



Facultad de Enfermería de Valladolid

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

Universidad de Valladolid

GBEROU WOKOUBOU

ANÁLISIS SOCIO-CULTURAL Y

PROPUESTAS ESTRATÉGICAS EN UN

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN

NIKKI (BENÍN).

Alumna: Elena Toledano Durán

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

“A mis compañeros de proyecto que terminaron siendo amigos Celia, Itziar, Adrián y Gonzalo. A todos los que desde Nikki se implican en el proyecto y aportan otros nuevos, para mejorar su calidad de vida. A los colaboradores de OAN por ser el motor de cambio en la universidad y la Cooperación Internacional. A mi tutora por su compromiso, implicación y paciencia. Y por último a mi familia, que a pesar de las dificultades han sabido escuchar y apoyar mis proyectos.”

RESUMEN:

El cuidado de la salud materno-infantil en la República de Benín es deficiente, y se ve agravado en la comuna de Nikki debido al escaso control prenatal y a la falta de planificación familiar. La prevalencia de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no deseados y la tasa de mortalidad materno-infantil son muy elevadas. Por este motivo se creó el proyecto “*Né à Nikki*” cuyo objetivo es aumentar la implicación de la población en su salud sexual y reproductiva mediante la sensibilización comunitaria. Durante el trabajo de campo y la fase de diseño del primer proyecto piloto se observó que las diferencias sociales y culturales dificultaban la estructura de las sesiones de sensibilización. Por eso este trabajo de fin de grado analiza toda la información socio-cultural recogida en una investigación etnográfica de carácter cualitativo. Mediante este estudio se ha detectado una gran falta de recursos generales, dificultades relacionadas con la dependencia de la mujer al hombre para el cuidado de su salud sexual y reproductiva, diferencias culturales relacionadas con la salud materno-infantil entre España y Nikki y diferencias entre las dos etnias mayoritarias (Bariba y Peulhs) relacionadas con el tema. El objetivo de este estudio descriptivo basado en una investigación etnográfica es analizar las barreras y dificultades que pueden aparecer al realizar un programa de Educación Para la Salud Sexual y Reproductiva en este entorno para adaptarlo lo más posible a la socio-cultura presente y evitar errores.

Palabras clave: Educación Para la Salud (EPS), Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Programas de Sensibilización, Determinantes Socio-culturales en Salud.

ABSTRACT:

The care of mother and child health in the Republic of Benin is poor, and is aggravated in the commune of Nikki due to weak prenatal care and for lack of family planning. The prevalence of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies and maternal and child mortality rates are very high. For this reason, the “*Né à Nikki*” project was created. The objective of this project is to increase the involvement of the population in their sexual and reproductive health, through community awareness. During contacts in the field and the design of the first pilot project phase, it was observed that social and cultural differences hindered the structure of awareness sessions. For this reason this dissertation analyzes all socio-cultural information collected through qualitative ethnographic research. This study has detected: a lack of general resources; difficulties related to the dependence of women on men for their sexual and reproductive health; cultural differences related to maternal and infant health care between Spain and Nikki; and differences between the two majority ethnic groups (Bariba and Peulh) related to the subject. The purpose of this descriptive study is to analyze the impediments and difficulties that may appear when carrying out a program of education for sexual and reproductive health in this environment in order to adapt the said program to avoid mistakes as much as possible.

Keywords: Health Education, Sexual and Reproductive Health, Awareness Programs, Socio-cultural Determinants of Health.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
I. CONTEXTO:.....	1
II. "NÉ A NIKKI":.....	2
III. INTRODUCCIÓN A LAS ETNIAS PRINCIPALES.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	7
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
5. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS Y BARRERAS SOCIO-CULTURALES.....	12
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: BARRERAS Y PROPUESTAS ESTRATÉGICAS.	19
I. RECURSOS GENERALES:.....	20
II. DESIGUALDAD DE GÉNERO:.....	21
III. DIFERENCIAS SOCIO-CULTURALES ESPAÑA-NIKKI:	21
IV. DIFERENCIAS BARIBA – PEULH:	22
7. CONCLUSIONES:.....	25
8. BIBLIOGRAFÍA:.....	26
9. ANEXOS.....	I
ANEXO I. SONDAGE POPULATION FÉMININE, MATRONES E POPULATION MASCULINES:	I
ANEXO II. TABLA A RELLENAR DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA REALIZADA MEDIANTE ENCUESTA. (POR MOTIVOS DE EXTENSIÓN NO SE ADJUNTAN LAS TABLAS RELLENADAS CON LOS DATOS DE LOS 19 CS PÚBLICOS Y PRIVADOS VISITADOS)	VI
ANEXO III. REVISIÓN CUADERNO DE CAMPO O BITÁCORA.	VIII
ANEXO IV. REVISIÓN DIARIO PERSONAL:	XIII
ANEXO V. MATERIAL DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA MATERNIDAD Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE DIFERENTES CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA DE NIKKI.	XVIII
ANEXO VI. EJEMPLO DE MATERIAL PRÁCTICO Y SENCILLO PARA LAS SESIONES DE SENSIBILIZACIÓN. CAUSAS PARA ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO DURANTE EL EMBARAZO.	XXI

ABREVIATURAS

CPN: Consulta prenatal

CS: Centro de salud

EPS: Educación para la salud

ITS: Infección de transmisión sexual

MAC: Métodos anticonceptivos

OAN: Objetivo Analizar Nikki

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

PF: Planificación familiar

SSR: Salud sexual y reproductiva

UA: Unión Africana

1. INTRODUCCIÓN

I. Contexto:

La República de Benín es un país del África Subsahariana que cuenta con una población de 11.096.879 habitantes. Es una antigua colonia francesa que se independiza de Francia en el año 1960. Esta colonia fue creada por la unión de antiguos reinos fon con numerosos pueblos del interior lo que nos muestra su rica diversidad cultural². Tras su independencia tuvo lugar un desequilibrio político a causa de la rivalidad entre etnias que más tarde fue superado^{1,2}. El país está limitado geográficamente por Togo al oeste, por Nigeria al este y por Burkina Faso y Níger al norte. La capital del país es Porto-Novo aunque su capital económica y gubernamental es Cotonú, ciudad más poblada del país. El idioma oficial es el francés, pero en Benín existen un gran número de lenguas autóctonas tales como el fon, bariba, yoruba, adja, houeda y fulfulde. La tasa de alfabetización de adultos es de un 28,7% por lo que estas lenguas autóctonas nombradas son la vía de comunicación de la mayoría de la población del país¹.

Este país cuenta con un Índice de Desarrollo humano (IDH) de un 0,485 ocupando el puesto 167 del ranking mundial. Benín cuenta con una tasa de natalidad (nacidos vivos en un año, por cada 1000) de 36, una tasa de mortalidad infantil de 55,68/1.000 y una tasa de fecundidad de 4,8 hijos/as por mujer en edad fértil. La esperanza de vida al nacer en la República de Benín es de 53,1 años².

La comuna de Nikki está situada en el departamento de Borgou al nordeste de Benín. Está formada por 7 distritos (*arrondissements*): Biro, Gnonkourokali, Ouénou, Sérékalé, Suya, Tasso y Nikki. Posee únicamente un distrito urbano y 36 pueblos en total, con 151.232 habitantes, de los cuales el 50,1% son mujeres². En el departamento de Borgou predominan las economías combinadas de la horticultura y la agricultura, gracias a la presencia de árboles como el Karité y el Néré. Estos trabajos son llevados a cabo sobre todo por mujeres, que en muchas ocasiones se agrupan en cooperativas. Las actividades agrícolas representan el 70-75% de la economía de la comuna³.

La política en esta región se rige por la descentralización que tuvo lugar tras la independencia de Benín, la cual dotó de autonomía a las comunas. Es por esto por lo que existen dos tipos de poderes en esta comuna: el poder de organización sociopolítico

y administrativo cohabitando con los poderes tradicionales como el Rey de Nikki (de la etnia Bariba) y los “*Chef du Village*” (jefes tradicionales) en las zonas rurales⁴.

El sistema sanitario de la República de Benín se divide en tres estratos: el sistema sanitario Central o Nacional, el Intermediario o Departamental y el Periférico. En este último es en el que residen las acciones del proyecto “*Né à Nikki*”, además de otros proyectos de cooperación internacional como “*A call for life*” de la ONG francesa Care⁵. Este nivel periférico compuesto por zonas sanitarias, están administradas por un médico que es el coordinador de zona sanitaria (“*Coordinateur de Zone Sanitaire*”). En la comuna de Nikki el hospital de referencia es el Hospital *Senoun Seró* (HSS), después existen Centros de Salud, la mayoría con maternidad, en 16 de los 36 pueblos que existen en la comuna⁴.

II. “Né a Nikki”:

La Organización de las Naciones Unidas, como mayor Organización Internacional en cuanto al desarrollo económico y social, así como sobre los Derechos Humanos, establece entre sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna⁶.

En el 2016 desde la Organización no gubernamental (ONG) Objetivo Analizar Nikki (OAN) International⁷ comenzó el estudio sobre la mortalidad materno-infantil en la comuna de Nikki con la creación de un proyecto llamado “*Né à Nikki*” (Nacido en Nikki)⁸. Durante el verano del 2016 se llevó a cabo un estudio de las causas de morbimortalidad materno-infantil observados en 62 partos en el Hospital *Senoun Seró* de Nikki. Tras este estudio se concluyó que existía una correlación significativa entre la consulta prenatal (CPN) y la mortalidad neonatal precoz reduciéndola de un 60 % a un 40 %⁹.

Según las estadísticas nacionales del ministerio de Benín, un 31 % de las mujeres acuden al menos a 4 CPN, sin embargo durante este estudio se registró un 27.5 %, lo que indica la peor accesibilidad a los recursos sanitarios en este área del país. Estos datos se alejan mucho de las recomendaciones sobre la atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰. Por este motivo se decidió que la línea de actuación del proyecto “*Né à Nikki*” debía implicarse en el aumento de la asistencia a la CPN de mujeres embarazadas para llegar a su objetivo de reducir de la mortalidad

materno-infantil en la comuna. Además, en Benín el uso de la planificación familiar (PF) es escaso, un 75,1% de población en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo según una encuesta realizada por la OMS³. Esto genera un aumento sobre todo de la prevalencia de ITS y de embarazos no deseados. Por tanto el proyecto “*Né à Nikki*” también trabaja para concienciar a la población de la comuna sobre la importancia que tiene la PF en la salud sexual y reproductiva¹¹.

Durante el verano del 2017 se analizaron los centros de salud de las zonas rurales y las sensibilizaciones que se llevaban a cabo en ellas. Se realizó un estudio sobre la importancia que tenía en la población y en los profesionales de salud la CPN y la PF mediante encuestas (Anexo I). Se programaron algunas sensibilizaciones para estudiar la adecuación de estas sesiones a la población y además se realizó una intervención en el CODIR (sesiones de formación continuada con los profesionales de los centros de salud de la comuna) para realizar un intercambio de información sobre temas de salud sexual y reproductiva y sobre el proyecto en marcha. Toda esta información se utilizó para realizar el diseño de una primera fase piloto comparativa. Se usó como referencia los ensayos controlados aleatorios utilizados por otras organizaciones como UNICEF¹², de los cuales es máxima referente Esther Duflo. Esta primera fase se llevará a cabo en el distrito de Biró, con la duración de un año, mediante el partenariado de las ONG OAN International y la organización local JEDES Ben Sia: “*Proyecto de seguimiento de mujeres embarazadas y sensibilización comunitaria para la reducción de la mortalidad materno-infantil, aumento de los conocimientos acerca de salud materna y reproductiva, y la emisión de certificados de nacimiento en la comuna de Nikki (Benín)*”. Sus objetivos generales son: mejorar la salud materna e infantil y mejorar la identidad personal y jurídica, facilitando la expedición de un acta de nacimiento a los recién nacidos del distrito (*arrondissement*) de Biró¹¹.

El objetivo final del proyecto es aumentar el ratio de acción a todos los distritos “*arrondissement*” de la comuna de Nikki, dotando así al proyecto de una continuidad de 5 años evaluando los resultados de las intervenciones anualmente como mínimo. Esta prolongación del proyecto se llevará a cabo tras demostrar resultados con evaluaciones de la fase piloto¹¹.

Los investigadores del proyecto de salud “*Né à Nikki*” realizaron sus trabajos fin de grado (TFG) orientados a perfeccionar el diseño del proyecto durante el curso 2017-

2018. En ellos se realiza un diagnóstico de salud comunitario¹³, se crea un modelo de sensibilización sobre PF¹⁴, se estudia el impacto de un programa de salud materno-infantil en el distrito de Biró¹⁵ y se analizan las barreras socio-culturales que pueden encontrarse proponiendo estrategias para evitarlas (el presente TFG).

