia en gran medida la in-visibilización de los migrantes en las ciudades de destino. Esta falta de información oportuna restringe el desarrollo de políticas y programas que propendan mejorar la calidad de vida de los migrantes. En éste sentido Cerruti (2011) afirma:

Sin duda, la falta de información veraz, confiable y oportuna es uno de los principales obstáculos para el diseño de programas y planes de acción frente a los problemas que aquejan a la población migrante directamente, como a la población en las comunidades que los reciben (p.69).

Por su parte el estudio realizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia como parte del programa Colombia nos Une (2009), así como el de los autores Canales, Martínez, Reboiras y Rivera (2009), y el de Villalobos (2008), identifican variadas dificultades en el acceso a la salud por parte de los migrantes; entre ellas se reconocen malos tratos por parte de algunos equipos médicos, baja demanda en los servicios de prevención y control de enfermedades, poca continuidad en los tratamientos médicos, poco acceso a los servicios de niveles especializados y a los servicios de urgencias, altos índices de tuberculosis y la falta de atención a partos; todo esto tiene como resultado que se restringe la calidad y nivel de vida de los migrantes.

También se identifica que las condiciones laborales en las que se encuentran algunos migrantes internos e internacionales son precarias y conducen en gran medida a la aparición de síntomas y enfermedades que inciden en la afectación de la salud, repercutiendo a su vez en la calidad de vida y el desarrollo humano tanto de los migrantes en destino como de sus familias en origen. Canales, Martínez, Reboiras & Rivera (2009) reconocen y explicitan la vulnerabilidad y exposición a las que se enfrentan los migrantes de la siguiente manera:

En general, los grupos de migrantes son un colectivo inmerso en una serie de condiciones de vida (desde los motivos que les llevan a migrar, las vicisitudes a las que se enfrentan en el trayecto, el desarraigo o los cambios en las redes sociales y la propia dificultad para la inserción, y el medio socioeconómico en el que se desenvuelven en el lugar de destino), que continuamente menoscaban o deniegan el ejercicio de sus derechos humanos y que les exponen a prácticas o situaciones de riesgo (p.72).

Así reconocidas las condiciones de exposición y vulnerabilidad a la que se enfrentan las masas migratorias, algunos estudios han permitido identificar estrategias políticas para propiciar el restablecimiento de sus derechos humanos. Es así que la OIM (2006), propone alternativas que permitan solventar las situaciones de desventajas a las que se enfrentan los migrantes referidas a los accesos de los servicios de salud y derechos humanos:

Para encontrar soluciones constructivas a estos asuntos, tienen que desarrollarse políticas de salud de migración. Estas políticas deben estar integradas de manera global dentro del esquema más amplio de las políticas de migración y deben propiciar un acercamiento de las políticas de los países de origen, tránsito, destino y retorno. Los derechos humanos, incluyendo los derechos de los migrantes a la salud, tienen que tener un lugar central en estas políticas (p.28).

En ésta misma línea se hace entonces imprescindible realizar estudios estructurados desde una visión multidimensional y relacional que permita de alguna manera la transformación y abolición de los esquemas hegemónicos tradicionales tanto políticos, como académicos y culturales, que invisibilizan grupos poblacionales con poco crecimiento económico y reiteradamente excluidos. Alrededor de la importancia de establecer investigaciones como la presente propuesta, Ramón Grosfoguel, citado por Hurtado (2010), afirma:

Los estudios étnicos/raciales son sobre todo espacios de conquista agenciados por intelectuales, que desde las organizaciones sociales y desde las universidades se manifestaban en contra de los saberes hegemónicos y de los supuestos establecidos que describían a la población negra como agentes que no debían ser sujetos de producción teórica (p.5).

Por su parte, en Colombia existen investigaciones con enfoque étnico-racial en contextos de migración interna; la gran mayoría de estos abordan el desplazamiento forzado, la movilidad de grupos indígenas, es decir, estudios demográficos sin discriminación de grupos étnicos como categoría de análisis central. Al respecto Barbary, Ramírez & Urrea (1999) afirman:

Hasta el presente el estudio de la población negra ha privilegiado los enfoques antropológicos clásicos o convencionales apoyados en el espejo de los estudios de las poblaciones indígenas. En tal sentido hay una ausencia notoria de investigaciones socio-demográficas sobre la población negra colombiana en el contexto de los actuales procesos de urbanización (p.3).

Se identifica como principal antecedente el estudio realizado por María Carvajal en 2010: *Experiencias relacionadas con la salud de estudiantes migrantes afrocolombianos en una universidad privada de Bogotá*; en esta investigación se caracterizan y analizan las experiencias relacionadas con la salud de estudiantes migrantes afrocolombianos en una universidad privada de Bogotá. Los resultados de este estudio giran alrededor de identificar los sentimientos que experimentan los estudiantes frente al evento migratorio como la tristeza y el vacío por alejarse de su familia y de su tierra pero también experimentan sentimientos de alegría cuando se refieren a Bogotá ya que ven la capital como un lugar de oportunidades. Los migrantes tienen conciencia de una adecuada alimentación, realizan actividad física

con frecuencia. En cuanto a las redes de apoyo todos manifiestan que son de gran importancia y muy valiosas para aquellas personas que están atravesando por un proceso migratorio.

En cuanto a cuantificación a nivel local Según el Censo General con fecha 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas “DANE” en Colombia había un total de 4`273.722 personas reconocidos como negros (a), mulatos, afrocolombianos de los cuales 2`124.668 son hombres y 2`149.054 mujeres; correspondiente para el departamento de Caldas se identificaron un total de 22,631 personas negros (a), mulatos, afrocolombianos de los cuales 11,452 fueron identificados como hombres y 11,179 mujeres.

Teniendo en cuenta el departamento del último cambio, en la ciudad de Manizales residían al 2005 30 personas provenientes del departamento del Chocó, 47 personas provenientes del departamento del Valle del Cauca y 18 personas provenientes del departamento de Nariño para un total de 95 personas procedentes del occidente de Colombia a la ciudad de Manizales.

En la ciudad de Manizales al 2005, 3,308 personas identificadas como negros (a), mulatos, afrocolombianos, de estas personas 1648 hombres y 1660 mujeres; 42 personas pertenecientes a esta comunidad étnica se identifican con limitaciones para caminar, 23 personas con limitaciones para usar brazos o manos, 70 personas con limitaciones para ver, 16 personas con limitaciones para oír, 12 personas con limitaciones para hablar y 28 personas con limitación para aprender, para un total 191 personas con algún tipo de limitaciones.

JUSTIFICACIÓN

En este contexto, la presente investigación buscó comprender las realidades de las familias afrodescendientes migrantes en cuanto a sus prácticas de salud a partir de las representaciones sociales que tienen de las mismas. Dado que el análisis cruza las variables de etnia (familias afrocolombianas) y salud en situación de migración interna, se privilegió el enfoque étnico racial por cuanto este permite una visión multidimensional y relacional. Multidimensional en el sentido que el acceso a los servicios de salud de primer nivel no sólo están mediados por los derechos de los usuarios, sino que además están determinados por la condición étnica y la condición migratoria; relacional por cuanto en el acceso y la atención que ofrecen los proveedores de los servicios de salud están mediados por relaciones de poder y género, de lo que resulta que se ofrece el servicio desde los prejuicios y preconcepciones construidas alrededor de las familias afrocolombianas. El objeto de investigación además de pertinente y relevante, realiza un aporte al campo de los estudios culturales y étnicos en

Colombia, particularmente en lo que se refiere al reconocimiento de las condiciones y prácticas del cuidado de la salud que enfrentan las familias afrocolombianas, escasamente exploradas.

Otros aportes de éste estudio son, por una parte, relativos al campo académico dado que contribuye a la comprensión de las prácticas de cuidado de la salud en las que se articulan diversas áreas de conocimiento -salud, relaciones sociales de género y estudios de familia-; por otra parte, relativos al campo político, por cuanto los resultados de esta investigación aportaron un conocimiento que se espera pueda contribuir a mejorar la atención primaria en salud, en un sector específico de la población como lo son las familias afrocolombianas.

Sumado a lo anteriormente expuesto, con este ejercicio investigativo se buscó realizar un aporte al diseño y generación de estrategias metodológicas para la formulación de proyectos y estrategias con familias en situación de migración interna; es decir, se pretende que los entes territoriales de salud promuevan estrategias a partir de las recomendaciones que se plantearon, de manera que les permita amparar y salvaguardar asertivamente poblaciones minoritarias como lo es la afrocolombiana. Además, se contribuyó con la visibilización de las situaciones que enfrenta ésta población, relacionadas con los procesos de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Con base en lo expuesto anteriormente se buscó entonces comprender a través de este ejercicio investigativo, ¿cuáles son las representaciones sociales que las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales otorgan a sus prácticas de cuidado de la salud?

6. REFERENTE TEÓRICO

No podemos pretender que los cuidados de una cultura sean válidos para todas las demás, esto sería una prueba de nuestro etnocentrismo. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus prácticas, sus creencias, sus valores y tradiciones.

Vásquez (2006)

En este capítulo, se plasman las perspectivas teóricas y conceptuales que orientaron el ejercicio investigativo; dichos conceptos y teorías posibilitaron comprender las representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud en familias afrocolombianas.

MIGRACIÓN

Migración interna hace referencia a los movimientos poblacionales que emprenden los sujetos al cambiar de residencia de manera temporal o definitiva a otras ciudades, municipios y corregimientos dentro de un mismo país; al respecto se establece: -Movimiento de personas de una región a otra en un mismo país con el propósito de establecer una nueva residencia. Esta migración puede ser temporal o permanente. Los migrantes internos se desplazan en el país pero permanecen en él. (Por ejemplo, movimientos rurales hacia zonas urbanas) (OIM, 2006, p.40).

La migración interna se diferencia del desplazamiento forzado puesto que los sujetos son quienes deciden de manera voluntaria y por múltiples motivos trasladarse, y no lo hacen bajo la influencia de procesos de desalojo, despojo y/o expulsión de tierras; en términos generales no se fundamenta en movimientos poblacionales involuntarios y violentos.

Las migraciones en muchas de las ocasiones son emprendidas por los sujetos por falta de oportunidades económicas, políticas y sociales; se identifica además que muchos de estos movimientos poblacionales se realizan a regiones con mejores condiciones de vida que posibilitan el acceso más equitativo tanto a



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

los servicios públicos, como a mayores y mejores ofertas laborales y educativas. De tal forma que tanto la migración interna como externa (internacional) se pueden identificar como aquella estrategia individual y/o familiar que permite solventar una serie de necesidades familiares y sociales.

A través de la historia de nuestro país es posible reconocer un momento histórico concreto en que los procesos migratorios hicieron eclosión, trasformando radicalmente la condición territorial del país, a partir de una creciente movilización desde los contextos rurales a los contextos urbanos. Al respecto Carvajal (2010) afirma:

La migración interna en Colombia se ha configurado de forma tal que el siglo XX fue el escenario histórico de la transformación de un país eminentemente rural a un país predominantemente urbano. La importancia de la población urbana se incrementó progresivamente, pasando de representar el 31% de la población total en 1938, al 39% en 1951 y el 52% en 1964, año en el cual se revirtió la tendencia histórica, y la población urbana total de Colombia pasó a ser mayor que la población rural (p.30).

FAMILIA

El término familia es parte del discurso común y cotidiano, es sustantivo y activo, y se emplea para describir las relaciones humanas dentro y fuera del hogar; lo que conduce a afirmar que es una construcción social que se reafirma mediante la atribución de significado a las relaciones que ella posibilita a través del lenguaje; la experiencia de vida familiar y las clases de familia son diversas, y dependen de la cultura, contexto social, escolaridad, etnia, religión, entre otras. La Familia entendida como una forma de organización social se ve también implicada en los procesos migratorios; al interior de esta organización básica se inician los procesos de reproducción cultural, integración social y formación de las identidades individuales, y da cuenta además de una compleja red de parentesco, de consanguinidad, de afinidad legal y ceremonial (Palacio, 2004, p.33). La familia está influenciada por el contexto meso social (instituciones) y macro social (Políticas y el estado) y posee la capacidad a través de sus integrantes de ser agente de cambio, lo que permite establecer singularidades en el ámbito

familiar. Los cambios en los niveles meso y macro impactan la vida familiar y esto mueve a las familias a desarrollar estrategias y alternativas para hacer frente a esos cambios.

GRUPO POBLACIONAL AFROCOLOMBIANO:

Por su parte el término Afrocolombiano(a) hace referencia a los grupos poblacionales negros existente en la república de Colombia; el término como tal busca reconocer y generar consciencia étnica y sociocultural. El DANE (2009), respecto al afrocolombiano(a) afirma:

Persona que presenta una ascendencia africana reconocida y que poseen algunos rasgos culturales que les da singularidad como grupo humano, comparten una tradición y conservan costumbres propias que revelan una identidad que la distinguen de otros grupos, independientemente de que vivan en el campo o en la ciudad. También son conocidos como población negra, afrodescendientes, entre otros (p.46).

A manera de complementariedad y claridad conceptual Antón, Bello, Del Popolo, Paixao y Rangel (2009), afirman que la expresión afrodescendiente hace referencia a:

Todos los pueblos y las personas descendientes de la diáspora africana en el mundo. En América Latina y el Caribe, el concepto se refiere a las distintas culturas —negras‖ o —afroamericanas‖ que emergieron de los descendientes de africanos, las que sobrevivieron al tratado del comercio esclavista que se dio en el Atlántico desde el siglo XVI hasta el XIX (p.20).

Por su parte, el grupo étnico se identifica como un conjunto de costumbres, creencias, valores y prácticas culturales que identifican a un grupo poblacional específico. En palabras Del Popolo, García, Ribotta & Acevedo (2011), citando a Jenkins (2011) plantean:

Grupo étnico... es un grupo etnolingüístico cuyos diversos integrantes comparten una misma autoidentidad. [...] El idioma es un factor principal [...] el grupo adopta su propio nombre [...]. Compartir una misma historia, costumbres, identidades familiares y de clanes, al igual que reglas y prácticas matrimoniales, clasificaciones por edades y otros acuerdos sobre sus obligaciones, y patrones y reglas sobre herencias son algunos de los factores étnicos comunes que definen o distinguen a un pueblo (p.129).

SALUD

La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla.

Piédrola (2013)

La salud depende de una multiplicidad factores sociales, biológicos, económicos, culturales y ambientales; estos procesos de salud hacen parte de los fenómenos sociales dado que la manera como los grupos sociales nombran, significan y actúan en un contexto determinado eleva o disminuye la interacción en la multiplicidad de los factores anteriormente nombrados; la salud además potencializa las capacidades de las personas al igual que se constituye como una condición fundamental para la satisfacción de algunas necesidades humanas.

La OMS (2009), reconoce que la salud es igual a la suma de los determinantes de salud y estos se subdividen en diferentes aspectos, como características individuales, factores sociales, económicos, físicos y del entorno.

El término salud puede ser también entendido como un estado de equilibrio, en el que la noción negativa frente a la ausencia de la enfermedad se trasciende; la salud desde una comprensión interdisciplinar apunta a una definición holística en el que sesgo biológico y patológico se comprenden desde la multidimensionalidad. Feito (1996) establece que la salud:

Es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción) (p.64).

La salud se considera entonces como un proceso complejo y cambiante esencial para la vida en el que el contexto sociocultural juega un papel fundamental.

En el plan decenal de salud pública 2012-2021 se concibe:

Salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida (p.12)

REPRESENTACIONES SOCIALES:

Las representaciones sociales son –construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, que funcionan y perduran con independencia de tales o cuales individuos concretos y generan conductas relacionadas con ellas. (Lacolla, 2005, p.1). Es decir, las representaciones sociales dan cuenta del valor simbólico e identitario de los grupos poblacionales, fomentan dimensiones culturales, legitimando espacios de interacción al interior de una cultura determinada; estas representaciones sociales se establecen como un código para el intercambio social y la fundamentación de los imaginarios simbólicos.

En 1988 Durkheim planteaba respecto de lo que él denominaba representaciones colectivas lo siguiente:

Los hechos sociales no difieren sólo en calidad de los hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de la conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual; son representaciones de otro tipo: tienen sus leyes propias (p. 273).

Ya en el siglo XX Moscovici (1981) plantea una nueva concepción acerca de las representaciones social según la cual: –las representaciones sociales son un conjunto de enunciados, explicaciones y conceptos que se construyen en el espacio de la cotidianidad y se hacen explícitas a través de los canales comunicacionales que cada grupo social establece (p. 221). Ésta definición orientará los propósitos de este ejercicio investigativo; a partir de la misma se pretenden develar los conocimientos desde el sentido común que tienen alrededor de las prácticas de cuidado de su salud, ya sean individuales, colectivas e institucionales las familias afrocolombianas migrantes de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales como objeto de estudio de este ejercicio investigativo.

Por otra parte, Moscovici, citado por Perera (2003), plantea tres tipos de representaciones sociales; estas son:

Representaciones hegemónicas: es típico un alto grado de consenso entre los miembros del grupo y se corresponderían más con las representaciones colectivas enunciadas por Durkheim.
Representaciones emancipadas: no tienen un carácter hegemónico ni uniforme, emergen entre subgrupos específicos, portadores de nuevas formas de pensamiento social.
Representaciones polémicas: surgidas entre grupos que atraviesan por situaciones de conflicto o controversia social respecto a hechos u objetos sociales relevantes y ante los cuales expresan formas de pensamiento divergentes (p.211).

Para el propósito de este ejercicio investigativo comprender la clasificación que plantea Moscovici alrededor de las representaciones sociales, se convierte en un elemento fundamental de cara al análisis de la información, dado que permite a la luz de la realidad de las familias afrocolombianas plantear que tipo de representación social han construido como grupo étnico.

De manera más reciente Jodelet (1986), en línea de lo que plantea Moscovici, establece que las representaciones sociales permiten comprender la realidad social de los sujetos a través del sentido y significado que otorgan a su experiencia cotidiana, lo que posibilita la interpretación de la realidad social desde el conocimiento de los sujetos y la manera como lo enuncian a través del lenguaje.

Imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana. un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual (p.469).

Las representaciones sociales como producto sociocultural y marco para las interpretaciones son estructuras ordenadas y jerarquizadas que posibilitan comprender los sistemas de referencias de grupos sociales determinados; para este caso en específico, las representaciones sociales de las familias afrocolombianas de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales permiten esencialmente evidenciar modelos e imágenes que explican la realidad cotidiana, las formas de conocimiento y cómo los individuos dotan de sentido su sistema de creencias y su realidad.

Las representaciones sociales son órganos culturales cincelados por la evolución social. Tienen como función pragmática el soporte de la cooperación del grupo en busca de una mejor supervivencia. Son estructuras mediadoras que facilitan la coordinación de la actividad entre los seres humanos, y entre estos y las cosas. (Vargas, 2008, p. 18).

Las representaciones sociales además de lo anteriormente mencionado, permiten explicar las significaciones, los fenómenos socioculturales, las relaciones intergrupales e interindividuales que los individuos construyen en relación al contexto cultural, ideológico e histórico que viven; significaciones que permiten interpretar los acontecimientos y actuaciones sociales, la forma como a través del lenguaje y las prácticas se simbolizan las experiencias cotidianas. Las representaciones sociales hacen más que reflejar el mundo, crear y mantener un mundo social; éstas también están involucradas en la construcción del mundo social. (Vargas, 2008, p. 20).

PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD:

Para el presente trabajo investigativo tomaremos las prácticas de cuidado en salud como acontecimientos susceptibles de generar representaciones sociales. Estas prácticas dan cuenta de todas las acciones que se emprenden para preservar, salvaguardar y conservar la salud en pro de una mejora en la calidad de vida. Micolta (2011), afirma al respecto:

El cuidado como una acción desencadenada por una necesidad particular, definida social o familiarmente, que convoca a una o a varias personas a estar atentas o alertas a preservar la calidad de vida de la persona que tiene la necesidad. En el cuidado se intercambian afectos, bienes materiales y económicos y un universo simbólico. El cuidado es una acción y una relación entre personas que se desarrolla en diferentes espacios (p.2).

Como complemento de lo anterior se reconoce en las prácticas de cuidado, según Muñoz (2002):

actividades que se realizan (...) con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar, basadas en su sistema de creencias y tradiciones culturales difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidos por quienes ofrecen el cuidado (p. 42).

Las prácticas de cuidado varían según el actor social que las ejecute; es decir que las prácticas pueden ser sanitarias o institucionales, de autocuidado colectivo o interpersonales, y de autocuidado individual o personal. Las primeras hacen referencia a los cuidados suministrados por profesionales en entidades prestadoras de salud, como hospitales, puesto de salud y centros médicos. Al respecto Tobón (2011) afirma:

La atención sanitaria...se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial (p.2).

Por su parte las prácticas de autocuidado colectivo o interpersonales se refieren a todas las acciones emprendidas por la red parental y comunitaria para solventar alguna situación de enfermedad o para fomentar calidad de vida. En este sentido establece Tobón (2011):

El cuidado entre todos es denominado *autocuidado colectivo* y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ej., la disposición de basuras,

el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común (p. 3).

Finalmente las prácticas de autocuidado individual o prácticas personales son las acciones o destrezas aprendidas a través de la cotidianidad para cuidar de sí mismo; -Autocuidado individual y personal está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida (Tobón, 2011, p. 3).

Si asumimos que las prácticas de cuidado son acciones emprendidas para fomentar la calidad de vida, éstas varían según los contextos y las prácticas culturales de las comunidades. *-Las prácticas de cuidado de la salud responden a la realidad que vive la persona pero se moldean de acuerdo con su sistema de creencias. Estas prácticas pueden llevarse a cabo con el objetivo de prevenir o tratar la enfermedad (Melguizo & Álzate, 2008, p.120).*

Por último, debemos señalar que en los procesos de migración pueden existir una serie de factores de riesgo a los cuales quedan expuestas las personas de acuerdo a sus condiciones específicas de vida. Estos factores están asociados a largas jornadas de trabajo, ambientes poco salubres, manipulación de químicos como pesticidas, cambios culturales abruptos, malos hábitos alimenticios, bajos accesos a los servicios primarios de salud entre otras; todas estas experiencias en su conjunto constituyen un riesgo al estado ideal de salud.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

7. LOS OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Comprender las representaciones sociales que las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales otorgan a sus prácticas de cuidado de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el perfil socio demográfico de las familias afrocolombianas migrantes de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales.
- Identificar las prácticas de cuidados personales, interpersonales e inter-generacionales que aportan al cuidado de la salud en familias afrodescendientes con experiencia de migración interna
- Interpretar las representaciones sociales que orientan las prácticas del cuidado de salud en las familias afrocolombianas migrantes de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

8. METODOLOGÍA

ENFOQUE

Metodológicamente esta investigación se fundamentó en un enfoque histórico-hermenéutico donde cobran importancia las representaciones sociales de los integrantes de las familias afro colombianas que otorgan a las prácticas de cuidado alrededor de su salud. -La hermenéutica implica, como enfoque de investigación, una labor a través de la cual el investigador busca comprender e interpretar un fenómeno o realidad en un contexto concreto (López, 2011, p.82). En este sentido el enfoque hermenéutico o interpretativo da cuenta de las representaciones sociales construidas por los sujetos alrededor de alguna experiencia puntual.

El paradigma interpretativo se fundamenta en la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes (Vasilachis, 1992, p.43). Sus cuatro supuestos básicos se vinculan, específicamente, con la consideración del lenguaje como un recurso y como una creación, como una forma de producción y de reproducción del mundo social (Vasilachis, 1992, p.153).

El alcance de la interpretación cuando se identifican y se analizan las representaciones sociales desde el enfoque histórico – hermenéutico radica en comprender el sistema de referencias, significados y modelos explicativos que determinan un grupo social desde los sistemas comunicacionales construidos.

Las representaciones sociales se retomaron en este ejercicio investigativo desde el punto de vista procesual o cualitativo, donde el discurso de las experiencias son el fundamento para reflejar la realidad. -El enfoque procesual pone su atención en el examen de la actividad re interpretación continua que emerge del proceso de elaboración de las representaciones, y considera el espacio de interacción como su objeto de estudio. En esta definición, el proceso de elaboración está en el devenir social más que en los mecanismos cognitivos.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

DISEÑO

En el diseño de esta investigación, para el plan de análisis, se siguieron algunos lineamientos de la teoría fundamentada. López, 2011 retomando los planteamientos de Glaser y Strauss (1967) afirma:

La teoría fundamentada se ubica en el amplio campo de los métodos interpretativos de la realidad social y comparte con la fenomenología su uso para describir el mundo de las personas y las personas que están siendo estudiadas en un determinado tiempo y espacio (p. 82).

Se retomó la propuesta metodológica que plantean los autores, la cual me permitió construir, ordenar y analizar los datos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Como unidad de trabajo se tomaron cinco grupos familiares afro colombianos que tuvieran experiencia de migración interna de la región pacífica de Colombia la ciudad de Manizales- Caldas, se identificaron a través de la técnica bola de nieve; **La unidad de análisis** fueron las representaciones sociales que otorgan las familias afrocolombianas a las prácticas de cuidado en salud y las prácticas de cuidado. **Como criterios de participación se tuvieron en cuenta:** 1) Que los grupos familiares se auto identificaran como afro colombianos 2) Que las personas hubieran migrado de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales 3) y que los sujetos tuvieran uno o más años de haber migrado internamente. El número de familias afro colombianas que participaron se determinaron a través de un muestreo selectivo en el que "... la persona se elige según ciertos rasgos considerados relevantes en términos conceptuales" (Vasilachis, Ameigeras, Chernobilsky y otros ,2006, p.187).

INSTRUMENTOS

El instrumento constó de 3 apartados; la primera parte respondió a una breve caracterización de la población objeto de trabajo, la segunda y tercera parte del instrumento está diseñada como una matriz compuesta por dos columnas; la columna del lado izquierdo exploró las prácticas de cuidado de la salud

(individuales, colectivas e institucionales) y por su parte la columna del lado derecho exploró las representaciones sociales de las prácticas de cuidado.

PROCEDIMIENTO

Sujetos: El acceso a los sujetos se realizó a través de la **técnica** bola de nieve la cual se sustenta en conocer algunos informantes a través de los sujetos que ya se han identificado previamente. Se realizaron las entrevistas en el lugar acordado con los sujetos fuente de información.

Recolección de datos: La recolección de información y la construcción de los datos para comprender las representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud de las familias afrocolombianas migrantes se realizó a través la **técnica cualitativa** entrevista semiestructurada. En palabras de Vasilachis, Ameigeras, Chernobilsky y otros, 2006, citando a Holstein y Gubrium, 1995 establecen:

Las entrevistas son eventos interactivos [...], son construidas in situ, un producto de la conversación entre los participantes de la entrevista... La forma dialógica, «oral, más espontánea»... que no se desgana siguiendo una línea cronológica exacta, sino que reconoce idas y venidas, da espacio a los olvidos y a los recuerdos, a las enunciaciones y a las reformulaciones (p.194)

La metodología propuesta por la Teoría Fundada se basa en dos grandes estrategias: el *método de la comparación constante*, y el *muestreo teórico*. A través del método de la comparación constante se recogió, codificó y analizaron los datos en forma simultánea para generar teoría; no se realizaron en forma sucesiva lo cual fundamento un proceso reflexivo y flexible a lo largo del ejercicio investigativo.

El muestreo teórico se realizó para descubrir categorías y sus propiedades, y para sugerir las interrelaciones dentro de una teoría. (Glaser y Strauss, 1967, p. 62).

CODIFICACIÓN:

El ordenamiento de los datos se realizo a través del software cualitativo Atlas. Ti. Por su parte Vasilachis y otros (2006) plantean:

Codificar supone siempre un corte o fractura de los datos, por un lado permite identificar y agrupar información descontextualizándola, es decir extrayéndola del texto original. Por otro lado admite recuperarla en un nuevo contexto (re contextualización) y comenzar a interrogarla para descubrir sus propiedades y dimensiones (subcategorías) (p.103)

Tabla# 2: Proceso de Análisis de datos según la teoría Fundamentada	
Elemento	Descripción
Codificación Abierta	En este ejercicio investigativo en el análisis de los datos se destaca la voz de los actores, la primera operación que se desarrolló consistió en fracturar los datos, es decir, se procedió a descomponer los relatos de los participantes de la investigación a la luz de los objetivos planteados, tratando de esta manera dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea así que se maximizaron las similitudes y se minimizaron las diferencias de esta manera bajo conceptos más abstractos se construyeron categorías y subcategorías iniciales sobre las representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna.
Codificación axial	La segunda operación empleada fue descubrir las interacciones y relaciones entre las categorías y subcategorías de manera que estas se articularon caracterizando los elementos que conformaran el análisis de hallazgos y discusión.
Codificación selectiva	Como tercera operación se identificó la categoría central, para este caso en particular se determinaron las representaciones sociales como vertebra de análisis a través de la cual se pudiera comprender las prácticas de cuidado de la salud de las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna.

Fuente: Tabla construida por la autora.

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizaron tres momentos importantes, una **primera fase** da cuenta de lo descriptivo; con los discursos ya codificados y retomando los aspectos sociodemográficos incluidos en la entrevista que dan cuenta del área en la que habitan, estrato socioeconómico, fecha en la que se radicaron en la ciudad de Manizales, ciudad de origen, edad, género, composición familiar, nivel educativo y estrato socioeconómico se procedió a la identificación de tendencias y categorías que permitieron poner en contexto los discursos elaborados por las familias afrocolombianas estudiadas.

Como **segunda fase** se acudió a la interpretación a través de la cual fue posible profundizar y depurar aspectos centrales entregados a través del proceso de codificación selectiva.

Como **tercera fase** se analizaron y discutieron las dos tesis construidas, fue a través de esta fase que se posibilitó profundizar, considerar, detallar y triangular los discursos de los sujetos a la luz de lo que los teóricos plantean y establecer una mira como investigador.

Tabla # 3.Operacionalizacion de Variables

Categoría	Operacionalización	Instrumento	Técnica de Análisis
Perfil socio demográfico	Las características de los migrantes internos	Cuestionario(Preguntas cerradas)	Análisis descriptivo.
Representaciones sociales	Relatos contruidos por los migrantes alrededor de las representaciones sociales sobre las prácticas alrededor de su salud	Entrevista semi-estructurada.	Abierta, axial y selectiva.
Prácticas de cuidado de la salud.(Autocuidado personal, Autocuidado colectivo, Cuidado Sanitario)	Relatos contruidos por los migrantes alrededor de las prácticas de cuidado que aportan a su salud.	Entrevista semi-estructurada.	Abierta, axial y selectiva.

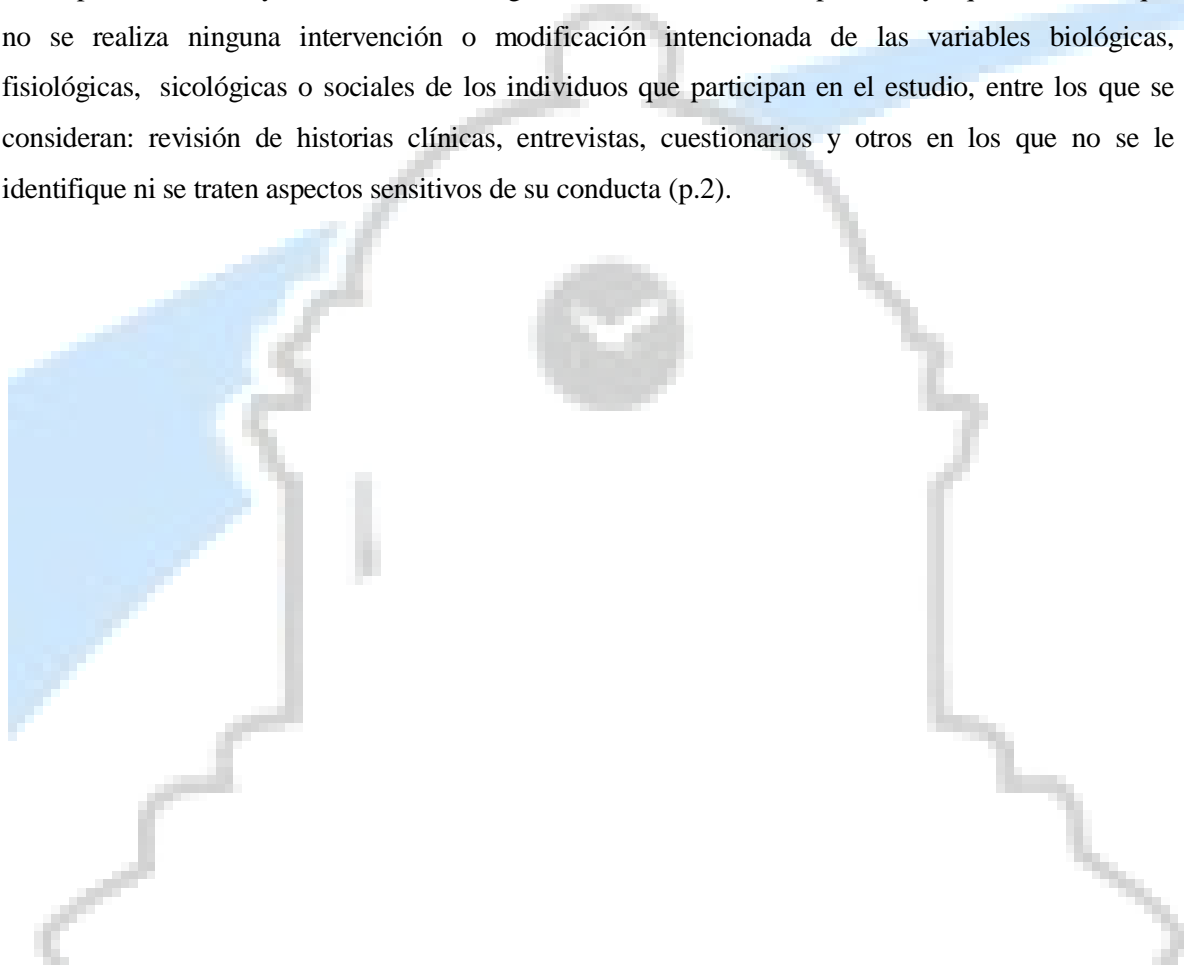
Fuente: Construida por la autora.

Consideraciones éticas:

Las familias que participaron del proceso investigativo lo hicieron bajo su voluntad para ello se empleó el consentimiento informado; se dio un tratamiento especial a la información suministrada por las familias; los datos personales como nombres, apellidos y número de identificación fueron de total

confidencialidad. Se partió para la realización de las entrevistas de los principios de no discriminación, libre determinación, autonomía y dignidad; se veló siempre por la integridad física, psíquica y moral de todas las personas participantes. Se desarrolló un consentimiento informado de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia; dicha resolución clasifica sin riesgo los estudios que:

... emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (p.2).





PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

9. RESULTADOS

Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio que vive

Hipócrates (460-370 AC)

En las siguientes líneas se presentan los resultados alrededor de tres ejes nodales centrales. **1-** Tiene que ver con el perfil sociodemográfico de las familias afrocolombianas migrantes del pacifico Colombiano a la ciudad de Manizales; **2-** Tiene que ver con las prácticas de cuidado de la salud (**Individuales, Colectivas y Sanitarias**); **3-** Da cuenta de las representaciones sociales construidas por los migrantes alrededor de dichas prácticas (**RS del cuidado individual, RS del cuidado comunitario, RS del cuidado sanitario**)



**PRESENTACIÓN DE INFORMES
FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

**1. PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DE LAS FAMILIAS AFROCOLOMBIANAS
MIGRANTES DE LA REGION PACIFICA A LA CIUDAD DE MANIZALES.**

Tabla #4

Identificación de la familia	Área de Residencia Urbana o Rural	Estrato	Ciudad de Origen	Fecha de radicación en la ciudad de Manizales	Rol Parental	Edad	Genero	Tipología Familiar	Escolaridad
Familia 1	Urbana	3	Tumaco/ Nariño	2007	Madre	25	F	Nuclear	Universitario completo
					Hija	3	F		Universitario incompleto
									Pre Kinder incompleto
Familia 2	Urbana	6	Tumaco/ Nariño.	1991	Padre	46	M	Nuclear	Universitario incompleto
					Madre	46	F		Técnico completo
					Hija	21	F		Universitario incompleto
					Hijo	15	M		Bachillerato incompleto
Familia 3	Urbana	2	Tumaco/ Nariño.	1985	Madre	40	F	Mono parental con jefatura femenina	Bachillerato incompleto.
					Hijo	14	M		Bachillerato Incompleto.
Familia 4	Urbana	3	Tumaco/ Nariño.	2008	Madre	39	F	Monoparental con jefatura femenina	Técnico incompleto
					Hija	18	F		Universitario incompleto
Familia 5	Urbana	5	Istmina/Chocó.	2009	Madre	25	F	Monoparental con jefatura femenina	Universitario incompleto.
					Hija	2	F		Pre Kinder incompleto

Fuente: Tabla construida por la autora.

En total participaron cinco grupos familiares afrocolombianos, todos residentes en la área urbana de la ciudad de Manizales. Una de las familias reside en un barrio estrato 2 de la ciudad, dos en barrios



GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

estrato 3, uno en barrio estrato 5 y uno en barrio estrato 6; a partir de esto no se identifica una homogeneidad en el estrato socioeconómico. Cuatro de los grupos familiares son provenientes de la ciudad de Tumaco/Nariño y un grupo familiar de la ciudad de Istmina/ Chocó. Las fechas en que estos grupos familiares se radicaron en la ciudad de Manizales varían; el grupo familiar más antiguo tiene 30 años de haber migrado a la ciudad de Manizales (1985), la familia que le sigue en orden cronológico tiene 24 años de haber migrado (1991), los otros tres grupos familiares son más recientes en el proceso migratorio: 8 años (2007), 7 años (2008) y por ultimo 6 años (2009).

