



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO
VIOLENCIA OBSTETRICA**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTA:

LILIA ALARCÓN VALENZO.

MTRA ENF: LAURA JIMÉNEZ TRUJANO.

DIRECTOR(A) DE TRABAJO

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A EL:

Que me ha dado la vida y me ha permitido gozar y llorar, que me ha dado la dicha de ser hija, madre y profesionista; por hacerme crecer en su amor.

A mi madre

Por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante que me ha permitido ser la persona que soy, pero más que nada, por su amor; ese amor incondicional que dan todas las madres.

A mi padre

Por su ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hijos y esposo.

Por su comprensión y apoyo en esta loca carrera de seguir estudiando, por sacrificar su tiempo para compartir en familia. Por todo el cariño que me brindan.

A mis hermanos

Por su apoyo incondicional, por su compañía de vida, pero sobre todo por mostrarme lo bueno que es tenerlos.

A mi directora de tesina.

MTRA ENF: LAURA JIMÉNEZ TRUJANO

Por ser tan paciente y comprensiva con migo. Por escucharme y brindarme la oportunidad de recurrir a su experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo

ÍNDICE

	Pag.
I. Introducción	6
1.1 Resumen.....	8
1.2 Objetivos.....	9
1.3 Justificación.....	10
1.4 Pregunta de Investigación.....	11
II. Metodología	15
2.1 Tipo y diseño de tesina.....	15
2.2 Recursos humanos y materiales.....	16
III. Marco teórico	17
3.1 Características del Estado de Guerrero.....	17
3.1.1 Grupos étnicos, usos y costumbres.....	21
3.1.2 Cosmogonía y religión.....	26
3.2 Indicadores de desarrollo social en el Estado de Guerrero	29
3.2.1 Educación.....	29
3.2.2 Salud.....	32
3.2.2.1 Salud en la familia.....	36
3.3 La familia.....	38
3.3.1 La familia Guerrerense.....	39
3.3.2 Papel de la mujer en la familia.....	42
3.3.3 El empoderamiento de las mujeres Indígenas.....	43
3.3.4 Hogares liderados por mujeres.....	45
3.3.5 La pobreza.....	47
3.4 Violencia.....	48
3.4.1 De género.....	50
3.4.2 Obstétrica.....	57
3.4.3 Institucional.....	59
3.4.4 Factores de riesgo.....	62
3.5 Derechos Humanos.....	64
3.5.1 Derechos de las mujeres embarazadas.....	64
3.5.2 La partería: Humanización del Nacimiento.....	68

3.6	Modelo de Dorothy Johnson aplicado en la violencia obstétrica.....	73
IV	Resultados	
4.1	Intervenciones de enfermería.....	76
V	Conclusiones.....	83
VI	Bibliografía.....	85

I. Introducción

Es importante para enfermería, tener presente la importancia que tiene el respetar los derechos de las mujeres al parir, las leyes que lo norman y las consecuencias que trae consigo el no hacer lo correcto.

Hoy en día, gran número de enfermeras están responsabilizándose cada vez más, con el cuidado específico que ofrece, basándose siempre en las necesidades que vive cada persona, familia y/o comunidad. Por tanto, la enfermera requiere de realizar sus intervenciones, sustentadas en un método científico; para ello, en este trabajo se ha considerado el modelo de atención de Dorothy Johnson aplicado en la violencia obstétrica.

Dentro del marco teórico, se menciona las características e indicadores de desarrollo social del estado de Guerrero. Se aborda el tema de la familia en el que se hace notar que es la base de la sociedad y eje de formación de vida. La familia guerrerense, se considera extensa pues comparten una casa casi tres generaciones.

De la misma manera, el papel de la mujer dentro de la familia ya que participa activamente en todos los ámbitos. Otro tópico importante y que va de la mano es el de la pobreza, obstáculo para el desarrollo de comunidades y de personas en todos los aspectos de salud educativa.

Se hace referencia a una clasificación de violencia en el que destacan, la violencia de género, como la mujer lucha permanentemente por conquistar un lugar en donde poder comprobar su capacidad, creatividad y esfuerzo.

La violencia obstétrica, en particular es una violencia silenciosa de la que hasta hace poco tiempo, se ha comenzado a considerar; sobre todo institucionalmente en donde el personal de la salud lleva un papel importante al ser los más cercanos a las pacientes.

Se mencionan también los factores de riesgo ante la violencia obstétrica que se pueden identificar durante el embarazo. Así mismo, se señalan los derechos humanos y los de la embarazada, las leyes y normas que lo respalda.

Un tema sin menos importancia es el de la partería con enfoque humanizado, en donde se hace notar la importancia de ésta, en apoyo a la disminución de la muerte materna e infantil.

Por último, se contempló el modelo de Dorothy Johnson quien considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete de subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento.

Dentro de los resultados, se enumeran las intervenciones de enfermería enfocadas a la educación, primeramente para enfermeras y posteriormente a usuarias para evitar en lo posible la violencia obstétrica.

En relación con la salud sexual y reproductiva se encontró que la mujer tiene derecho a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado del recién nacido (a), y en general, que se le haga copartícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, por ejemplo: al ofertarle los métodos de planificación familiar, en donde se tiene que explicar cada uno de ellos y ella tiene que elegir si acepta o no un determinado método.

A no ser sometida a ningún examen o intervención cuya intención sea el de investigación, salvo consentimiento informado.

Se propone, capacitar a las enfermeras en la atención a la violencia obstétrica. Promover la investigación y elaborar informes técnicos para que sirva como antecedente en la práctica de enfermería.

1.1 Resumen

La presente tesina, presenta las intervenciones de enfermería en mujeres con violencia obstétrica en Guerrero, con el objetivo de determinar los factores que la propician, para brindar el cuidado necesario, a partir de la descripción del tema, tomando en cuenta los diferentes elementos que se enmarcan en la Salud Sexual y Reproductiva, proponiendo intervenciones de enfermería, en la atención de mujeres con violencia obstétrica al Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, para brindar un cuidado integral.

Para las intervenciones de enfermería, se usó el modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson, por sus ventajas en las prácticas relacionadas con la temática de la violencia obstétrica. Se analiza brevemente el modelo y sus subtemas propuestas ante la alteración en la mujer y familia que viven esta problemática.

Dentro de los resultados más relevantes se encuentra, que la mujer que sufre condiciones opresivas de vida, se ve limitada para desenvolverse, lo cual incide en su desarrollo pleno emocional, físico, económico y sociocultural.

Finalmente se proponen intervenciones de enfermería encaminadas a la educación sobre violencia obstétrica.

Palabras Claves: derechos reproductivos, violencia obstétrica, víctima, agresor, calidad de la atención.

1.2 Objetivos

General

- Identificar las intervenciones de enfermería en la atención de mujeres con violencia obstétrica, determinando los factores que la propician, para brindar el cuidado necesario, con base en el modelo de Dorothy Johnson.

Específicos

- Identificar sistemas individuales e institucionales que determinan la existencia de violencia en las prácticas obstétricas y establecer las intervenciones de enfermería.
- Proponer intervenciones de enfermería, en la atención de mujeres con violencia obstétrica al Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, para brindar un cuidado integral.

1.2 Justificación

La importancia de este trabajo residió en que es un tema poco considerado en Guerrero, y que al profundizar en él y darlo a conocer, se podría generar mayor conocimiento y así mismo crear conciencia en los profesionales de salud involucrados en el área sobre esta forma de violencia a la cual no se le considera como tal. Para que a partir de ello, mejore el cuidado materno - perinatal, donde Enfermería tiene un rol importante.

De la misma manera, porque la salud materna es una de las prioridades de las políticas de salud y está incluida en el 5° objetivo de desarrollo sostenible “Igualdad de género”.

Este trabajo aporta información a todo el personal de la salud y madres de familia del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, generando conocimiento en cuanto a experiencias violentas y respeto de las leyes y normas que apoyan el cuidado de las mujeres con violencia obstétrica.

También contribuye, permitiendo incorporar las intervenciones de enfermería en busca de mejorar las condiciones de atención, y así generar confianza en las madres de familia al momento de atención del nacimiento de un nuevo ser.

De igual manera, como referencia para otros trabajos, tanto de enfermería como de otras especialidades.

También permite visibilizar un problema de equidad de género, el cual no ha estado visible influido por las prácticas culturales en Guerrero en donde a las mujeres se les da un estatus de poco valor dentro de la familia guerrerense.

1.4 Pregunta de investigación

No se puede hablar de violencia obstétrica, sin dejar de mencionar la mortalidad y morbilidad materna, que continua siendo una preocupación a nivel internacional ante las altas tasas y las muertes maternas evitables. Según la OMS en 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mortalidad materna continúa siendo un problema grave de derechos humanos que afecta a las mujeres en el mundo y en el estado de Guerrero y que repercute en sus familias y en sus comunidades. Particularmente las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes tienen menos acceso a servicios requeridos de salud materna.

La mejora de la salud materna e infantil (SMI) fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Es por eso que los integrantes de las Naciones Unidas se han esforzado para mejorar en los diversos indicadores que implicó este objetivo.

Por esta razón, en México se diseñó y puso en práctica un número importante de estrategias de política pública y programas para combatir la pobreza, ampliar el acceso a los servicios de salud para mujeres y niños y disminuir la desnutrición infantil.¹

El derecho de toda persona a la integridad física, psíquica y moral sin discriminación se encuentra en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.² El derecho a la integridad de la persona en el ámbito de la salud, guarda relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las acciones principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece el derecho a la integridad de la persona, y más específicamente el derecho a la salud sin discriminación, y en el más alto nivel de bienestar físico, mental y social.³

Es importante señalar que muchas de las complicaciones en el embarazo y parto, son prevenibles. Los derechos de integridad de las mujeres en el área de la salud, obliga a garantizar que gocen en igualdad de condiciones, de los servicios de salud que requieran; particularmente en el embarazo, periodo después del parto, servicios relacionados con la maternidad y sobre la salud reproductiva, a lo largo de su vida.⁴

Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representan el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres y 14% en los hombres, haciéndose manifiesta la brecha entre los géneros.⁵

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha confirmado que muchas mujeres en situación de exclusión, están más expuestas a sufrir una afectación a su derecho a la integridad física, psíquica y moral en su acceso a servicios de salud materna, como consecuencia de algunas barreras que limitan su acceso a estos servicios.⁶ Estas barreras están relacionadas con la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género en las políticas públicas para abordar las necesidades en salud de las mujeres, las relacionadas con diferentes formas de discriminación en distintos niveles, sea en el hogar y/o en los establecimientos de salud, generándose desigualdades en salud entre las mujeres y los hombres.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es un indicador de la desigualdad entre los hombres y las mujeres además de que ubica a la mujer en la sociedad, en los servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas.⁷ En el caso de los hombres, no hay una causa única de muerte y/o discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de

mortalidad y morbilidad materna.⁸ Los índices de muerte materna en Guerrero son superiores a la media nacional: más del doble de los estimados a nivel nacional: 128/100 mil nacidos vivos registrados en el estado frente a 60/100 mil nacidos vivos registrados en el país.⁹

Desde la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995, se comprobó que el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.¹⁰ Es decir, las desigualdades de las mujeres en las sociedades en materia de su salud, incluida la salud materna, se manifiestan en comparación con sus pares masculinos, pero también entre las propias mujeres.