III. Introducción a las etnias principales.

En esta región de la República de Benín la etnia más abundante es la Bariba (Baatonu), seguida por la etnia Peulh (Fulbe). En los grandes núcleos de población (en este caso Nikki) conviven todas las etnias juntas con la Bariba como mayoritaria¹.

La etnia *Bariba (Baatonu)* se encuentra muy concentrada en Benín y más concretamente en la provincia de Borgou (alrededor del 70%), donde se encuentra Nikki, capital por excelencia de este pueblo hoy en día¹. Esta etnia es considerada una “clase superior” por el papel que tuvieron en sus orígenes como jefes de la ciudad que hoy en día se mantiene como jefe tradicional “Chef du village”. Además, los puestos de alcaldía en la región también suelen ocuparlos baribas⁴.

El término Bariba es el nombre colonial francés que recibe la etnia, pero también puede llamarse Baatonu, nombre que recibe de su propia lengua, el Baatonum. La población Bariba suele dedicarse a la horticultura, agricultura y comercio. Es frecuente la creación de cooperativas de karité, quesos o jabones en las mujeres Baribas³.

Por otro lado la *etnia Peulh (Fulbe)* forma el pueblo nómada más numeroso del mundo y se encuentran principalmente en Malí, Guinea, Camerún, Senegal, Benín y en más países africanos en menor número. La mayoría de las familias viven en el medio rural y se dedican a la ganadería de carácter nómada y a la venta de excedentes. Pueden mover sus asentamientos para la trashumancia, aunque actualmente algunos optan por el pastoreo¹⁶. Esta etnia recibe diferentes nombres: Peulh, Fulani (nombres coloniales franceses) o Fulbe (nombre en su propia lengua, el fulfunde)³. En muchos casos se practica la endogamia y son frecuentes los matrimonios entre primos o familiares cercanos, con el fin de mantener el ganado y la riqueza en una misma familia¹⁶.

Debido a su carácter nómada y a la falta de traducciones de textos en su lengua, la tasa de analfabetismo es muy elevada. Con la traducción de los textos al fulfunde se generó una separación de la etnia Peulh en dos grupos por lo que en los 90 apareció un

movimiento llamado “refulbetización” que publicó las “*Bases fulbes*” para reunificar la etnia: “*Una persona de etnia Peulh, debe ser Islámico, hablar fulfulde y comportarse según las ideas fulbes*”¹⁷.

En este terreno se cuenta con una gran diversidad religiosa. En Benín un 50% de la población es animista, un 30% son cristianos católicos, evangélicos y presbiterianos, y un 20% son musulmanes¹. También existen religiones como es el vudú y religiones tradicionales de carácter animista, además de las nuevas iglesias pentecostales⁴. Sin embargo, tanto en la ciudad de Nikki como en la zona rural de la comuna predomina el evangelismo y sobre todo el islam, que se hace notar por la presencia de varias mezquitas y que en los últimos años ha tenido un aumento significativo de fieles en Nikki y en el país en general².

La cultura Bariba no se encuentra ligada con ninguna religión en concreto, esta etnia posee libertad de elección¹⁸. Esto dota a la etnia Bariba de una gran diversidad, ya que cada individuo creará una pequeña cultura familiar combinando su etnia con la religión de elección¹⁹. Sin embargo, la mayoría pertenecen a la religión islámica.

En el caso de los Peulh, a pesar de desconocer su origen, se sabe que fue uno de los primeros pueblos africanos en abrazar el Islam. Antiguamente, la etnia Peulh o Fulbe, tenía su propia “*religión étnica*” de carácter animista, cuyo dios era el Dios Gueno¹⁶. Más tarde, tuvo lugar un movimiento de conversión al Islam, que hoy en día está reflejado en las bases Peulh creadas durante la “refulbetización” ya mencionada. Con la aceptación del Islam apareció la práctica de la poligamia, hecho relevante para este estudio sobre la sexualidad y reproducción cultural²⁰.

La etnia Peulh del Borgou puede diferenciarse físicamente de la Bariba por algunas características físicas como: el color de piel de la etnia Peulh algo más clara que la Bariba, los tatuajes o escarificaciones en el rostro de los Peulh y los adornos del pelo con abalorios y los collares de las mujeres Peulh sobre todo cuando son aún niñas.

2. JUSTIFICACIÓN

El Banco Mundial junto con Naciones Unidas ya publicó en 2009 que el progreso mundial en materia de salud materna y planificación familiar es insuficiente y que para mejorarlo se debía invertir en programas de salud materna y salud reproductiva⁹. En 2015 el Observatorio de Salud Africano indicó que solo cuatro países del continente habían logrado la 5ª meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir en tres cuartos la mortalidad materna por cada 100.000 recién nacidos vivos²¹. Actualmente la meta 3.1 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) se pretende reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos²² y en la aspiración 6 de la Agenda 2063 de la Unión Africana (UA)²³ también se declara la importancia del cuidado de la salud materna y de los niños.

La tasa de mortalidad materna en Benín es de 335,5 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la comuna de Nikki es de 342,2²⁴. El aumento de esta tasa en la comuna, refleja una peor situación de la salud materno-infantil, problema que se pretende disminuir mediante la implementación del proyecto “*Né à Nikki*”.

Los ODS²² declarados en 2015 introducen cambios en la metodología de trabajo como mejorar la sostenibilidad de sus objetivos, utilizar parámetros que reflejen mejor la realidad y tener en cuenta la interconexión de todos los problemas²⁵. Para ello es necesaria la realización de estudios locales previos, conocer el entorno y garantizar así la sostenibilidad. Además, los determinantes sociales de la salud de la OMS recuerdan la importancia de la interconexión que existe entre las dificultades socio-culturales y los problemas sanitarios. Desde la UA se describe la fuerte identidad cultural de África en su aspiración 5 de la Agenda 20163 y su deseo de conseguir sus 7 aspiraciones respetando siempre la multiculturalidad con la que cuenta el continente²³. Si estos países desean mantener su diversidad cultural ¿por qué no tenerlo en cuenta?

El estudio se realiza desde enfermería basándonos en las necesidades de Virginia Henderson: 11 “Actuar de acuerdo a las creencias y valores personales” así se respetarán las creencias y culturas durante la actuación y 14 “Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad”, en este caso educando en salud sexual y reproductiva²⁶. Además, la publicación *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020* de la OMS, reseña el rol vital de la enfermería como educadoras comunitarias²⁷.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS:

Los Determinantes Sociales en Salud como son los factores socio-culturales, son imprescindibles para diseñar e implementar un programa de Educación para la Salud en la comuna de Nikki en Benín (África).

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Detectar y superar las barreras socio-culturales que dificultan el éxito de una buena educación en salud sexual y reproductiva, en la comuna de Nikki.

Objetivos específicos:

- Identificar las desigualdades de género relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva en Nikki y adaptar el programa para disminuirlas.
- Establecer las diferencias socioculturales entre España y Nikki para adecuar correctamente un programa de educación para la salud a la población diana.
- Analizar las barreras presentes en las dos etnias predominantes de la comuna de Nikki y definir estrategias para salvarlas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El Trabajo Fin de Grado (TFG) se enmarca en una investigación cualitativa. Se trata de un estudio descriptivo, basado en una investigación etnográfica. Con este estudio de investigación se pretende analizar la heterogeneidad de las perspectivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción en la comuna de Nikki.

Para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación se ha seguido una metodología cualitativa que contó con las siguientes fases²⁸:

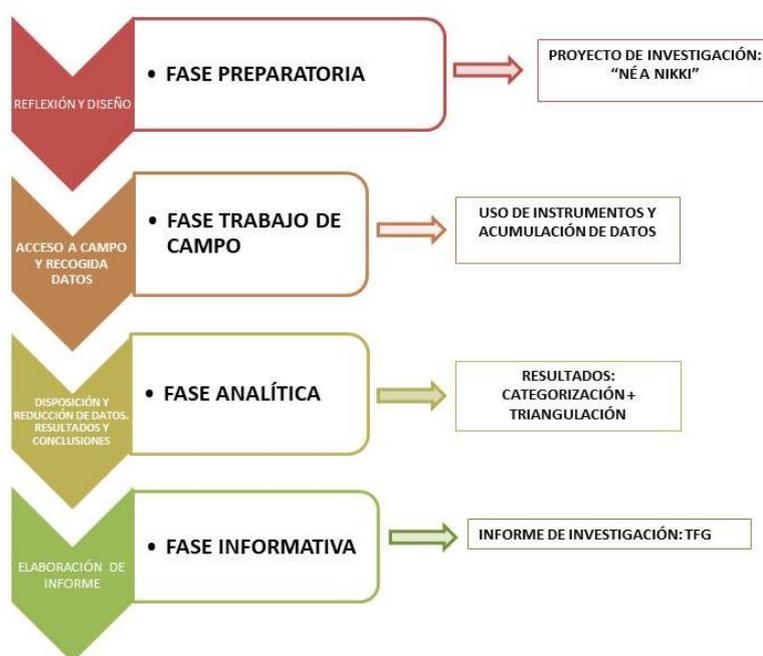


Figura 1: Fases de investigación cualitativa seguidas durante la realización del presente TFG. Elaboración propia.

I. **Fase preparatoria:** (Septiembre 2016 – Julio 2017).

En esta fase tuvo lugar un periodo de estudio y reflexión sobre los datos recogidos de salud materno-infantil recogidos por los investigadores en terreno en el verano del 2016. Los voluntarios del proyecto “*Né à Nikki*” realizaron una revisión bibliográfica y asistieron a formaciones de la ONG OAN International. Toda esta información fue necesaria para estudiar las necesidades de la población y realizar el diseño del programa “*Né à Nikki*”. Se realizó una propuesta de proyecto que fue aceptada y se realizaron encuestas locales (Anexo I) con la colaboración de voluntarios ya en terreno.

II. Fase de trabajo de campo: (Julio 2017 – Agosto 2017)

Durante esta fase de trabajo en terreno se realizó la recogida de datos. Mientras se realizaban tareas correspondientes al diseño del proyecto se creó un acercamiento social, que propició el inicio de este análisis sociocultural. Este estudio etnográfico de la población local se realizó a la vez que se ponía en marcha el proyecto, aprovechando algunas de sus herramientas. Todos los datos se fueron recogiendo en grabaciones, cuadernos de campo (bitácora) y diarios personales. Esta información se adquirió mediante el uso de instrumentos y técnicas de investigación cualitativa tales como²⁹:

- Observación: simple no regulada, participante y no participante. La combinación de ambas dota de carácter etnográfico a la investigación. Se observaron sensibilizaciones realizadas por los centros de salud sobre salud sexual y reproductiva, materno-infantil, vacunación y prevención de malaria.
- Entrevistas:
 - **No estructuradas o a profundidad:** incluyen historias de vida, aprendizajes y la perspectiva de diferentes escenarios. Estas entrevistas se realizaron de manera espontánea, no preparada, con diferentes miembros de la población local de diferentes etnias, religiones, edad y género.
 - **Dirigidas:** se realizaron con personas relacionadas con la sanidad con el fin de observar el grado de concienciación sobre la salud sexual y reproductiva de los profesionales encargados de su defensa.
 - **Estructurada:** es una técnica más propia de la investigación cuantitativa, pero necesaria para la elaboración del proyecto “*Né à Nikki*”. Se realizaron a modo de encuesta a los profesionales sanitarios de 15 centros de salud de zonas rurales. Para este estudio se han tenido en cuenta los apartados destacados a color en el Anexo II.

Tras el trabajo de campo se dedican unos meses a realizar otra revisión bibliográfica, esta vez enfocada a la realización del TFG. Para ello se utilizó bibliografía propia de la ONG OAN International y buscadores como Pubmed, SiCielo, Google Scholar, libros sacados de la biblioteca de la facultad de Enfermería de Valladolid, la biblioteca virtual y el repositorio de textos de la Uva.

III. Fase analítica : (diciembre 2017 – Junio 2018).

En esta fase la tarea más importante fue realizar un correcto análisis de la información recogida en la fase anterior. Para ello se realizó una categorización y triangulación de datos²⁹:

- Categorización: se realizó una recopilación de todos los datos acumulados en el diario personal y el cuaderno de campo realizando una primera lectura de los mismos. Después se realizó una segunda lectura en la que se catalogó la información por categorías. Cada categoría se asoció a un color, de manera que la información se subrayó del color correspondiente:
 - Verde: información relacionada con la desigualdad de género dentro de la comuna.
 - Rosa: información relacionada con las diferencias sobre salud sexual y reproductiva (SSR) entre España y Nikki.
 - Naranja: información relativa acerca de la cultura y las dos etnias predominantes de la comuna.