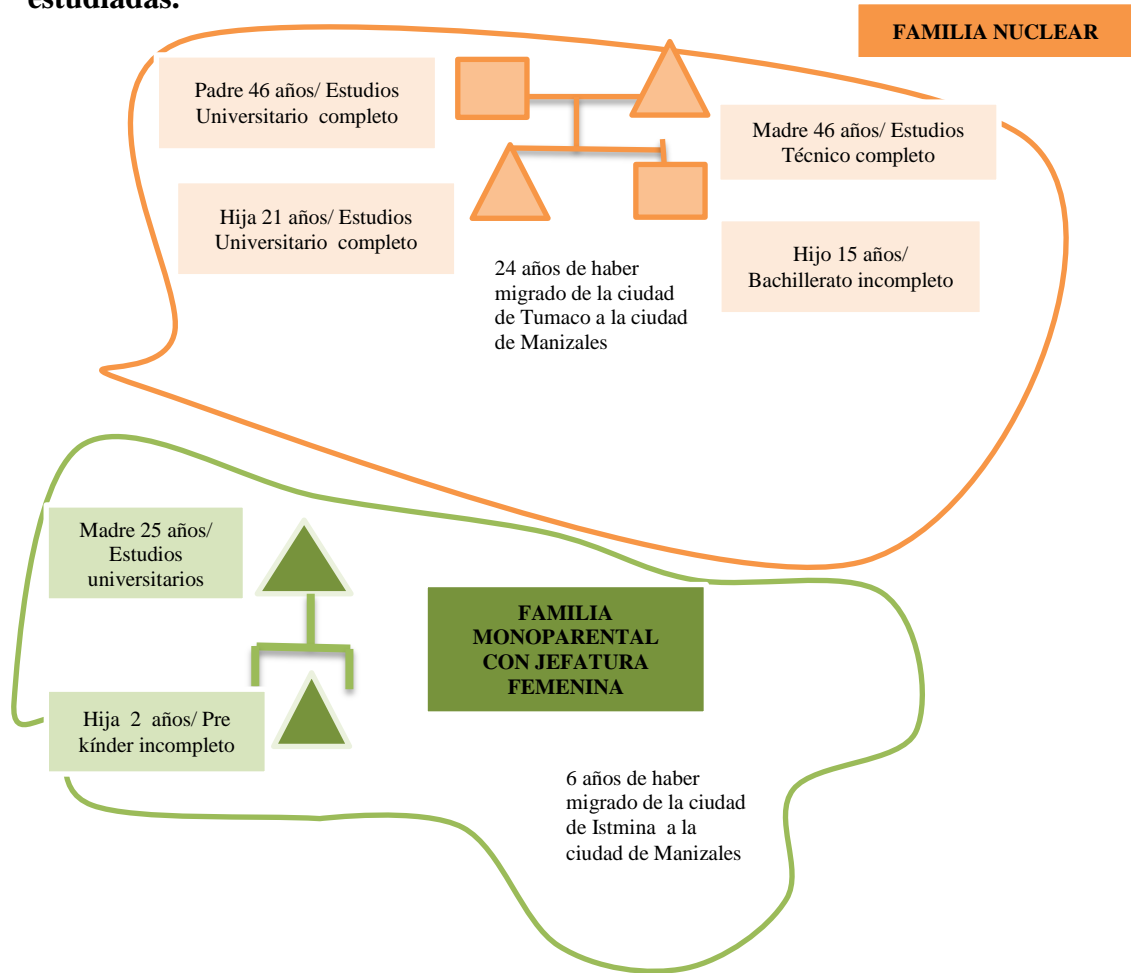
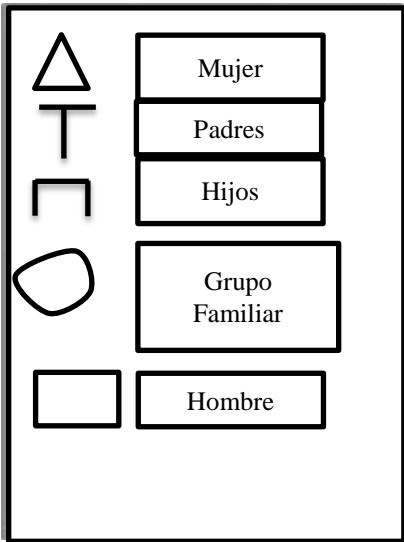
La distribución por rol parental de los integrantes de las familias entrevistadas corresponde a: 2 padres de familia, 5 madres de familia, 4 hijas y 2 hijos; la distribución de edad se agrupan de la siguiente manera: de 0 a 5 años 2 personas, de 14 a 28 años 6 personas y de 29 a 59 años 5 personas, siendo mayor el número de personas entre las edades de 14 a 28 años; según el género tenemos que 4 son hombres y 9 mujeres. La tipología familiar predominante es la monoparental con jefatura femenina (3 grupos familiares); las otras dos familias son nucleares. Respecto a la escolaridad de los integrantes de las familias sólo 1 persona tiene estudios universitarios completos y 5 personas poseen estudios universitarios en curso; 1 persona tiene formación técnica y 1 persona tiene formación técnica en curso;

3 personas tienen bachillerato en curso 2 personas tienen pre kínder incompleto en curso.

	PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

Figura #1

Tipos familiares identificados en las familias afrocolombianas migrantes estudiadas.



El término *familia nuclear* designa un grupo de parientes conformados por padre, madre y uno o varios hijos e hijas, el termino *familia monoparental con jefatura femenina* designa un solo progenitor (mujer) único o total responsable de los y las hijas e hijos.

	PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

2. PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD (INDIVIDUAL, COLECTIVAS Y SANITARIAS)

Cuidado individual

Las prácticas de cuidado individual se refieren a todas las acciones emprendidas por las personas para cuidar de sí mismo, es decir, todos los actos y labores que se ejecutan individualmente para solventar alguna situación de enfermedad o prevenirla. Las prácticas individuales a las que hacen referencia los migrantes se relacionan con el cuidado de sí mismo; dichas prácticas dan cuenta de la realización de actividad física ya sea por rutinas seguidas en el hogar a partir de tutoriales de la red –youtubell o a través de videos comprados: "yo tengo una rutina que son unos video y yo los hago aquí en casa y yall (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

Además de la actividad física se identifica la adopción de hábitos saludables frente la ingesta adecuada y balanceada de alimentos y el consumo de bebedizos tradicionales. En esta línea, señalan: –Vea antes no, ahora si, como le decía antes, le estoy hablando hace como un año, en el mes me comía por ahí entre 5 o 6 hamburguesas en el mes y yo era, a mí me encanta mucho la comida chatarra, que las crispetas, que los chuzos, entonces ya cuando subí a 100 kilos eso fue el detonante, yo no era delgada pero tampoco así, siempre he sido piernona pero tampoco así yo lo máximo que llegue a pesar fue ni siquiera 70 yo siempre era una talla más de jean pero era más delgada usted sabe que por las piernas, pero yo empecé a remplazar hamburguesa ya en el mes creo que ni me como una, comencé a remplazar lo que era pancito con mantequilla, por la fruta, poco, poco porque decir que uno va cambiar todo de unall (Mujer/ Madre de 25 años , comunicación personal, 27 de agosto del 2015). También:

–Yo solamente tomar agua de yerbas, ramas, esas bebidas, intento comer sano, uno lo intenta, comemos ensalada, unos 10 patacones en la semana y pescado frito lo que se hace aquí en el restaurante, la carne asada, el pollo, jugos siempre, ensalada siemprell (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Al mismo tiempo reconocen como una práctica de cuidado individual el dormir bien y no trasnochar, en ése sentido señalan: -Yo como bien, duermo bien y trato de no trasnochar es como me cuidoll (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

Las prácticas de cuidado individual también están asociadas a rutinas como lo son bañarse, cepillarse los dientes y peinarse; así por ejemplo señalan: -Que hago yo todos los días, me levanto, me baño, tiendo la cama, me organizo, me peino, lo de todos los díasll (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

Pero no sólo lo anteriormente manifestado da cuenta de las prácticas de cuidado, sino que también otras maneras de contribuir al autocuidado para los migrantes son la meditación y la espiritualidad, estrategias de cuidado que parecen tener una importancia significativa por la insistencia con que fueron mencionados durante las entrevistas. Al respecto señalan que -evitar el estrés es importante y lo hago de manera espiritual, meditando, calmándome, así pues puedo estar tranquila yo y mi familia, es una forma de cuidarmell (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015). También: -respirar profundo darse una vueltecita eso aliviana y alimenta el alma y no tomar las cosas como tan en serio porque eso lo mata a uno, a mí me aportado y funcionado, ser espiritual eso a mí me ha servido mucho cambia el ambiente laboral y todoll (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

En contraposición de lo anteriormente establecido también se hacen evidente prácticas individuales que en cierta medida no aportan al cuidado de la salud, entre estas se reconoce principalmente el poco descanso y poco ejercicio asociado a la restricción de tiempo libre. El siguiente discurso nos ilustra que dichas prácticas en cierta medida no contribuyen al autocuidado de la salud: -El tiempo libre para descansar prácticamente no lo tengo porque lo que queda libre lo ocupo es con mi niña, como estoy todo el día en la universidad lo que queda se lo dedico es a ella, cuando ella se duerme trato de hacer algoll (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015)



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

De manera puntual también aparece la referencia a hábitos alimenticios inadecuados en relación directa con los tiempos empleados para estudiar; algunos migrantes refieren que los horarios de clases incide de manera directa en el consumo de cualquier alimento y en cualquier horario, así lo expresa una de las participantes de la investigación: –Me engordé porque antes yo estudiaba y me desmandaba y por la pereza uno no se alimenta adecuadamente pero siento que si he cambiado (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

Cuidado comunitario o colectivo

El cuidado comunitario se fundamenta en la construcción de vínculos desde la reciprocidad en la cual los vecinos o conocidos juegan un papel importante en el cuidado de la salud. A través de los relatos de los integrantes de las familias migrantes se identifican pocas acciones colectivas para la recolección de basuras, para el tratamiento de agua y de celaduría (prácticas esenciales de cuidado comunitario), esto debido a que las familias entrevistadas viven en áreas urbanas en las cuales pagan por los servicios antes mencionados.

Se debe agregar que se evidencia poca realización de actividades relacionadas con la actividad física en comunidad, para lo cual los sujetos sustentan la falta de tiempo como justificación principal; se suma a ello que evitan participar en espacios construidos colectivamente aludiendo que esto les evita estar en –chismes o comentarios inapropiados con los vecinos; así lo expresan algunas de las participantes de la investigación: –Como comunidad no hacemos, yo no voy a nada, por las responsabilidades, yo tengo conocimiento de la tercera edad pero no voy yo no me siento, como para programarme a ir (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015). También: –Es mejor no hacer nada con ellos, así me evito problema, chismes, comentarios mal intencionados, yo prefiero tenerlos así, de conocidos y yall (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015)

Al contrario de lo anteriormente enunciado los vecinos o conocidos juegan un papel primordial cuando se presenta alguna alteración en la salud de las familias de los migrantes, esto se debe a que reconocen



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

como importante la ayuda del otro, –dar una mano, y esto porque que consideran que en cualquier momento podrían ser ellos que requieren de la ayuda de sus vecinos. Al respecto refieren: –Hoy por mi mañana por ti, cuando él estaba vomitando sangre mi vecino que vivía al lado me ayudo, yo no sabía cómo cargarlo, me ayudo a bajar a meterlo al taxi, ellos todos son estudiantes pero yo sé que fueran estado de una me fuesen ayudado todos son muy colaboradores (Mujer/ Madre de 25 años , comunicación personal, 27 de agosto del 2015).

Los cuidados comunitarios como estrategia permiten que entre unos y otros, y a pesar de no tener parentesco de consanguinidad, se aporten acciones y decisiones al cuidado de personas ajenas al grupo familiar; viene al caso este discurso planteado por una de las madres mujeres participantes del estudio: –Hay cosas que yo no sé y ellos tienen sus conocimientos por ejemplo la mamá de mi cuñada la niña le dio una gripa y una tos y con remedios caseros me ayudaron a levantarla, se le dio eucalipto con naranja y panela y de una se le quitó (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015)

Indiscutiblemente las prácticas de cuidado familiar identificadas giran en torno al altruismo como fuente de cuidado, esta situación fue reiterativa y se evidencia en los relatos de algunas de las madres participantes de la investigación; ellas plantean que realmente el cuidado de sí mismas no importa tanto como el cuidado de los otros integrantes de sus familias: –Mi salud no la cuido tanto, cuido la de mi hija la y de él, pero la mía casi no la cuido tanto hago que como le explico hago lo de mi casa" (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015). El cuidado de sí mismo se traslada al cuidado de los otros integrantes del grupo familiar, donde la individualidad pierde importancia y valor y el cuidado de los otros es fundamental.

Otra forma de cuidar en el grupo familiar es a través de la limpieza y el orden, puesto se denota como una forma de transmitir a los –otros lo importante que son, con el mantenimiento de espacios limpios y agradables en el hogar. El siguiente discurso respalda el planteamiento anteriormente expuesto: "Más que todo es con la limpieza no es algo individual para mi es con la limpieza de la casa, me gusta



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

mantener todo muy limpio me da mucha pereza lavar los platos después del almuerzo pero los lavo como a las 6 para lavarlos todos juntos, pero más que todo es con mi casa, casi no cosas para mí que habitualmente (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

El cuidado familiar se trasmite también desde el suministro de alimentos saludables e inocuos, el baño diario y la generación de comodidad. Pero además de esto, en el caso de niños y niñas pequeños, una forma importante como sus madres o parientes los cuidan es a través del afecto. El siguiente relato nos permite visualizar lo anteriormente expuesto: -Estar pendiente de las cosas de la niña, consentirla cuidarla, si la veo achiradita buscar ayudall (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015)

Los grupos familiares en general reconocen la importancia de asistir a los servicios de salud ante cualquier sintomatología sin embargo, agotan los medios familiares y comunitarios para solventar la situación de salud, si ya a través de estos medios no es posible mejorar se acude al servicio sanitario.

Asistir a los servicios médicos con personal cualificado e idóneo que pueda valor alguna afectación o alteración en la salud es otro medio al cual acuden algunos grupos familiares migrantes. Al respecto señalan: -Asistir al médico es siempre mucho mejor, ya después que se va el médico se le cuida con los medicamentos, que coman bien, que estén cómodos, pero el cuidado lo principal es ir al médico para uno saber que tiene o que, por que cuidarlo sin saber que tiene es peor, la situación se puede empeorarll (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

De otra parte es preponderante reconocer cómo la calidad del vínculo que se construya al interior de las familias repercute de manera directa en las formas de cuidado individual y familiares que se construyan. Se puede acotar para este caso que los grupos familiares en los que se identifican situaciones de tensión, estrés y rompimiento de algún tipo de vínculo, bien sea entre parejas (madre y padre) o padres y madres con sus hijos, el tipo de cuidado se restringe a cuidados desde lo monetario y el afecto. En éste sentido señalan: -Nosotros no hacemos nada ni juntos ni separados, sería importante y chévere cuidarnos como familia pero no, la relación de nosotros es muy rara, a ver el yo tenemos una pantalla ante la sociedad que somos pareja, nosotros no tenemos nada o mejor dicho no sé si lo tenemos



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

porque ni porque estemos bien hacemos nada, es muy raro, uno podría decir que para estar bien nos podríamos ir domingo a la ciclo vía, a caminar eso no y nunca si en siete años que llevo con el nunca hemos ido ni a cine (Mujer/ Madre de 25 años , comunicación personal, 14 de agosto del 2015)

Se debe agregar que la redes parental en las ciudades de origen también juegan un lugar importante, y que los migrantes las reconocen como otra estrategia para solventar alguna situación de salud; en éste sentido la distancia no es impedimento y la participación en el cuidado de los que están -lejos es importante para ellos. El uso de las TIC'S cobran especial relevancia puesto que a través del uso de estas se permite la generación de nuevas formas de convivencia y de cuidado familiar. Al respecto señalan: -. lo primero que hago es llamar a mi mamá a ver que le hago a la niña, si no pues ya ir al hospital si siento que las cosas se me salen de las manos, cuando es el caso mío también llamo a mi mamá o si no llamo a mi madrina que es enfermera y le pregunto qué me tomo que me hagol (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015).

También se identifican en los migrantes prácticas en las que se apuesta a la autoformulación de medicamentos para resolver algún quebranto de salud; la decisión de ingerir o no un medicamento está dada por el tipo de sintomatología que experimenten, en algunas situaciones las personas por la demora en la atención de la instituciones prestadoras de servicio de salud y en otros casos por el costo de los medicamento. Acerca de esto refieren: -.dolorcito de cabezas de ves de en cuando, el estrés, yo trato con acetaminofén, yo misma la compro (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015); también: - si ella yo veo, que le duele el estómago a la niña y le da acetaminofén o dolex niño, cuando ya es algo raro si vamos al médicool. (Hombre/ padre de 30 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

Por último y no menos importante se reconocen las prácticas tradicionales para el cuidado de la salud trasmitidas de generación en generación en los grupos familiares de los migrantes; las prácticas tradicionales se convierten en otra estrategia simbólica y de acción que permite a los integrantes de las



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

familias de solventar alguna situación de salud: –tomamos ramas, bebedizos, yo aprendí que para el dolor de estómago se toma agua con limón y sal todavía lo hacemos, yo no me tome alcarse yo tomo agua de limón con sal como practicas cosas de los antepasados eso que le digo el agua de limón con sal, eso que antes le daban a uno hasta orines|| (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015), o –el ajo para los lombrices, para purgarse el ajo|| (Mujer/ Madre de 46, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

Cuidado Sanitario

En general los migrantes asisten a los servicios médicos en su gran mayoría cuando tienen algún síntoma –extraño||, el servicio más consultado por los migrantes es el de urgencias y medicina general; pocos hacen uso del servicio de odontología; a nivel de especialización médica con menos recurrencia asisten a otorrinolaringólogo, pediatría, gastroenterólogo, neumólogo y alergólogo. Los siguientes discursos dan cuenta de lo anteriormente planteado: –Voy normalmente urgencias y médico general|| (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015), –Urgencias, Otorrinonaringologo, odontología y pediatría|| (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015).

En cuanto a los servicios de promoción y prevención que se presta en las entidades de salud las familias con niños y niñas menores de cinco años acuden al programa de crecimiento y desarrollo, de resto los integrantes de dichos grupos familiares no asisten, unos porque consideran programas aptos sólo para la vejez, otros acotan la falta de tiempo. Viene al caso estos discursos planteados por participantes en este ejercicio investigativo: –Si son muy importante yo la metí hace más de un año, estoy viendo el control si el peso y la talla están de acorde con la edad, todo eso si tiene algún retraso o alguna enfermedad|| (Hombre/ Padre de 30 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015); o también, –Si me servirían y pienso que son buenos porque le sirven a uno pero el problema es el tiempo, si quedara el tiempo uno se cuidaría mucho más, uno sabe que es por el bien de la salud de uno, además para eso uno paga, para que le presten ese tipo de beneficios|| (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

3. REPRESENTACIONES SOCIALES CONSTRUIDAS POR LOS MIGRANTES ALREDEDOR DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO (INDIVIDUALES, COMUNITARIAS O COLECTIVAS, SANITARIAS).

Las representaciones sociales son pues la guía y marco de lectura de la realidad. Son sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales.

Vergara (2006).