En América Latina y el Caribe, mueren cada año alrededor de 23.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo según el informe final 2002. A pesar de que existen reportes de mujeres que han fallecido en labor de parto por falta de insumos, presupuesto o personal para ser atendido, no se han tomado las medidas necesarias para que esta problemática no siga ocurriendo.¹¹

En México, la Ley General no incluye la violencia obstétrica y a nivel particular los estados que cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes son: Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz que es el único que tipifica como delito, la violencia obstétrica, imponiendo multas que van de tres a seis años de prisión y multas de hasta 300 días de salario mínimo.¹²

Uno de los problemas más grandes que tenemos en México, es que la violencia hacia la mujer es sistémica, común y privada. En el país se sigue trabajando por tratar de erradicar la violencia contra la mujer pero, aún hay términos y conceptos que no se han adoptado. De acuerdo a la investigación, entre 1985 y 2014 se registraron en México un total de 47.178 muertes de mujeres, que fueron posibles asesinatos. En el periodo del 2007 hasta el 2013 se aprecia un gran aumento de

feminicidios en las localidades de Tamaulipas, Chiapas, Coahuila, Chihuahua, Hidalgo, Durango, Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Colima, Baja California y Guerrero.¹³

La violencia obstétrica es un acto que atenta contra los derechos humanos tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano. Afecta también a los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de igualdad, autonomía, derecho a la no discriminación, de salud e integridad y a la información de la mujer. En casos más graves repercute en el derecho a la vida.¹⁴

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fijados en año 2000, en 189 países, miembros de las Naciones Unidas, acordaron conseguirlos para el año 2015. Uno de ellos, establece mejorar la salud materna y proporcionar partos con asistencia de personal sanitario capacitado.¹⁵ En la última asamblea llevada a cabo el 25 de septiembre de 2015, y marcan en el objetivo 3, salud y bienestar y en el 5°, equidad de género.¹⁶

Entre los factores asociados a un mayor riesgo para recibir violencia obstétrica, es un bajo nivel educativo, el maltrato infantil o haber estado presente en escenas de violencia en la familia, el uso y abuso del alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.¹⁷

En cuanto a sus consecuencias, van más allá de un costo económico, más bien, afecta en su autoestima y a su decisión de recibir ayuda en los siguientes embarazos, por lo que se requiere identificar a tiempo, aquellas intervenciones que puedan prevenir la violencia obstétrica.

Por todo lo que implica este proceso, nace la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las acciones, sistemas y factores que influyen en la violencia obstétrica en Guerrero y cuáles son las intervenciones que debe proporcionar la enfermera?

II. Metodología.

La selección del tema estudiado surge de dos situaciones: La primera al observar la violencia cotidiana que viven algunas mujeres dentro del hogar; que a pesar de la carga de trabajo que tienen, no son valoradas por sus maridos ni familiares. Algunas mujeres piensan que esto es normal e incluso que es “su deber como mujer”, del cómo el uso y costumbres de un pueblo, se hacen ley y hay que cumplirlas.

La segunda y no menos importante, la que viven algunas mujeres cuando van a parir y acuden a una Institución de salud, en donde por desconocimiento de sus derechos, es violentada por el personal de salud. En donde desafortunadamente y después de lo investigado, es muy frecuente que sea violentada, pero lo más sorprendente, es que el personal no se percató de la violencia que ejerce.

En base a todo ello, es que surge la inquietud de investigar sobre el tema, para ofrecer las intervenciones que lo puedan solucionar.

2.1 Tipo y diseño de tesina

La presente tesina, es un trabajo descriptivo y explicativo.

Descriptivo, porque se hace referencia una serie de características tanto del estado de Guerrero, como el de las personas de las cuales se está haciendo la investigación, además de que se incluyen gráficas alusivas a esas características.

Explicativo, porque el interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste.

Una vez identificada la problemática de estudio, se realiza una revisión bibliográfica, de artículos verídicos. Fueron consultados y revisados mayormente los publicados en el portal web por instituciones de la OMS, OPS, SSA, biblioteca virtual del Estado de Guerrero así como la página oficial, apartado de Scielo, gaceta de información de enfermería ENEO UNAM, estadísticas por INEGI, SEDESOL, artículos de revista e informes internacionales y nacionales, impresos como libros y normas oficiales mexicanas de salud.

2.2 Recursos humanos y materiales

Dentro de los recursos humanos, se ha desarrollado esta tesina por la pasante de licenciatura de enfermería, siendo dirigida por una maestra en enfermería; esto a través de correo electrónico, telefonía celular, asesoría directa a través de video-llamada y esporádicamente de manera directa; ya que la distancia existente entre el Estado de Guerrero y la Ciudad de México, es de aproximadamente de 3 horas 55 min (350.8 km).

Los recursos materiales que se usaron para la elaboración de esta tesina, comprenden el equipo de cómputo, USB, cuadernos, bolígrafos, lápices y todo lo necesario para la escritura.

El recurso económico, también fue fundamental ya que para la dirección de esta, habría requerido de comunicación presencial.

Las fuentes de consulta disponibles en la web:

- 1- Google
2. Google Académico
3. –Scielo

III. Marco Teórico

3.1 Características del Estado de Guerrero.

El estado de Guerrero se encuentra localizado en la costa del Pacífico comprende una extensión territorial de 63,794 km² y está provisto de 485 Km de litoral. Cuenta además con las islas de Ixtapa, Apies, Islas Blancas, Pájaros, Caballos y La Roqueta; y con los islotes, Farallón del Obispo, Morro, Frailes Blancos e Islote de San Gabriel. Su frontera está delimitada al noroeste con Michoacán de Ocampo; al norte con el Estado de México y Morelos; al este con Puebla y Oaxaca y al sur con el Océano Pacífico¹⁸. (Ver imagen 1)

Atravesado en su longitud por la Sierra Madre del Sur, del Eje Volcánico nacen tres sierras, la Sierra Sultepec, la Sierra Zacualpan y la Sierra de Taxco; en las cuales podemos encontrar abundantes minerales como oro, hierro, plomo, plata y fluorita. Las principales elevaciones localizadas en el estado son Cerro Tiotepic con una altura de 3,550 metros sobre el nivel del mar, Cerro Tlacotepec con 3,320 msnm, Cerro Zacatonal con 3,300 msnm, Cerro Pelón y Cerro Piedra Ancha cada uno con 3,100 msnm, Cerro el Baúl con 3,060 msnm y Cerro El Naranja con 3,000 msnm.

En el suroccidente hay una zona costera con la formación de llanuras costeras, playas y barras, así como los cuerpos de agua: Laguna Mitla, Laguna Tres Palos y Laguna Chautengo.

En cuanto a su clima, el 82% de del estado, presenta clima cálido subhúmedo. La temperatura media anual es de 25°C. La temperatura mínima promedio es de 18°C y la máxima de 32°C.

Sus ríos más representativos son: El río Balsas, Papagayo, Omitlán, Cutzamala, Quetzala, Amacuzac, Atoyac, Copala, Las Parotas y San Luis entre otros.

Entre su flora, Predominan los bosques de coníferas y encinos en las partes altas de la Sierra Madre del Sur. Las zonas agrícolas abarcan 21% de la superficie del estado.

La fauna es muy variada así, en la cuenca del Balsas: ardilla arbórea, puerco espín tropical, zorra gris, tejón y venado cola blanca. En los pastizales: liebre, tordo, águila, mapache, jabalí y lagarto de Gila. En el manglar: armadillo, martucha, onza y aves costeras. En ambientes acuáticos: iguana, tortuga, cazón, atún, baqueta, barrilete, lenguado y lisa. Animales en peligro de extinción: tecolotito, jaguar, ocelote, oso hormiguero y tigrillo.

Imagen 1.-Colindancias con el Estado de Guerrero



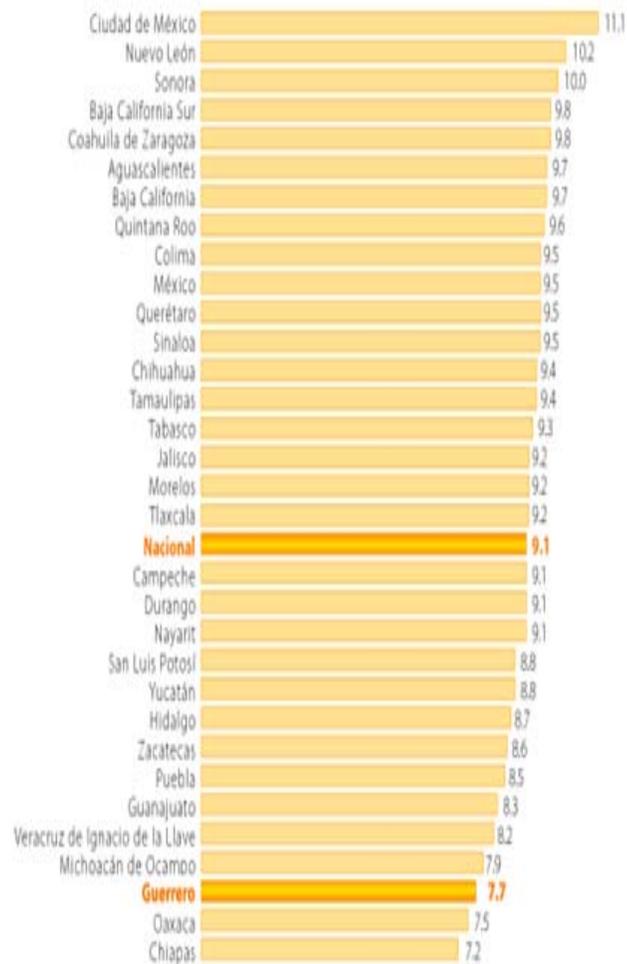
FUENTE: INEGI. Anuario Estadístico del estado de Guerrero.
INEGI. Continuo Nacional Topográfico S. II escala 1:250 000.
INEGI. Conjunto Geológico E14 escala 1:1 000 000.

Guerrero, pueblo con historia de enfrentamientos, desde los siglos XIV y XV entre mexicas y purépechas, por adquirir el poder y dominio de sus tierras; cuna de la independencia, sentimientos de la nación y la bandera mexicana.¹⁹

Guerrero, surge desde la independencia, es el único estado que lleva el nombre de un presidente de la república y fue creado el 27 de octubre de 1849. Su capital: Chilpancingo de los Bravo, en honor a nuestros caudillos quienes

llevaban ese apellido; cuenta con 7 regiones reconocidas y 1 en proceso de legalización; 81 municipios y representa el 3.24% del territorio nacional. Su Población es de 3 533 251 habitantes, el 3.0% del total del país de los cuales el 58% es población urbana y 42% rural. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años es 7.7 % lo que equivale a un poco más del primer año de secundaria; 14 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir.²⁰ (Ver grafica 1)

Grafica 1.- Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años



FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015

En Guerrero, hay 456 774 personas de 5 años y más que hablan lengua indígena, lo que representa menos del 15%. Las lenguas más habladas en Guerrero son: náhuatl, mixteco y amuzgo. (Cuadro 1)

En el 2015, en Guerrero hay 894 621 viviendas particulares, de las cuales:

- 55.0%** disponen de agua entubada al interior del terreno
- 97.3%** cuentan con energía eléctrica y
- 60.2%** de los ocupantes de las viviendas disponen de drenaje conectado a la red pública.

2015. FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal

Cuadro 1.- Las lenguas indígenas más habladas en el estado de Guerrero

Lengua indígena	Número de hablantes (año 2010)
Náhuatl	170 622
Lenguas Mixtecas	139 387
Tlapaneco	119 291
Amuzgo de Guerrero	45 799

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Guerrero es un estado con historia y turismo, desafortunadamente también es considerado, últimamente, como uno de los estados con mayor violencia, registrando 67 homicidios por cada 1000 habitantes en 2015, mientras que el promedio nacional fue de 17%.²¹

3.1.1 Grupos Étnicos, y sus Costumbres.

El concepto de grupos étnicos es utilizado en las ciencias sociales para hacer referencia a los diferentes “conjuntos de personas que conforman a la Humanidad y que son los responsables de que los seres humanos presenten notables diferencias entre sí no sólo a nivel de los rasgos físicos (por ejemplo, el color de piel, de ojos, el tipo de cabello, la complexión física) sino también a nivel cultural (por ejemplo, las prácticas religiosas, la forma de organización social, las actividades económicas, etc.)”²²

La United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) celebra el 21 de febrero, el Día Internacional de la Lengua Materna para proteger el patrimonio inmaterial de la humanidad y preservar la diversidad cultural. Se calcula que en el mundo se hablan en la actualidad entre 3 mil y 6 mil lenguas, de las cuales solamente 600 cuentan con más de 100 mil hablantes, cifra que se considera mínima para garantizar su supervivencia.