Tras categorizar la información sobre el cuaderno y el diario se organizó electrónicamente, colocando cada anotación en su categoría, para mejorar el acceso a los datos (Anexo III, IV). Además, se escucharon las grabaciones para anotar cualquier dato relevante, que no hubiera sido anotado anteriormente en la bitácora.

- Triangulación: método de investigación cualitativa para el contraste de información con el fin de obtener una evidencia científica. En este estudio se realizaron dos triangulaciones:
 - **Triangulación de datos**: se comparan y analizan los datos obtenidos de diferentes fuentes²⁹. En este caso los instrumentos analizados son la bibliografía utilizada, la información recogida en el cuaderno de campo y el diario personal (observaciones y



Figura 2: Triangulación de datos de la investigación. Elaboración propia

diferentes tipos de entrevistas).

- **Triangulación del investigador:** se compara y completa la información con el resto de miembros del equipo del proyecto. Esto reduce errores de transcripción de información y enriquece los datos en cantidad y calidad. Evita también la subjetividad de datos por parte del investigador principal²⁹.

Además de realizar un análisis de los ítems mencionados también se hizo de algunas barreras generales detectadas durante la puesta en marcha del proyecto “*Né à Nikki*”. Aunque estas no se encuentren explícitas en la bitácora o el diario personal están reflejadas en las tablas de análisis de los centros de salud de la comuna, entrevista estructurada, Anexo II. Este análisis se centra sobre todo en: el idioma y analfabetismo, la distancia y el medio de transporte y la formación y recursos de los responsables de la sensibilización.

IV. Fase informativa: (Diciembre 2017 – Junio 2018).

Se redactó el informe final. En este caso el informe se ha creado a la vez que se ha ido realizando el análisis de los datos mediante la triangulación, según se han ido concluyendo los resultados.

5. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS Y BARRERAS SOCIO-CULTURALES

Mediante la realización de la triangulación de datos y el análisis de los mismos, la autora ha detectado las barreras presentes a la hora de realizar sensibilizaciones de educación sexual y reproductiva, que deberán evitarse al realizar el programa “*Né à Nikki*”.

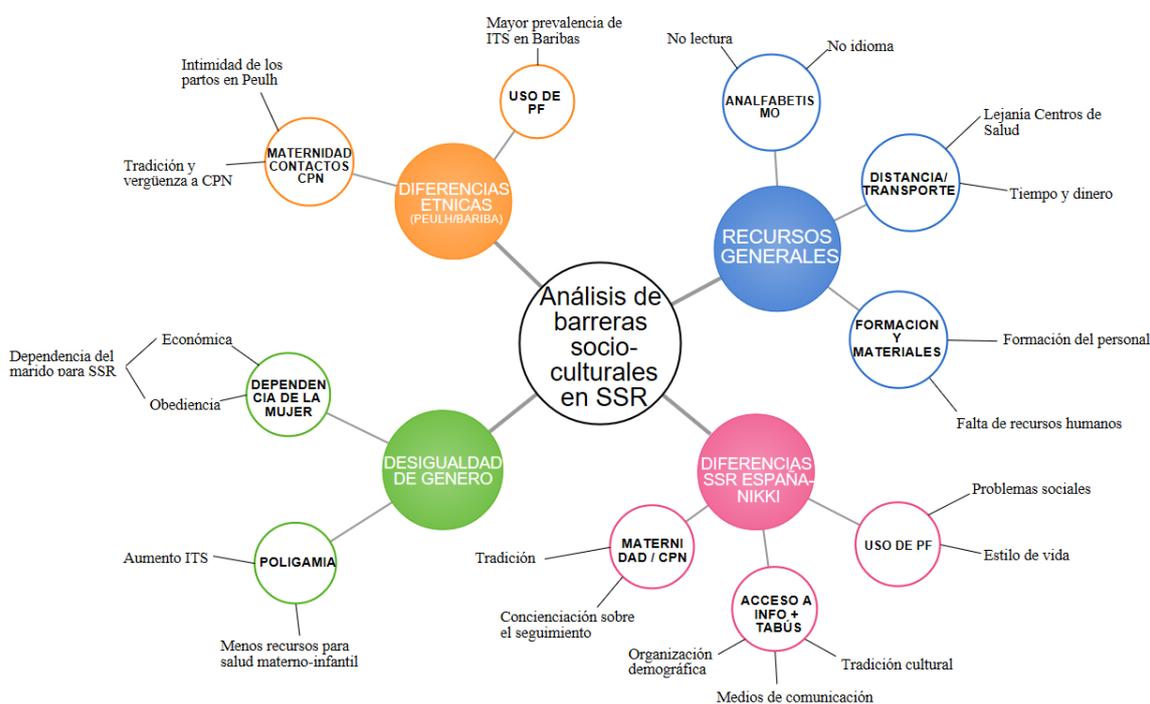


Figura 3: Mapa conceptual de problemas socio-culturales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Elaboración propia.

I. Barreras generales para la educación en salud sexual y reproductiva:

i. El idioma y el analfabetismo:

Histórica y actualmente el analfabetismo ha sido y es uno de los grandes problemas en Benín. La escolarización universal es el cuarto de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), en el que se pretende: “*Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos*”²². En la comuna de Nikki en el 2003 la tasa de escolarización bruta era de un 60,33% y la tasa de escolarización femenina de un 34,31%. Mediante las campañas de movilización

social, se consiguió aumentar la escolarización bruta a un 70,54% en 2009 y a un 57% la escolarización de las niñas³. Estos resultados aún son insuficientes y por ello se continúan realizando campañas para el acceso a la educación desde el ministerio y ONG como EDUCA y Campaign^{30,31}. Existen más movimientos para la escolarización femenina, ya que sigue siendo un grupo con menor presencia escolar y mayor abandono precoz, que suele realizarse a la edad de los 10,11 años, coincidiendo con el primer periodo³. Esta falta de escolarización plantea dos problemas a la hora de realizar EPS:

- El francés, idioma oficial del país, es la única lengua común de toda la población de y es en la escuela donde se aprende esta lengua¹. Sin embargo, la mayoría de la población de Nikki, nunca fueron escolarizados o lo estuvieron por poco tiempo. Por este motivo se descarta el uso de esta lengua para realizar sesiones de EPS. Estas sesiones de sensibilización deberán realizarse en Baatonum o Fulfunde, ya que acudirán sobre todo Baribas y Peulhs^{30,31}.
- Debido a la alta tasa de analfabetismo la mayoría de adultos no saben leer ni escribir, por lo que el uso de textos con información escrita en panfletos, carteles y/o trípticos no será efectivo³.

ii. La distancia y el transporte:

En la comuna de Nikki, y en la mayoría de las zonas rurales del país, el desplazamiento es aún un problema. Los caminos que existen entre los pueblos pueden ser peligrosos si se utilizan vehículos de transporte, y en épocas de lluvias suelen estar colapsados. A este problema, se suma la falta de vehículos disponibles en la mayoría de las familias. El medio de transporte de elección es la moto particular o la moto-taxi para desplazarse de un lugar a otro. Por su incomodidad y poca seguridad la población suele desplazarse solamente cuando es necesario y en ocasiones lo hacen a pie³.

Los centros de salud de las zonas rurales suelen encontrarse apartados del centro de los pueblos (siempre se encuentran al principio o al final del camino que cruza el pueblo), por lo que la captación de población es complicada. La lejanía del CS, es un factor que puede influir en la ausencia de asistentes a las sensibilizaciones^{22, 23}.

Escasa formación del personal y falta de recursos:

En Benín se ha generado una estrategia nacional para la reducción de la mortalidad materno-infantil. De entre los problemas detectados en la misma aparecen problemas de recursos humanos debido a la distribución insuficiente del personal y a su escasa cualificación. Este problema explica en gran medida la mala calidad de los servicios y la insatisfacción de las necesidades de los beneficiarios³².

La mayoría del personal y recursos materiales de la comuna de Nikki no son adecuados para realizar una correcta atención sanitaria. Solo cinco centros de salud están equipados adecuadamente y cuentan con un buen equipo sanitario y esto se refleja la hora de realizar las sensibilizaciones³. En la mayoría de los CS coinciden en que el inconveniente de realizar las sesiones es la falta de recursos humanos. *“El tiempo que gastamos en hacer sensibilización, no trabaja nadie en el centro de salud y cuando trabajamos, no hay sensibilización”* (registrado en una entrevista rellena Anexo II.)

En cuanto a los recursos materiales se observó la existencia de materiales dirigidos a realizar sensibilizaciones del ministerio, ONG y en algunos pueblos de realización propia³. (Anexo V)

II. Desigualdad de género:

En Benín y más concreto en la comuna de Nikki, existen numerosas diferencias entre hombres y mujeres, en la cuales se subordina al sexo femenino al masculino¹⁶.

i. Dependencia de la mujer:

- **Dependencia económica de la mujer:** El hombre es el responsable de la economía familiar, se dedica al trabajo y mantiene a todas sus mujeres e hijos. La mujer queda relegada a las tareas del hogar y la crianza de los hijos. El rol de la mujer en el hogar cambia según la edad, la estación... pero siempre se ocupará del cuidado de la casa y de las personas dependientes en ella. La mujer solo maneja el dinero que su marido le asigna para la manutención de los hijos, en muchas ocasiones insuficiente. La consulta prenatal y la planificación familiar tienen un coste que la mayoría de las veces no podrá pagarse con este dinero, será gastado en alimentar, escolarizar y mantener la salud de los hijos³³. En ocasiones la mujer puede alcanzar una pequeña independencia económica compaginando sus tareas con otro trabajo, y

esto aumentará además su poder en la sociedad. Debido al tiempo que emplean en las tareas cotidianas (ir al pozo o cocinar en lo que emplean 3 horas) es muy difícil alcanzar un éxito económico^{4,16}.

- **Obediencia:** según esta cultura la mujer debe darle respeto y obediencia al marido creando así una dependencia de actuación. La mujer deberá consultar todo lo que haga con su marido y actuará según su opinión, ya que si no podría considerarse una falta de respeto¹⁶. La hombría y el respeto en la sociedad de los hombres, crece junto al número de hijos, por lo que no suelen compartir la idea de realizar planificación familiar. La falta de sensibilización de los hombres respecto a los temas de salud sexual y reproductiva hacen que en ocasiones se realizan consultas de PF de manera clandestina. Este es uno de los motivos por el que los MAC más utilizados en Nikki son los inyectables y los subcutáneos, además del método de días fijos, debido a su discreción^{34,35}.

ii. Poligamia:

- Aumento de la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) derivado del rechazo por parte de los hombres al uso de los métodos anticonceptivos barrera, ya sea por déficit de información, falta de recursos económicos o placer³⁶.
- Mayor número de embarazos no deseados. La poligamia unida al rechazo de los MAC aumentan las probabilidades de concebir más hijos de los que un solo hombre puede mantener. Esto también repercute en la salud materno-infantil, ya que se dispone de menor cantidad de dinero para el cuidado prenatal.

III. Diferencias socio-culturales España – Nikki sobre SSR:

Las diferencias socio-culturales entre el país emisor del proyecto y el receptor, relacionadas con la vida sexual y reproductiva, puede repercutir en el éxito del mismo.

i. La concepción de la maternidad:

Culturalmente, en Nikki, la procreación es casi una obligación “*Si a ti te trajeron al mundo tú también debes traer a un ser humano a él, sino quien seguirá con la especie?*”¹⁶. A las mujeres además de la tarea de la procreación se les asigna la educación social (transmisión de valores y conductas). La maternidad, junto con la edad

y el estado civil se encuentra estrechamente ligada a la posición en la sociedad, ya que es entonces cuando se le considera una “*mujer completa*”. Por lo tanto, “*a mayor número de hijos mayor honra*” este es un motivo por el que la tasa de fecundidad es de 4,8 hijos/as por mujer en edad fértil^{2,33}.

La maternidad y el embarazo no es considerada motivo para acudir a un centro sanitario y en su lugar solo se reciben consejos tradicionales. En el proceso de la reproducción, las abuelas y las suegras juegan un papel importante. Son consideradas el mayor ejemplo social y poseen un carácter simbólico en los ritos tradicionales del embarazo y el parto¹⁶.