RS alrededor del cuidado individual

Los integrantes de las familias migrantes del pacífico colombiano a la ciudad de Manizales poseen una representación en la que se establece una relación directa e importante entre la actividad física y la buena alimentación, acotando a estos como un complemento asociado al incremento o disminución de peso. El siguiente relato respalda lo anteriormente propuesto: –Me parece que es bien, yo creo que el organismo necesita de todo, pero no en exceso yo creo que comer saludable primero le permite a uno estar saludable, sentirse no sé, yo creo que la alimentación afecta al cuerpo en todo, cuando uno está conforme con el cuerpo de uno se ve en todo y ya, y eso va relacionado con el ejercicio, uno hacer ejercicio y seguir comiendo como ballena no es nada, es un complemento (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015)

De igual manera otros participantes del ejercicio investigativo consideran la actividad física como una forma de obtener energía, vitalidad, buen ánimo y su contribución en estilos de vida saludables. Al respecto señalan: –El ejercicio da vitalidad, energía es bueno, es sano. (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015); o también que el ejercicio –. aporta para ser



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

saludable, para uno verse bien (Mujer/ Madre de 40 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

Aun los migrantes que no realizan actividad física construyen representaciones sociales alrededor de la importancia de esta para el cuidado individual de su salud. Para sustentar lo expresado anteriormente se retoma textualmente el discurso de una de las participantes en el ejercicio investigativo: -Es muy buena, pero la verdad uno sale muy cansado del trabajo para realizar actividad física, a mí me hace falta porque uno se siente mejor, uno se siente como liberarse de toda esa energía (Mujer/ Madre de 40 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

Con relación al descanso como una práctica de cuidado individual los integrantes de las familias establecen que éste se convierte en una estrategia que les permite recargar baterías, sentir más motivación, desestresarse. En éste sentido es que se expresa: -Es muy importante uno recarga es energía porque uno con muchacho pequeño le toca duro, eso es corra para aquí y para aquí, para mi descansar es estar en la casa haciendo oficio, uno está cómodo en la casa (Mujer/ Madre de 40 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015); o que -es muy importante porque ahí usted recarga las baterías, usted se siente mejor tiene más energética para hacer las labores del día y eso influye en la buena actitud y el buen genio para atender a los clientes (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

Indiscutiblemente los integrantes de los grupos familiares migrantes tienen representaciones sociales alrededor del cuidado familiar en el que cobra sentido e importancia cuidar de sus propios parientes, atribuyendo que la familia para eso existe, -para servirse unos a otros. El siguiente relato ilustra esto: -Para eso es la familia no, para mí es muy gratificante cuidar a cualquier integrante de la familia, independientemente si es él lo hago con gusto, así no estuviera con él lo haría, servir uno a los otros, atenderlos, cuidarlos darles alguna bebida, pienso que para eso uno hace familia, vive en una familia, si es para no servirles entonces para qué sirve (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Algunos migrantes significan la limpieza como fuente de cuidado familiar; el tener espacios limpios y organizados permite de alguna manera el disfrute de una buena salud y a su vez potencia la permanencia en el tiempo de prácticas tradicionales. En relación a esto se señala: –... a mí me criaron de que cuando había que comer arroz con huevo se comía, cuando uno debía comer carne se comía pero siempre limpia, yo vengo de esa tradición... (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 27 de agosto del 2015)

Por su parte la medicina tradicional es considerada por los migrantes otra fuente de cuidado en el grupo familiar, pues frente a esto señalan que van a la fija para solventar alguna situación de salud acudiendo a esta, la establecen como opción rápida frente a la demora en los servicios de salud, lo que permite la permanencia en el tiempo de dichas prácticas. El siguiente relato nos da cuenta de ello: –esas prácticas son buenísimas y le ayudan a uno mucho, pero pues la historia la quieren como ocultar o desaparecer pero que haríamos sin historia, a mi particularmente me han funcionado y voy a lo que voy y no experimento más, con eso voy a la fija y sé que no tengo que tomar medicamentos que sé que muchas veces le empeoran el dolor o el problema que uno tengall (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

RS alrededor del cuidado comunitario o colectivo

Las representaciones sociales alrededor de las prácticas de cuidado comunitarios de los integrantes de las familias migrantes están construidas desde el significado de ayudar a los demás, la necesidad de contar con los otros y la solidaridad como valor para tener una buena convivencia. Así lo expresa una de las participantes del ejercicio investigativo: –Las ayudas de los vecinos son necesarias porque uno no sabe el momento cuando les toque entonces es mejor colaborarnos y ser solidarios porque hoy soy yo mañana no sabemos quién seráll (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Por su parte los migrantes también señalan la necesidad y la importancia de contar con la recolección de basuras y agua potable como fomento del cuidado comunitario, aunque ellos como colectividad no sean los responsables directos de dichas prácticas. Al respecto se señala: -Es importante las basuras, traen plagas, cucarachas ratas, entonces es mejor que la basura la recojan y la traten para que uno no la acumule en la casa|| (Mujer/ Madre de 40 años (Mujer/ Madre de 40 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015); o también, que -la recolección de basuras es lo mejor, porque evita cualquier foco de infección cualquier enfermedad, es muy buen|| (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

RS alrededor del cuidado sanitario

Frente al cuidado sanitario los integrantes de las familias migrantes contemplan la importancia de algunos de los programas de prevención y promoción que se les ofertan como una medida para solventar algunas situaciones de salud. Vienen al caso estos discursos planteados por participantes de este ejercicio investigativo: -Para uno cuidarse más cuando uno de pronto no tiene buena salud|| (Mujer/ Madre de 40 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015); -Si es importante porque yo aprendí mucho, a uno le enseñan cómo tratarlos cuando están en esa etapa de la adolescencia, cuando están en esa etapa y porque y porque como ayudarles a solucionar los problemas de pareja para que no se vieran reflejados en los niños, ella venía aquí a la casa a ver como las condiciones en las vivíamos y me decía ustedes son ricos porque las familias que visito están en condiciones precarias.|| (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

De otra parte señalan la importancia de dichos programas, aunque no asisten a ellos sustentando la limitación de tiempo: -Creo que son buenos pero es para las personas que le quedan tiempo, además creo que no los necesito todavía estoy bien de salud, cuando los necesite demás que acudol|| (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Las representaciones construidas alrededor de los servicios de salud que reciben los migrantes dan cuenta de la importancia que para ellos tiene el hecho de estar afiliado(a) a los servicios de salud y así estar -asegurado|| para caso de emergencia. Al respecto dicen: -En caso de urgencias le permite a uno acudir inmediatamente, es magnífico porque valdría mucho dinero si uno no estuviese afiliado por ejemplo una hospitalización (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015); o también que -Es muy importante claro, aunque no lo utilizo tanto yo sé que en cualquier momento me puede dar algo y sé que podría ir al médico tranquil|| (Mujer/ Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

No obstante, y en cuanto al significado que atribuyen los migrantes al hecho de estar afiliados al sistema de seguridad social, también consideran que el pertenecer al régimen subsidiado puede suponer un riesgo:

-Es un beneficio estar afiliado al contributivo, porque el régimen subsidiado es como el paseo de la muerte es ver en donde me atienden en cambio en el contributivo como uno está pagando tiene todo el derecho a que uno lo atiendan bien, con régimen contributiva tiene uno como mejor calidad|| (Mujer/ Madre de 39 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

También llegan a considerar que el servicio de salud puede ser en ocasiones malo y poco eficiente debido a la tramitología que se debe hacer para acceder a la prestación de algunos servicios de salud. En éste sentido, señala un migrante: -me parece demorado el servicio, mejor dicho pésimo porque en dos ocasiones me ha tocado sacar de mi bolsillo con mi muchacho una fractura para hacerle una terapia, porque las órdenes para las terapias fatales. Haga de cuenta que las fracturas fue en junio y agosto me dieron las terapias, toco recurrir a médico particular y ahora peor porque no me lo atiende el traumatólogo eso fue en junio y todavía no me lo han atendido y vamos en agosto|| (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.

Carta de Ottawa (1986).

En las siguientes líneas se presentara la discusión de los principales elementos encontrados en este ejercicio investigativo, se pretende con ello exponer las representaciones sociales que las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna de la región pacifica del país a la ciudad de Manizales otorgan a sus prácticas de cuidado de la salud.

En la discusión se entretrejerán cuatro elementos preponderantes: el contexto migratorio, el género, las RS y las prácticas de cuidado; los elementos centrales surgen del proceso codificación, organización y análisis de las entrevistas realizadas a los integrantes de los grupos afrocolombianos. La discusión girará alrededor de dos ejes nodales relevantes los cuales corresponden: **a)** Roles familiares en torno a las prácticas de cuidado de la salud **b)** Las representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud.

Los relatos y discursos permitieron conocer ciertas imágenes y representaciones sobre el cuidado de la salud que construyen estas familias estudiadas. La salud en los grupos familiares tanto como las prácticas de cuidado dependen de innumerables factores tanto individuales como colectivos, y tienen características biopsicosociales que están inscritas en el marco de las relaciones sociales.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

ROLES FAMILIARES: ANCLAJE SOCIAL DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD

“En relación a los efectos en la salud de las mujeres, de la sobrecarga del trabajo reproductivo, es importante analizar y orientar la respuesta del sistema sanitario para no reforzar los roles de género, induciendo y responsabilizando a las mujeres del cuidado de otras personas del grupo familiar y excluyendo o no implicando a los hombres en su papel de padre, hijo, hermano.reforzar los aspectos de responsabilidad masculina en el cuidado de su propia salud y de los suyos” **Informe Salud y Género (2005).**

En el ámbito de la salud si bien está tomando fuerza el tema de los cuidados en los grupos familiares, el interés parece dirigirse especialmente al cuidado de la salud sexual y reproductiva. Se debe señalar que en los grupos familiares es donde ocurren la mayoría de los procesos de cuidado, puesto que es en este espacio social en el que se genera la primera respuesta ante situaciones de salud o fomento de hábitos; por ello se identifica la familia como un pilar básico frente a la prevención y promoción no sólo de procesos de salud- enfermedad si no de un sin números de procesos sociales en la que esta se ve inmersa.

El enfoque de salud familiar obliga a tener en cuenta múltiples situaciones que interactúan de forma compleja en el estado dinámicos de las comunidades y los grupos familiares; por ello los procesos de desarrollo y las necesidades son componentes simbióticos que se ven reflejado en las prácticas de cuidado que construyen las familias; es decir, para los integrantes de la familias es necesario la presencia de satisfactores no sólo económicos, sino medios, situaciones, actitudes, comportamientos, estructuras, organizaciones y políticas públicas que permitan satisfacer las necesidades humanas.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

En línea de lo anteriormente planteado Max Neef (1986) establece: –Los satisfactores no son los bienes económicos disponibles sino que están referidos a todo aquello que por presentar formas de ser, tener, hacer, y estar, contribuyen a la realización de necesidad humanas (p.9). Es decir son las capacidades y oportunidades que tengan los individuos para satisfacer sus necesidades, potencializar sus recursos y capacidades; los satisfactores movilizan o dificultan la satisfacción de necesidades como educación, vivienda, agua potable, servicios públicos, ocupación laboral entre otros, de esta manera se determina en cierta manera la implementación o no de algunas prácticas de cuidado.

El estudio de las prácticas de cuidado desde un enfoque integral, constituye una piedra angular en el abordaje de los sujetos en relación a los procesos de salud; el análisis de las prácticas de cuidado de la salud en las familias trasciende de la visión de la medicina, es decir se sitúan en el marco sociocultural haciendo énfasis en factores o aspectos que condicionan o marcan las interacciones alrededor de las prácticas de cuidado. Al respecto McDaniel, Campbell y Seaburn (1998) plantean: –Es bien sabido que los hábitos fomentados en el entorno familiar, las relaciones que en ella se establecen con el entorno y la capacidad de adaptación a diversas circunstancias afectan la salud de los individuos que la conforman (p.32). Las dinámicas construidas en el ámbito familiar se pueden constituir como acciones para la movilización de estrategias o en acciones que ciertos casos inhiben el fomento de la calidad de vida.

En las familias afrodescendientes con experiencia en migración interna fue posible identificar prácticas de cuidados entre las que es reiterativa la meditación y la espiritualidad como fuente de autocuidado, respecto al cual hay que señalar que está determinado por actitudes, prácticas y conocimientos en relación a cómo las personas valoran su estado de salud. La espiritualidad toma sentido y significado en el contexto sociocultural en el que los actores sociales se desenvuelven, esta forma de cuidado puede significar una guía que moviliza pensamientos y acciones en las personas. Según Golberg Bernice citado por Sanchez, (2004):

El término espiritualidad que es muchas veces utilizado como sinónimo de religión, tiene un sentido mucho más amplio y más complejo que ésta y agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, su significado y su propósito. Lo espiritual no es prerrogativa de los creyentes, sino una dimensión dentro de cada persona (p.13).

Los migrantes afrocolombianos ven en la espiritualidad una estrategia para cuidar de sí, para cuidar de su cuerpo y generar espacios de tranquilidad y regocijo. Los siguientes relatos sustentan lo anteriormente planteado: -Hay que evitar el estrés es importante y lo hago de manera espiritual, meditando, calmándome, así pues puedo estar tranquila yo y mi familia, es una forma de cuidarme (Mujer/ Madre de 39 años comunicación personal, 20 de agosto del 2015). O señalando que -respirar profundo darse una vueltecita eso aliviana y alimenta el alma y no tomar las cosas como tan en serio porque eso lo mata a uno, a mí me aportado y funcionado, ser espiritual eso a mí me ha servido mucho cambia el ambiente laboral y todo (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

Por otra parte, los grupos familiares afrocolombianos estudiados identifican como beneficiosa una buena alimentación, la toma de tiempo libre, realizar actividad física, hacer actividades que les permita salir de lo rutinario; a pesar que reconocen todas estas acciones para fomentar salud, establecen el tiempo como un limitante, dado que privilegian y tienen otras actividades que cumplir; las mujeres en su gran mayoría madres son quienes asumen las acciones de cuidado. Al respecto se señala: -El tiempo libre para descansar prácticamente no lo tengo porque lo que queda libre lo ocupo es con mi niña, como estoy todo el día en la universidad lo que queda se lo dedico es a ella, cuando ella se duerme trato de hacer algo (Mujer/Madre de 25 años, comunicación personal, 14 de agosto del 2015).

Para los grupos familiares migrantes, las prácticas de cuidado de su salud son primordiales y hacen parte de su día a día, sin embargo se hace evidente que acciones encaminadas hacia la prevención de enfermedades y el fomento de estilos de vida saludables son poco adoptados, es decir, sólo ante alguna alteración de la salud emprenden acciones para solventar la situación que les aqueja; esto nos permite afirmar que no hay una cultura marcada alrededor de la medicina preventiva. El siguiente relato respalda lo anteriormente planteado: -Yo solo voy al médico cuando me duele algo, cuando algo inusual me está pasando en el cuerpo, es que así nos criaron en la casa, para que ir al médico si uno no tiene nada (Mujer/ Madre de 46 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015)

En concordancia a los resultados encontrados en el estudio investigativo realizado por Candreva y Paladino (2005) denominado: "*cuidados de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo*", identificaron al igual que en este ejercicio que las mujeres en general muestran mayor motivación hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas. Ante peligros evidentes la persona actúa y se protege rápidamente, más no ocurre lo mismo cuando el fenómeno no es reconocido como nocivo debido a que se está culturalmente adaptado a él.

El estudio realizado por el Ministerio de relaciones exteriores de Colombia como parte del programa Colombia nos Une (2009), así como el de los autores Canales, Martínez, Reboiras & Rivera (2009), y el de Villalobos (2008), identifican al igual que este ejercicio investigativo variadas dificultades con los migrantes, referente a sus prácticas de cuidado ya que se evidencia baja demanda a los servicios de prevención y control de enfermedades.

Se debe agregar que según la resolución N° 3797 de 1996 se entiende la prevención como:

Conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgos biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasionando daños mayores o genere secuelas inevitables (p. 16).

En éste sentido cabe señalar que la no aparición de síntomas como sinónimo de salud es otra característica determinante en el discurso de los migrantes, lo que anula en cierta medida acudir a las autoridades sanitarias y limita el desarrollo de acciones que pudieran garantizar mejores condiciones de salud. Así pues es preponderante reconocer la influencia del proceso de crianza en la asistencia o no al servicio sanitario.

El ámbito familiar es parte esencial de la experiencia humana y se caracteriza por siete variables de las cuales su mayoría responden al proceso de socialización; de éste señalan Grusec y Lytton (1988) que se trata de un -proceso se lleva a cabo por agentes que interactúan... la interacción que tiene lugar entre agente las acciones del uno son en parte, determinada y modificada por la acciones del otro (p.45). En el ámbito familiar se potencia el proceso de socialización y en gran medida se construyen patrones de interacción puntuales que inciden en el establecimiento de prácticas de cuidado referentes a la salud. Según Alba (2012):

... la familia puede considerarse un escenario para la *promoción de la salud y la reducción del riesgo* si en ella se promueven conocimientos y prácticas que ayuden a los individuos a mantener un buen estado de salud (alimentación balanceada, actividad, física regular, adecuados patrones de sueño, etc.); por el contrario, en la familia puede incrementarse el riesgo de enfermar si en ella son favorecidos hábitos que aumentan esa probabilidad (consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, sedentarismo, etc.) (p.170).

Los procesos de orientación simultánea fundamentados en la protección, cuidado e intensidad emocional frente el afecto permiten la construcción de prácticas y hábitos potencializadores de calidad de vida. En éste sentido, señala Giddens (1997),

Los hábitos y las practicas tienen interconexión de doble sentido con las acciones de las personas, las acciones generan prácticas y hábitos, a la vez que estos generan acciones; sin embargo ellas se producen porque existen interés y motivaciones que no son necesariamente conscientes, pero pueden llegar a serlo a través de un proceso de racionalización (p.55).

Otro rasgo de cuidado son las redes familiares como agentes dinamizadores, dado que están posibilitan establecer una serie de acciones y decisiones que permiten salvaguardar la salud de los integrantes de la familia; ahora bien se denota el apoyo familiar como preponderante para los procesos de cuidado, pero en ocasiones este apoyo se establece como una –obligación perentorial, porque el acto de no cuidar, no responder al llamado frente a un quebranto de salud o el no promover espacios de cuidado cuando se requiera, genera rechazo y condiciones de tensión en los vínculos establecidos entre los integrantes del grupo familiar. En éste sentido es importante señalar que sobre todo el acto de cuidar en los grupos familiares estudiados está asociado y a cargo de las mujeres.

Entonces podemos señalar que la alimentación, las situaciones de esparcimiento como: paseos familiares, cumpleaños y alguna alteración en el estado de salud de los migrantes, movilizan las redes familiares y en algunos casos las redes comunitarias. Al respecto señalan Laigth y Keller citando a Madarriaga (2003):

Las redes sociales no son más que el tejido de relaciones entre un conjunto de personas que están unidas directa o indirectamente mediante varias comunicaciones y compromisos que pueden ser vistos como una apreciación voluntaria o espontanea, siendo heterogénea y a través de los cuales cada una de ella está buscando dar y obtener recursos de otros (p.38).

Es necesario precisar aquí que las prácticas de cuidado de la salud basadas en la medicina tradicional son un legado de la red familiar y ha sido otra fuente importante para solventar las situaciones de salud de los migrantes; en general –echan|| mano de lo aprendido por sus parientes, abuelos y vecinos para atender alguna alteración del estado de la salud. Al respecto señala: –Eucalipto con naranja, la miel de abejas con la mantequilla también para la tos, el juguito de naranja para cuando tienen gripita, el vaporud para aplicárselo en el pechito, en la espalda en los pies, todos los practico actualmentell (Mujer/ Madre de 25 años comunicación personal, 27 de agosto del 2015)

La medicina tradicional es aquella en la que un cúmulo de conocimientos y prácticas aprendidas de antepasados, se emplean para aportar a solventar situaciones de salud; las prácticas tradicionales para cuidar de la salud pueden ubicarse como producto de las relaciones familiares; la finalidad de dichas prácticas tienen que ver fundamentalmente con prolongar y preservar la vida; los conocimientos

ancestrales hacen parte del entramado de significaciones que poseen los participantes de este estudio, la cultura y las expresiones culturales fundamentan el arraigo y la practicidad a los que reconocen y simbolizan como propio y próximo; aun haciendo esta distinción, es necesario acotar que el contexto migratorio genera procesos adaptativos y recursivos frente al cuidado de la salud, es decir, los migrantes afrocolombianos mantienen algunas de las practica de cuidado sin embargo modifican algunas de estas dado el espacio geográfico y social en el que se desenvuelven.