En México, la Conquista Española, tuvo un resultado desastroso sobre las lenguas del México actual, donde se han registrado unos 110 idiomas extinguidos, dos de ellos -el chiapaneco y el cuilateco- en la segunda mitad del siglo XX. Guerrero, como se comentó anteriormente, está conformado por 7 regiones en las cuales habitan 4 grupos étnicos, a saber: Tlapanecos, Nahuas, Amuzgos y Mixtecos.

En el estado de Guerrero los nahuas representan alrededor del 40% de la población indígena del estado y se distribuyen en las subregiones de La Montaña, la Sierra Central y la Cuenca Superior del Río Balsas, la Sierra Norte y la Tierra Caliente; habitan en 45 municipios, y se asientan fundamentalmente en el área rural. Destacan por población nahua los municipios de Copanatoyac, Cualac, M. de Cuilapan, Olinalá, Copalillo, Chilapa de Álvarez, Tepocoacuilco, Tlapa de Comonfort, Zitlala y Atlixac, la mayoría de ellos en la región de La Montaña.

Por otro lado, tenemos el término Yopes, con el cual también se identificaba a los tlapanecos; y al respecto, la definición literal para el grupo Yopi o Yopime es

sinónimo de “Xipe” (desollado) y parece haberse formado por contracción del verbo mexicano “Yopehua” que significa “despegar algo”.

Este grupo se localiza entre la vertiente de la Sierra Madre del Sur y la Costa Chica del estado de Guerrero. La población tlapaneca la encontramos en Morelos y Montaña de Guerrero, principalmente en los municipios de Acatepec, Atlixac, Malinaltepec, Tlacoapa, y Zapotitlán Tablas. Además, en localidades como Atlamajalcingo del Monte, Metlatonoc, Tlapa y Quechultenango; incluyendo Ayutla, Azoyú, San Luis Acatlán, Cuautepec, San Marcos y Tecoaapa en la Costa Chica, donde existen pequeños grupos poblacionales de esta etnia.

Amuzgos- Los nn´anncue o amuzgos: “Las personas de en medio”. El origen de este grupo indígena se desconoce. Investigaciones realizadas por lingüistas encuentran en su idioma semejanza con el mixteco, lo que indica, de acuerdo con la teoría de Sahagún y Torquemada, que emigraron del norte junto con aquel grupo, siguiendo la ruta del Pánuco. De este modo, llegaron a la Mesa Central y se establecieron en Tula; después se vieron obligados a pasar a Cholula y más tarde al sur, al territorio del actual estado de Oaxaca.

Todos usan la ropa tradicional con sandalias de mecate. Algunas mujeres visten con enderedos (fajas) de color azul o blanco con un hermoso rebozo chilapeño, blusa bordada y sus nahuas.

En su mayoría, la población amuzga habita en el estado de Guerrero, que limita al norte con el Estado de México y Morelos, al sur con el Océano Pacífico, al este con Puebla y Oaxaca, y al Oeste con Michoacán.

El idioma amuzgo, pertenece a la familia otomangue, subfamilia mixteca. Se conoce por un idioma tonal y tiene numerosas palabras que solo difieren por el tono de voz. La traducción al español, generalmente se refiere a una acción. Semántica y lingüísticamente construyen sus palabras en relación a las acciones de la vida diaria.

La civilización mixteca: “Pueblo de lluvia” en su idioma Ñuu Savi, se desarrolló, inicialmente, en la sierra poniente de Oaxaca. Debido a lo accidentado del territorio que habitaron, formaron señoríos independientes, entre los que destacaron Teozacoacoalco, Tilantongo, Coixtlahuaca y Yanhuitlán. Crearon una sociedad estratificada en la que dominaron los guerreros, grupo con el que colaboran los sacerdotes y comerciantes. La clase dominada estaba integrada por campesinos y artesanos.

A partir del año 750 d. C., los mixtecas bajaron de las montañas y sierras de la Mixteca y comenzaron a adentrarse en los valles centrales de Oaxaca; conquistaron diversos centros zapotecas, como Yagul, Mitla y Zaachila.

El área tradicional del habla mixteca es la región conocida como “La Mixteca”, un territorio compartido por los estados de Oaxaca, Puebla y Guerrero. Sin embargo, debido a la migración causada por la extrema pobreza de esta región, se ha extendido a los núcleos urbanos más importantes de México (especialmente en el Estado de México y el Distrito Federal), a ciertas zonas agrícolas como el Valle de San Quintín en Baja California, e incluso en Estados Unidos, donde las nuevas generaciones suelen ser bilingües, pero de mixteco e inglés.

En la región norte las casas son demasiadas pequeñas. En el clima templado tienen paredes de caña, carrizos, calehual, (la última etapa del maguey) (Ver imagen) y sus pisos son de tierra, con techos de dos aguas techados con teja, el fogón se forma con tres piedras colocadas en el suelo. En las poblaciones mayores y las cabeceras municipales la vivienda es de mampostería con uno o más cuartos y una cocina.

Solo existen caminos que comunican a los centros indígenas ubicados en el área rural. Hay una ruta de ferrocarril que comunica a México, Iguala y Balsas. Los servicios de correo, telégrafo y teléfono no existen o se concentran en las poblaciones mayores. Gran parte de la población indígena, aún se transporta en burros, mulas o caballos, carecen de los servicios básicos, como agua y drenaje

Imagen 2. Tlapanecos



http://httpelmatutinodeguerrero.blogspot.mx/2013_08_25_archive.htm

|

Imagen 3. Nahuas



Pueblo indígena nahua Acatlán, Guerrero
Guillermo Aldana, 2008 Fototeca Nacho
López, CDI.

http://www.cdi.gob.mx/atlas2015/?page_id=5607#

|

Imagen 4. Amuzgos



<https://www.gob.mx/cdi/articulos/etnografia-del-pueblo-amuzgo-tzon-non?idiom=es>

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Imagen 5. Mixtecas



<https://dany98713.wordpress.com/querrero/>

|

además de que las viviendas carecen de energía eléctrica. El principal combustible es la leña o el carbón. Se dedican a la venta de frutas y verduras que siembran; como es el cacahuate, sorgo, chile, hortalizas, melón, jitomate, maíz y frijol. Predomina la agricultura de temporal en tlacolol (siembra en las laderas del cerro) y barbechos (labra disponiéndola para la siembra); los principales productos de autoconsumo son el maíz y el frijol; las tierras son de propiedad comunal, le sigue la ejidal.

Imagen 6. Calehual



Octubre 2016
Archivo iconográfico de Lilia Alarcón Valenzo.

La producción pecuaria es limitada, predomina la especie caprina. Los solares campesinos cuentan con algún ganado porcino y aves de corral.

La producción industrial es basta y sobre salen la artesanía de palma, carrizos, textiles, lacas, papel amate, máscaras, cestería y jaulas de alambre, que comercializan en las principales ciudades del estado, en Tehuacán, Puebla y el centro del país. Sobre sale la orfebrería de Iguala, la plata en Taxco, en

Buenavista de Cuéllar se fabrican productos de piel, en Tlamcazapa se hace tejido de palma; Xalitla es reconocido por su artesanía de pintura en papel amate.

Cada región tiene su propio diseño artesanal. Los tlapanecos de Acatepec, Malinaltepec, Tlacoapa y Zapotitlán Tablas, elaboran gabanes de lana de borrego; en Huitzapula, municipio de Atlixac, hacen ollas y comales de barro, y los que conviven con los mixtecos de Atlamajalcingo del Monte, Metlatonoc y Tlapa tejen sombreros y sopladores de palma. Además, trabajan el tallado de madera para la elaboración de máscaras y juguetería en general, conservando su riqueza dentro de la actividad alfarera.

3.1.2 Cosmogonía y religión

Las costumbres que tiene Guerrero, dejan en claro la expresión cultural indígena en distintas formas de expresión. Muchas de ellas revisten el mismo sentido, pues provienen más o menos de las mismas raíces y su profundo contenido religioso es innegable. A continuación se mencionan algunas de ellas.

El ritual agrícola se integra a partir de los siguientes elementos: a la llegada del año nuevo se observan ciertos signos o augurios, sobre el temporal anual en el cielo; se pone atención a las “cabañuelas” que se observan los primeros doce días del año y son indicadores de cómo será el temporal a lo largo del año.

En Chietepec, Tlapa, las invocaciones de lluvia se hacen a unos idolillos de masa de maíz, que representan a los supuestos fundadores míticos; además se presenta ofrenda a tamales zoomorfos para pedirles que no estropeen las milpas. Las peticiones de lluvia se realizan los días 25 de abril, día de San Marcos, y el 2 de mayo, víspera del día de la Santa Cruz, y congregan a un importante número de indígenas del estado; en los ritos de fertilidad y aseguramiento de la cosecha se presentan ofrendas en la milpa, el xilocruz, el 14 de septiembre, también se llevan las plantas del maíz a la iglesia, como ofrenda a San Miguel el

29 de septiembre, el día de muertos, elaboran pan de distintas figuras y formas (ángeles, animales, muñecas), que cuelgan a lo largo de un arco formado de cañas y que enmarca la ofrenda que ofrecen a sus muertos.

Existe la tradición de pedimento para compromiso de nupcias, a este acuden la familia del novio hasta tercera generación, llevando como ofrenda, pan, chocolate, un guajolote si las gestiones salen bien, regresan a saber la fecha de boda, la novia vestirá vestido blanco, habrá muchos cohetes y “cena” para los padres y familiares o amigos quienes serán padrinos ; si hubiera algún impedimento, como en el que los padres no acepten, existe la posibilidad del robo de la novia, a lo que seguiría otra acción, a la que le llaman “consolar” , en donde ponen fecha de boda o solo avisan que vivirán juntos, si hay boda, la novia vestirá en color beige, no habrá cohetes y mucho menos “cena” .

Durante la vida en familia, las mujeres sirven a los hombres, la mujer estará al pendiente de lo que necesite cualquiera de los comensales y hasta que se levanten, podrá comer ella. A las mujeres se les enseña las labores de casa, bordar, tejer, deshilar, cocinar, planchar, etc. A los hombres se les enseña las labores del campo, como cuidar a sus “bestias” (caballos) a sus yuntas y como cuidar de la tierra. La mujer tiene que llevar la comida hasta el lugar en donde se encuentre la siembra.²³

Hay una gran diversidad de fiestas que dependen de la organización religiosa de cada comunidad. Cada fiesta tiene sus propias danzas, como los Chareos, los Moros, los Doce pares de Francia, el Tigre, el Vaquero, los Apaches o Mecos, el Zopilote, etc. Esos eventos constituyen un momento de convivencia con otros grupos, ya sean mestizos, mixtecos o nahuas.²⁴

A lo largo del litoral, por donde cruza la carretera federal Acapulco-Pinotepa Nacional en dirección Guerrero-Oaxaca se ha venido desarrollando una creciente actividad comercial y ganadera además del narcotráfico como corredor comercial o de traslado además del cultivo de marihuana y amapola.

Históricamente mantienen una diversidad de expresiones culturales destacando sus danzas, gastronomía, paisajes, playa pero sobre todo la variada y rica diversidad de expresiones musicales como los corridos y las características “chilenas”, las tocadas por bandas de viento llamadas “Chile frito”.

La economía mixteca se basa en la agricultura, la caza, y la elaboración de artesanías, el comercio.²⁵

Imagen 7. Mixteca



Octubre 2016
Archivo Iconográfico de Lilia Alarcón Valenzo.