En España y el resto de Europa la maternidad es una elección, y la crianza y manutención de los hijos se reparte entre la pareja. Existe mayor diversidad en las familias y por lo general el número de hijos es inferior que en esta región. Las mujeres por lo general, depositan más importancia a sus objetivos laborales o sociales que a la maternidad, lo cual se refleja en la tasa de fecundidad (1,34 hijos por mujer)³⁷. Además, la maternidad se encuentra medicalizada, las mujeres están más concienciadas sobre la importancia de la SSR y acuden a un centro sanitario ante la sospecha de embarazo³⁸.

ii. La planificación familiar (PF):

En la República de Benín el 65,9% de la población en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo, el 1,7% practica la marcha atrás y el 7,5% la abstinencia. En las zonas más urbanizadas como la capital el 23,8% utiliza la píldora anticonceptiva pero en la comuna de Nikki, el uso los métodos anticonceptivos es escaso, y estas estadísticas se ven modificadas³². Como se ha mencionado, los MAC más utilizados en la comuna son los implantes subcutáneos o los inyectables debido a su discreción⁸. Se debe tener en cuenta que en Nikki el estilo de vida menos rutinario y la inexistencia de instrumentos como alarmas de recordatorio de PF dificultan el cumplimiento terapéutico^{16,39}.

En España el MAC más utilizado es el preservativo seguido de la píldora anticonceptiva. En general los métodos hormonales diarios o mensuales son los más utilizados por su fácil inclusión en el estilo de vida³⁷.

iii. El acceso a la información y los “tabús” de la salud sexual y reproductiva:

En los países occidentales la población tiene más contactos sanitarios durante toda su vida en los cuales se aprovecha para realizar una educación sanitaria. Se cuentan con numerosas campañas de EPS que consiguen llegar a la mayor parte de la población gracias a los medios de comunicación a los que todos tienen acceso. Además, la población suele concentrarse en núcleos urbanos, lo que facilita su captación³⁰.

En la comuna de Nikki existe menor número de oportunidades para realizar EPS y la captación de población es más difícil debido a una distribución de la población más desorganizada. El acceso a los medios de comunicación no es habitual, a excepción de la radio, la cual se utiliza en ocasiones para anunciar sensibilizaciones (*Radio Sutidera*, canal principal de la comuna) y en zonas más aisladas se utiliza el boca a boca como forma de llamamiento a la población^{16,40}.

La sexualidad y a reproducción en Europa es una esfera más de la salud, como la OMS considera: “*La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere [...]*”³⁶. Sin embargo, en la comuna de Nikki se considera un tema “tabú”. Durante las entrevistas la autora pudo observar, caras de vergüenza, respuestas cortas, evasión de preguntas... sobre todo en mujeres. El trato de estos temas en Nikki se realiza de una manera más discreta, bajo una educación tradicional que se recibe desde la infancia¹⁶. Por ejemplo: en los colegios se realizan campañas sobre el uso de preservativos en los jóvenes, pero no se explica cómo: “*En el colegio nos dan preservativos, dicen que hay que utilizarlo ¿Cuántas veces puedo usarlo?*” (Anexo IV)

IV. Diferencias entre las etnias Peulh y Bariba:

i. Maternidad, contactos con la Consulta prenatal:

En ambas culturas el embarazo se vive como un proceso íntimo. Cuando una mujer constata su embarazo no dirá nada, dejará que los síntomas aumenten su visibilidad en silencio, hasta que su entorno lo advierte. Esta es una de las causas por las que las mujeres no acuden a la CPN en el primer trimestre de embarazo. Sin embargo otras no acudirán nunca al CS sobre todo por motivos culturales de vergüenza y miedo a ser vistas desnudas o tocadas. Las mujeres Bariba suelen permitir la realización de los exámenes ginecológicos, sin embargo, las mujeres Peulh no suelen dejar examinarse:

“Algunas baatonu aceptan, pero las fulbe (...) No puedo explicar si es un tabú exactamente”³³.

En ambos pueblos las mujeres acuden a las abuelas para obtener remedios naturales a los síntomas del embarazo. En el caso de los Bariba existen mujeres especializadas, una especie de matronas, que poseen más conocimientos sobre el embarazo y el parto. Además, la mayoría de las veces ellas asisten los partos en domicilio, que son muchos¹⁶.

Sin embargo, en el pueblo Peulh no existe esta figura de “matrona”. Además, piensan que las madres no deben instruir a sus hijas sobre el embarazo o el parto, deberán descubrirlo por sí mismas, observando e improvisando. Esta tradición también dice que la mujer deberá permanecer sola en el momento del parto para demostrar su fuerza³³.

ii. El uso de la planificación familiar:

En general se ha observado que el nº de embarazos precoces en la comuna ha descendido. Esto es así porque en los jóvenes ha aumentado el uso de los MAC, pero la prevalencia de ITS sigue siendo muy alta³³.

Mediante las entrevistas la autora ha observado que entre los Bariba la prevalencia de ITS es mayor que en los Peulh. Esto puede deberse a un menor uso de MAC barrera, o al mayor número de posibilidades de contacto sexual, ya que suelen vivir en aldeas más pobladas que los Peulh³⁹.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: BARRERAS Y PROPUESTAS ESTRATÉGICAS.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las diferencias y barreras socio-culturales y las estrategias propuestas por el equipo de investigadores del proyecto “Né à Nikki” para disminuir su incidencia al llevar a cabo el programa de educación para la salud.

Tabla 1: Relación entre barreras analizadas y las estrategias propuestas en el diseño del programa de educación para la salud “Né à Nikki”. Elaboración propia.

BARRERAS	ESTRATEGIAS
I. RECURSOS GENERALES	
i. Idioma + analfabetismo	<i>Animatrice*</i> de habla Baatonu + pictogramas
ii. Distancia y el transporte	Desplazamiento <i>animatrice</i> + uso del mercado
iii. Formación + recursos humanos	Previa formación + CODIR + apoyo recursos humanos
II. DESIGUALDAD DE GÉNERO	
i. Dependencia de la mujer	Empoderamiento + sensibilización masculina
ii. Poligamia	Sensibilización sobre PF e ITS
III. DIFERENCIAS ESPAÑA – NIKKI SSR	
i. Concepción de la maternidad, poca CPN	Información sobre el embarazo desde cero y recomendaciones sanitarias
ii. Escaso uso de la PF	Informar sobre MAC presentes, su uso y elección
iii. Acceso a la información + “Tabús”	Acercamiento a jóvenes y abuelas.
IV. DIFERENCIAS BARIBA-PEULH	
i. Maternidad, afluencia a CPN	Apoyo matronas Bariba + aumento de sensibilización en Peulh
ii. Uso de la PF	Mayor sensibilización a hombres Baribas

**Animatrice: persona que se dedica a realizar sensibilizaciones comunitarias relacionadas con diversos temas de salud en Nikki¹¹.*

I. Recursos generales:

Desde “*Né à Nikki*” se propone formar y contratar a una “*animatrice*” para evitar las siguientes barreras:

- i. Analfabetismo: se ha observado que el mejor canal de comunicación sería el Baatonum, ya que tanto los Bariba como los Peulh conocen esta lengua. Además, de esta manera se siguen las recomendaciones de la UNESCO por la educación plurilingüe en países africanos y se refuerzan las políticas nacionales de Benín que apoyan el uso de las lenguas autóctonas⁴¹. Por tanto la “*animatrice*” deberá dominar esta lengua para impartir las sesiones de sensibilización. Además utilizará los pictogramas y panfletos sencillos (sin texto o con texto Baatonum, como en Anexo VI.) disponibles que favorecerá el aprendizaje de los asistentes³⁴.
- ii. Distancia y transporte: La “*animatrice*” se desplazará a los pueblos diana y a sus poblados circundantes junto con parte del equipo del CS. Llevará a cabo los talleres de sensibilización junto con los “*Relais Comunitaires*” (figuras sociales que realizan un trabajo voluntario de comunidad y sirven de unión entre las actividades sanitarias y la población). Se ha diseñado un cronograma de visitas a los poblados, así la población no tendrá que desplazarse¹¹. Las sesiones de sensibilización se realizarán en el CS y en el mercado, ya que se ha observado que el acercamiento a la población aumenta cuando se realizan en sitios comunes: el mercado, el árbol de reuniones...⁴²
- iii. Formación y recursos disponibles: La *animatrice* será formada sobre la CPN, PF y signos y síntomas de alarma en el embarazo. Esta formación se llevará a cabo por el equipo de OAN International para que la *animatrice* imparta las sensibilizaciones, lo que resolvería la falta de recursos humanos. Además, para favorecer la formación del personal sanitario se contará con un espacio en el “CODIR” (reuniones bimensuales de los profesionales de los centros de salud de Nikki en las que se realiza formación continuada)¹¹.

II. Desigualdad de género:

La importancia de proponer estrategias para salvar estos problemas recae en el cumplimiento de los ODS 5- “Igualdad de género” y 10- “Reducción de las desigualdades”²². Se considera que la mejor solución es mediante una sensibilización global, tanto a hombres como a mujeres:

- i. Dependencia de la mujer: la sensibilización a las mujeres es una técnica de empoderamiento, mediante la cual se hacen responsables de su propia salud sexual y reproductiva y del bienestar de sus hijos. La información sobre su propio cuerpo y sobre los MAC más utilizados en la comuna (inyectables, subcutáneos, método días fijos) pueden despertar mayor interés por su salud sexual y reproductiva^{34,35}. Así, se promueve la disminución de la dependencia de la mujer al marido⁴³. Además, realizando sensibilización de población masculina se puede concienciar a este género para que invierta más tiempo y dinero en ello, cubriendo así su coste a la mujer³⁴.
- ii. Poligamia: para resolver estos problemas se opta por la sensibilización sobre PF a la población masculina. Se deberá informar sobre los métodos para evitar el contagio de ITS y de la importancia de espaciar los embarazos a esta población¹¹.

III. Diferencias socio-culturales España-Nikki:

El primer objetivo específico del proyecto “*Né à Nikki*” es: “*Aumentar y mejorar el conocimiento, las actitudes y las habilidades de la comunidad en relación con la salud materno-infantil y reproductiva*”. Para ello se debe facilitar y adaptar la información a la población diana, teniendo en cuenta las tradiciones y creencias de la población para no realizar una brusca intromisión en ellas¹¹:

- i. Concepción de la maternidad, pocas CPN: Según las recomendaciones de la OMS se deben realizar entre 4 y 8 contactos sanitarios durante el embarazo¹⁰. Según la concepción de la maternidad que existe en la Nikki se decide aplicar al objetivo específico 1 con un indicador adaptado: “*Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas que acuden al menos a 4 CPN*”. Para ello se debe explicar la importancia que tiene un correcto seguimiento sanitario durante el embarazo y la asistencia en los partos, sobre riesgo de mortalidad materno-infantil. En los talleres

se explicará el proceso del embarazo sobre todo a las mujeres Peulh, las cuales no son instruidas nunca, y se informará sobre los signos y síntomas de alerta¹¹.

- ii. Escaso uso de la planificación familiar: Según la OMS en los países en desarrollo 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno⁴³. En la comuna de Nikki existe mucha desconfianza y prejuicios sobre los métodos anticonceptivos utilizados para la PF. Por ello en el del proyecto “*Né à Nikki*” se han incluido en sus sesiones de sensibilización talleres sobre la importancia de la PF, el papel que juega en la prevención de la infección de ITS y el descenso de embarazos no deseados. En estas sesiones se explicará los funcionamientos de los MAC hormonales, naturales y barreras disponibles en la comuna, y su correcta utilización. Para evaluar el objetivo específico número 1. del proyecto se aplica el indicador: “*Aumentar en un 25% el número de mujeres en edad fértil que acuden a consulta de Planificación Familiar*”¹¹
- iii. Acceso a la información sobre SSR y la existencia de “Tabús”: debido al difícil acceso a la información sobre este tipo de temas en Nikki, el proyecto “*Né à Nikki*” decide que el equipo de sensibilización debe acercarse a cada núcleo de población. Favorecer este acceso será utilizado como una medida preventiva de salud. Para que el acercamiento sea eficaz y se eliminen los “tabús” desde el principio, es importante que acudan jóvenes, y por ello, se elaborarán sensibilizaciones en comunidad. Así se favorece la asistencia de población de todos los grupos de edad. Además, de esta manera se favorece también la sensibilización de las mujeres más mayores (abuelas y suegras) cabezas de familia, ya que son los ejemplos para todas las mujeres^{16, 11}.