Se identifican que las familias afrocolombianas migrantes de vieja data de haber migrado a la ciudad de Manizales son las que más emplean las prácticas tradicionales para el cuidado de la salud, al contrario a los grupos familiares recientes en el proceso migratorio hacen uso recurrente de los servicios sanitarios, situación que permite considerarse que las familias de vieja data migratoria son las que menos modificaciones de prácticas tradicionales de la salud emplean.

Por otra parte es importante plantear que los migrantes identifican pocas acciones colectivas para la recolección de basuras, para el tratamiento de agua y de celaduría; esto se debe al contexto demográfico en el que su grupos familiares viven, es decir, las viviendas de los migrantes están ubicados en áreas urbanas en las cuales pagan por los servicios públicos; recolección de desecho y tratamiento de agua.

Considerando todo lo anteriormente expuesto, es necesario recalcar que se identifican una serie de características emergentes entre las que se destaca el papel de la mujer, pues por una parte es la encargada de los servicios de cuidado que se requieren en la acción de asistir y atender las necesidades de los grupos familiares, mientras que por otra parte, es la mujer quién no cuida de sí misma; hoy pese a un sin fin de cambios en las estructura social, la actual organización del cuidado se sustenta en los principios tradicionales en los cuales la mujer la gran mayoría de veces se encarga del rol de cuidadora. En líneas de lo anterior expuesto el ministerio de sanidad y política social (2009) plantea que -pese a las conquistas logradas, la tradicional noción de cuidado como tarea femenina, sigue impregnando la ideología y las prácticas sociales, entrapando a las mujeres en el rol de -cuidadoras|| (p.12).

El cuidado es una actividad atribuida exclusivamente a la mujer, como algo connatural, en donde se asocia la maternidad como una condición que permite ejercer de forma fluida y segura el cuidado en procura de afianzar los lazos materno-filiales. Los cuidados que se tienen al interior del grupo familiar no son innatos hacen parte de una construcción histórica, cultural y contextual que se modifica o no de acuerdo a las dinámicas y requerimientos de los grupos familiares. Para Bubeck (1995) citado por Gorfinkiel (2008) el cuidado es:

una actividad que forma parte de todas las concepciones culturales de la feminidad, siendo el reflejo máximo de esto la construcción clásica de la idea de maternidad que establece que el óptimo desarrollo de la mujer y de los menores se producen en la relación intensa entre ellos dos (p.80).

Dicha connotación refuerzan la idea del ser hombre y mujer que contribuye en gran medida a fuentes de inequidad entre los géneros; todo esto parece confirmar que el cuidado como práctica social sujeta a los patrones culturales, delimita espacios lugares y personas; esto surge desde la división del trabajo, reparto inequitativo de tareas, práctica y discursos que cobran sentido y significado en las interacciones sociales lo que fundamenta los roles de géneros. Como rol de género Quintero (2007) establece:

Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se producen como expectativas, exigencias sociales y culturales que son asignadas según el género, ordenando la estructura de las relaciones, las expectativas y las normas que una familia con respecto a la función, la posición, las actitudes y las conductas de hombres y mujeres como miembros de ésta (p.108).

Ser mujer y madre hoy, representa un reto desde todos los espacios sociales; la maternidad y su concepción dependen del grupo social y el contexto normativo en el que se esté inmerso, la asignación de lo maternal es una presión tanto psicología, social y cultural como la única realización femenina; situación que fomenta distinciones inequitativas entre el ser hombre y mujer esto como forma de control social; Sau (1995) plantea al respecto: -La maternidad no existe, porque está restringida a lo biológico (concepción, embarazo, parto y crianza) Se le niega su dimensión humana, su proyección económica, política y social a las mujeres (p.13).

La construcción cultural de la imagen femenina se basa en un sistema simbólico dualista, donde la mujer es inferior; la mujer por lo tanto es vista como un ser a quien se debe controlar, permitiéndole actuar solo en la esfera -privada familiar como madre o ama de casa; así pues las identidades de los actores o sujetos, ya no son naturales o biológicos sino sociales e históricos, se construyen a través de las formas concretas de los roles masculinos y femeninos en cada sociedad. Por lo general las formas masculinas son elogiosas, mientras que las femeninas son peyorativas, de ahí la importancia de realizar análisis con énfasis en los roles de género en relación a las prácticas de cuidado de la salud en los grupos familiares.

A la luz de lo anteriormente planteado Quintero (2007) plantea:

El análisis de los roles de género permite identificar las tareas que realizan las mujeres y hombres en la familia, el trabajo, la comunidad y el grupo étnico, y establecer la división de funciones y los

diferentes papeles desempeñados por ambos géneros, y evaluar las consecuencias que puede generar para las relaciones de género el desarrollo humano-social de las personas, y la posición social de mujeres y hombres en el ámbito socio familiar (p.108).

Todavía cabe señalar que la pobreza se ha feminizado y es notable con el aumento de mujeres jefas de hogar, esto se expresa en observar cómo han afectado a las mujeres los déficit sociales, particularmente a las de origen humilde que no cuentan con educación, cuyo acceso a los servicios de salud es muy restringido, aquellas que no tienen vivienda propia o ésta es muy precaria y las malas condiciones que enfrentan en el empleo —si lo tienen—, como la discriminación salarial y ocupación. Arriagada (2005) establece:

Hay que hacer visibles diversas relaciones de poder, como las ligadas a las exclusiones, desigualdades y discriminaciones de género en el mercado laboral, el reparto desigual del trabajo no remunerado, el ejercicio de la violencia física y simbólica y el diferente uso del tiempo de hombres y mujeres (p.105).

Las mujeres por los imaginarios y expectativas socialmente construidos están en desventajas frente a los hombres, puesto socialmente son concebidas como débiles y amorosas las cuales están principalmente encargadas del cuidado de los hijos y la atención doméstica. Así pues las mujeres y en particular las jefas de hogar son una de las poblaciones más afectadas por la pobreza; Fuentes (2003) plantea —la pobreza de las mujeres en América latina se relaciona con los cambios que han sufrido la estructura familiar en las últimas décadas en cuanto a su tamaño y composición y organización (p.22).

Se debe agregar que existen dos puntos equidistante con relación a la jefatura femenina, por un lado es evidente mujeres marginadas socialmente que no cuentan con accesos mínimos para satisfacer sus necesidades y las posibilidades de acceder a la educación y los servicios de salud son mínimas por no decir nulas; por otro lado se identifican mujeres que han podido ingresar a los sistemas educativos y al mercado laboral remunerado. La pobreza de las mujeres en gran medida, es un problema relacionado con sus titularidades, con el tipo de relaciones que pueden establecer a partir de lo que poseen y con las condiciones en que pueden realizar los intercambios requeridos.

Las mujeres participantes del estudio aportan económicamente a su grupo familiar, sin embargo se designan por ellas mismas y por los demás integrantes de las familias, como las cuidadoras predilectas, son quienes en su gran mayoría de veces asumen el cuidado para los otros y muy pocas para sí mismas; en éste sentido es importante subrayar que experimentan una prolongación del trabajo doméstico, es decir, realizan una doble jornada laboral ya que al regresar a sus hogares o estando en él,

deben continuar o iniciar las tareas de la casa, esto en efecto determina una sobre carga funcional en la condición de esposas, madres y mujeres.

Existen pautas de interacción entre hombre y mujeres, dichas pautas son constituidas a través de los sistemas sociales y se plantean como mecanismo de opresión a las mujeres; se identifica a la mujer en rol de lo afectivo y al hombre con el rol de lo instrumental lo que posibilita socialmente que el hombre por representar autoridad y fuerza tenga mayores garantías social como el acceso al mercado laboral mejor remunerado.

Rubin (1975) plantea que en la raíz de la opresión femenina encontramos agresividad y tendencia al dominio innato de los hombres; lo cual la sociedad en su mayoría acepta y venera, aunque tradicionalmente se ha estimado que las mujeres son solo para los trabajos domésticos y el cuidado de los hijos y estos no tienen algún -valor|| son categorizada como estar en paro laboral ya que no representa nada monetariamente; las labores emprendidas por las mujeres en el seno de su familia atribuyen valor puesto es valioso instruir a los niños, cuidarlos y atender las necesidades del hogar a diferencia de no hacerlo y pagar por estos. El género es una división de los sexos socialmente impuesta por lo tanto es factible la modificación de estas. Es un producto de las relaciones sociales de sexualidad.

El Ministerio de sanidad y política social. (2009) establece:

... aún hoy cuidar se sigue escribiendo en femenino. Las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado. Se responsabilizan de las diversas tareas que demandan los cuidados y dedican más tiempo a cuidar que los hombres. La desigual distribución de las cargas de cuidado, genera una clara inequidad de género que perjudica la salud integral de las mujeres (p.20).

Los significados que atribuimos son resultado de nuestras interacciones, del contexto social e histórico y de los fundamentos culturales que adquirimos a lo largo de nuestras experiencias; estos como construcciones sociales fundamentan la manera como percibimos la realidad y la manera como atribuimos y simbolizamos nuestras prácticas hábitos; sin embargo estas construcciones no son rígidas y existe la posibilidad desde la reflexión y la acción de conducir a la deconstrucción de las simbolizaciones y significaciones sexistas.

El cuidado y en especial los cuidados alrededor de la salud, son una construcción social permeado por pautas de interacción entre hombres y mujeres que refuerzan la división de sexo-genero constituidos a través de los sistemas sociales; en relación a esto Degavre (2007) citado por López y Loaiza (2009)

señala que –el cuidado es un conjunto de gestos y de prácticas es una construcción social que se arraiga en relaciones sociales, de clase, género, generación y étnicas. Sus prácticas se han centrado en la familia, y para mantenerlas, se recurre a la red familiar y a la familia extensa (p.32).

De modo que se hace necesario promover procesos de reflexión fundamentados en movimientos sociales en los que se instauren procesos de equidad e igualdad y la deconstrucción de imaginarios sociales que generan detrimento y distinción inequitativa en lo que representa ser hombre y mujer; es necesario fomentar así la redistribución frente a la autoridad familiar, en los procesos de cuidado y las labores domésticas, en los cuales los hombres puedan cuestionarse y re significar desde su proyecto de vida la inclusión de igualdad en su actuar, su ser y su sentir. Al respecto Arconada (2010) plantea:

Los hombres no pueden seguir retrasando el cuestionamiento de cuál es su lugar en el proyecto de Igualdad, porque éste también debe ser su proyecto. Deben decidir si quieren ser sabotadores, meros espectadores o protagonistas. Deben cuestionarse y decidir su lugar en las políticas de equidad. Y valorar si tienen miedo a que la igualdad llegue a sus vidas (p.72)

En este caso de manera puntual me refiero el cuidado de la salud familiar desde las mujeres no se centra en la resolución de algún problema de salud, si no en un sentido más amplio ellas buscan calidad de vida, proveer afecto y establecer medios para generar desarrollo integral en los integrantes de sus familias.

Partiendo de los supuestos anteriores el Ministerio de sanidad y política social (2009) citando a (Lagarde, 2003) y (Covas, 2007).establece:

Mientras recaiga en las mujeres la mayor parte del peso de los cuidados, mientras gran parte de sus energías vitales se destinen al cuidado de –los otros, habilitando sus vidas, velando –por su desarrollo, su progreso, su bienestar, su vida y su muerte, cuidar significará para ellas: –el descuido para lograr el cuidado (p.24).

Por su puesto hay una tendencia tradicional sustentada en un conjunto de esquemas de percepción y pensamiento en el que se determina la mujer como la cuidadora estrella, así pues se dilucida el enorme peso que tienen las normas y reglas socioculturales tradicionales que han sido estipuladas para el género femenino; dichas pautas hegemónicas tienen un coste en la salud, calidad de vida y disponibilidad de propio tiempo de las mujeres, lo que permite aseverar: *–el descuido de las mujeres frente a sí mismas posibilita el cuidado de los demás”*.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

CUIDADO DE LA SALUD: PARADOJA ENTRE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SÍ.

Las denominadas paradojas comportamentales... se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas a pesar de contar con conocimientos adecuados sobre los cuidados necesarios para lograr el bienestar.

De Roux (1994).

Las representaciones sociales se establecen como una guía de acción y marco de lectura de la realidad; el estudio de las representaciones sociales sobre el cuidado de la salud implica identificar cómo los sujetos estructuran una determinada manera de cuidarse; a partir de los resultado de ésta investigación se puede considerar que cuidar al –otrol es el núcleo central de las representaciones sociales de los grupos familiares afrocolombianos estudiados; el contexto cultural ha posibilitado el anclaje social de valores, pautas y creencias en el que se instaura la mujer como la cuidadora predilecta.

Las prácticas son un conjunto de ideas, conceptos y creencias que permiten la construcción de costumbres y comportamientos que se constituyen en hábitos; las prácticas de cuidado toman sentido y significado en el ámbito familiar; la palabra cuidar proviene del latín –cogitatus‖ que hace alusión a reflexionar, pensar e interés en algo o alguien es decir cuidar trae consigo más que el acto de ejercer, del hacer; requiere un proceso de discurrir, es un acto intencional, intersubjetivo que demanda intelectualidad y praxis.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Las prácticas de cuidado que adoptan los migrantes de la zona pacífica de Colombia a la ciudad de Manizales han estado permeadas por un sinnúmero de condiciones demográficas, sociales, contextuales; a través de los discursos fue posible identificar representaciones sociales alrededor de las prácticas de cuidado desde el deber ser, lo ideal; los migrantes enuncian, caracterizan y reconocen los cuidados personales e interinstitucionales en salud necesarias para la prevención y promoción de hábitos saludables; sin embargo se evidencia un quiebre desde el discurso de los migrantes y las acciones ejecutadas frente a dichos discursos; es decir los migrantes representan y simbolizan de una manera las prácticas de cuidado pero no incorporan en acciones dichas representaciones.

Como complemento a lo anteriormente planteado es importante acotar la dispersión y la multiplicidad de información a la que están expuestos los migrantes afrocolombianos en relación a las prácticas de cuidado de su salud, esta afirmación puede hacerse teniendo en cuenta que tienen acceso a las fuentes de información en las cuales se les muestra la importancia y envergadura del tema, pero poco se les muestra o evidencia cómo hacerlo. En éste sentido señalan: -Yo escucho en las noticias, veo en el internet, uno sabe eso desde la casa... lo importante de uno cuidarse de sentirse bien consigo mismo, hay mucha información pero a la hora de la verdad uno no sabe cómo hacerlo, o si pero tampoco da el tiempo! (Mujer madre de 49 años, comunicación personal, 20 de agosto del 2015).

Por su parte Moscovici (1986) citado por Vergara (2008) plantea:

Podemos esbozar otras características para que se constituya una representación social sobre algún objeto o tema. Que haya una dispersión de la información sobre ese objeto por una transmisión indirecta de las informaciones, y esa dispersión dé lugar a numerosas distorsiones en la información (p.29).

Definitivamente las TIC'S se establecen como una cuota importante en las representaciones sociales de este grupo de familias estudiadas, ya que son la fuente de información al igual que la red parental, y se constituyen como un patrón importante en la constitución de las representaciones sociales, dado que son medios eficaces en los que se informan de las prácticas de cuidado de la salud, no obstante la cuantiosa

información que tienen no se evidencia en la apropiación y la praxis. A luz de lo anteriormente planteado Candreva y Paladino (2005) plantean:

-Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general y cierta información que se expresa de modo discursivo, que no siempre se utiliza en el momento de actuar (p.56).

Al respecto se puede afirmar que los afrocolombianos participantes en esta investigación están inmersos en contradicciones frente al conocimiento que poseen y la ejecución de acciones; estas contradicciones son resultados de tensiones que convergen desde: tiempo limitados, multiplicidad de labores que deben asumir, los cambios y dinamismo culturales a los que se enfrentan en sus vivencias cotidianas; las representaciones sociales son un sistema complejo pero abierto y se construyen como lenguaje, como una forma de discurso que significan y enuncian elementos simbólicos, valores, creencias y nociones que permite a los diferentes grupos sociales comunicarse y actuar en el contexto social en el que desenvuelven. Consideraremos así que las representaciones sociales tienen tres componentes básicos Jodelet (1986) citada por Cadreva y Paladino (2005):

La información, el campo de la representación y la actitud en palabras... en consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información); qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación); y qué se hace o cómo se actúa (actitud) (p.58).

La RS como forma de conocimiento alude a dos dimensiones, por una parte como proceso y por otra como contenido. Al respecto señala Moscovici (1979):

Como proceso las RS refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Como contenido, a una forma particular de conocimiento, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación (p. 39).

La salud y las prácticas emprendidas para cuidar de ella se constituyen como un hecho social y cultural, es decir los sujetos construyen sus discursos desde las representaciones sociales, conocimientos y valores que retroalimentan su vivencia diaria; en correspondencia con el ejercicio investigativo y



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

retomando las RS como contenido fue posible identificar que existen elementos disgregados y contradictorios en relación con las representaciones sociales construidas por las familias migrantes alrededor de las prácticas de cuidado y la ejecución de estas. Respecto a la importancia del cuidado sanitario y comunitario, el contenido de dichas representaciones sociales se denomina como información: Según Jodelet, (1986) citada por Cadreva y Paladino (2005): -Información... concierne a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas (p. 49). Los conocimientos alrededor de las prácticas de cuidado que tienen los integrantes de las familias migrantes del pacífico colombiano a la ciudad de Manizales es amplia y rica, dado que reconocen la importancia de emprender acciones para cuidar de sí mismo y los demás.

En línea de lo anterior Candreva y Paladino (2004) establecen:

Los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos que afectan a los sujetos configurando un sistema de pensamiento lógico que es aplicado en las prácticas cotidianas. (p.56).

En concordancia a los resultados encontrados por Candreva y Paladino (2005) al igual que este ejercicio se encuentran lo referido a las paradojas en el comportamiento. La mayoría de las integrantes de la muestra reconocían tener información sobre una cuestión pero no poder actuar en consecuencia o no estar lo suficientemente convencidas para hacer aquello que beneficiaría su salud. Las personas se encuentran bien informadas al respecto de causas, síntomas y mecanismos de prevención; no obstante, vemos como los comportamientos y las prácticas de las personas no se corresponden con esa información. Esto expresa con claridad las rupturas que obstaculizan la adopción de prácticas de cuidados ante eventos concretos.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Se puede afirmar que los integrantes de los grupos familiares afrocolombianos con experiencia de migración interna cuentan con información veraz y amplia sobre las prácticas de cuidado de su salud, sin embargo la apropiación e incorporación de dicha información a sus prácticas cotidianas se establece como una paradoja en el comportamiento; la información es solo una parte del complejo de la objetivación y anclaje fundamentos principales de las RS.

Se realiza un análisis desde una comprensión procesual de las RS fundamentos en los planteamientos de Moscovici (1979) y Jodelet (1986); La objetivación da cuenta de la organización y creación formal de un conocimiento, es decir es la identificación y reconocimiento de un saber; Candreva y Paladino (2004) retomando (Jodelet, 1986) plantean: -la objetivación es el proceso mediante el cual se concreta y se materializa el conocimiento en objetos concretos (p.59). Por su parte el anclaje se constituye como el procedimiento o la manera que los sujetos apropian las RS en el ámbito de las relaciones interpersonales, en línea de esto los autores antes mencionados retomando a Jodelet (1986) reconocen :-es el anclaje o proceso de inserción de las representaciones en las relaciones inter-grupo o en las representaciones preexistentes (p. 345). Es decir el anclaje es la integración cognitiva de los conceptos y objetos que representamos en el sistema de los pensamientos, es la incorporación, apropiación de lo extraño se convierte en una categoría de conversación.