Lo anteriormente mencionado, permite conocer la diversidad y condiciones culturales de Guerrero que actúan como barreras en el desarrollo de la población, distancias, idioma, diferencia de género; lo importante es establecer que el derecho de los pueblos indígenas a vivir y desarrollarse como comunidades distintas tiene que ser respetado, el derecho sobre las tierras, territorios y recursos naturales; sus formas propias de organización; la no discriminación; la búsqueda de su participación y consulta en las decisiones de políticas públicas que los afecten, y el derecho al desarrollo económico y social.

3.2 Indicadores de Desarrollo Social en el Estado de Guerrero.

3.2.1 Educación

La educación se entiende como el desarrollo de las potencialidades del sujeto basado en la capacidad que tiene para desarrollarse. Más que la reproducción social, este enfoque plantea la configuración de un sujeto individual y único.²⁶ La educación según corrientes psicológicas, ha permitido ampliar los fenómenos educativos e intervenir en ellos aunque no es la única ciencia relacionada con la educación. El fenómeno de la educativo, es muy complejo y puede intervenir en el desde otras ciencias humanísticas, sociales y educativas.²⁷

En Guerrero la cultura y la educación de calidad, está plasmada en el plan de desarrollo dado las grandes necesidades que encontramos en cada una de los municipios que lo comprenden, sin embargo, es una tarea difícil ya que las comunidades están alejadas, marginadas, y llenas de pobreza, en ellas encontramos a pobladores de gran edad, mujeres, niños y los grandes ausentes. Hay comunidades en las que solo se encuentran las casas vacías, desoladas y casi en ruinas, como es el caso de la comunidad de Coatmatitlán, Municipio de Mochitlán. Guerrero es uno de los tres estados con rezago educativo junto con Oaxaca y Chiapas, en ellos existen altos niveles de analfabetismo, según datos del INEGI.²⁸

Como puede observarse, en el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021, en su apartado VII.3. Guerrero Socialmente Comprometido, en donde sus objetivos son: Impulsar la educación de calidad para todos; fortalecer el sistema de profesionalización que promueva la formación, la selección y la actualización del personal docente y de apoyo técnico pedagógico además de modernizar la infraestructura y equipamiento de los centros educativos.²⁹ El gobierno de Guerrero, ha considerado el tema de educación, sin embargo, la ola de violencia por la cual está pasando, no ha permitido ver los avances.

“Existe una urgente necesidad de que el estado de Guerrero salga del conflicto para pasar a la planeación transparente, para atender y resolver las demandas y encaminar al estado por la ruta del desarrollo en beneficio de la población”

Las familias se ven obligadas a salir de sus comunidades y los niños tienen que abandonar la escuela por un trabajo de jornalero, en donde el trabajo, es arduo y el pago por la maquila es insignificante – en la cosecha del cacahuate en el municipio de Mochitlán Gro., un costal de 40 Kg es pagado en 20.00 - pero los menores son los más ocupados en estas labores, aunado a esto, los trayectos a estas comunidades son muy largas, no existe un edificio escolar y lo que es peor, necesitan de maestros bilingües. En promedio de tiempo de traslado de comunidades de las diferentes regiones del estado a la capital del estado, es de 6 horas, aproximadamente.

Los maestros son insuficientes para atender las necesidades de la región, por lo que el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) convoca a participar de la instrucción de la enseñanza, a los jóvenes bachilleres quienes a su vez, no pueden continuar con su educación; son enviados a las comunidades más alejadas con un sueldo base. Les dan una pequeña capacitación para que alfabeticen o bien participen en la enseñanza de los menores.³⁰

Existen escuelas en las que el tiempo de estancia es mayor, en ellas los niños tienen un comedor y comida caliente, estas escuelas tienen que calificar para ser elegibles. Según el Instituto Nacional de la Infraestructura Física Educativa (INIFED), en el estado son 833, entre nivel básico y medio superior. Pero, ¿Quiénes tienen la suerte de pertenecer a este tipo de escuelas? Solo los que viven en zonas urbanas y semiurbanas. (Ver imagen 8) Los que viven en caseríos y/o comunidades alejadas, no tiene esta oportunidad.³¹

La educación tendría que ser un proyecto fundamental, prioritario y estar relacionado con el desarrollo. Sin embargo, y a pesar de que Guerrero se halla envuelto en situaciones críticas a consecuencia de una reforma educativa, no se hace nada por solucionar este problema.

Cuenta con un programa de becas cuyo objetivo es otorgar ayuda económica y fortalecer la permanencia escolar de los alumnos de educación primaria, secundaria y nivel medio superior, que estén ubicados en regiones rurales, indígenas y urbanas marginadas. Otro de los objetivos es disminuir los índices de deserción escolar. Pero, nuevamente, vamos a encontrar que para poder tener acceso a estas becas, se tiene que cumplir con requisitos que marcan las reglas de operación de dicho programa a saber: acta de nacimiento, copia de CURP, constancia de estudios, boleta de calificaciones con promedio de 8.0 además de constancia de ingresos económicos o en su defecto, de pobreza.

Imagen 8. Niñas de la montaña



Fuente: Portal de Guerrero
<http://guerrero.gob.mx/gobierno/programas/>

Existen Becas excelencia para los alumnos que estén inscritos en escuelas públicas del Estado de Guerrero en nivel medio superior, superior, maestrías y doctorados de tiempo completo, a integrantes de hogares con ingresos menores o iguales a tres salarios mínimos per cápita, para cursar en los diferentes niveles de estudio; b) solicitarla en tiempo y forma, según las regla de operación.

A menudo las becas de estudio se otorgan por necesidad, y se deben basar en el mérito, sin embargo, estas son otorgadas bajo un método poco aceptable, ya que quienes deben ser favorecidos, a veces no la obtienen. El hecho de que sean otorgadas a un número pequeño de alumnos, no resuelve el problema de fondo, (pobreza extrema), ya que existen padres quienes dependen de esa beca.

3.2.2 Salud

Desde su creación, el 27 de octubre de 1849, la salud en el estado presentaba un atraso así como en lo socioeconómico y falta de fuentes de trabajo, caminos y escuelas. Todo esto, heredado desde la época colonial, en donde encontramos un feudalismo absoluto en el campo y el cacicazgo en los pueblos.

Esto apremiaba una morbi-mortalidad en la población, que hacía que los guerrerenses tuvieran una esperanza de vida, de 73 años en 1895.³² La gente moría en un gran desamparo médico, pues no había profesionistas de la medicina en la entidad que aun con el conocimiento científico de la época pudieran servir para disminuir los problemas mínimos de salud.

Las enfermedades que aniquilaban a la población de la entidad eran principalmente infecciosas y parasitarias como la viruela, el paludismo, tifo y la tuberculosis. Otras enfermedades, como la lepra, el bocio y el mal del pinto, también provocaban graves problemas sociales entre la población guerrerense.

En ese entonces el responsable de regir la salubridad del país, era el Consejo Superior de Salubridad en funciones desde 1841, ya para 1886, el Consejo logró el control sanitario de puertos y fronteras, debido a la amenaza que representaba algunas enfermedades contagiosas que podían llegar a nuestro país.

En 1890, se instala la primera Institución Sanitaria Federal, en la isla de “La Roqueta” – tenía como función primordial, impedir el ingreso de enfermos

contagiosos, que pudieran desembarcar en Acapulco y desencadenar brotes epidémicos en el país. En 1910, Don Damián Flores, Gobernador del estado, Inaugura el Hospital General de 30 camas en Chilpancingo.

Es difícil, imaginar que después de más de 50 años el estado de Guerrero, haya permanecido en situación sanitaria tan deplorable, a pesar de avances tecnológicos y los programas de salud.

No es sino hasta 1993, que se instala en parte de la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), de Acapulco el Centro Estatal de Oftalmología. En el mismo año se inicia en Guerrero la implantación del programa internacional Hospital Amigo del Niño y de la Madre, creado en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990.

En la administración del Lic. Ángel Heladio Aguirre Rivero, –dentro del Programa de Reforma del Sector Salud– se instala el Paquete Básico de Servicios de Salud en todos los servicios sanitarios para población sin seguridad social, el Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PEMISPA), entra en funciones el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) vinculado al Programa Sectorial del Plan Nacional de Desarrollo 1995–2000. Al finalizar el trienio de Aguirre Rivero, los SES tenían 814 unidades de primer nivel y 14 hospitales de segundo nivel. Además, había tres instituciones consideradas de tercer nivel: Cancerología, Oftalmología y Rehabilitación, más el Laboratorio Regional de Salud Pública. Además, se controlaron el cólera y el paludismo, sin embargo en este periodo el dengue, tuvo brote epidémico alarmante, con defunciones por dengue hemorrágico.

La lepra, el paludismo y el dengue se mantienen en control epidemiológico. Por el contrario, el SIDA y la tuberculosis continúan siendo problemas sanitarios de trascendencia, pues la morbi-mortalidad por estos padecimientos sigue en ascenso y tienden a incrementarse cada vez más. (Ver cuadro 2)

El 1 de abril de 2005 asumió la gubernatura el C.P. Carlos Zeferino Torreblanca Galindo, quien decide no realizar ninguna acción para aumentar instalaciones de

salud, sin antes reforzar las ya existentes. El reto mayor es la mortalidad materna, que es una de las más elevadas en el país, pues solamente en Guerrero 281 mujeres indígenas mueren por cada 100 mil recién nacidos, siendo que el promedio general en México es de 151 en mujeres indígenas y 51 en mujeres que tienen acceso a un mejor servicio de salud.³³

Falta mejorar la atención de las mujeres en edad fértil, pues mientras el promedio general en el país es de un ginecólogo por cada dos mil 414 mujeres, en Guerrero un mismo especialista debe tratar a más de cuatro mil 132. Incluso, de manera más precisa, en La Montaña un solo ginecólogo atiende a 17 mil 654 mujeres en edad fértil, así que por cada cinco ginecólogos hay 88 mil 277 mujeres que necesitan este servicio de salud.³⁴

En el Estado, mantienen los principales programas preventivos en donde resaltan por sus resultados el de Arranque Parejo en la Vida, Prevención y Control de Alacranismo; Dengue; Tuberculosis; Prevención y Control de VIH-SIDA E ITS; Salud Reproductiva (Planificación Familiar); Lepra; Prevención y Control de las Enfermedades de Chagas; Cáncer Cervico Uterino; Cáncer de Mama entre otros.

En cuanto a la protección en salud se refiere, en Guerrero, el 24.0% de la población no contaba con protección en salud, cifra superior a la nacional (21.4%). En la ENSANUT 2006 se había identificado que 80.4% de la población no contaba con protección en salud, por lo que la cifra para 2012 representa una reducción de 70.1% entre 2006 y 2012.

La mayor proporción de protección en salud en Guerrero se dio por el SPSS (identificado como Seguro Popular), que cubría a 55.7% de la población, cifra mayor a la nacional, que fue de 38.5%. La cobertura alcanzada por el SPSS representa un incremento de 1 405.4% en relación con la cifra registrada en 2006 (3.7% en 2006 frente a 55.7% en 2012)

El Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, es una Institución de las denominadas OPD (Organismo Público Descentralizado), por la atención que brinda, se considera un hospital materno infantil.

Con fundamento en el art. 74 fracción IV de la Constitución Política del Estado de Guerrero y de los art. 6, 13 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, se crea el Hospital de la Madre y Niño Guerrerense como establecimiento público de bienestar social con personalidad jurídica y patrimonio propios, para prestar servicios tendientes a "prevenir, curar y controlar todos los padecimientos de la mujer y niño durante el embarazo, parto y puerperio" de acuerdo al decreto de creación, inicia sus labores en el año de 2005.