IV. Diferencias Bariba – Peulh:

Existen diferencias entre las dos etnias relacionadas con la percepción cultural de la maternidad y la planificación familiar:

- i. Maternidad, afluencia de mujeres a la consulta prenatal: las mujeres Bariba acuden más a la CPN que las mujeres Peulh. Las mujeres Peulh sienten más miedo a las exploraciones ginecológicas y viven su embarazo y parto en soledad³³. Por ello, en las sensibilizaciones donde la mayoría de los asistentes

pertenecen a esta etnia se deben explicar más exhaustivamente las pruebas y partes de las que se compone una CPN, cómo se hacen y el por qué. También se deben explicar con profundidad las ventajas del parto en un centro sanitario. En el caso de los Bariba se puede aumentar el n° de mujeres que acuden a la CPN y el n° de consultas con ayuda las “matronas tradicionales”. Esta figura posee bastante poder social, por lo que contar con su colaboración influirá positivamente en la sensibilización. La estrategia que se propone para ello es localizar a las matronas tradicionales para trabajar la sensibilización con ellas especialmente, así si la referencia tradicional asimila y ayuda a la propagación de los conceptos enseñados, será más fácil que el resto de la población crea en ellos^{17,11}.

- ii. Uso de la PF: la etnia Bariba cuenta con mayor prevalencia de ITS, por lo que se deberá incidir aún más en la importancia de la PF y el uso de métodos barrera a la hora de mantener relaciones sexuales de riesgo. Sobre todo hay que captar en las sesiones a la población masculina, ya que tienen más riesgos de contagiarse y ser el transmisor de la infección debido a la poligamia^{16,11}.

LIMITACIONES:

En este estudio solo se tiene en cuenta las dos etnias mayoritarias de la comuna mientras que pueden existir otras diferencias socio-culturales entre etnias minoritarias que pueden pasar desapercibidas. Además, el tiempo de estudio en terreno ha sido escaso por motivos de recursos humanos, por lo que no puede asegurarse una total detección de barreras. Otro factor limitante de este estudio es la escasez bibliográfica relacionada con Nikki y su cultura, además de la ausencia de actualizaciones.

FORTALEZAS:

La investigación ha sido realizada por un equipo multidisciplinar de estudiantes de enfermería y medicina, y ha podido contar con la ayuda de estudiantes de otras áreas que estuvieron presentes durante el trabajo de campo. Además, se ha mantenido el feedback durante la realización de los TFG del equipo investigador, lo cual relaciona sus

estudios y dota de coherencia a los mismos. El año previo de estudio del terreno para realizar el primer diseño del proyecto “*Né à Nikki*”, ha facilitado a la autora el éxito de su análisis. También se ha recibido ayuda para el avance del estudio desde la población local de Nikki, vía Whatsapp y Facebook que ha resuelto las dudas que a la autora le han ido surgiendo durante la realización del estudio.

IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Partiendo de la hipótesis “*Los Determinantes Sociales en Salud como son los factores socio-culturales, son imprescindibles para diseñar e implementar un programa de Educación para la Salud en la comuna de Nikki en Benín (África)*” se realiza el análisis de barreras y diferencias socio-culturales detectadas a la hora de poner en marcha el proyecto “*Né à Nikki*”. Tras realizar el estudio se ha podido mejorar el diseño de dicho programa de salud con el objetivo de adaptarlo a la población diana.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Con la finalización del proyecto se podrá estudiar si mediante la adaptación socio-cultural del proyecto se ha mejorado su eficacia comparándolo con proyectos semejantes de EPS sexual y reproductiva, sin estudio etnográfico previo.

7. CONCLUSIONES:

Con este análisis se ha detectado la existencia de unos problemas globales para toda la población de la comuna de Nikki que dificultan la correcta sensibilización mediante EPS. Gran parte de la población no fue escolarizada por lo que no saben leer ni escribir en la lengua oficial del país. Además, la distancia entre los pueblos y la mala calidad de los caminos y el transporte dificulta la reunión de la población en un mismo lugar. La falta de recursos humanos así como la escasa formación del equipo sanitario dificultan realizar una educación para la salud veraz y continuada. Por este motivo se propone utilizar el lenguaje que la mayoría de la población conozca, acercar la EPS a todos los pueblos, contratar a una persona que se dedique exclusivamente a realizar las sensibilizaciones y realizar formación continuada con los profesionales implicados.

Además de estas barreras generales también se detectó como impedimento en una correcta educación sexual y reproductiva la desigualdad de la mujer. Los problemas más notorios son la dependencia tanto económica como social y la práctica de la poligamia. Para disminuir estas barreras se propone realizar sensibilizaciones con hombres para que comprendan la importancia de esta área de salud y empoderar con las sesiones a las mujeres, con el fin de hacer suya la necesidad de mejorar su salud. Sobre todo será de interés sensibilizar sobre la planificación familiar y el riesgo de contraer ITS.

Las diferencias socio-culturales entre España y Nikki relacionadas con la sexualidad también dificultan la creación de sesiones adaptadas. Esto requiere que la información que se ofrezca comience desde cero y debido al miedo que muestran muchas mujeres a la exploración ginecológica será recomendable explicar una CPN e los talleres. La información sobre los MAC deberá ser coherente con la disponibilidad en la comuna, se explicarán sus usos y como elegir el más indicado. Es de interés además la captación de abuelas y jóvenes para llegar a todos los estratos sociales, muy marcados en Nikki.

Las necesidades de educación sanitaria sobre la sexualidad y reproducción difieren en algunos aspectos entre Bariba y Peulh. En el caso de los Baribas se debe incidir más en la PF, sobre todo en el uso de métodos anticonceptivos barrera para disminuir la incidencia de ITS. Sin embargo en la etnia Peulh es más urgente incidir sobre la importancia de acudir a la CPN y los beneficios de un parto medicalizado.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Oficina de información diplomática, ministerio de asuntos exteriores y cooperación. Ficha del país Benín 2018.
2. Ministère de la sante, Republique du Benin. Annuaire statistiques du Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Péréré. 2016 Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Péréré.
3. Ministère de la décentralisation, de la gouvernance local, de la administration et de l'aménagement du territoire. Plan de développement comunal. [Internet] Departement du Borgou. Commune de Nikki. 2011-2015. Disponible en: http://www.oaninternational.org/uploads/3/7/7/0/37702469/pdc_nikki_2011-2015_.pdf
4. Almudena Mari Saez. Construcción de la identidad de las mujeres africanas en la región del Borgou (República de Benín). Coordinadoras: Liliana Suárez, Emma Martín, Roalba Hernández. Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. 6. España. 2008. Pág 241 a 258.
5. Care ONG, Sanofi Spoir Fondation. Programme sante maternelle, infantile et de la reproduction, y compris le vih/sida initiative « A call for Life – Appel pour la vie ». Evaluation à mi-parcours. Rapport final. Octobre 2013.
6. Selim Jahan, Eva Jespersen, Human Development Report 2016, United Nations Development Programme.
7. OAN International. [Internet] Madrid. España. OAN. 2015. Disponible en: <http://www.oaninternational.org>
8. OAN International. [Internet] Madrid. OAN. Proyectos, biosanitarios. 2015. Disponible en: <http://www.oaninternational.org/proyectos-biosanitarios.html>
9. Banco mundial. [Internet] Washington. EEUU. El progreso mundial en materia de salud materna y planificación familiar es insuficiente 09/09/2009. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2009/07/09/worlds-progress-on-maternal-health-and-family-planning-is-insufficient>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet] Ginebra, Suiza. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. 07/11/2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
11. “Né à Nikki.” (Nacido en Nikki). Proyecto de seguimiento de mujeres embarazadas y sensibilización comunitaria para la reducción de la mortalidad materno-infantil, aumento de los conocimientos acerca de salud materna y reproductiva, y la emisión de certificados de nacimiento en la comuna de Nikki (Benín).
12. White, H., Sabarwal S. y T. de Hoop, (2014). Ensayos controlados aleatorios, Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.º 7, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia.
13. I. Diego, V. Casado. Trabajo de fin de Grado: “Diagnóstico de salud comunitario de comuna de Nikki (Noreste Benín)”.

14. C. Valderrama, C. González. Trabajo de fin de Grado: “Maru Dangaruu. Modelo de sensibilización comunitaria sobre Planificación familiar en la Comuna de Nikki (Benín) a partir de la evaluación del proyecto piloto”.
15. G. Olmedo, V. Vicente. Trabajo de fin de Grado: “Né a Nikki (Nacido en Nikki). Proyecto de salud comunitaria: Impacto de un programa de salud materno-infantil y reproductiva en el distrito de Biró de la comuna de Nikki (Benín).
16. Mari A. Construcción de la identidad de las mujeres africanas en la región del Borgou (República de Benin) En: Suárez L, Martín E, Hernández R., editores. Actas del XI Congreso de Antropología, Feminismos en la antropología: Nuevas propuestas críticas. Donostia (San Sebastián). ANKULEGI antropologia elkarte. 2008. p. 240-258
17. Guichard M. L' « ethnicisation » de la société peule du Borgou (Bénin). Cahiers d'études africaines. 1990;30(117):17-44.
18. Claudio 1/12/2014 Historia y biografías. [Internet blog] Contactos y cambios en la religiones étnicas [Consultado el 27/03/2018] Disponible en: <https://historiaybiografias.com/religion06/>
19. Mendez A. Concepto, clasificación de cultura; elementos de la cultura, normas, principios, símbolos, creencias costumbres y valores, dinámica cultural intercultural. [Internet]. dinamica social. 2018 [cited 25 March 2018]. Available from: <https://dinamicasocialsite.wordpress.com/concepto-clasificacion-de-cultura-elementos-de-la-cultura-normas-principios-simbolos-creencias-costumbres-y-valores-dinamica-cultural-intercultural/>
20. Diez De Velasco F. Breve Historia de las Religiones. Madrid. Alianza Editorial, 2014.
21. Maternal mortality ratio [Internet]. African Health Observatory. 2017 [citado 30 enero 2017]. Disponible en: <http://www.aho.afro.who.int/en/data-statistics/maternal-mortality-ratio>
22. Programa de naciones unidas para el desarrollo. [Internet] Objetivos del desarrollo sostenible. 2015. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
23. African Union. AU. Agenda 2063 “The Africa we Want”. 1999. Disponibe en: <http://www.au.int/agenda2063>
24. A. Goñi. P. Bachiller. Trabajo de Fin de Grado: “La morbimortalidad materna e infantil en la ciudad de Nikki (Benín). ¿Influye la presencia de la conducta prenatal?” Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24197>
25. M. Sánchez, S. Redondo. Trabajo de Fin de Grado: “Perspectiva socio-sanitaria en torno a la atención al parto en Nikki, Benín (África)”. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24429>
26. Observatorio Metodología Enfermera. [Internet] Madrid, España. Antonio A. Arribas Cachá. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
27. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet] Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Ginebra, Suiza 1948 [27/05/18; /02/18] Who. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

28. Tomás Austin Millán 29/02/2008 Metodología de la investigación [Internet blog] Metodología cualitativa [Consultado 10/02/1018] Disponible en: <https://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>
29. Carlos Arturo Monje Álvarez. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad surcolombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas. Programa de comunicación social y periodismo. Neiva. 2011.
30. Fundación educación y Cooperación. educo. [Internet]: Benin. Implicación de la comunidad para una escuela de calidad en Bembéréké [Cited 25/04/18] Disponible en: <https://www.educo.org/QUE-HACEMOS/Donde-actuamos/Benin>
31. Campaña mundial por la educación (CME) [Internet]. Johannesburgo, 1999 [11/05/18, 11/05/18] Disponible en: <http://www.campaignforeducation.org> Conoce la campaña: <http://www.cme-espana.org/conoce-la-campana/>
32. Deuxième plan d’opérationnalisation (2012-2015). Stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Ministère de la Santé. 2011 Nov. Available from: http://www.sante.gouv.bj/documents/DSME/2eme_Plan_operationnel_RMMN_2012_2015.pdf
33. Mari A. Las mujeres fulve entre encrucijadas y cambios Pulaaku, agencia corporal, reproducción y sexualidad. “master’s thesis”. Granada. Universidad de Granada Departamento de Antropología Social. 2012.
34. Direction départementale de la Sante Borgou-Aligori. Annuaire des statistiques sanitaires 2015. Ministère de la Santé. 2016 May.
35. J.Gribblea, R.Lundgrenb, C.Velasquezb, E.Anastasic; Estrategia para la introducción de anticonceptivos: La experiencia del Método de Días Fijos; ELSEVIER [Internet] Contraception 77 (2008) 147-154 Disponible en:http://irh.org/wp-content/uploads/2013/04/Contraception_BeingStrategicArticle_SPA.pdf
36. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet] Temas de salud, sexual. Ginebra, Suiza 1948 [28/05/18; 18/05/18] Who. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
37. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. España. Nd. INE.[Consultado el 2/5/18] Disponible en: <http://www.ine.es/>
38. M. Rodríguez, J.A. Flores, P.Moruno. Medicalización de las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde la terapia ocupacional parte I. ISSN. 2012, Vol 9 (nº 15)
39. Human reproduction programe (hrp), World Health Organization (WHO). Utilisation de la contraception par les adolescents Données de république du Bénin enquête démographique et de santé (EDSB), 2011-12. Republique du Bénin.
40. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. [Internet] Campañas. Madrid, España 2005. [29/04/18; 27/04/18] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/campannas/portada/home.htm>
41. Adama Ouane y Christine Glanz. ¿Por qué y cómo África debería invertir en las lenguas africanas y la educación plurilingüe? Opúsculo de apoyo activo a una política basada en la práctica y en pruebas. UNESCO, ONU, ADEA. Hamburg, 2011.
42. Mensah I. Contes et légendes du Bénin. Boulevard Arago, Paris: Karthala. 2005.

43. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet] Planificación, contracepción. Ginebra, Suiza 1948 [15/04/18; 08/02/18] Who. Disponible en:<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

9. ANEXOS

Anexo I. Sondage population féminine, matrones e population masculines:

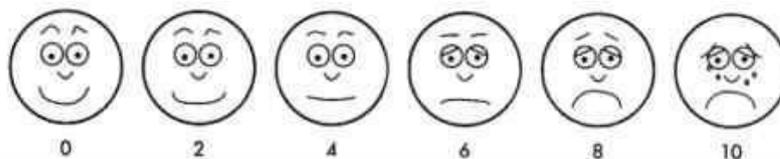
SONDAGE DU POPULATION FÉMININE EN ÂGE DE PROCRÉER

STATISTIQUE:

- Âge:
- Lieu de résidence:
- Proximité au centre de santé:
- Nombre des fils:
- Nombre de grossesses:
- État de santé: (maladie chronique, demander si elle prend des médicaments)
- Emploi:
- Religion:

EN RELATION AU CONSULTATION PRÉNATALE:

- Est-ce que vous êtes allées au consultation prénatale? Oui / Non.
- Où? Centre Santé Suya/Tasso/Nikki/Autres
 - o Issue affirmative: Combien de fois pour chaque grossesse?
 - o Issue negative: décrire les raisons (de l'argent, de la proximité, du peur...)
- Est-ce important d'aller faire la consultation prénatal au centre de santé avant de l'accouchement?
- Comment était la consultation?



- Est-ce que vous considérez que la consultation où vous êtes allées doit être améliorée? Oui/Non
 - Issue negatif (6 ou plus):que manque dans la consultation?
 - Issue affirmative: Brève description (Quoi et comment?).

EN RELATION AU GROSSESSE:

- Dans combien des grossesses avez vous suivi le traitement que le médecin vous a apporté? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
- Dans combien des grossesses avez vous eu des problèmes? Example: avoir paludisme, le petit est né mort, avez vous fait la césariée, avez vous saigné pendant la grossesse...

CONNAISSANCES SUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE:

- Connaissez vous les méthodes de planification familiale? (préservatifs, contraceptifs, collier du cycle, méthode MELA...) Oui/ Non
- Lesquels connaissez vous?
- Vous êtes intéressée au contrôle du nombre de grossesses? Oui/Non
 - o Issue affirmative: quelle méthode vous intéresse le plus?
- Qu'est ce - que savez - vous sur votre cycle menstruel? (Preguntar en verano con más confianza o al final de la entrevista si todo ha ido bien)

Si tu étais enceinte, quand est-ce que tu irais au consultation? Exemples: Pour le saignement? L'absence de mouvement? Douleur?

Note: D'abord c'est mieux qu'elles disent les signes qu'elles connaissent..

- C'est la lactance maternelle important? Pourquoi? Comment et pour combien du temps vous donnez la lactance au vos enfants? Quelle position? Quelle hygiène? Comment est la périodicité des tommes?
- Savez - vous comment prévenir ITS (Infection de Transmission Sexuelle)? Oui/Non
 - o Issue affirmative: Comment?

FINAL:

- Est-ce que vous aimeriez participer dans un programme d'éducation dans santé sexuelle et reproductive? (ateliers, activités ludiques...). Aimeriez - vous connaître plus sous votre santé sexuelle et reproductive et résoudre les doutes que vous intéresse? Oui/Non
- Ajoutez - vous des commentaires qui vous suscite ce thème:

SONDAGE MATRONES

STATISTIQUE:

- Âge:
- Années d'exercice de la profession (matrone):
- Centre de santé où vous travaillez:
- Lieu où vous avez reçu votre formation (type de titre):
- Price pour consultation prénatale (moyen):

EN RELATION AU TRAVAIL AVEC LES MÈRES (patients):

- Combien de mères vous avez reçu dans votre consultation ce dernier mois?
- Qu'est ce que vous pensez que sont les raisons pour lesquelles les mères viennent/ ne viennent pas au consultation?
- Vous pensez que les mères sont conscients de l'importance de la consultation prénatale? Oui/Non
- Les femmes enceintes suivent les traitements et conseils que tu leur donnes? Oui/Non
- Motivations pour exercer dans cet camp:
- Est-ce que vous considérez important l'existence d'une consultation prénatale efficace (résultats positives avec le mineur cost)? (1 : rien du tout, 5: beaucoup)
1 2 3 4 5
- Est ce - que vous considérez que vous devez recevoir une formation continue (augmenter des connaissances de cela et d'autres domaines). Oui/Non
- Existe-t-il, quelque programme de rapprochement de la santé sexuelle et reproductive aux mères ? Oui/Non
 - o Issue affirmative: Lequel?
 - o Issue négatif: Considérez-vous nécessaire son implémentation?
- Quelles manières de rapprochement au population considérez - vous qui sont les plus efficaces?
- Considérez - vous nécessaire une amélioration au consultation prénatale actuelle? Oui/Non
 - Issue affirmatif : Laquelle et comment ?

FINAL:

- Seriez-vous intéressé à participer dans un programme d'Éducation pour la Santé

proposé pour cet été ? Nous aideriez-vous avec les différentes activités (des ateliers, des dynamiques...)? Oui/Non.

- Considérez - vous nécessaire notre présence ? (1: rien du tout, 5: beaucoup)
1 2 3 4 5
- Si ce projet aurait des résultats positifs et on aurait des matériels et des moyens humains, seriez vous disposée à le continuer dans le temps ? Oui/Non

SONDAGE POPULATION MASCULINE

STATISTIQUE:

- Âge:
- Lieu de résidence:
- Nombre des fils:
- Nombre de grossesses:
- Emploi:

EN RELATION AU CONNAISSANCES ET ACTIONS :

- Connaissez - vous les Infections de Transmission Sexuelle (ITS) et la manière pour les prévenir ? Oui/Non
 - o Issue affirmatif : Utilisez-vous une méthode ? Serez - vous disposé à l'utiliser ?
 - o Issue négatif: vous plairait recevoir information à ce sujet ?
- Vous êtes intéressée au contrôle du nombre de grossesses? Oui/Non
- Connaissez-vous les méthodes de planification familiale? Oui/Non
 - o Issue affirmatif: Utilisez-vous une méthode ? Serez- vous disposé à l'utiliser ?
 - o Issue négatif: vous plairait recevoir information à ce sujet ?
- Considérez - vous efficient investir son argent dans une consultation prénatale de qualité? Oui/Non
- Vous avez accompagné quelquefois votre femme de la consultation prénatale? Oui/Non
 - o Issue négatif: Pourquoi pas? Vous avez pensé ça quelquefois?

- Considérez-vous important le suivi de la grossesse par personnel spécialisé ? (1: rien du tout, 5: beaucoup)

1 2 3 4 5

FINAL:

- Seriez-vous intéressé à participer au programme d'Éducation pour la Santé proposé pour cet été ?
- Considérez - vous nécessaire notre présence ? (1: rien du tout, 5: beaucoup))

1 2 3 4 5

Anexo II. Tabla a rellenar de la entrevista estructurada realizada mediante encuesta. (Por motivos de extensión no se adjuntan las tablas rellenas con los datos de los 19 CS públicos y privados visitados)

Pueblo: Distancia a Nikki: Población:	INFORMACIÓN
Permiso <i>Chef du Village</i>	
Instalaciones	
Personal: Número: Formación específica: Formación continuada:	
Recursos	
Farmacia	
Consulta general	
Consulta prenatal Modelo: Materiales: Derivación: Número de asistentes: ¿Por qué la mayoría no acuden?: Distancia, accesibilidad y economía de asistentes: ¿Test de embarazo gratuito?	
Partos: Nº de partos: Material: Derivación: Piel con piel: Lactancia materna:	
Uso de planificación familiar: Métodos más frecuentes: Consulta prenatal: Presencia del hombre en consulta: Uso de preservativo:	
Sensibilizaciones: Vacunación: Paludismo o malaria: Consulta prenatal: Planificación familiar: Lugar: Frecuencia: Metodología:	
Malnutrición: Frecuencia:	

Método diagnóstico: Tratamiento:	
Malaria: Frecuencia: Método diagnóstico: Tratamiento:	
Enfermedades más frecuentes:	
Enfermedades más graves:	
Problemas más frecuentes durante el embarazo y el puerperio precoz:	
¿Qué se puede mejorar?	
Horario:	
Contacto:	
Uso de la radio y el móvil de la población local (pueblos que pertenecen a ese CS):	
Medio de transporte utilizado por la población para acudir al CS:	
Impresiones de los voluntarios:	

Anexo III. Revisión cuaderno de campo o bitácora.

Se ha releído el cuaderno de campo o bitácora y se ha analizado y separado toda la información recogida sobre los objetivos principales de este trabajo de final de grado. Se ha realizado mediante una categorización por colores de citas textuales recogidas de entrevistas no estructuradas, así como de experiencias personales y anotaciones más subjetivas del momento. Se realiza una primera lectura del diario y después una segunda lectura en la que se subrayó cada tema de un color diferente, tal y como explicamos a continuación:

- Información en relación a las diferencias de género.
- Información relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
- Información en relación a la cultura y a las etnias Peulh o Bariba.

INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO.

Sérékale: [..] “No he venido hasta que mi marido no me ha dado dinero para venir”[...] Los hombres utilizan más el preservativo y las mujeres el Jadelle e inyectables [...]

Sensibilización en Sérékale: [...] Debe ser entendido por el hombre también, ya que sino lo sabe no funcionará. Debido a la superioridad del hombre a la hora de elegir el momento de las relaciones sexuales debemos concienciarle para que evite los días de mayor riesgo de embarazo. [...] La “Major” propone hacer actividades para que venga el hombre al CS y convencerle de que pague[...]

Cordinateur du Zone: [..] La sensibilización debe hacerse a hombres y mujeres juntos[...]

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR).

Fombawi: entrevista sesgada por grabación?

- Sensibilización, los jueves en el mercado.
- La CPN funciona pero muchas no van.
- Lactancia materna (LM): problemas por las abuelas y las tradiciones.

Sakabansi:

- Sensibilización: Fuera del centro de salud, uno del personal va al pueblo a llamar a la gente.

Boucanere: la mayoría de la población es Peulh. Está en un programa de EPS francés del Sude → Programa de medicalización de las zonas rurales “Salud del sur de Benín”.

- Sensibilización: en el árbol de reunión, mucha EPS en carteles pero nadie entra.
- La PF no se usa o se hace a escondidas de los maridos.
- LM exclusiva la mayoría.
- No muchas ITS → la causa puede ser que sean de etnia Peulh.

Suya: durante la entrevista vimos que las mujeres no dicen el nombre del marido, ni nos dan una explicación de por qué no vienen al CS.

- Sensibilización: solo les ofrecen mosquitera a las embarazadas gratis si acuden al 2º o 3º mes, más tarde ya no.
- La farmacéutica conoce el método piel con piel y la LM exclusiva.

Tontarou: la mayoría Peulh. “Poca malnutrición porque los niños tienen leche”, nos dice el jefe del CS. Los Peulh se encargan de la ganadería.

- Sensibilización: se hace menos durante la época húmeda porque se van al campo a trabajar. Se hace en el mercado.
- PF: van solas y en secreto, Jadelle e inyecciones los más usados porque no se ven. Al marido no le gusta.
- A la CPN no van por negligencia o ignorancia.
- No se hace piel con piel, porque la mujer está dolorida y no le coge y también porque es tradición ponerle detrás.
- Uso del preservativo raro.