Por su parte Markova (1996) plantea:

Las representaciones sociales... son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas. Al mismo tiempo ese entorno se reconstruye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje... estos dos componentes de las representaciones sociales lo social y lo individual, son mutuamente interdependientes (p. 163).

Las representaciones sociales como constructos socio culturales están ligados a la manera como las personas denotan su realidad, la significan y como la comunican; el contexto en el que están inmersos influye en la construcción de esta. Son formas de saber del sentido común, social.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

De otra manera el cuerpo se constituye como herramienta analítica de importancia en las representaciones sociales de las familias afrocolombianas participantes; el lugar otorgado al cuerpo pone énfasis en la necesidad de su preservación del peso y la estética, única dimensión que parece ser reconocida desde las mujeres.

Con referencia a lo anteriormente expuesto Muñoz (2006) plantea:

Desde siempre y con mayor fuerza en la época contemporánea el cuerpo se convierte en vehículo de comunicación, de acercamiento al otro como aquel que permite la autoafirmación, la aceptación y la acción gracias a un escenario social compartido y vivido desde la inalterable perspectiva de un nosotros, un nosotros que se recrea y se construye en la agudeza de la contemplación física, del agrado y de la belleza legitimada en ese espacio socialmente (p.75).

La corporalidad y el aspecto físico se convierten en un elemento fundamental en la construcción social en torno a la percepción individual y colectiva, es decir la concepción que construyen las mujeres migrantes entrevistadas sobre su corporalidad, es de vital importancia para determinar el propio cuidado de la salud.

De manera que RS como producto sociocultural y marco para las interpretaciones son estructuras ordenadas y jerarquizadas posibilitan comprender los sistemas de referencias de grupos sociales determinados; para este caso en específico las representaciones sociales de las familias afrocolombianas de la región pacífica del país a la ciudad de Manizales, permiten esencialmente evidenciar modelos e imágenes que explican la realidad cotidiana, las formas de conocimiento y como estos individuos dotan de sentido su sistema de creencias y su realidad.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

11. CONCLUSIONES

La presente investigación nos permitió realizar un acercamiento a una realidad poco conocida: las representaciones sociales que tiene la comunidad afrocolombiana migrante acerca de las prácticas de cuidado en salud. Comunidad que ha sido poco atendida por los entes gubernamentales, y menos cuando se han movilizadado a regiones donde no han pertenecido tradicionalmente.

En términos generales se identifica que son pocas las prácticas encaminadas al cuidado de la salud que tiene esta comunidad, a pesar que disponen de una serie de representaciones importantes acerca de lo que debiera ser el cuidado de la salud

A través de la revisión de literatura es admisible concluir que dichas paradojas se identifican en casi todos los grupos sociales, dado que trascender de los significados a las praxis dependen en gran medida de: primero de procesos reflexivos que movilicen a la acción, segundo de las fuentes de información que les son relevantes a los grupos poblacionales y tercero el contexto sociocultural que se establece como un marco de acción ineludible.

Por otra parte, se logró identificar que cuando las prácticas se realizan, son predominantes las prácticas colectivas sobre las individuales y que principalmente las prácticas corren a cargo de las mujeres.



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

12. RECOMENDACIONES:

Al Estado:

- Identificar la necesidad de implementar programas estratégicos así como políticas públicas en salud en la que se puedan materializar acciones contextualizadas acorde a las necesidades, intereses y expectativas de los migrantes afrocolombianos
- Desde la dirección de asuntos étnicos establecer procesos investigativos que contribuyan a la comprensión adecuada de la compleja vinculación entre los hombres y el cuidado en familias afrocolombianas.

Al Ministerio de Salud:

- Incorporar la medicina científica y la medicina tradicional como estrategia que permita integrar los valores e historicidad de las familias negras con la veracidad y funcionalidad de los servicios médicos.
- Fortalecer el sistema sanitario haciendo énfasis especial en el enfoque diferencial desde el área de la salud.

A las instituciones académicas:

- La implementación de investigaciones en el que se aborde el evento migratorio y la influencia en la salud de migrantes afrocolombianos.
- Aplicar este mismo estudio con la variación de incluir a familias afrocolombianas con experiencia de desplazamiento forzado para contrastar los resultados encontrados en este ejercicio investigativo.

	PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

13. EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN

Resultados y/o productos esperados	Indicadores	Potenciales beneficiarios
-Se reconocieron las representaciones sociales de las familias afrocolombianas con experiencia de migración interna de la región pacífica del país, alrededor de sus prácticas de cuidado en la salud.	-Se hicieron evidentes las representaciones sociales que construyen las familias afros alrededor a las prácticas de cuidado alrededor de su salud.	-A las familias afrocolombianas por el reconocimiento y visibilización que se hará con la investigación. - A la línea de investigación cultura de la Salud y la población académica en general.
-Se realizó reflexión analítica como aportes a la comprensión de las prácticas de cuidados personales, interpersonales e inter-generacionales que aportan al cuidado de la salud en familias afrodescendientes con experiencia de migración interna	-Se realizó un aporte teórico-reflexivo en el que se hacen visible las prácticas de cuidados personales, interpersonales e inter-generacionales que aportan al cuidado de la salud en familias afrodescendientes.	-A la línea de investigación cultura de la Salud y la población académica en general. - A las secretarías territoriales de salud y al ministerio de protección social, puesto podrán adoptar algunas recomendaciones que se hagan a través del ejercicio investigativo.
-Se entregaron categorías teóricas útiles alrededor de las prácticas de cuidados personales, interpersonales e inter-generacionales que aportan al cuidado de la salud de las familias migrantes afro.	- Se construyeron categorías teóricas que fundamentan la comprensión de la experiencia de las familias afro.	-Como investigadora puesto permitió la cualificación de habilidades y capacidades frente el ejercicio investigativo.
Se fortaleció la capacidad de investigación que promueve la generación de soluciones factibles a las necesidades del conocimiento en las ciencias sociales y humanas.	- Se fortaleció la habilidad para el análisis e interpretación de la realidad.	-A la línea de investigación cultura de la Salud
Se realizó un productos de nuevo conocimiento	- Se realizó un artículo científico.	-A la comunidad académica con interés en el estudio de familia migración y salud.

14. IMPACTOS LOGRADOS

Impacto Esperado	Plazo (años)	Indicador Verificable	Supuestos
<p>Se aporta con recomendaciones del ejercicio investigativo a la formulación de proyectos y estrategias en familias con experiencia de migración interna alrededor de las prácticas de cuidado de la salud que permitan amparar y salvaguardar de manera directa poblaciones minoritarias como lo es la afro.</p>	1 año	<p>A través de la apropiación y circulación del análisis de los resultados.</p>	<p>Las territoriales adopten los aportes analíticos y teóricos que emergerán de la investigación.</p>
<p>Se viabilizan las situaciones que enfrentan la población afrocolombianas con experiencia de migración interna relacionado con los procesos de salud</p> <p>Contribuir a la formulación de programas o proyectos relacionados para el bienestar de los migrantes internos afrocolombianos alrededor de su salud.</p>	1 año	<p>Que las familias, los integrantes de la línea de investigación, al menos una territorial reconozcan la importancia de hacerle frente a las situaciones que enfrenta la población afrocolombianas con experiencia de migración interna relacionado con los procesos de salud.</p> <p>La formulación de esos mismos proyectos.</p>	<p>La evidencia de acciones en pro de mejorar algunas situaciones desde la familia, la línea de investigación y al menos una territorial de salud.</p>



PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

15. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, C. (2006). *Redes y movilizaciones políticas transnacionales de lo afrodescendientes en América Latina*. Artículo publicado en Cahiers des Amériques Latines No. 51-52. Paris. Consultado en: http://afrolatinoproject.org/wp-content/uploads/2012/05/Redes_CarlosAgudelo-2010.pdf. 15 de abril 2014.
- Alba, L. (2012) Familia y práctica médica. Artículo de revisión. Univ. Méd., 53 (2): 166-185, abril-junio. Bogotá- Colombia
- Antón, J., Bello, A., Del Popolo, F., Paixao, M., y Rangel, M. (2009). *Afrodescendientes en America Latina y el Caribe del reconocimiento estadístico a la realización de derechos*. CEPAL Naciones Unidas. Santiago de Chile. Consultado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/view/subjects/36.html> 25 de mayo 2014.
- http://www.afrodescendientesundp.org/FCKeditor_files/File/PNUD_POB_AFRICA_2.pdf 18 de mayo 2014.
- Araya, S. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de ciencias sociales 127. Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Arboleda J. (2011). Una tatabra más: "*Migrantes afrocolombianos de cuarta generacion y su adaptacion al contexto Urbano*" Biblioteca digital Univalle. Colombia. Consultado en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/969> 8 de enero de 2016.
- Barbary, O., Ramírez, H., y Urrea, F. (1999). *Migraciones, desplazamientos y crecimiento urbano. Población afrocolombiana y no afrocolombiana en Cali: segregación, diferenciales sociodemográficos y de condiciones de vida*. Colombia. 18 de agosto 2014.
- Bello, A., y Rangel, M. (2000). *Etnicidad, "raza" y equidad en américa latina y el caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Consultado en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6714/lcr_1967_rev.21.pdf 20 de enero de 2015.
- Candrea, A; Paladino, C. (2005) Cuidados de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo. Universidad de la plata. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). Tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n1/v4n1a08.pdf> 12 de febrero 2015
- Campbell, E. (2003). *Pobreza y exclusión de los pueblos y mujeres afrodescendientes "El Impacto Económico del Racismo y Sexismo sobre las Mujeres Afrodescendientes de América Latina y El Caribe"*. Reunion de expertas de la Cepal para la construcción de indicadores de

Género en el análisis de la pobreza. La paz, Bolivia. Consultado en: http://www.academia.edu/485646/Estado_actual_del_cumplimiento_de_los_derechos_civiles_politicos_economicos_sociales_y_culturales_de_la_poblacion_afrodescendiente_en_America_Latina. 15 de abril 2014.

Canales, A., Martínez, J., Reboiras, L., y Rivera, P. (2009). *Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile. Consultado en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/lcl3250p.pdf> 5 de abril 2015.

Canales, A., Vargas, P., y Montiel, A., I. (2009). *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile. Consultado en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/lcl3250p.pdf> 8 de febrero 2015.

Carvajal, M. (2010). *Experiencias relacionadas con la salud de estudiantes migrantes afrocolombianos en una universidad privada de Bogotá*. Pontificia Universidad Javeriana - facultad de enfermería departamento de enfermería en salud colectiva. Colombia. Consultado en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9687> 22 de febrero 2015.

Cerruti, M. (2011). *Salud y Migración Internacional: Mujeres bolivianas en la Argentina*. Centro de Estudios de Población Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina. Consultado en: <http://www.cenep.org.ar/index.php/investigadores/30.html> 15 de abril 2014.

DANE. (2005) Censo General 2005. Departamento administrativo nacional de estadística. República de Colombia Consultado en: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005/123-demograficas/censos/2694-sistema-de-consulta> Abril 29 de 2016.

DANE. (2009). *La visibilidad estadística de los grupos étnicos en Colombia*. Departamento administrativo nacional de estadística. República de Colombia. Consultado en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_eicos.pdf 12 de junio 2015

Durkheim, E. (1898). Representations individuelles et représentations collectives. Revue de Méthaphysique et Morale. Traducion.

Gobernación de Caldas. (1997) Hábitos de vida saludable. Fascículo 16. Dirección seccional de salud Caldas. Manizales.

- Hurtado, T. (2008). *Trabajo erótico de mujeres afrocolombianas emigrantes a Europa*. Revista IZTAPALAPA. México. Consultado en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/iztapalapa/articulo/trabajo-erotico-sexual-de-mujeresafrocolombianas-emigrantes-a-europa> 12 de junio 2015
- Hurtado, T. (2010). *Los estudios contemporáneos sobre población afrocolombiana y el dilema de la producción del conocimiento "propio"*. Universidad ICESI. Colombia. Consultado en: http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/2157 <http://www.cinu.mx/minisitio/Afrodescendientes/Los%20pueblos%20ind%C3%ADgena%20y%20afro.pdf> 12 de junio 2015
- Lacolla, L. (2005). *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.3. Consultado en: <http://revista.iered.or>
- Feito, L. (1996). "La definición de la salud". Editor Diálogo Filosófico. ISSN: 0213-1196. Consultado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=104381> 27 de Febrero del 2014.
- López, L. (2006). *De transnacionalización y censos. los "afrodescendientes" en argentina*. Publicado en AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. Brasil. Consultado en: <http://www.aibr.org/antropologia/01v02/articulos/010203.php> 20 de junio 2014
- Cargraphics S.A.
- Markova, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Paez, D; Blanco A. La teoría sociocultural y la psicología actual. Madrid, España: Aprendizaje. Tomado: http://www.psico.unlp.edu.ar/sites/default/files/la_teor%C3%ADa_de_las_repr.pdf 9 de Febrero del 2016.
- Melguizo, E; Álzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Artículo de revisión. *av.enferm.*, XXVI (1):112-123. Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12> 14 de marzo del 2014.
- Max, N. (1986). Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro. Santiago: Cepen.
- McDaniel, S; Campbell, tl; Seaburn, DB. (1998) Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1a. ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Micolta, A. (2011). *Las relaciones en el cuidado de hijos e hijas de migrantes en el país de salida*. El caso de Colombia.IV Congreso de la Red Internacional de Migración y Desarrollo –Crisis global y estrategias migratorias: hacia la redefinición de las políticas de movilidadll. Ecuador. Consultado en:<http://rimd.reduaz.mx/pagina/showdocentes?id=529> 5 de marzo del 2014.

- Ministerio de la protección social. (1996). Resolución 03997. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención del sistema general de seguridad social (SGSSS). Bogotá.
- Ministerio de sanidad y política social. (2009). Los hombres y el cuidado de la salud. Gobierno de España. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Observatorio de salud de las mujeres.
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. (2009). *Migración y salud: colombianos en los Estados Unidos* B6.ISBN 978-958-8244-62-4. Diseño y diagramación. Impreso en Colombia.
- Muñoz, N. (2006). Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios. Universidad de Antioquia facultad de enfermería Medellín- Colombia. Tomado de: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/166/1/RepresentacionesCuidadoAdultosJenes.pdf> 4 de julio del 2014
- Muñoz, L. (2002). *Líneas de investigación en prácticas de cuidado materno perinatal*. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Consultado en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>. Enero del 2015
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *Migración y Salud*. Sección 2.7, Fundamentos de Gestión de la Migración. Volumen Dos: Desarrollo de Políticas sobre Migración. Consultado: http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf 29 de julio del 2014
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006). N°7 *Glosario sobre Migración: Derecho internacional sobre migración*. Ginebra.
- Palacio. (2004). *Familia y violencia familiar: de la visibilización al compromiso político. Un asunto de reflexión sociológica*. Universidad de Caldas ISBN 958-8231-23-X. Colombia.
- Perera, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales. apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Consultado en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_socia 27 de julio del 2014
- Del Popolo, F; García, E; Ribotta, B & Azevedo, M. (2011). *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: Dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes*. Brasil. Consultado en: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/serie12/Serie12_Completo.pdf 27 de julio del 2014

- Pulido, H. (2011). *El reconocimiento político y académico contemporáneo de los Afrocolombianos: Apuntes a través de la Historia reciente del discurso antropológico (1980-2000)*. Revista Ccehs multiculturalidad y movimientos indígenas en América Latina. Santiago de Chile.
- Quintero, A.; (2007). *Diccionario especializado en familia género*. Grupo Editorial Lumen Hvmantas. Buenos Aires- México.
- Rangel, M.; Del Popolo, F. (2011). *Juventud afrodescendientes en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- República de Colombia (2013). *Plan decenal de salud, PDSP, 2012-2021*. Consultado en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20.%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf5>. 27 de julio del 2014
- Restrepo, D; Cebotarev, N. (1996). *El otro desarrollo familiar: Una experiencia colombiana*. Publicado en Family Science review, vol 9 n°3/4 Noviembre. Traducido por Dalia Restrepo. Colombia
- Rodríguez, C., Sierra, T. y Cavelier, A. (2009). *El desplazamiento Afro*. Universidad de los Andes. Colección estudios CIJUS. Colombia. Consultado en: http://www.odracial.org/files/r2_actividades_recursos/fi_name_archivo.268.pdf.
- Sanchez, B. (2004). *Dimension espiritual del cuidado en enfermería. En situaciones de cronicidad y muerte*. Universidad Nacional de Colombia. Tomado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf> 14 de febrero del 2014
- Sánchez, E. ; García, P. (2006). *Más allá de los promedios: Afrodescendientes en América Latina*. Colección de Arte Banco Mundial. Washington. Consultado en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_enlinea/Afrocolombianos,% 14 de febrero del 2014
- Sapiains, R.; Zuleta, P. (2001). *Representaciones sociales de la escuela en jóvenes urbano populares desescolarizados ex-cuola y juventud popular: la escuela desde la desescolarización*. Última Década N°15, CIDPA VIÑA DEL MAR, OCTUBRE, PP. 53-72. Santiago de Chile.
- Secretaria de Salud Mexico. (2011). *Programa de accion: Migrante "vete sano regresa sano"* Secretaria de salud. México. Consultado en: <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ruris/article/viewFile/1540/1048> 8 de Noviembre del 2014.

- Tamagno, L., y Maffia, M. (2011). *Los afros y los indigenas en argentina. Aportes desde la Antropologia Social al analisis de la forma de la visibilidad en el nuevo milenio*. Boletín Americanista. Barcelona.
- Tobón, O. (2009) El autocuidado una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. Manizales. Consultado en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Autocuidado.pdf>. 12 de Noviembre del 2014
- jóvenes en la ciudad de Manizales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2008, pp. 55-80 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales. Tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77360> 8 de septiembre del 2015
- Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias sociales, Niñez y Juventud*, vol 6, núm. 1. Centro de Estudios avanzados de niñez y Juventud. Colombia. Consultado en: <http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/cinde/Vol6/Vol%2061%20completo.pdf>. 20 de diciembre del 2015.
- Vasilachis, I., Ameigeras, L., Chernobilsky, L., y otros (2006). *Estrategias de investigación cualitativa. Biblioteca de educación*. Editorial Gedisa. Colombia.
- Vásquez, T. (2006). *Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Revista Investigación y Educación en Enfermería*. (24)2:136-142. Colombia. Consultado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072006000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Marzo 10 del 2015
- Velazques, M., Iturralde G. (2012). Afrodescendientes en Mexico: Una historia de silencio y discriminación. Consejo Nacional para Prevenir la discriminación. CONACULTA. México. Consultado en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/TestimonioAFROINACCSS%281%29.pdf> Marzo 28 del 2014
- Villalobos, L. (2008). *Migración y Salud Pública: de la ósmosis social a los nuevos desafíos*. Costa Rica. Consultado en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/22%20Migracion%20y%20Salud.pdf>. Marzo 20 del 2014.
- Wabgou, M., Vargas, D., y Carabali, J. (2011). *Las migraciones internacionales en Colombia. Investigación y desarrollo* vol. 20, n° 1 (2012) - issn 2011-7574 (on line). Colombia. Consultado:<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/6/2827> 20 de enero de 2015.