Cuadro: 2.- Defunciones generales de mujeres por principales causas de mortalidad, 2015

Principales causa	Defunciones
Total	291 637
Enfermedades del corazón	60 670
Diabetes mellitus	50 705
Tumores malignos	40 612
Enfermedades cerebrovasculares	17 595
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	9 964
Enfermedades del hígado	9 958
Accidentes	8 856
Influenza y neumonía	8 430
Insuficiencia renal	5 961
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5 556
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	3 633
Agresiones	2 383
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	2 189
Enfermedades infecciosas intestinales	1 985
Septicemia	1 441
Lesiones autoinfligidos intencionalmente	1 280

INEGI 2015: Población, hogares y vivienda. (Mortalidad, causas de defunción)

Está ubicado en la capital del estado: Chilpancingo de los Bravo, Guerrero. Boulevard René Juárez Cisneros S/N Col. Ciudad de los servicios. Es un hospital de 2° nivel y es considerado un hospital resolutivo. Las áreas con que cuenta son: Hospitalización, UCIN, UTIN, UCIA, laboratorio, Radio imagen, Urgencias, Toco cirugía y Consulta Externa. La población a la que atiende se extiende más allá de la zona centro y municipios cercanos. Razón por la que, generalmente, están ocupadas todas sus camas; además de improvisar camillas para espera.

Por todo lo anterior, surge el interés de profundizar en el tema e identifico la violencia obstétrica como problema y la necesidad de actuar y tratar de prevenirla. Ya que la esencia de enfermería, está en la relación personal que se establece entre la enfermera y el paciente. El cuidado de enfermería es específico, dirigido a una persona pero además es personal.

3.2.3 La salud en la familia.

La salud es uno de los aspectos donde más se muestran las desigualdades que hay en nuestro estado respecto a los pueblos indígenas y, especialmente, las mujeres. El primer obstáculo para tener una buena salud es el acceso, pues sólo en las comunidades más grandes existe un centro de salud y muchos de éstos son atendidos por médicos pasantes. Para muchas otras personas, el centro de salud queda a veces hasta a cinco o seis horas de camino y eso hace difícil poder atenderse a tiempo, como es el caso de comunidades como “Rancho viejo” y “La Vieja” que pertenecen al municipio de Mochitlán Guerrero.

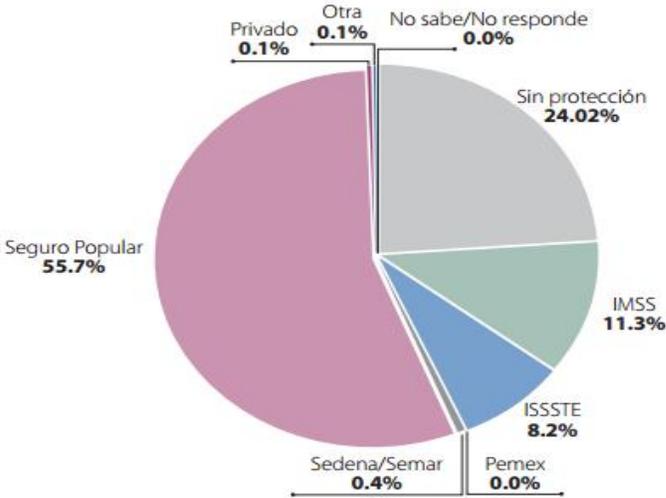
Las mujeres sufren diferentes enfermedades: “dolor de cabeza”, diarrea, vómito, “calentura”, gripas, “hinchazón de cuerpo o pies”, estado alto de desnutrición en los niños, entre otros. Pero hay muchas otras enfermedades que se desconocen,

pues la mayoría de las mujeres no acuden a los hospitales o por la lejanía, sólo se trasladan cuando están muy graves y a veces no logran llegar con vida.

Muchos casos son atendidos en las comunidades por la medicina tradicional y las mujeres en proceso de parto se atienden con las parteras; en algunos casos difíciles, cuando el niño viene en posición complicada como la podálica o de cara, se acude a los hospitales, pero se encuentran con obstáculos, como los siguientes: Los médicos no entienden su lenguaje, la discriminación por ser mujeres indígenas, reciben atención de mala calidad, el costo de hospitalización es muy alto para ellas, así como las medicinas; consideremos que el ingreso per cápita de Guerrero que es mediano en comparación con los demás estados de México, en 2015 registró 131.206.954 pesos, lo que representó el 1.4% y ocupó el lugar 24, con respecto al total nacional.³⁵

En algunos casos, aunque sean muy graves, prefieren quedarse en la comunidad porque no hay medio para su traslado, por falta de recursos económicos o porque su marido o familiares no la apoyan.

Imagen 2 .Distribución de la población por condición de protección en salud. Guerrero, México, ENSANUT 2012



Fuente, México, ENSANUT 2012

Por otra parte, la familia es un sistema abierto, es decir, hay estrecha interrelación entre sus integrantes, por lo que le sucede a un miembro, influye ineludiblemente en los otros y en el sistema como un todo. Cuando una mujer está embarazada se las arregla como pueden, estas historias son reales; los municipios como San Luis Acatlán ocupan el primer lugar de muertes maternas. De acuerdo a recientes datos del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) en Guerrero se han registrado 21 muertes maternas hasta el pasado 18 de julio de 2016, ubicándolo en sexto lugar nacional. La falta de trabajo en las comunidades indígenas hace que las mujeres se sientan impotentes de no poder atenderse y en consecuencia incrementa la mortalidad materna. (Ver imagen 2)

3.3 La familia.

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 16.3 dice que es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Pero con las modificaciones por los avances en los derechos humanos, el concepto de “familia”, está cambiando; tenemos ahora derechos de homosexuales, derechos de los discapacitados, derechos de los niños y niñas, etc. Sin embargo, el único vínculo autorizado y reconocido por la sociedad, es el matrimonio - consideremos que en el mundo existen países en los que el matrimonio, entre dos personas, mientras que en otros, aceptan la poligamia- , unidos no tan solo por lazos de hermandad sino, de consanguinidad.

Así tenemos que, hay distintos tipos de familia:

- La familia nuclear clásica.
- La familia homoparental

- La familia adoptiva
- La familia con padres y madres de diferentes etnias y culturas.
- La familia con padres y madres divorciadas o separadas.
- La familia reconstituida a partir de anteriores matrimonios.
- La familia de acogida.
- La familia monoparental.
- La familia sin hijos.
- La familia de hecho. (Unión libre)

Algunos expertos dicen que la familia es la base de la sociedad sin embargo, la familia, no es tan solo la base de esta sociedad, sino que es un eje de formación de vida, ya que lo que se aprende dentro de ella, es lo que vamos a ser y demostrar a largo de toda vida. Trasmite, valores, cultura, roles, normas, conductas conocimientos, tradiciones y costumbres; además de enseñarnos el cómo cuidar y atender a los integrantes de la misma.³⁶ Reforzar estos valores en Instituciones educativas para así evitar que los integrantes de la familia se alejen y termine desintegrada.

3.3.1 La familia Guerrerense.

En Guerrero, prevalece la familia, extensa. Por ejemplo, la familia de triple generación incluye los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos y comparten una sola casa. Los abuelos siguen teniendo la autoridad sobre los hijos y los nietos. Por lo que la familia de jóvenes, no puede evolucionar ni salir de esa situación, lo que hace una relación difícil entre sus

miembros; siguen viviendo en la misma casa pero sin existir ninguna comunicación.

La familia de la montaña tiene una muy particular característica, es prácticamente un matriarcado, ya que el padre tiene que salir a trabajar. Existen factores en la actualidad que están haciendo cambiar a las familias: la violencia e inseguridad que vive el estado de Guerrero. La familia se ve obligada a trabajar arduamente sus tierras para poder alimentarse, pero además tiene que dar parte de su cosecha a los grupos delincuentes o lo que es peor, la familia se desintegra porque los jóvenes se van a formar parte de esos grupos.³⁷

En las comunidades indígenas, por falta de mejores oportunidades, emigran en busca de mejores condiciones de vida. Anteriormente, los hombres emigraban a Lázaro Cárdenas para trabajar en obras de construcción y después se iban con toda la familia a Culiacán, Sinaloa y Hermosillo, pero en los últimos seis años las mujeres y los hombres emigran a Estados Unidos. En las comunidades indígenas mixtecas, sólo se quedan los ancianos, los niños y algunas mujeres, pero la mayoría se van en busca de mejores condiciones de vida.

En particular, las mujeres salen de su comunidad para emigrar a otro estado o, incluso actualmente, a Estados Unidos. La mujer cambia la forma de vida, el trabajo y el dinero le dan otra condición de vida, esto hace que supere la autoestima y a las que se quedan en las comunidades les ha permitido tomar decisiones sobre el mando de la casa y además participan en los quehaceres colectivos de la comunidad, como en las reuniones comunitarias, comité de escuela, cargos en las fiestas tradicionales.

La migración tiene desventajas y ventajas hacia las mujeres indígenas; anteriormente, el machismo en las comunidades era impresionante; en la actualidad las comunidades en donde más emigran, ha venido a favorecer en la toma de decisiones por las mujeres ya que los esposos no se encuentran.

Pero también existe desventaja en la migración: las mujeres se quedan solas, los hijos no crecen con los padres, las tierras se quedan abandonadas, se comienza a perder la cultura, la lengua y la vestimenta.

Por lo anterior, es difícil hablar de desarrollo, ya que existen varios factores que limitan el desarrollo de la mujer; el no saber leer es una restricción porque limita conocer otra fuente de información, la experiencia de otras mujeres.

La migración es un factor importante para el desarrollo; cuando los padres emigran, los hijos se quedan con los familiares, tienen que trabajar para poder comer y esto no les permite acudir a la escuela, y esto seguirá siendo un factor limitante en las generaciones futuras.

Hasta la actualidad, los proyectos impulsados por las instituciones federales, estatales y municipales son diseñados por la gente que vive en las ciudades, que no conoce las situaciones culturales, ideológicas y climáticas de la región o más bien situaciones reales de las comunidades y, además, con reglas de instituciones que muchas veces la población indígena no puede cumplir para ser beneficiaria. Éstos son pequeños proyectos que no impactan a la población, porque también carecen de asesoría, capacitación para los integrantes y seguimiento.

Algunos proyectos, especialmente aquellos que tienen modelos de negocio complejos o que necesitan de inversión externa para ser puestos en marcha, requieren de estudios de concepto de viabilidad antes de avanzar, para averiguar si dicho proyecto se considera viable, rentable y factible. Se usa como orientación para determinar si una propuesta de empresa será rentable, cuáles son los principales riesgos que se encontrarán en el desarrollo de la misma (algo que los campesinos, mujeres, grupos, etc. suelen desconocer con frecuencia) o para evaluar si un conjunto de procesos o procedimientos mejorará los resultados de un proyecto actualmente en curso.

Las mujeres cada día luchan por una vida mejor para todos en general y para ellas mismas, pero son muchos los factores que impiden el desarrollo

3.3.2 Papel de la mujer en la familia.

La mujer es un pilar importante en la familia, por lo que primeramente se mencionara las actividades que realizan, el valor que tiene para la familia y por ende para la sociedad.

Las mujeres indígenas realizan actividades según la región. Participan activamente en todos los ámbitos económicos: en las labores agrícolas, en la cría de animales domésticos, en los quehaceres del hogar, en la elaboración de artesanías y algunas también en la comercialización o en la prestación de servicios en las principales ciudades o centros urbanos.

Hay una gran variedad de artesanías elaboradas por las mujeres indígenas según su pueblo. Las especialidades de las mujeres nahuas son la elaboración y decoración de artículos de barro, canastos, figuras hechas con hojas de maíz, hamacas, así como papel de amate. Su mercado principal son los lugares turísticos, tianguis y otros estados de la república.

Las mujeres mixtecas de la Costa Chica tejen huipiles, servilletas, bordan punto de cruz sobre cuadrillé o sobre manta, elaboran y decoran objetos de barro como cántaros, ollas, comales y distintas figuras. En la región de la montaña elaboran sombreros de palma y petates y su mercado es local pues se consume en la misma comunidad.

La actividad artesanal de las mujeres tlapanecas es la elaboración de gabanes, bolsas de lana de borrego, su mercado básico es en la comunidad y algunos venden en otros lugares.