Sérékale: hay mucha malnutrición, población Bariba.

- Sensibilización: se programan al mes. Se dan preservativos en el cole, pero no se explica su uso. Se usa la radio y a los *Relais Comunitaires* para que avisen a la gente.
- PF: el uso del preservativo aumenta en los jóvenes.

Gnonkourokali:

- Sensibilización: en el centro de salud y en los pueblos. Se hacen colectivas e individuales.
- PF: poca sensibilización y es más efectiva cuando se desplazan. Los métodos más utilizados son el Jadelle y los inyectables. La píldora se usa menos y el preservativo lo que menos se usa. Se ha intentado dar preservativos en colegios para sensibilizar pero no ha sido posible.
- Utilizan la sensibilización + regalar preservativos + la prensa para fomentar el uso de preservativos para prevenir ITS y embarazos precoces. Son conscientes que los adultos ya casados no lo van a utilizar (ETS CONTINUAN?), se utilizan más en jóvenes.
- Si en la consulta prenatal se detecta embarazo de riesgos, se deriva el parto al HSS en taxi o coche personal (mayoría moto 70%).
- Aconsejan 3 CPN, muchas van menos veces, otras no van. Las jóvenes van más a la consulta. La media de embarazos en el tiempo es 2 años.
- Hay partos en casa pero cada vez menos. Los atienden las abuelas. En el CS 14/mes.
- Hacen piel con piel – MMC (método madre canguro).
- LM exclusiva los primeros 6 meses → poca malnutrición (2-3/mes).

Sansí Gandho: es un consultorio.

- Sensibilización solo en el consultorio “un poco”.
- No hacen CPN, envían a Fombawi.
- Partos en casa la mayoría, va la enfermera a atenderlos.

Biro: [...] Es raro que en este pueblo se realicen partos en casa [...] se les enseña a realizarse un masaje uterino para las primeras 2 horas tras el parto [...] son frecuentes los embarazos precoces y dan muchos problemas[...]

Monó:

- No se realiza CPN ni sensibilización.
- Se hacen partos.

Sérékale:

- Sensibilización: 2-3 veces al mes. Si el marido va también se la hacen a él. Cada mes deciden sobre qué harán la sensibilización. (CPN, partos, PF...)
- En la primera CPN no suelen saber su FUR, dicen los meses de embarazo y después con la altura uterina confirman.
- Se hace PF pero no mucho. Los hombres utilizan más el preservativo y las mujeres el Jadelle e inyectables.
- LME hasta los 6 meses. Pocos niños malnutridos.

Sensibilización en Sérékale:

- Los profesionales comentan que los hombres podrían ir también a la sensibilización sobre PF y abren un pequeño debate.
- Una mujer pregunta: ¿La PF afectaría a la LM? ¿No voy a poder hacer LM?
- Utilizan pictogramas y no leen las preguntas que vienen a la vuelta, abren y crean sus propios debates.
- Se explica que si con la PF no baja la regla acudan al CS y se cambiará de método.
- Se habla del Depot, Jadelle, Diu y la píldora.
- Respecto al collar del ciclo opinan que primero deben estudiar el ciclo menstrual, saber cómo funciona y observar el suyo propio. Si son ciclos irregulares este método no servirá. Debe ser entendido por el hombre también, ya que si no lo sabe no funcionará.
- Hablan de la imposibilidad de ir a dar a luz al hospital por falta de dinero, por eso lo hacen en casa. También hablan de la posibilidad de derivarlo si es complicado.
- Preguntan si hay alguien de fuera y un par de mujeres dicen ser de Ouera.
- 4 de las mujeres presentes han dado a luz en casa según los profesionales esto no es mucho.
- Debaten entre los profesionales: con PF tengo los hijos que deseo, puede hacer CPN y parto en CS.

Cordinateur: sensibilización hombres y mujeres juntos.

INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LA CULTURA Y A LAS ETNIAS PEUL O BARIBA.

*Hay tradiciones que afectan a la LM como por ejemplo la introducción en la alimentación de la Bouille (mezcla de semillas mezclada con agua para darle una consistencia más líquida).

Fombawi: [...] frase de Jounous de vuelta a Nikki sobre las sensibilizaciones “A los blancos os van a hacer caso”. [...]

Tontarou: [...] No se hace piel con piel, porque la mujer está dolorida y no le coge y también porque es tradición ponerle detrás. [...] El tema de la sexualidad y reproducción sigue siendo “tabú” aunque ya va cambiando. [...] “Al marido no le gusta que la mujer haga PF y por eso van solas”.

Gnonkourokali: [...] las abuelas suelen atender los partos en casa [...] No utilizan correctamente las mosquiteras (MILD).

Sérékale: [...] “No he venido hasta que mi marido no me ha dado dinero para venir” [...] Tras la LME comienzan con la Bouille [...]

Sensibilización en Sérékale: [...] Una mujer pregunta con miedo los efectos de la PF en la LM, si no la puede hacer tendrá que pagar por comida para el niño.

Anexo IV. Revisión diario personal:

Se ha releído dicho diario y se ha analizado y separado toda la información recogida sobre los objetivos principales de este trabajo de final de grado. Se ha realizado mediante una categorización por colores de citas textuales recogidas de entrevistas no estructuradas, así como de experiencias personales y anotaciones más subjetivas del momento. Se realiza una primera lectura del diario y después una segunda lectura en la que se subrayó cada tema de un color diferente, tal y como explicamos a continuación:

- Información en relación a las diferencias de género.
- Información relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
- Información en relación a la cultura y a las etnias Peulh o Bariba.

INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO:

Durante el viaje en autobús Cotonou – Parakou hicimos una parada en _____. Las cabras y los cerdos esquivaban las motos y autobuses. Las mujeres con los bebés en la espalda y con sus hij@s vendían comida, pañuelos... Seguían a los pasajeros de los autobuses. Los hombres vendían carne u otros productos con un puesto fijo en el mercado.

Casa de Sally. Sally es una mujer de nuestra edad que acaba de terminar el instituto y es la mayor de 4 hermanos, y la única mujer. Su madre tiene que trabajar por lo que ella cuida de sus hermanos, en especial de uno de ellos, un gemelo paralítico con alguna enfermedad no diagnosticada. Sally ha conseguido entrar en Medicina en Burkina Fasso, pero su familia no la ha dejado irse. [...]

De camino a [...] pasamos por la cooperativa de queso de soja. Nos quedamos con esas mujeres y niñas haciendo queso entre humo y cabras que intentaban comérselo. Había una niña que tenía más músculos en los brazos que cualquiera de nosotr@s. Los calderos pesaban mucho y durante el trabajo la mayoría del tiempo lo pasaban agachadas. Solo con estar 5 min. Ya notábamos molestias en la boca y nariz de todo el humo que había. Había una mujer con un enorme bulto en el cuello ¿Estaría relacionado con este trabajo?

Un domingo quedamos con Sam y sus amigos para jugar al fútbol. Estos se reían al principio al ver que también queríamos jugar las mujeres. “Calentamos” un poco y al ver que los locales eran mucho mejores decidimos mezclarnos en los equipos. Muchos de ellos jugaron descalzos! Al principio casi no pasaban el balón a las mujeres pero tras ver que también sabíamos correr comenzaron a confiar más. Los alrededores se llenaron de locales para ver el Show, se reían de nosotros en general y también cuando jugábamos las mujeres. Al final del partido muchos nos felicitaron a algunas mujeres porque decían “que lo hicimos muy bien para ser chicas”. Las niñas estaban extrañadas pero luego muchas se acercaron a vernos y a salir en la foto.

Conversación con Jounous en Fombawi (durante parto)[...]Su abuelo fue el primer taxista de coche de Nikki y el sigue con el trabajo. Quiere que sus hijos estudien sobre todo su hija, **“no es seguro una mujer sola conduciendo un taxi”**. [...]

Partido de fútbol Nikki-Parakou: [...]Entramos y vimos que solo había hombres, y las pocas mujeres que había estaban vendiendo comida y refrescos [...]

Domingo de partido de baloncesto en las canchas con chicos locales: [...] Vimos que una niña de unos 14 años estaba con la equipación junto a la canasta. Así que cuando entró alguna chica “blanca” la animamos a que jugara y al fin la “aceptaron”, aunque a alguno, que supusimos que era familiar suyo, le costó un poco más.

Sponsoré: [...] Conocimos a un chico, el único que sabía Francés, que nos hizo de traductor. Me quemé un dedo en la máquina de karité que hizo reír a varias mujeres de la cooperativa. Luego acabamos (tras ver jabón, karité, queso y mil mujeres de cooperativas)[...] Nos adentramos en lo más profundo de lo que ya parecía bosque[...] vimos a unas mujeres lavándose en un riachuelo , aprovechando que estaban con la colada[...]

Conversación con J: [...] Paramos a comer y entre ñame y unas Trophys hablando sobre su próximo casamiento salió un tema algo peliagudo al preguntar a su futura mujer si seguiría trabajando. Él respondió por ella y se inició una conversación sobre sumisión y respeto. Él alegaba que la mujer debía respetar al hombre pero lo definía como nosotros entendemos sumisión. Le decíamos que el hombre también tenía que respetar a la mujer y nos respondió que sí, pero que el hombre era más libre. “En una casa las decisiones se toman hablando pero la mujer tiene que estar de acuerdo con el hombre, apoyarlo,

respetarlo...” ¿Y si no está de acuerdo? Le preguntamos, “Es que las mujeres nunca lo estáis pero tenéis que dejarnos hacer, porque es lo mejor para toda la familia y tenéis que respetar a vuestra pareja” [...]

Experiencia (entrada a Nikki): Como siempre volvíamos a casa con J y de repente a la entrada de la ciudad nos pararon, mientras que ningún día lo habían hecho. J paró el coche y bajó la ventanilla, dijo el “jefe” que bajáramos en Bariba y después en francés. Habló con J y por lo que entendimos en francés y lo que nos dijo J había parado porque iba una chica muy guapa y quería verme de cerca. Al ver mi cara y decirle un simple gracias y mirar a J asustada cambió de chica y dijo que todas éramos muy guapas. Como nuestra reacción no fue muy agradecida comenzó a decir que éramos muchos en el coche (éramos 7, pero nunca nos dijeron nada) y que nos harían el favor de acercarnos a las chicas en moto o acompañarnos andando hasta el hotel, por lo menos a dos. Le respondimos que podíamos ir solas andando que estábamos cerca, a lo que respondió: “No pueden ir unas mujeres tan guapas solas andando por aquí” a lo que le respondimos que sí. J(sexo masculino) cambió su tono de voz y le dijo que nos llevaría él y que no nos dejaría sola. G (sexo masculino) dijo que si quería él se quedaba para que le llevaran. Al ver nuestra respuesta y tras hablar con J en Bariba nos dijo que no había problema que siguiéramos.[...]

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR):

Fombawy: visita para hacer entrevistas a los profesionales de salud [...] Nuestra sorpresa fue que al llegar nos encontramos con un parto [...] La mujer era joven y era su primer parto[...] tardó mucho en dilatar y el niño venía con una vuelta de cordón. Nació muerto. [...] Lo peor vino cuando al contárselo a nuestro “chófer” no se sorprendió, simplemente se lo tomó como, **otro parto más que sale mal**.[...] Nos contó su historia. Tres hijos y su mujer embarazada. Él, hijo único y como mucho tendrá 5 hijos con su mujer o con otra. Embarazos separados y todos sus hijos al cole [...] Me llamó Celia, ¡LO HABIAN REANIMADO! [...] Los “blancos” se lo pusimos a la madre delante la matrona nos dijo que no, que se lo pusiéramos a la espalda.[...]

Tras el parto, hicimos la entrevista al jefe del centro de salud de Fombawi: [...] Nos dijo que la mayoría de las mujeres iban a la consulta prenatal (CPN) y planificación familiar (PF)... todo muy bonito. Además nos decía que el problema era el dinero, los

recursos[...]. Después preguntamos a la matrona de manera más informal y las respuestas fueron distintas. Ya no iban tantas mujeres a la CPN y la PF era cosa de la mujer y muchas veces iban a escondidas de los maridos. Nos dijo que también sensibilizaban sobre lactancia materna (LM). La sensibilización en general estaba teniendo resultados buenos.

Sakabansí: [...] Nos enseñaron el centro de salud (CS) y nos contaron que también hacían sensibilización.