**PRESENTACIÓN DE INFORMES
FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

16. ANEXO

A) FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PUBLICA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN INVESTIGACIONES**

INVESTIGACIÓN:

**“MIGRACIÓN INTERNA: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS DE
CUIDADO DE LA SALUD EN FAMILIAS AFROCOLOMBIANAS”**

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Keyra Liseth Asprilla Cordobá , estudiante de la Maestría en Salud Publica para la realización de las siguientes procedimientos:

1. Aplicación de entrevista

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

HUELLA

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta N° 050/ 12 de Agosto de 2015.

B) FORMATO GUIA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE POSGRADOS
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA COHORTE V
INVESTIGACION:



1. IDENTIFICACIÓN

Fecha en la que se diligencia el instrumento:	
Área : Rural o Urbana	
Estrato:	
Ciudad de Origen:	
¿En qué fecha se radicaron en la ciudad de Manizales?	
Nombres y Apellidos de los integrantes del grupo Familiar.	
Edades:	
Género:	
Tipología Familiar:	
Escolaridad:	

2. PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD Y REPRESENTACIONES SOCIALES

Autocuidado personal	
Prácticas de cuidado	Conocimientos
¿Qué cosas hacen ustedes de manera individual para el cuidado de la salud?	En términos generales, ¿ustedes qué piensan respecto a las cosas que hace diariamente para cuidar de su salud?
¿Realizan actividad física de manera individual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes sobre la realización de actividad física?
¿Cada uno de ustedes se toma un tiempo adecuado para descansar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes sobre tomar tiempo para descansar?

¿Cada uno de ustedes tiene una alimentación saludable? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes cerca de tener una alimentación saludable?
¿Cada uno de ustedes realiza actividades para evitar el estrés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes sobre la realización de actividades para evitar el estrés?
Autocuidado colectivo	
Prácticas de cuidado	Conocimientos
¿Desde la llegada a la ciudad de Manizales, alguno de los integrantes de su familia se ha enfermado?	¿Ustedes consideran que el cambio de ciudad ha influido en las condiciones de salud? ¿Por qué?
¿La atención a los integrantes de la familia cuando alguno está enfermo se hace por parte de los mismos integrantes del grupo familiar?	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de respuesta afirmativa: De manera general, ¿Qué piensan ustedes de que el cuidado de los enfermos se realice por parte de un familiar? • En caso de respuesta negativa: De manera general, ¿Qué piensan ustedes de que el cuidado de los enfermos no se realice por parte de un familiar?
¿Qué cosas hacen ustedes como familia para atender alguna situación de enfermedad o para mejorar su salud?	¿Qué piensan ustedes respecto a esas cosas que hacen para atender alguna situación de enfermedad o para mejorar su salud?
¿Qué prácticas tradicionales para el cuidado de la salud aprendieron de abuelos, parientes o conocidos? ¿Cuáles de estas prácticas continúan actualmente?	¿Qué piensan ustedes respecto a esas prácticas tradicionales para el cuidado de la salud aprendidas de abuelos, parientes o conocidos?
¿Qué cosas hacen como comunidad o vecindario para cuidar de su salud?	¿Qué piensan ustedes respecto a cuidarse como vecindario o comunidad?
Ante una situación de enfermedad de algún integrante de su familia, ¿otras personas como los vecinos, grupos comunitarios participan del cuidado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	¿Qué piensan ustedes respecto a que otras personas de la comunidad participen del cuidado de uno de los integrantes de la familia cuando se enferma?
Ante una situación de enfermedad de algún vecino ¿Ustedes como grupo familiar participan del cuidado de la salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	¿Qué piensan ustedes respecto a que un miembro de su familia participe del cuidado de algún vecino cuando se encuentra enfermo?
¿En la comunidad tienen acciones colectivas para la recolección de basuras?	¿Qué piensan ustedes respecto a realizar o no realizar acciones colectivas para la recolección de

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	basuras?
¿En la comunidad tienen acciones colectivas para el tratamiento de agua? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes respecto a realizar o no realizar acciones colectivas para el tratamiento de agua?
¿En la comunidad tienen acciones colectivas para la celaduría? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes respecto a realizar o no realizar acciones colectivas para celaduría?
¿En la comunidad tienen acciones colectivas para la realización de ejercicio físico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué?	¿Qué piensan ustedes respecto a realizar o no realizar acciones colectivas para la realización de ejercicio físico?
Cuidado Sanitario	
Prácticas de Cuidado	Conocimientos
¿Han sido ustedes atendidos por alguna institución de salud como hospital, puesto de salud y/o centro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por qué motivo? Si la respuesta es positiva: ¿En qué servicio se les ha atendido?	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de respuesta afirmativa: en términos generales, ¿ustedes qué piensan respecto a ser atendido en una institución de éstas? • En caso de respuesta negativa: en términos generales, ¿ustedes qué piensan respecto a no haber sido atendido en una institución de éstas?
¿Han recibido tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de tratamiento?	¿Los tratamientos médicos que se les son formulados creen que están acorde a sus necesidades de salud y tradición cultural?
¿Están ustedes afiliados a un servicio de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de servicio?	¿Qué piensan ustedes respecto a estar afiliado o no estar afiliado a un servicio de salud?
¿Tienen acceso a algún programa de prevención y promoción de la salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de respuesta afirmativa: en términos generales, ¿ustedes creen que es importante para su salud participar en estos programas? • En caso de respuesta negativa: en términos generales, ¿ustedes piensan que sería importante para su salud poder participar en estos programas?

<p>¿Ustedes creen en términos generales que su estado de salud depende del sistema de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de respuesta afirmativa: en términos generales, ¿por qué creen que su salud depende del sistema de salud? • En caso de respuesta negativa: en términos generales, ¿por qué creen que su salud no depende del sistema de salud?
<p>En términos generales, ¿cómo creen ustedes que podrían mejorar sus prácticas de cuidado de salud y así su condición de salud en general?</p>	

C. CATEGORIZACION

PRACTICAS DE CUIDADO		
CATEGORÍA CENTRAL	SUB CATEGORÍAS	RELATOS
<p>CAMBIO DE CIUDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD</p>	<p>AFECCIONES RESPIRATORIAS</p>	<p>“Todos nos hemos enfermado, a él le dio una hemorragia gastrointestinal que casi se muere, a mí me ha dado de todo me mantengo con gripa, sufro como de gastroenteritis no puedo comer cosas semi crudas porque inmediatamente me da, y Saray alergias, muchas alergias” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“En algunas cosas, siento que el clima, las gripas permite como más virus, el clima afecta muchísimo a mi casi no, considero que en muchas enfermedades como los virus de gripas” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Si, en cuanto a lo de la superficie uno se agita más, el clima a veces no favorece para que se den más gripas y virus” Mujer/ Madre de 39 años</p>
	<p>IMPACTO POSITIVO DEL CLIMA</p>	<p>“No porque el clima antes nos pone la piel bonita, el cabello es diferente a tanto sol que hace en Tumaco, uno viaja y ya se siente fatigado, por el contrario ha cambiado las condiciones de salud para bien el clima de Manizales. Gracias a Dios no hemos tenido nada ni de bronquitis ni nada de eso acá en mi familia, en Tumaco si ha habido como problemas con eso pero mis hijos acá no” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ADAPTACIÓN</p>	<p>No, ya estamos climatizadas yo no sufro casi de enfermedades y ella casi no siente frio” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Hasta ahora no, al principio me sentía agitada me mareaba, maluqueada maluqueada pero uno se va</p>

	CLIMÁTICA	acostumbrando a la altura” Mujer/ Madre de 40 años
CUIDADO COMUNITARIO	SOLIDARIDAD COMUNITARIA	<p>“Hoy por mi mañana por ti, cuando el estaba vomitando sangre mi vecino que vivía al lado me ayudo, yo no sabía cómo cargarlo, me ayudo a bajar a meterlo al taxi, ellos todos son estudiantes pero yo sé que fueran estado de una me fuesen ayudado todos son muy colaboradores” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Lo que pasa es que en mi casa hay enfermeras y médicos conocidos entonces uno llama y acude a ellos para ver como se trata la situación o lo que esté pasando. Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Sí, yo lo hago pero me asusto mucho, lo primero que hago es llamar a mi mamá a ver que le hago a la niña, si no pues ya ir al hospital si siento que las cosas se me salen de las manos, cuando es el caso mío también llamo a mi mamá o si no llamo a mi madrina que es enfermera y le pregunto qué me tomo que me hago” Mujer/ Madre de 25 años</p>
	NO EJECUCIÓN DE CUIDADO COMUNITARIO	<p>“Como comunidad no hacemos, yo no voy a nada, por las responsabilidades, yo tengo conocimiento de la tercera edad pero no voy yo no me siento, como para programarme a ir” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Yo en mi apartamento hago el aseo cada ocho días, aquí en el barrio o en el edificio nada” Mujer/ Madre de 25 años</p>
	PRÁCTICAS TRADICIONALES DE CUIDADO DE LA SALUD.	<p>“Hay cosas que yo no sé y ellos tienen sus conocimientos por ejemplo mi vecina a la niña le dio una gripa y una tos y con remedios caseros me ayudaron a levantarla, se le dio eucalipto con naranja y panela y de una se le quito” Mujer/ Madre de 25 años</p>
		<p>Mi salud no la cuido tanto, cuido la de mi hija la y de él, pero la mía casi no la cuido tanto hago que como le explico hago lo de mi casa" Mujer/ Madre de 25 años</p>

CUIDADO FAMILIAR	ALTRUISMO COMO FUENTE DE CUIDADO	<p>"Más que todo es con la limpieza no es algo individual para mí es con la limpieza de la casa, me gusta mantener todo muy limpio me da mucha pereza lavar los platos después del almuerzo pero los lavo como a las 6 para lavarlos todos juntos, pero más que todo es con mi casa, casi no cosas para mí que habitualmente" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>El tiempo libre para descansar prácticamente no lo tengo porque lo que queda libre lo ocupo es con mi niña, como estoy todo el día en la universidad lo que queda se lo dedico es a ella, cuando ella se duerme trato de hacer algo, yo descanso durmiendo" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>"la verdad no hago nada para cuidar mi salud, tomar pastillas, de enfermedades casi no sufro de nada, dolorcito de cabezas de ves de en cuando, el estrés, yo trato con acetaminofen, yo misma la compro; mi rutina me levanto arreglo la niña, le hago el desayuno a ella, la llevo al jardín me regreso a la casa y ahí si me arreglo, me baño, me hago el desayuno, arreglo la casa y me voy para la universidad todo el día, después del jardín me cuidan la niña dos días a la semana" Mujer/ Madre de 25 años</p>
	AUTOMEDICACIÓN	<p>"Yo aprendí mucho a ver, me decía que hiciera baño de domeboro, mi abuela yo me enfermo y me dice tome tal cosas ella lo que sea como yerbas se lo intenta curar a uno, me dice que me bañe con canela los miércoles y otros días de la semana, cuando uno tiene mucha tos que tome cebolla con miel de abejas" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>"Eucalipto con naranja, la miel de abejas con la mantequilla también para la tos, el juguito de naranja para cuando tienen gripita, el vaporud para aplicárselo en el pechito, en la espalda en los pies, todos los practico actualmente" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Cuando hay hipertensión o se tiene calculo tomar un trago de brandy dicen que hace efecto, y para fiebre que cebolla en rodaja y ponerla en las medias o hacer compresas, si tiene dolor de estómago o soltura se toma una aromática o una agua con limón y sal o</p>
	MEDICINA TRADICIONAL COMO FUENTE DE CUIDADO	

		<p>darle una cócala hervida. Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“ tomamos ramas, bebedizos, yo aprendí que para el dolor de estómago se toma agua con limón y sal todavía lo hacemos, yo no me tome alcarserse yo tomo agua de limón con sal, además no he tenido como la oportunidad de enfermar entonces como practicas cosas de los antepasados eso que le digo el agua de limón con sal, eso que antes le daban a uno hasta orines” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“el ajo para los lombrices, para purgarse el ajo” Mujer/ Madre de 46</p>
	<p>EL REGAÑO Y EL CARIÑO COMO FUENTE DE CUIDADO FAMILIAR</p>	<p>"Yo no, no sé qué hacer yo soy tan gritona, yo a él le grito mucho, yo a Saray ella tiene 3 años y no he le pegado ni 5 veces pero yo la grito tanto, yo no lo puedo controlar, es mi forma de cuidar" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Lo diario bañarme y organizarlo, darle buena comida, estar pendiente” Mujer/ Madre de 40 años</p>
	<p>CONFLICTO DE PAREJA Y SU INFLUENCIA EN LA NO EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO FAMILIAR.</p>	<p>“No hacemos nada como familia para atender las situaciones de enfermedad” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Nosotros no hacemos nada ni juntos ni separados, sería importante y chévere cuidarnos como familia pero no, la relación de nosotros es muy rara, a ver el yo tenemos una pantalla ante la sociedad que somos pareja, nosotros no tenemos nada o mejor dicho no sé si lo tenemos porque ni porque estemos bien hacemos nada, es muy raro, uno podría decir que para estar bien nos podríamos ir domingo a la ciclo vía, a caminar eso no y nunca si en siete años que llevo con el nunca hemos ido ni a cine” Mujer/ Madre de 25 años</p>
	<p>LA ALIMENTACIÓN COMO FUENTE DE CUIDADO</p>	<p>“Cuidarnos de tomar tanta gaseosa, no me gusta darle mucha cosa, siempre tomar juguitos” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“No hacemos nada para cuidar la salud como familia, pues mi esposo es deportista anteriormente si hacíamos la ciclo-vía de pronto a paseo pero de vez en cuando pero actividades así que yo diga para cuidarnos de una enfermedad bueno como comer</p>

		<p>bien, intentamos pues” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>Yo como bien, duermo bien y trato de no trasnochar es como me cuido” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Yo solamente tomar agua de yerbas, ramas, esas bebidas, intento comer sano, uno lo intenta, comemos ensalada, unos 10 patacones en la semana y pescado frito lo que se hace aquí en el restaurante, la carne asada, el pollo, jugos siempre, ensalada siempre” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ESTRATEGIAS PARA MEJOR PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD</p>	<p>“Acudiendo al médico y no auto-medicándome tanto, asistí a una clase de folklor la actividad física no era lo mío salía rendida, mamada” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Dejando de pensar que en la vida todo es trabajo, hay otras cosas para hacer; pero uno se deja absorber por las necesidades económicas, por el trabajo uno deja de vivir para trabajar y se muere y no disfruta nada” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Comiendo bien y descansando, si como bien tengo energía y si descanso tengo mucha más” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Comer bien, hacer más ejercicio pero la atención es mala en los servicios de salud porque son una pérdida de tiempo, el sistema de salud es pésimo” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Sí, pero haciendo ejercicio eso no significa que uno se vaya a matar, significa sacar al menos una hora diaria que yo sé que con eso uno puede estar bien, otra cosa seria dormir bien, descansar eso contribuye, es un desarrollo individual que eso se va ver reflejado en otros factores cuando uno está bien con uno mismo eso se refleja la tranquilidad no tiene precio y la salud peor, hay gente que se mueren de gripa” Mujer/ Madre de 25 años</p>
<p>Cuidado Individual</p>	<p>NO EJECUCIÓN DE AUTOCUIDADO</p>	<p>“Yo siempre he sido muy relajada con mi salud” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>"yo casi no como, yo no como de noche mi merienda</p>

		<p>es por ahí como a las 5 " Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>en el mes me comía por ahí entre 5 o 6 hamburguesas en el mes y yo era, a mí me encanta mucho la comida chatarra, que las crispela, que los chuzos, entonces ya cuando subí a 100 kilos eso fue el detonante, yo no era delgada pero tampoco así, siempre he sido piernona pero tampoco así yo lo máximo que llegue a pesar fue ni siquiera 70 yo siempre era una talla mas de jean pero era mas delgada usted sabe que por las piernas, pero yo empecé a remplazar hamburguesa ya en el mes creo que ni me como una, comencé a remplazar lo que era pancito con mantequilla, por la fruta, poco, poco porque decir que uno va cambiar todo de una" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>"Me engorde porque antes yo estudiaba y me desmandaba y por la pereza uno no se alimenta adecuadamente pero siento que si he cambiado" Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>La verdad uno como de estudiante cambia los horarios de alimentación, tiene uno que comer como a horarios fijos, pero yo la verdad no respeto los horarios, uno se come cualquier comida chatarra cualquier cosa pero la verdad no" Mujer/ Madre de 25 años</p>
	<p>EJERCICIO COMO FUENTE DE CUIDADO</p>	<p>"Haber yo hago ejercicio aquí en la casa" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>" Que hago yo todos los días, me levanto, tiendo la cama, casi nunca desayuno, a mí me da mucha pereza desayunar para mí, a veces me tomo una avena, un café pero así que voy a comprar pan y huevos para mí no, más que todo es líquido y mantengo mucho cereal, arreglo la casa, por ahí como a la 1 me baño, lavo, lavo muchos muñecos, ese es como mi diario, hago ejercicio 3 veces en la semana" Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Es súper buena e importante, pero no hago más que caminar porque las pocas horas que me quedan libre ir a cansarme para venir a trabajar, sin embargo camino, lo intento no coger bus, ni taxi si no caminar lo que más pueda, es algo muy compleja porque barro</p>

		trapeo, subo y bajo escaleras todo el día en el negocio, para que más desgastarme Mujer/ Madre de 46 años
	MEDITACIÓN Y ESPIRITUALIDAD COMO FUENTE DE CUIDADO	<p>“Hay que evitar el estrés es importante y lo hago de manera espiritual, meditando, calmándome, así pues puedo estar tranquila yo y mi familia, es una forma de cuidarme” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“ Respirar profundo darse una vueltecita eso aliviana y alimenta el alma y no tomar las cosas como tan en serio porque eso lo mata a uno, a mí me aportado y funcionado, ser espiritual eso a mí me ha servido mucho cambia el ambiente laboral y todo” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	VACACIONES	“No hay tiempo para el descanso aquí en la casa no descanso y me toca hacer varias obligaciones las de las casa, el tiempo para descansar me lo doy cada fin de año, voy a vacaciones a mi casa, duermo, como bailo, de vez en cuando digamos que allá algún evento especial o algo pero de resto no” Mujer/ Madre de 39 años
Cuidado Sanitario	ASISTENCIA MEDICA COMO FUENTE DE CUIDADO	<p>“Si, cuando es una gripa una cosa así claro yo lo atiando pero cuando son cosas así que lleva más de una semana con una gripa o una tos ahí si inmediatamente lo llevo al médico, uno le da miedo que sea una bronquitis una cosa así o algo más grave, lo normal así” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“No cuando alguien se enferma, se va al médico, es mucho mejor que uno ponerse a cuidarlo sin saber que tiene si se le va agudizar el problema” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Asistir al médico es siempre mucho mejor, ya después que se va el médico se le cuida con los medicamentos, que coman bien, que estén cómodos, pero el cuidado lo principal es ir al médico para uno saber que tiene o que , por que cuidarlo sin saber que tiene es peor, la situación se puede empeorar” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>Urgencias, Otorrinonaringologo, odontología,</p>

		<p>pediatría. Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Crecimiento y desarrollo y un programa para niños para bajo recursos. Mujer/ Madre de 25 año</p>
--	--	---