En el caso de las mujeres amuzgas, su actividad artesanal consiste en la elaboración de manteles, servilletas, huipiles, blusas, camisas. Todas estas actividades son realizadas con un tejido muy fino que en los últimos tiempos tienen mucho mercado en casi todo el estado y en otros lugares por la calidad del trabajo y los nuevos diseños que están incorporando.

Las mujeres se levantan muy temprano a poner lumbre, “moler”, preparar el almuerzo, organizar a los niños para la escuela y desarrollan todas las labores domésticas. Durante el día realizan muchas más actividades: poner café, ir al molino, hacer tortillas, poner nixtamal, hacer almuerzo, dejar comida al campo, juntar y traer leña, barrer, remendar ropa, aseo del hogar, llevar niños a la escuela, bañar niños, coser, atender hijos y esposo, tejer artesanía, ir por agua, guisar, planchar, cuidar animales domésticos y además las actividades del campo. Antes de dormir arreglan el frijol para el siguiente día y almacenan el agua para la mañana.

Las mujeres hacen todas estas actividades sin recibir ningún pago ni estímulo a pesar de la inmensa carga de trabajo. Adicionalmente, muchas realizan otra serie de actividades remuneradas como tejer, bordar, hacer antojitos para vender: enchiladas, tostadas, pozoles, tamales, pan, empanadas, café molido, hacen artesanía de barro, y cuando las alquilan para trabajar, hacen petate, artesanía de palma, coser, planchar y lavar ropa ajena; así como los productos de campo. Éstos son los trabajos que las mujeres hacen para recibir un estímulo que puede ser dinero, o bien, para cambiarlos por otros productos que de alguna manera les beneficie a ellas directamente y sienten como parte de su logro personal.

3.3.3 El empoderamiento de las mujeres indígenas.

Para hablar de empoderamiento, tenemos que hablar sobre los factores de vulnerabilidad que presenta la mujer y que en la medida en que éstas reducen o incrementan las posibilidades de vivirlas también aumentan.

Los recursos con que cuentan los hogares pero especialmente las mujeres, serán influencia positiva o negativa en el futuro de las personas de ese hogar. La importancia de la composición y dinámica de las familias, también forma parte de esos factores que hacen vulnerable a la mujer.³⁸

Las mujeres cuidan, alimentan y sanan a sus pueblos, a la Madre Tierra y además permiten la reproducción de los pueblos como pueblos. Las mujeres son portadoras de conocimientos tradicionales que les permiten velar por la Madre Tierra haciendo, por ejemplo, frente al cambio climático. Estos conocimientos, creencias y prácticas no se encuentran en libros, ni manuales sino que son transmitidos y aprendidos de generación en generación.

Este poder que tienen las mujeres indígenas portadoras de una sabiduría milenaria muchas veces no es reconocido, ni valorado por las entidades de gobiernos, agencias de desarrollo e incluso en las propias comunidades en donde los modelos patriarcales se encuentran fuertemente instalados.

El empoderamiento, entonces, es comprendido como un proceso holístico donde las mujeres son las que se empoderan a sí mismas integrando los aspectos individuales con los colectivos.

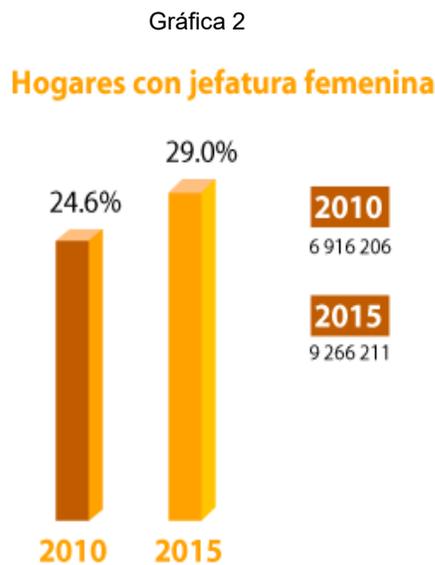
El empoderamiento de las mujeres indígenas debe ser conocido como un proceso y no una actividad o proyecto, que incluye una dimensión individual pero sobre todo colectiva y además debe partir del reconocimiento del poder que las propias mujeres ya poseen, fundamentado en sus conocimientos y prácticas tradicionales. Se debe concebir el empoderamiento de las mujeres indígenas como un proceso que implica un cambio de paradigma.³⁹

Luego entonces, el empoderamiento de las mujeres, depende de varios factores, uno de ellos es el desarrollo económico; cuando las mujeres tienen entrada económica adquieren poder de mando y decisión en la familia.

3.3.4 Hogares liderados por mujeres

Los hogares también se clasifican de acuerdo con la persona que los dirige. La información de la Encuesta Intercensal 2015, muestra que el 29% del total de los hogares son dirigidos por una mujer, esto significa que 9 millones 266 mil 211 hogares tienen jefatura femenina.

La jefatura femenina aumentó 4 puntos porcentuales entre 2010 y 2015:



FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. C
FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

María Isabel Chamorro, presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres, en el año 2000, citó tres factores: la incorporación de la mujer al mercado laboral, el cambio en el rol de la mujer (antes tenía un rol de cuidado y permanencia en la casa), y en la concepción de la familia (era más difícil pensar que la mujer iba a quedar sola cuidando a sus hijos).

De los 32.9 millones de hogares que hay en México, el 27.3%, casi 9 millones, posee una mujer como jefa de familia.

Según el INEGI 2015, en promedio, los hogares del país tienen 3.7 integrantes y la edad del jefe de casa es de 48.7 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de los Hogares 2016 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

Las entidades del país con más hogares encabezados por mujeres son Sonora, con 36.1%; la Ciudad de México, 35.3%; Tlaxcala, 32.3%; Morelos, 31.2%, y Guerrero, 30.8%.

Del Censo 2011, el 25% de las familias, tienen necesidades básicas insatisfechas, pero por otro lado, hay un 21% de las jefas de hogar que tienen algún grado de educación universitaria y por ello, es de esperar que mayores ingresos.

En algunos estudios nacionales e internacionales se ha señalado la mayor vulnerabilidad de los hogares liderados por mujeres, sobre todo con base en la mayor proporción de jefas de familia en edad adulta y en la mayor carga de trabajo que éstas enfrentan en la vida cotidiana, lo que se explica, en parte, por la ausencia de pareja masculina.⁴⁰

Existe el dogma de que las mujeres carecen de visión de inversión, los recursos que las mujeres reciben de los familiares que trabajan fuera del país son invertidos en casa de materiales, tiendas de abarrotes, aparatos electrodomésticos como grabadoras y televisiones; no es porque sea mal invertido, sino que cuando los esposos regresan un tiempo, tienen que emigrar de nuevo porque no encuentra entrada de dinero. Si la inversión sigue sin plusvalía, las mujeres seguirán siendo pobres, aunque los esposos permanezcan trabajando en Estados Unidos.

3.3.5 La pobreza

México se encuentra entre el grupo de países con alto Índice de Desarrollo Humano (IDH), en contraste con la desigualdad en los niveles de desarrollo al interior de la República, entre los diferentes estados. Mientras en el Distrito Federal o Nuevo León el IDH se sitúa a la par de países como Argentina, el IDH de Chiapas es parecido al de Siria o Nicaragua. A nivel municipal las disparidades son aún más evidentes. En Chiapas, Oaxaca y Guerrero, se encuentran municipios con un IDH similar a países como Nigeria o Senegal.

Las grandes limitaciones de visión son los obstáculos para el desarrollo en las comunidades indígenas; no sólo es la falta de carreteras, escuelas, centros de salud u hospitales, sino también la autoestima de cada persona, la valoración de cada ser humano, la violencia entre las parejas y entre ciudadanos, conflictos agrarios, políticos, religiosos, todo esto también va ligado a la pobreza de conocimiento; un porcentaje importante no sabe leer. En las comunidades, la falta de conciencia, envidia, la falta de proyectos personales y de grupos, la falta de valoración de las riquezas naturales, el consumo de alcohol en los hombres, la compra de productos chatarra en las grandes tiendas.

El campesino trabaja todo el día con un patrón y gana al día, si bien le va, 60 pesos; con estos 60 pesos compra todo lo de la canasta básica, esto hace que las grandes empresas crezcan y el campesino siga explotando su fuerza física.

La pobreza es por falta de programas dirigidos a las poblaciones indígenas y una reforma de profundidad para combatir la pobreza. Que no significa, por ejemplo, impulsar un programa como el piso firme, porque aunque la gente tenga piso, pero si no tiene qué comer y tampoco va a la escuela por falta de maestros en las comunidades y las mujeres se mueren en el proceso de parto, el piso firme no combate la pobreza, sino maquilla la cifra de una vida mejor.⁴¹

La pobreza es la que hace que la mujer sea sumisa en las comunidades indígenas, ya que los esposos son los que mantienen la familia porque la mujer hace trabajo en el hogar pero no es valorada por el esposo y quien aporta el

dinero es él y, la mujer, al tener proyecto de desarrollo en su comunidad y en su hogar, adquiere poder.

Cuando la mujer comienza a adquirir poder y toma decisiones, comienza a dejar de sufrir violencia en los hogares.⁴² Es aquí donde se necesita desarrollar grandes proyectos para que las mujeres se empoderen; necesitan ya no depender económicamente del marido y además es sano para que los hijos tengan una vida diferente.⁴³

La desnutrición en las comunidades depende mucho de que la madre tenga una fuente de empleo, porque si la mujer tiene trabajo, los hijos se alimentan mejor, se ha observado que desafortunadamente los hombres ocupan su ingreso salarial en beber alcohol y los hijos se quedan sin comer o con alimentación deficiente. Tan solo en enero 2014, a través del Programa de Prevención y Control de las Adicciones de la Secretaría de Salud Guerrero, hicieron saber que, la tasa de abuso/dependencia de alcohol en hombres es de 10.4 por ciento y en mujeres 2.1 por ciento a nivel estatal. De cada 100 hombres 10 presentan por lo menos abuso a las bebidas embriagantes; y por cada 100 mujeres, 2 presentan este problema.⁴⁴

La pobreza en cualquiera de sus manifestaciones puede provocar insatisfacciones y estas a su vez frustración. Para muchos quizá la oportunidad de buscar una salida fácil, para otros, la necesidad de trabajar doble o triple, pero siempre cabe la posibilidad de violencia por amenazar su paz.⁴⁵

3.4 Violencia

La OMS, declara que la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

No se puede dejar de lado que la violencia casi siempre va de la mano de otras circunstancias muy penosas para quienes las padecen como: Marginación, explotación, discriminación, entre otras; todos estos factores detonantes de violencia. Aun así hay varios expertos en el tema y estudios realizados que alegan que lo que sucede es totalmente lo contrario, es la violencia quien causa decepción desconfianza y poco a poco mata los valores morales de una sociedad, lo que a su vez genera diversas formas de pobreza.⁴⁶

El Instituto para la Economía y la Paz informó que las ciudades guerrerenses de Acapulco y Chilpancingo son de las más violentas del país, la alta tasa de homicidios y el nivel de impunidad, colocan al estado de Guerrero como el más violento de México, por encima de Morelos, Sinaloa y Michoacán, según el análisis Índice de Paz México 2015 del Instituto para la Economía y la Paz. En los dos últimos años, la tasa ha sido de 100 por cada 100,000 habitantes, cuando a nivel mundial es de 6, y en México es de 13 homicidios.⁴⁷

La economía a nivel estatal es de las más afectadas debido al miedo por parte de los visitantes de otros estados que han preferido pasar sus vacaciones en otros lugares de relajación, Acapulco dejó de ser el puerto paradisiaco lugar preferido por muchos turistas nacionales y extranjeros, es una tristeza ver negocios que antes estaban abarrotados de visitantes ahora solo el recuerda queda de aquel Acapulco por que hoy se han cerrado más negocios y los pocos que quedan tienen que sobrevivir pagando derecho de piso a delincuentes, viviendo con el temor de ser secuestrados.⁴⁸