Suya: [...] Hablando con la farmacéutica y vimos una CPN entera. La farmacéutica era una CRACK! Sabía sobre el método piel con piel, todo sobre la oxitocina, LM[...] interés sobre EPS, me dio la impresión de que era un potencial desaprovechado. Sin embargo la matrona pasando la CPN ni siquiera preguntaba el nombre a las pacientes. Me sorprendió mucho porque ví una enfermería deshumanizada.

Martes de trabajo con Dj: pudimos trabajar mano a mano con Djima en la clínica Annour haciendo sensibilización sobre PF. [...] Llegó Djima y con nuestros trípticos y materiales comenzó a hablar explicando cada método en Bariba. No sabíamos muy bien lo que decía pero las mujeres se reían, aliviando la tensión que el tema podía causar. [...] El Sábado se acercó al hotel a enseñarnos el registro de la semana de las mujeres que habían acudido a realizar una PF, había aumentado! Además estaba registrada la edad de cada mujer y el método utilizado.

Conversación con S (18 años): S vino a cenar y nos pidió que la lleváramos con nosotros a realizar nuestras entrevistas a los pueblos al día siguiente[...]"Nunca he salido de Nikki y además quiero estudiar medicina, quiero ver los centros rurales"[...]Nos dedicamos esa noche a explicarla nociones básicas de salud sexual y reproductiva.[...] la preguntamos si sabía cómo se utilizaba un preservativo y nos contestó: "Si, nos los dan en el colegio, aunque no nos explican mucho, ¿Cuántas veces puede utilizarse?" Al contestarla que solamente una se sorprendió. También la enseñamos los preservativos femeninos y nos reconoció que nunca los había visto[...]" Preguntamos sobre qué edad solían perder la virginidad, ya que nos dijo que en el colegio ya repartían preservativos: "Sobre los 10-12 años, y vosotros?" La respondimos que no había edad, que cuando quisiéramos y ella respondió: "Pero es peligroso, porque si llegas virgen a los 24 te quedas estéril"[...] Al explicarla otros métodos

anticonceptivos como el implante o el inyectable nos dijo que nunca había oído hablar de ellos, y sin embargo de la pastilla sí pero tenía el miedo de que estos métodos (que la explicamos eran hormonales) luego la dejaran estéril.[...] Utilizamos la maqueta del Jadelle (DIU) para que lo viera, y lo que más la sorprendió fue ver el aparato reproductor femenino por primera vez, no entendía nada y tras explicárselo nos preguntó: “¿Pero entonces el hombre no siente el DIU al tener relaciones? ¿El pene solo entra aquí?”[...]

INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LA CULTURA Y A LAS ETNIAS PEUL O BARIBA:

El mayor rey Bariba de la comuna de Nikki nos invita a ir a verle. Nos recibe en su salón del palacio donde tiene su trono. Entramos descalzos y copiando todo lo que hace Sam (no sabemos los protocolos). Al entrar el rey Chavinaina nos tumbamos en el suelo y para hablar con el nos sentamos sobre los pies [...]

Sakabansí:[...] Todo esto después de ver y pedir permiso al jefe tradicional del pueblo. Idea de Jounous que nos traducía, para conseguir aceptación de la población cuando se corriera la voz.

Hospital Senoun Seró (HSS), muerte de una niña de 4 años de etnia Bariba: [...] Lo peor había sido que no había dinero para sacar el cuerpo y se quedó en la cama envuelto por una tela con celo [...]

Anexo V. Material de sensibilización sobre la maternidad y la planificación familiar de diferentes centros de salud de la comuna de Nikki.



Figura 4: Cartel explicativo de las fases del embarazo.



Figura 5: Cartel sobre los medios de transmisión del VIH

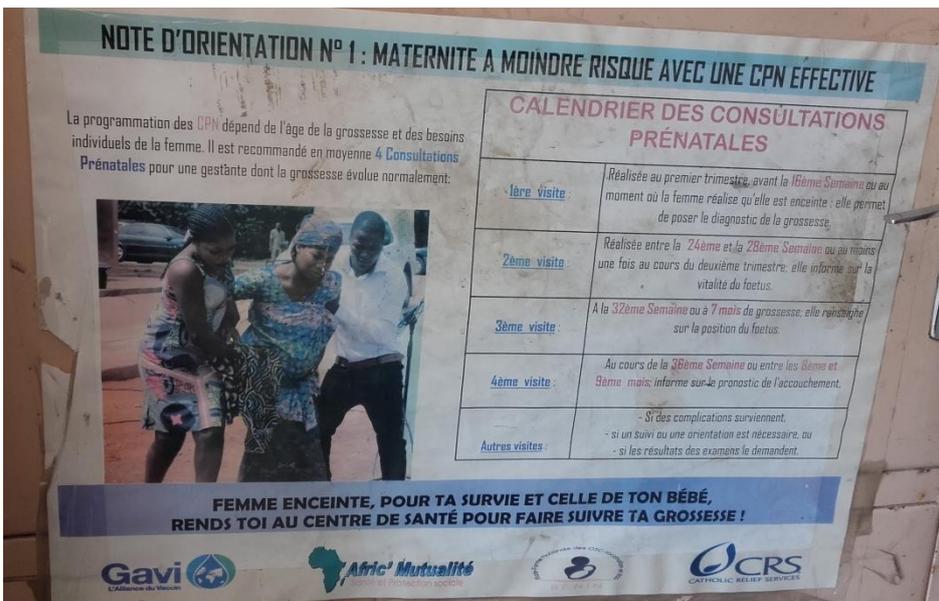


Figura 6: Nota de orientación sobre la disminución de riesgos en el embarazo mediante consulta prenatal efectiva.



Figura 8: Propaganda de venta del método Collar del Ciclo.

Figura 7: Cartel que muestra diferentes Métodos anticonceptivos disponibles.

NOTE D'ORIENTATION N° 3: CALENDRIER VACCINAL RECOMMANDÉ AUX FEMMES ENCEINTEES

Chez la femme enceinte le Vaccin Anti Tétanic (VAT1) est recommandé. Il est administré selon les échéances suivantes.

CALENDRIER VACCINAL DE LA FEMME ENCEINTE	
VAT1	Dès le 1er contact au cours d'une grossesse de 16 semaines ou plus SA
VAT2	Au moins 14 jours, ou 4 semaines après VAT1
VAT3	Au moins 6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure
VAT4	Au moins 1 an après VAT3 ou au moins 6 mois après une grossesse ultérieure
VAT5	Au moins 1 an après VAT4 ou au cours d'une grossesse ultérieure

ILB - Une fois les 5 doses faites selon le calendrier vaccinal, la femme est protégée pour toute sa vie!

FEMME ENCEINTE! PRENDS TES DOSES DE VACCINATION POUR TA SURVIE ET CELLE DE TON ENFANT!

Gavi, Afric' Mutualité, UNICEF, CRS

Figura 9: Nota de orientación sobre las recomendaciones de vacunación de las mujeres embarazadas.

NOTE D'ORIENTATION N° 2 : CONSULTATION PRÉNATALE RECENTRÉE

 <p>CONSEILS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bonne hygiène alimentaire et de vie. - Dormir sous moustiquaire imprégnée, allaitement immédiat exclusif et à la naissance. - Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques. - Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin. 	<p>Préparer la CPN :</p>	<p>Accueillir avec courtoisie la femme avec respect et amabilité. Procéder à l'interrogatoire/Enregistrement. Demander le nom, prénom, âge, profession, adresse. Rechercher les antécédents médicaux, obstétricaux et chirurgicaux. Demander la date des dernières règles. Rechercher et enregistrer les facteurs de risque et les maladies. Reléver les anomalies, tels que : menace d'accouchement prématuré, les haemorrhagies du 1er, 2ème et 3ème trimestre. Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation de risque.</p>
	<p>Procéder à l'examen général :</p>	<p>Observer l'état général. Peser la femme, la mesurer et prendre la tension artérielle. Se laver les mains et porter les gants. Examiner la peau, les yeux, la bouche et palper la glande thyroïde. Rechercher les indurées au visage. Examiner les seins. Ausculter le cœur, palper la partie supérieure de l'abdomen. Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes). Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.</p>

SAGE-FEMME, LA CPN RECENTRÉE AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX FEMMES ENCEINTEES!

NOTE D'ORIENTATION N° 2 (SUITE) : CONSULTATION PRÉNATALE RECENTRÉE

 <p>CONSEILS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des conseils sur la supplémentation en fer et acide folique. - Déterminer avec la femme le lieu de l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque. - Déterminer avec la femme (si possible) la personne devant accompagner la parturiente au centre de santé pour accoucher. - S'assurer de la disponibilité des ressources financières et déterminer la personne devant les fournir. 	<p>Procéder à l'examen obstétrical :</p>	<p>Se laver les mains et porter des gants. Faire l'inspection de l'abdomen, du pelvis et palper l'abdomen. Examiner le bassin, mesurer la hauteur utérine et ausculter les bruits du cœur-fœtal (BCF). Placer le spéculum, observer le col et le vagin. Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, au bassin. Examiner le bassin. Décontaminer le matériel. Aider la femme à se lever et à s'habiller. Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer. Demander les examens complémentaires : Gs-Rh, le test d'émulsi, la NFS, le BW, Albumine/sucrose dans les urines, demander le test VIH après counseling.</p>
	<p>Prescrire les soins préventifs :</p>	<p>Vérifier et vacciner la femme si nécessaire contre le tétanos. Supplémentation en fer et acide folique. Faire prendre à la femme et devant la Sage-femme les trois comprimés de SP en prise unique. 1ère Prise : 4ème mois de la grossesse ou Hauteur Utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux. 2ème Prise : 7ème mois de la grossesse ou Hauteur Utérine à 28 cm. Donner 60 mg de fer élément et 500 mg d'acide folique par jour pendant toute la durée de la grossesse et 2 mois après accouchement. Espacer d'une semaine la prise de la SP de celle de Fer-Acide Folique à cause de leur interférence.</p>
	<p>Prescrire le traitement curatif, si nécessaire et remettre la MILO :</p>	<p>Expliquer la prise des médicaments prescrits. Donner le prochain rendez-vous. Expliquer à la femme, la fréquence des visites 4 au moins, 1 au 1er trimestre, 1 au 2ème trimestre, 2 au 3ème trimestre dont 1 au 8ème mois. Remettre à la femme la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILO).</p>

SAGE-FEMME, LA CPN RECENTRÉE AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX FEMMES ENCEINTEES!






Figura 10: Consejos y pautas para realizar una consulta prenatal de calidad.

Anexo VI. Ejemplo de material práctico y sencillo para las sesiones de sensibilización. Causas para acudir a un centro sanitario durante el embarazo.

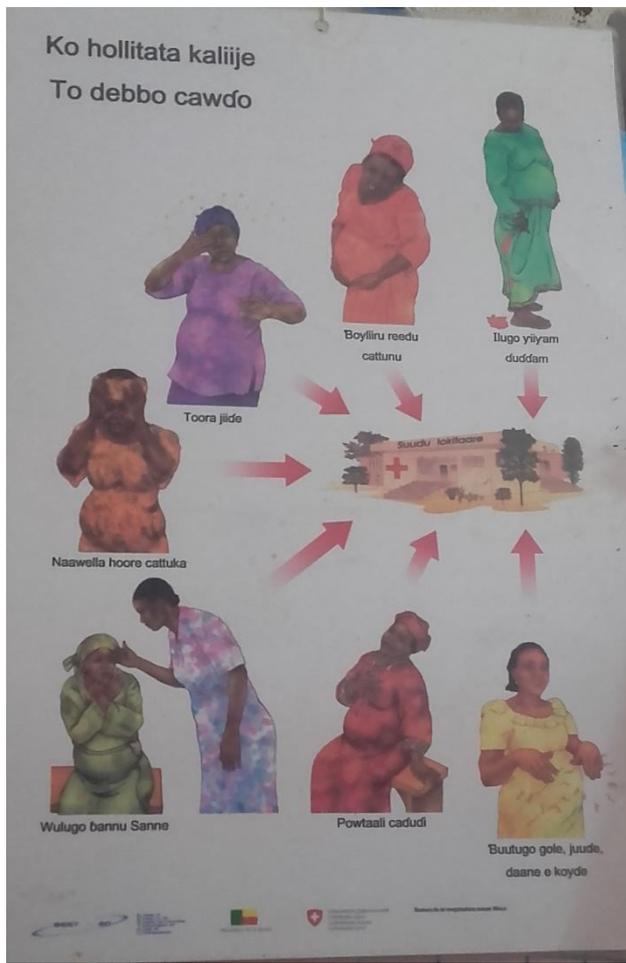


Figura 11: Esquema de signos y síntomas de alerta durante el embarazo en idioma Bariba.