REPRESENTACIONES SOCIALES		
CATEGORÍA CENTRAL	SUB CATEGORÍAS	RELATOS
CUIDADO DE LA SALUD	ALREDEDOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD	“Son importantes, organizarme, sentirme bien Yo me siento bien a mí no me duele nada, yo no gasto tiempo con ir al médico porque es una mamadera de gallo allá y le manden acetaminofén, entonces va uno a la farmacia y compra algo, entonces no mi hija” Mujer/ Madre de 46 años
	ALREDEDOR DE LA CALIDAD DE VIDA	“Es lo mejor porque sé que si cuido a mi niña, va a crecer sana y fuerte, va a rendir más en el colegio y no va tener dificultades” Mujer/ Madre de 25 años
	ALREDEDOR DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LA FAMILIA	<p>“Yo pienso que siempre y cuando allá alguien capacitado para atenderlo de resto no, porque uno puede querer mucho los de la casa pero siempre es mejor que si tienen algo se les cuide en el hospital porque uno puede empeorar la situación y esa no es la idea” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Para eso es la familia no, para mí es muy gratificante cuidar a cualquier integrante de la familia, independientemente si es él lo hago con gusto, así no estuviera con él lo haría, servir uno a los otros, atenderlos, cuidarlos darles alguna bebida, pienso que para eso uno hace familia, vive en una familia, si es para no servirles entonces para qué sirve” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Es mejor uno cuidarlos en la casa desde que no sea algo anormal, nada como los cuidados de la mamá” Mujer/ Madre de 40 años</p>
	ALREDEDOR DE LA ACTIVIDAD FISICA	"cuando estuve en el gimnasio me subí mucho de peso, he estado en 3 ocasiones, en la última ocasión el pago el gym y nunca fui, lo pague y no fui porque el gimnasio me sube mucho de peso" Mujer/ Madre de

		<p>25 años</p> <p>a mí personalmente me da mucha energía a contrario de lo que piensa mucha gente que me desgasta no, definitivamente lo más difícil es el primer día ni siquiera el segundo, cuando yo hago ejercicio que no lo hago frecuentemente pues todos los días, pero yo mantengo muy activa, no se me impulsa a caminar porque yo camino mucho, a mí me duele mucho la cabeza, definitivamente el ejercicio es como la vitamina del cuerpo pero la gente la ve de otra manera, que eso me cansa no, es una rutina y habito que cuando uno lo agarra de costumbre uno ya, desde ese margen es algo normal.” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“ siento que he bajado, pero si definitivamente no hago ejercicio nunca voy a bajar, mi cuerpo no es de gordura de comida, mi cuerpo es de otra cosa, si fuera por eso ya fuera bajado mucho” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Me parece que es bien, yo creo que el organismo necesita de todo, pero no en exceso yo creo que comer saludable primero le permite a uno estar saludable, sentirse no sé, yo creo que la alimentación afecta al cuerpo en todo, cuando uno está conforme con el cuerpo de uno se ve en todo y ya, y eso va relacionado con el ejercicio, uno hacer ejercicio y seguir comiendo como ballena no es nada, es un complemento” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Son importantes porque mire antes me estoy engordando, se relaciona la actividad física con la subida o bajada de peso, yo solo camino, no hago más ejercicio la verdad, me parece importante porque recomiendan caminar mínimo media hora al día y yo camino más” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Es para la gente que tiene el ánimo y todo el tiempo de hacer ejercicio, siempre es bueno porque el estado físico es importante para el cardio para hacer las funciones de trabajo eso lo mantiene a uno con buen ánimo” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Para las personas que tienen tiempo es bueno, pero para uno que tiene el trabajo todo el día y toca llegar organizar muy difícil, aporta para ser saludable, para uno verse bien” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es muy buena, pero la verdad uno sale muy cansado</p>
--	--	--

		<p>del trabajo para realizar actividad física, a mí me hace falta porque uno se siente mejor, uno se siente como liberarse de toda esa energía” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“ El ejercicio da vitalidad, energía es bueno, es sano, es importante el problema es con que tiempo lo hago? Si tengo el restaurante y respondo acá y por las cosas de la casa” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>el deporte es muy necesario pero uno necesita como opciones para poderlo hacer” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Si le quedara uno tiempo para recostarse, pero estoy más que segura que los que hacen deportes en algún momento del día tienen su tiempo para recostarse sus dos o tres horas, para llegar a relajarse, después de una actividad siempre uno quema” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ALREDEDOR DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE</p>	<p>“Tiene uno que tener una dieta balanceada pero la verdad no, no lo hago sé lo que tengo que hacer pero por los tiempos no lo hago” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Comer frutas es lo mejor, en cuanto a las carnes y las verduras se come blancas, rojas de todas, las ensaladas antes no las comía, ahora sí las como y en cuanto a las gaseosas no las tomo porque gracias a Dios trabajo en un restaurante y me dan jugos constantemente, ahora ya cambien mi forma de alimentación, pero me he engordado, yo era muy delgada” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Es importante, con una alimentación saludable uno está bien emocional, físicamente todo, a los muchachos no les importa pero uno trata de guiarlos y estar pendiente que no coman tantos mecatos” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es excelente me parece súper bueno y hay persona que lo hacen siempre, comen lo mejor y aun así esas personas se enferman, entonces yo digo comer bien, intentarlo pero tampoco sacrificar gustos de vez en cuando, hay quienes tienen defensas bajas, hay personas que hacen el ejercicio y también se enferman” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ALREDEDOR DEL DESCANSO</p>	<p>"descansar uno le podría llamar entonces a la noche, pero eso no es descansar cuando uno tiene tantas cosas encima, para mí el tiempo de descansar la</p>

		<p>verdad no me lo estoy tomando, yo creo que este año de corrido no me he tomado el tiempo para descansar . tengo muchas preocupaciones, hay muchas cosas que no me dejan descansar, estoy sin trabajo hay muchas cosas que me inquietan y eso no me deja descansar” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“El descanso me lo tomo todos los diciembre, todos los diciembres en mi casa porque estar en familia así como yo crecí eso es un descanso, para mi es lo mejor, yo me siento muy tranquila muy segura, definitivamente debiera de ser todos los días, estar en familia eso es muy sentimental” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Son importantes porque uno se relaja, pero la verdad no las he hecho, es más cuando me da estrés lo único que me duele es la espalda y la cabeza, entonces yo tomo acetaminofén y ya, yo me he vuelto dependiente a esa pastilla cualquier dolorcito me tomo uno” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Lo más importante es que uno esté tranquilo y busque la paz en Dios y la tranquilidad, así se mantiene uno con cero estrés” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Uyy que rico, que a uno no le aleguen tanto sería tan des estresante, no es que no me llamen la atención, es como que lo dejen a uno trabajar tranquilo y no aleguen tanto” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es muy importante uno recarga es energía porque uno con muchacho pequeño le toca duro, eso es corra para aquí y para aquí, para mi descansar es estar en la casa haciendo oficio, uno está cómodo en la casa” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>Es muy importante porque ahí usted recarga las baterías, usted se siente mejor tiene más enérgica para hacer las labores del día y eso influye en la buena actitud y el buen genio para atender a los clientes” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ALREDEDOR DEL CUIDADO COMUNITARIO</p>	<p>“Bueno, la verdad pues solo nos preocupamos por la limpieza de las zonas comunes, más que todo mantenerlo limpio porque para acceder a cualquier apartamento debe recorrer el edificio, entonces tener las paredes limpiecitas, es muy importante porque obviamente la idea es que todos estemos bien, aunque</p>

		<p>se presta para problemas” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Bien, es que yo no se parte de lo que uno es ser solidario con los demás y la verdad a veces que uno necesita, a veces no, la idea es contar con alguien siempre, incluso me ha pasado la otra vez a bajo la niña estaba enferma no podía hacer mucho porque allá había mucha familia, pero si ayudarle s a coger el taxi cositas así que a mí no me quita nada pero a la otra persona le aporta” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Son buenas, en realidad uno lo disfruta y se siente bien, pero como le decía la falta de tiempo por la universidad, estar pendiente de todas las cosas de la niña me impide hacer muchas cosas” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“La verdad donde vivo no es nada seguro porque vivo en plena avenida, por ahí si se mantiene un celador pero es para algunas casas y no para todas, sería importante para estar pendiente para cualquier cosas a veces yo salgo a las 10 de la noche con la niña y es muy solo por ahí y me da miedo” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>Enfermedades que uno tiene la contrae por tomar agua mala o sucia, por eso importante uno tener el agua limpia tratada que no le salgan a unos hongos en la piel” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Hay que hacerlo porque los vecinos siempre son los primeros que están allí antes que la familia, cuando uno necesita siempre le suelen dar la mano a uno, entonces uno como no ayudarles” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“los ejercicios en el barrio son muy buenos pero vea primero no tengo con quien dejar a la niña, mi hermano a veces está aquí pero él tiene sus hijos entonces no me gusta; son muy buenas mi mamá por ejemplo era una que se mantenía achacada con dolores y empezó hacer eso y se ha mejorado más” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“En este barrio si hay ejercicios pero yo no voy, como tres días en la semana hacen, me parece más importante para la tercera edad” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“ Lo que es vigilancia privada de una empresa de</p>
--	--	--

		<p>verdad sí, pero de esos vigilantes que uno vea acá en la calle parados no, porque ellos ni siquiera pueden actuar contra nadie porque no tienen ni siquiera un implemento, no están capacitados por la ley, yo no le pagaría” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“La recolección de basuras es lo mejor, porque evita cualquier foco de infección cualquier enfermedad, es muy bueno” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Hay es que estar pendiente de ayudar a los demás, yo no tendría algún impedimento para hacerlo” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Las ayudas de los vecinos son necesarias porque uno no sabe el momento cuando les toque entonces es mejor colaborarnos y ser solidarios porque hoy soy yo mañana no sabemos quién será” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>Ese apoyo se debe tener entre todos porque no solamente es uno, si yo agarro y aseo mi frente y el resto está sucio el aire me va llegar, va traer los virus” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“El agua es para todos, es una ventaja uno poder tomar agua de la llave sin preocuparse que le va doler el estómago como en Tumaco” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es importante las basuras, traen plagas, cucarachas ratas, entonces es mejor que la basura la recojan y la traten para que uno no la acumule en la casa” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es bueno eso, pero tampoco me pongo a inventar cuento para empeorar la salud, si se les ayudo si no le digo vea a urgencia, creo mucho que es mejor no ponerse a dar papayas con las enfermedades porque cuando uno llega muchas veces el tiempo en el que se pudo hacer algo lo agoto uno inventando curas y cosas que como le dije los tiempos cambias y las enfermedades también” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Es bueno, porque uno nunca sabe que necesite o que le esté pasando a la gente del barrio, pero en realidad pues yo no hago por cuidarnos como barrio y creo que ellos tampoco” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Son muy buenos porque uno duerme tranquilo, es</p>
--	--	--

		<p>más seguro porque uno se siente respaldado más cuidado” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Es importantísimo imagínese yo estudio administración pública, administración de la plata de todos si yo no ayudo a un vecino que me necesita, que requiere de mi, no soy una buena persona” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“La gente sale de la rutina no se encierran en lo mismo, uno hace amigos, me parece bueno las reuniones esos encuentros que hacen pero yo no voy, no porque no quiera, es por las responsabilidades que tengo aquí en el negocio” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“A un vecino no se le podría negar nada, uno no sabe cuándo necesite algo a veces son los primeros que acuden ante alguna situación” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Hay un dicho muy sabio, hoy por mí mañana por mí, si uno puede colaborar porque negarle la ayuda a alguien, uno en cualquier momento se puede enfermar, de eso nadie se libra” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ALREDEDOR DEL CUIDADO SANITARIO</p>	<p>"me parece que la salud de aquí si uno no tiene EPS uno no es nada, ni nadie a excepción pues de lo estudiantes que tienen los servicios médicos en la universidad” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Acá en Manizales es mucho mejor, que allá en Istmina, no me duele pagar lo que pago mensual; allá el servicio de salud es muy malo, entonces pues acá uno se siente bien atendido, es todo muy organizado y aseado” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“A mí me han atendido bien, ya otra cosa es que se les salga de las manos una enfermedad momentánea o largo plazo pero no depende del sistema que me enferme, el ambiente, la comida son cosas que influyen mucho” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>“Es buena, a pesar de lo que está pasando en Colombia en la salud, no ha sido demorado como en otras partes, de todas maneras es mejor tener un mal servicio de salud a no tener, porque al menos le hacen algo a uno allá” Mujer/ Madre de 39 años</p>

		<p>“No porque los médicos no tienen la culpa que uno se enferme, lo que si debieran es atenderlo a uno mejor dedicarle tiempo y no que lo revisen a uno por encimita” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Porque depende si me cuido o no, si me baño o no, esas cosas están ajenas al médico, uno va cuando está enfermo aunque no” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Es buena por el momento, aunque me parece demorado el servicio, mejor dicho pésimo porque en dos ocasiones me ha tocado sacar de mi bolsillo con mi muchacho una fractura para hacerle una terapia, porque las órdenes para las terapias fatales. Haga de cuenta que las fracturas fue en junio y agosto me dieron las terapias, toco recurrir a médico particular y ahora peor porque no me lo atiende el traumatólogo eso fue en junio y todavía no me lo han atendido y vamos en agosto” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Yo tuve un problema con el único neumólogo pediatra que hay aquí en Manizales, porque como le digo el y yo tenemos muy mala relación es peleas tras peleas, ese día fuimos a la cita con ella que no que el problema no era en los pulmones y la remitió a el alergólogo, parecía que estuviéramos con un psicólogo primero nos dijo como teníamos que vivir por que el era preguntando cosas y yo no respondía porque supuestamente él lo sabía todo, pero con el no me gusto me pareció que íbamos fue a un psicólogo, yo sentí como el si él fuera dicho a conciliar que se va a separar entonces pónganse de acuerdo que yo digo que si y el dice que, el lo que nos tenía que decir es la niña está bien de los pulmones es mejor remitirla porque el problema no es de mi especialidad, pero se involucró en nuestra vida personal y yo se le dije vea que pena que yo pague una cita con un neumólogo no con un profesional en pareja, ni con un psicólogo ni con un psiquiatra el papa de Saray era mirándome y le dije que pena yo pague aquí para que el me dijera la niña está bien o mal y punto, yo me altere” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Pues si y no, si por que definitivamente la medicina es loca lo que le mandan hoy para el estómago no se lo puede tomar después porque le tuerce los dedos las uñas que se yo, siento que si están acorde a mi tradición” Mujer/ Madre de 25 años</p>
--	--	--

		<p>“La verdad la EPS definitivamente es como si uno fuera a comprar carne, uno va al servicio de urgencias y es haga una filita aquí es como si uno fuera comprar carne, es como un mercado, no atienden personas y si no cosas, la salud es un negocio, los medicamentos eso de no el post esperar 20 días por un medicamento gravísimo, las autorizaciones gravísimo porque la tonta secretaria se le olvido subirlo al sistema, la verdad no le veo diferencia entre el contributivo o subsidiado, pienso hasta subsidiada creo que le puede a uno dar más beneficios” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Para eso es la familia no, para mí es muy gratificante cuidar a cualquier integrante de la familia, independientemente si es él lo hago con gusto, así no estuviera con él lo haría, servir uno a los otros, atenderlos, cuidarlos darles alguna bebida, pienso que para eso uno hace familia, vive en una familia, si es para no servirles entonces para qué sirve” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Es mejor uno cuidarlos en la casa desde que no sea algo anormal, nada como los cuidados de la mamá” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Ja yo no lo estaba y cuando salí en embarazo, me toco afiliarme de una y todo se me soluciono todo” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Es un beneficio estar afiliado, porque el régimen subsidiado es como el paseo de la muerte es ver en donde me atienden en cambio en el contributivo como uno está pagando tiene todo el derecho a que uno lo atiendan bien, con régimen contributiva tiene uno como mejor calidad” Mujer/ Madre de 39 años.</p> <p>“Pues si y no, porque uno sabe que si se enferma hay alguna parte donde lo atiendan a uno una cosa grave uno sabe que acude y no porque para una cita normalita es muy duro” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>En caso de urgencias le permite a uno acudir inmediatamente, es magnífico porque valdría mucho dinero si uno no estuviese afiliado por ejemplo una hospitalización” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Es muy importante claro, aunque no lo utilizo tanto yo se que en cualquier momento me puede dar algo y sé que podría ir al médico tranquila” Mujer/ Madre de</p>
--	--	--

		<p>25 años</p> <p>Si son muy importante yo la metí hace más de un año, estoy viendo el control si el peso y la talla están de acorde con la edad, todo eso si tiene algún retraso o alguna enfermedad” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Si me servirían y pienso que son buenos porque le sirven a uno pero el problema es el tiempo, si quedara el tiempo uno se cuidaría mucho mas, uno sabe que es por el bien de la salud de uno, además para eso uno paga, para que le presten ese tipo de beneficios” Mujer/ Madre de 39 años</p> <p>Para uno cuidarse más cuando uno de pronto no tiene buena salud. Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>Creo que son buenos pero es para las personas que le quedan tiempo, además creo que no los necesito todavía, cuando los necesite demás que acudo” Mujer/ Madre de 46 años</p> <p>“Si es importante porque yo aprendí mucho, a uno le enseñan cómo tratarlos cuando están en esa etapa de la adolescencia, cuando están en esa etapa y porque y porque como ayudarles a solucionar los problemas de pareja para que no se vieran reflejados en los niños, ella venia aquí a la casa a ver como las condiciones en las vivíamos y me decía ustedes son ricos porque las familias que visito están en condiciones precarias.” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“No a las necesidades porque una persona está con un dolor y no le dan el medicamento idóneo porque siente aun dolor” Mujer/ Madre de 46 años</p>
	<p>ALREDEDOR DE LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES</p>	<p>“esas prácticas son buenísimas y le ayudan a uno mucho, pero pues la historia la quieren como ocultar o desaparecer pero que haríamos sin historia, a mi particularmente me han funcionado y voy a lo que voy y no experimento más, con eso voy a la fija y sé que no tengo que tomar medicamentos que sé que muchas veces le empeoran el dolor o el problema que uno tenga” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Creo que esas recetas alivian más rápido que los medicamentos, mientras me dan una cita por ejemplo le pedí una cita hace quince días y la tengo para el 14 de septiembre, mientras me dan la cita médica se me</p>

		<p>murió la niña, entonces más bien practico los remedios caseros que se alivia mas rápido” Mujer/ Madre de 25 años</p> <p>“Son buenas, en el caso mío cuando el niño se enfermaba mucho tanto médico y tanto medicamento la tenían peor, hubo un medico que me le retiro todo el medicamento a la niña porque los médicos le recetaban lo que ellos creían lo que era pero ninguno había puesto como la solución, la niña estaba era para irse y el médico me dijo empecemos a darle sopitas y cosas, algunas practica me han salvado” Mujer/ Madre de 39 añoS</p> <p>“Siempre le sirve a uno, pero como le digo es mejor no inventar, porque puede que se empeore la situación, si uno tiene un dolor o algo extraño por mas consejos que le den a uno es mejor llevarlos al médico” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“El ajo le doy al niño, para purgarlos” Mujer/ Madre de 40 años</p> <p>“Son buenas y son normal porque eso le cura a uno la enfermedad, si uno cree en ellos ya cuando son cosas complicadas pues es mejor ir al médico a un especialista como mínimo” Mujer/ Madre de 46 años</p>
--	--	--

D. GRAFICAS DE LA CODIFICACION EN SOFTWARE ATLAS.TI