En Guerrero, los rezagos son mayores para las mujeres: 28% de las guerrerenses sólo hablan una lengua indígena, 23% son analfabetas; los bajos índices de escolaridad también afectan mayormente a las mujeres: 54% de las madres que habitan municipios con alta presencia indígena carecen de estudios o no tienen primaria completa; su tasa media de fecundidad es superior a la del país (2.42% en el estado frente a 2.10% en México), lo cual no necesariamente indica que las guerrerenses deseen tener más hijos, sino que hay altos índices de demanda

insatisfecha de métodos anticonceptivos (24% en el estado, la media nacional es de 7.9%) y en zonas indígenas llega a ser el primer lugar.⁴⁹

La muerte o la seguridad de continuar con vida durante el proceso reproductivo, también depende de la intervención, decisión y actuación de diversos actores: la propia mujer embarazada, su pareja, los padres, los suegros, los familiares; las autoridades comunitarias y municipales; los conductores de vehículos; las parteras, los médicos, las enfermeras; y por supuesto, los responsables de las políticas públicas de salud y de la asignación y ejercicio del presupuesto público.⁵⁰

Pero otro dato escalofriante es que en la región de la Montaña del estado de Guerrero, las niñas son vendidas como esposas o para ser utilizadas en labores domésticas; mientras más jóvenes más alto es su precio.⁵¹

3.4.1 Violencia de género

La ONU, define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"

La violencia contra la mujer, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a disponer de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la

información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

En el Estatuto de la Corte Penal Internacional, que se firmó en Roma, en julio de 1998, se incorpora la figura del embarazo forzado calificado entre los crímenes graves que constituyen una amenaza para la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad. De la misma forma se define y codifica en el derecho internacional penal, la violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, la esterilización forzada y de termina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel que los crímenes más atroces a nivel internacional.

En 1999, la Asociación Mundial de Sexología emitió la Declaración Universal de los Derechos Sexuales de Hong Kong:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual.

En varias instancias internacionales, luego de Viena, las mujeres participaron aportando sus investigaciones, inconformidades y propuestas, con el objetivo de afirmar y desarrollar lo ya conquistado. En este proceso, se fue revisando y ampliando el concepto de derechos humanos.⁵²

Finalmente, logró separar el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción, a través de las técnicas de reproducción asistida, como lo son la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada. Así, podemos afirmar que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción, y la reproducción, no requiere un ejercicio previo de la sexualidad.

Por último, se tiene que definir la diferencia entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Si bien, existe un punto de conjunción entre sexo y reproducción, éste obliga al ejercicio de la sexualidad heterosexual en parejas en las que la mujer se encuentra en edad fértil. La tradicional descripción de los derechos sexuales dentro de los derechos reproductivos se ha debilitado, ya que encontramos con mayor frecuencia, relaciones de parejas no heterosexuales.

La Ley existe fundamentalmente para el ejercicio de la igualdad de la mujer, cobrando mayor relevancia la preparación de la Mujer y su lucha permanente por conquistar un lugar en donde comprobar, que su capacidad, creatividad y esfuerzo son iguales que los del hombre.

En el Código Civil de la Federación expedido en el año de 1928 se otorga la igualdad jurídica a la Mujer Mexicana con lo que, alcanza la misma posición que posee el hombre ante la Ley. El Suceso histórico de mayor trascendencia para la lucha de la Mujer Guerrerense es sin duda la creación de la Secretaría de la Mujer, durante el Gobierno de José Francisco Ruiz Massieu; primera en su género, para atender exclusivamente los problemas de la Mujer, la cual se crea el 21 de Abril de 1987, regida por el artículo 30 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 33 de fecha 21 de abril de mil novecientos ochenta y siete, como un Órgano Descentralizado.

El progreso de un país, no se alcanza si solo se toma en cuenta a la mitad de la población, es decir, sino no se considera a la mujer. Para lo que hay que considerar la libertad de elegir opciones para la vida. Esto significa, tener y gozar de derechos humanos básicos, en los que comprende el derecho a la vida sin

violencia, sin discriminación, como lo presentaron en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).

En Guerrero, redundan en la restricción de sus libertades y el ejercicio de sus derechos así, por ejemplo, la tasa de alfabetización es de 77.21% para las mujeres y de 85.58% para los hombres; la tasa de matriculación (de primaria a licenciatura) es para las mujeres de 66.21% y para hombres es de 67.81%. Pero la brecha más importante en uno de los componentes del índice se aprecia en la brecha de ingresos provenientes del trabajo: las mujeres ganan, en promedio, 2 757 dólares PCC, mientras que los hombres 7 270 lo que significa que ellas ganan alrededor del 38% de lo que ganan los hombres.

Uno de los aspectos que ha venido modificando a la familia y a la mujer como consecuencia, es la creciente ausencia del padre por lo que la mujer pasa a ser, padre, madre y cabeza de familia. De acuerdo con el censo de población 2015 de INEGI, 4.2% de las mujeres en Guerrero, está separada y 0.9% divorciada, valores cercanos al promedio nacional (3.7% de mujeres separadas y 1.3% divorciadas). Por cada cien matrimonios en la entidad hay 9.1 divorcios en las áreas urbanas y casi ninguno en área rural.

Si bien existe un marco normativo para proteger los derechos humanos de las mujeres, la falta de atención por parte de nuestros dirigentes, pero sobre todo la falta de empatía para con ellas, constituye un obstáculo para llevarlos a cabo.

En una entrevista que realizó la periodista Rosario García Orozco, en la región de la montaña, a la dirigente de la organización de mujeres de Acatepec, la Sra. Enriqueta García Mateos, esta explicó:

...“ Cuando nace una niña, el padre se pone contento “porque cuando crezca la podrá vender o intercambiar por una res, una hectárea, café, chocolate, cervezas o dinero”...“Muchos padres lo hacen sólo para mantener su vicio, porque hay una alta incidencia de alcoholismo y el dinero que obtienen de la venta de sus hijas lo

utilizan para eso"... "Las mujeres que son vendidas en esas condiciones a los hombres de sus comunidades o a los que llegan de fuera para trabajar en las carreteras o cualquier otra actividad, no tienen el apoyo de sus familiares así se den cuenta de que son maltratadas, humilladas, golpeadas o que no las alimentan bien. Como fueron vendidas, no tienen derecho a reclamar nada"... "Algunos hombres no son de la misma comunidad, llegan de fuera y dicen que se enamoraron de las jóvenes, las compran y luego se las llevan"...

En Guerrero, la violencia obstétrica ha sido una constante que se ha observado sobre todo en la población indígena, lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia a las mujeres indígenas como sinónimo de multigestas, por lo que en algunos lugares se han reportado violencia obstétrica. La mujer indígena embarazada, generalmente, es atendida en su comunidad, por la partera; solo cuando existe riesgo de perder la vida, es trasladada al medio institucional, en donde existen situaciones que se transforman en barreras, la primer barrera de ellas es el idioma; no permiten que sea un médico quien les revise, tiene que ser una mujer. Es justamente, este tipo de barreras, que en ocasiones, al personal médico a tomar decisiones que no le corresponde.

Así entonces:

"Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos".

Hay que mencionar que dentro de los derechos reproductivos, también se considera el escoger libremente la pareja sexual así como decidir libremente el matrimonio; la planificación familiar para acordar sobre los métodos anticonceptivos que usaran así como la reproducción. También son derivados de los derechos reproductivos el derecho de la mujer a no ser despedida por motivo de su embarazo, y el derecho a la baja maternal pagada.

En algunos países (España y otros países de Europa) se reconoce también el derecho a baja por paternidad, puesto que se entiende que en las primeras semanas la mujer, aun sin trabajar, puede no ser capaz de hacerse cargo de su casa y de su hijo sola, y el nacimiento de un hijo es responsabilidad de ambos padres.⁵³

Así, entonces, se considera que la violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, la coacción sexual y conductas de control.⁵⁴

Las estimaciones de la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual son proporcionadas por encuestas poblacionales, basadas en el testimonio de las mujeres violentadas a quien se ha llamado: víctimas.

En el primer *Estudio de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica*, realizado en septiembre 2016 en 10 países, observaron que en las mujeres de 15 a 49 años:

- entre el 15% de ellas en el Japón y el 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja;
- entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años;
- la primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron que su primera experiencia sexual había sido forzada).

En un análisis reciente hecho por la OMS,⁵⁵ la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros, 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

Entre 2011 y 2013, las entidades que presentan las tasas más altas en homicidios de mujeres son **Guerrero**, Chihuahua, Tamaulipas, Coahuila, Durango, Colima, Nuevo León, Morelos, Zacatecas, Sinaloa, Baja California y Estado de México.⁵⁶

La violencia de pareja y la violencia sexual son consumadas en su mayoría, por hombres contra mujeres y niñas aunque, el abuso sexual infantil afecta a niños y niñas. Aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia.⁵⁷ La violencia entre los jóvenes, incluye también la violencia de pareja. La violencia juvenil es un problema mundial de salud pública. Incluye una serie de actos que van desde la intimidación y las riñas al homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas más graves.⁵⁸

En Guerrero existe “Kinal Antzetik,” que en la lengua maya tzeltal quiere decir “Tierra de Mujeres”. Una asociación civil a nivel nacional de mujeres indígenas y que en el estado, la preside: Hermelinda Tiburcio Cayetano, quien tuvo a bien, presentar a una “compañera” quien sufrió de violación a sus derechos reproductivos y quien compartió su experiencia:

*“María”: Una mujer de 43 años, indígena, originaria de Ometepec.
...”Tenía 25 años, cuando me embarace de mi primer hijo, desde un principio, supe que era de alto riesgo, por lo que me estuve tratando en el hospital general de Ometepec, me hicieron cesárea y me dieron de alta con mi hijo... después de año siete meses, al estarme bañando, me sentí unos hilos entre las piernas , acudí al hospital a buscar directamente a la ginecóloga, (hacia pausas y sus ojos se abrían más) ella dijo que yo había firmado para ponerme el dispositivo y le conteste que el hecho de no hablar bien el español, no le daba el derecho de decidir por mí, ¡Acepto que no hablo bien el español , pero si la entiendo, el ser indígena, no es sinónimo de ignorancia, tengo 25 años y soy casada hace tres, me he cuidado y lo hice después de la cesárea pues me dijeron que por lo menos tenía que esperar dos años para embarazarme de nuevo!... me quitaron el dispositivo y después de tres años y medio, tuve a mi segundo hijo... no demande porque ella dijo que si había firmado y que tenía los documentos”...*

(Comunicación personal, 11 de diciembre de 2016).

Ejemplo de violación de derechos por el personal de salud y como barrera la lengua y cultura.

3.4.2. Obstétrica.

La violencia obstétrica: El maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, vejada, lastimada física y emocionalmente, también se incluye el no ser respetada en sus decisiones. Y constituye una violación a los derechos humanos. Es recurrente en los hospitales y se da en todas la esferas de la sociedad.⁵⁹

“La CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer), pide a los estados, adoptar medidas que

eliminen la discriminación en contra la mujer y recomienda que los servicios de atención médica garanticen el libre acceso a servicios relacionados durante el embarazo, parto y puerperio, además de contar con servicios de maternidad gratuitos y sin riesgo, los cuales también deben de ser libres de discriminación racial y edad”.

Sin embargo, todas las mujeres embarazadas, son vulnerables ante la violencia obstétrica, no importa religión, edad, nivel educativo, nivel socio-económico. La CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) ha recomendado “Garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el periodo posterior, incluyendo servicios de obstetricia de emergencia, especialmente a los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y decisiones, al respecto me refiero a los usos y costumbres de cada región”.

Este tipo de violencia es frecuente pero no se denuncia; las mujeres están pasando por un proceso en el que únicamente quieren parir a su hijo y no reparan en el grado de violencia en el que se encuentran. La violencia obstétrica, no debe verse como normal, algo que tiene que vivir toda mujer embarazada ya que estarían violando sus derechos humanos.

El personal médico debe de estar capacitado en todos sentidos, tener un trato de calidad, humanismo, empatía y estar calificados para ofrecer su servicio ya que este tipo de violencia se podría considerar una forma de discriminación.

Se considera violencia obstétrica física el alterar el proceso natural del parto mediante el uso de técnicas que aceleren el nacimiento sin el consentimiento de la madre (ya sea de manera verbal o escrita), al igual forma que se realice el parto vía cesárea estando en condiciones para el parto natural y la inadecuada atención a emergencias obstétricas, así como la esterilización obligada sin consentimiento de las mujeres y la negativa de recibir servicios de salud sexual y reproductiva. La esterilización forzada está prohibida en la Ley General de Salud y está tipificada

como un delito en el Código Penal Federal, con sanciones como arrestos, multas y clausuras de nosocomios.⁶⁰

Las recomendaciones de la OMS en este sentido son: “Evitar la maniobra Kristeller, la episiotomía, obligar a parir acostada en posición horizontal o inmovilizada, la maniobra Hamilton”. Como lo marca la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en la que se hacen diferentes observaciones a los procedimientos llevados a cabo desde el embarazo, en donde muchos de ellos pueden complicar, más que favorecer la salud.

Otra manera de violencia obstétrica, puede ser la psicológica e incluye el trato deshumanizado, grosero y discriminatorio cuando las mujeres piden asesoría o requieren atención y va desde regañones, burlas, ridiculización, sarcasmos, insultos, desinformación e indiferencia, hasta amenazas y humillaciones.

En México, únicamente tres estados han incluido la violencia a los derechos reproductivos y obstétricos, dentro de la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, estos son: Veracruz, Oaxaca y Guanajuato.⁶¹

3.4.3 Institucional

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define como Violencia Institucional “los actos u omisiones de las y los servidores que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Ocurre violación cuando un usuario ha sido despojado injustamente de sus derechos y las instituciones no les proporcionan un trato digno de calidad, cuando ha sido humillada, agredida o insultada además de ser tratada con insultos, palabras altisonantes o comentarios que afecten a su persona.

En la Declaración de la OMS 2014 encontramos: “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”. Menciona que son muchas las mujeres en todo el mundo, sufren de un trato irrespetuoso durante el parto, violando así la confianza entre ellas y los profesionales de la salud. Esto puede ser un factor para que las mujeres embarazadas no acudan o busquen asistencia hospitalaria.

De esta declaración, resultan las siguientes acciones:

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

El informe del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) que se realizó un estudio entre enero del 2014 y julio de 2015, 266 mujeres que fueron víctimas de violencia obstétrica e interpusieron quejas en sus estados, sin embargo, no existe seguimiento de los casos. El 48% de estas mujeres viven en el estado de Guerrero. "Si en México siete de cada diez mujeres mayores de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, significa que casi 72% de la población femenina con vida reproductiva ha requerido atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, y por ese solo hecho ha estado expuesta a sufrir un evento de violencia obstétrica"

En la práctica profesional, la violación a la mujer embarazada se hace evidente, el maltrato físico y verbal además de humillaciones, la falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención de consentimiento informado de manera adecuada, negativa para la ministración de analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad y el rechazo a la atención; lo que termina en complicaciones tanto para la mujer como para el recién nacido.

En los últimos años la relación entre paciente y personal de salud se ha deteriorado y vuelto cada vez más tecnificada o más gestionada, parece cada vez más como deshumanizada. Esto ha traído como consecuencia el que se olvide de la atención adecuada para los pacientes no tan solo obstétrica sino en todas las especialidades.

Por otro lado, el personal de enfermería, es la educadora por profesión y por ser el contacto continuo con las pacientes, sin embargo, no se tiene claro el concepto de violencia obstétrica ni el alcance de este hecho o bien, a veces también participan en ella, o callan ante estas situaciones.

3.4.4 Factores de riesgo

La violencia contra la mujer es una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos. Causa sufrimientos indecibles, cercena vidas y deja a incontables mujeres viviendo con dolor y temor en todos los países del mundo. Causa perjuicio a las familias durante generaciones, empobrece a las comunidades y refuerza otras formas de violencia en las sociedades. La violencia contra la mujer les impide alcanzar su plena realización personal, restringe el crecimiento económico y obstaculiza el desarrollo.

Dentro de los factores de riesgo encontramos:

Nivel del individuo: ser joven; tener una historia de abusos durante la infancia; haber presenciado escenas de violencia conyugal en el hogar; usar frecuentemente alcohol y drogas; ser de baja condición educacional o económica, e integrar una comunidad marginada o excluida.

Nivel de la pareja y la familia: el control masculino de la riqueza y la autoridad para adoptar decisiones dentro de la familia; una historia de conflictos conyugales, y la existencia de importantes disparidades interpersonales en materia de condición económica, educacional o de empleo.

La forma más común de violencia experimentada por la mujer en todo el mundo es la violencia ejercida por su pareja en la intimidad, que a veces culmina en su muerte. Muy generalizadas también están las prácticas tradicionales perjudiciales, como el matrimonio precoz y forzado, la violencia sexual, el acoso sexual y la trata de mujeres.

Desigualdad de la mujer con respecto al hombre en cuanto toma de decisiones.

En cuanto a la violencia sexual: Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual, ideología en los privilegios de los hombres y la ligereza de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

La violencia de pareja y la violencia sexual, originan a las víctimas supervivientes y a sus hijos, graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo.

La violencia contra la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio. La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, abortos, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH.

La violencia en la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. La violencia contra la mujer puede ser causa de depresión, trastorno de estrés, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio. Las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen pueden padecer de depresión importante sino se atienden rápidamente.

Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.

La violencia sexual, sobre todo en la infancia, puede afectar psicológicamente al menor y confundirlo en cuanto a su sexualidad, así como el inicio temprano de drogas.

Nivel de la comunidad: el aislamiento de las mujeres y la falta de apoyo social; las actitudes comunitarias que toleren y legitimen la violencia masculina, y la existencia de niveles elevados de carencia de empoderamiento social y económico, en particular la pobreza;

Nivel de la sociedad: roles de género que abroquelan la dominación masculina y la subordinación femenina, y la tolerancia de la violencia como medio de resolución de conflictos;

Nivel del Estado: la inadecuación de las leyes y políticas de prevención y castigo de la violencia y el bajo nivel de conciencia y sensibilidad de los agentes de la ley, los tribunales y los encargados de la prestación de los servicios sociales.⁶²

3.5 Derechos Humanos

Los derechos humanos en México son el conjunto de derechos esenciales de las y los ciudadanos mexicanos, garantizados en diversas categorizaciones jurídicas del país, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y disposiciones en la materia en las 32 entidades federativas del país. Desde 2011, debido a la Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos tienen rango constitucional los derechos humanos contenidos en los tratados internacionales de los que México es parte.

Los derechos humanos son facultades, prerrogativas, intereses y bienes de carácter civil, político, económico, social, cultural, psíquico, personal e íntimo, que posee el ser humano, y que se reconocen en instrumentos jurídicos nacionales e internacionales.

La importancia de los derechos humanos radica en que su finalidad es proteger la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la integridad de cada persona frente a la autoridad. Se fundamentan en el reconocimiento de que la dignidad es un atributo común a todos los seres humanos.⁶³

3.5.1 Derechos de las mujeres embarazadas

Como ya es común escuchar, en nuestro país, contamos con derechos, tanto en social, económico, político y obviamente en lo que se refiere a la salud.

Para la mujer desde el momento que decide quedar embarazada, o que se encuentra ya en estado de gravidez, existen derechos y nuestro país contempla derechos muy específicos, para el cuidado que la madre haya de darle al hijo, especialmente tratándose de madres trabajadoras.

Es de dominio público que a lo largo de muchos años la mujer ha sido objeto de discriminación, en referencia a la igualdad entre hombre y mujer, pero lo es aún más cuando está embarazada.

En México existe regulación específica relacionada con el derecho de las mujeres, reconociendo en diversas disposiciones legales. Al mismo tiempo, forman parte de nuestro propio sistema jurídico los convenios internacionales que México sostienen con respecto a la eliminación de la discriminación contra la mujer.⁶⁴

A continuación se señalan los artículos contenidos en la constitución y otras leyes como:

Los derechos constitucionales, La ley general de salud, Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Ley contra la discriminación, Que destacan la protección de la mujer desde el embarazo e incluso cuando su hijo ha nacido.

Entre los derechos constitucionales reconocidos desde entonces, se encuentra el de la protección a la maternidad, en el artículo 123, fracción V, cuyo texto original decía:

“Artículo 123. El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región, sin contravenir a las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos, y de una manera general todo contrato de trabajo:

V.- Las mujeres durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al

parto disfrutarán forzosamente de descanso debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por su contrato. En el periodo de la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos”.

Actualmente el art. 123 A...

V- Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

En la ley General de Salud, encontramos también artículos en los que se regula el derecho a la salud y la atención materno-infantil.⁶⁵

En el Art. 61, fracción I, enfatiza la atención en tres etapas la atención de la mujer embarazada: embarazo, parto y puerperio.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

En este instrumento se encuentran derechos otorgados a las madres y a los derechos de protección de niñas, niños y adolescentes:

Art. 20 _ Mientras las madres están embarazadas o lactando, tienen derecho a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) indica cuáles son los lineamientos que las organizaciones deben seguir cuando entre su personal se encuentra una mujer embarazada.

- ✚ Ser tratadas con respeto y no ser objeto de abusos.
- ✚ No se le puede obligar a realizar trabajos pesados que pongan en peligro su salud y la de su hijo
- ✚ No deben estar presentes cuando se realicen fumigaciones o cuando apliquen agroquímicos, de acuerdo a la empresa debe haber concesiones especiales para que químicos dañinos estén en contacto con la futura madre.
- ✚ Tienen derecho a descansar seis semanas antes y seis después de que nazca el bebé; en este período recibirá el pago completo del salario y conservará su empleo.
- ✚ Durante el tiempo en que amamante al recién nacido, tienes derecho a descansar media hora, dos veces al día.
- ✚ Sus derechos laborales no pueden estar condicionados por la renuncia a la maternidad; es decir no se les puede negar un trabajo o despedirlas porque están embarazadas.
- ✚ Recibir las prestaciones que otorguen a las madres las normas específicas y los contratos colectivos de trabajo.

Ley contra la discriminación. Esta Ley dice que las empresas que tengan al menos 15 empleados deben tratar a las mujeres que están embarazadas de la misma manera que a otros solicitantes de empleo o empleados con habilidades o limitaciones similares.

Los propósito de todas estas leyes, están encaminadas a la protección y no discriminación de la mujer embarazada; se entiende que no es fácil lograr que todas ellas se cumplan ya que tenemos diferentes formas de pensamiento y lo que para unos es riguroso cumplir, para otros es una forma de poder faltar a esa regla. ⁶⁶

Existe también la posibilidad de que estas leyes no se cumplan, ya que la mujer no denuncia a su agresor. Entonces se pierde la valiosa prueba del testimonio de la

víctima. Sus silencios siguen siendo cómplices de los maltratadores, librándolos así de sus condenas. Sin embargo “resulta fundamental conocer cuáles son las verdaderas razones que existen para no declarar en contra de su agresor, para enmascarar la comisión de otros nuevos actos de violencia/delitos como pueden ser amenazas, coacciones u obstrucción de la justicia.”⁶⁷

En cuanto al personal de enfermería, conoce el término de violencia obstétrica, pero desconoce la ley que lo sanciona. Los actos que constituyen la violencia obstétrica tampoco son conocidos al detalle, al igual que la forma en la que denuncia y los organismos que presten ayuda a las víctimas. A este hecho hay que añadirle que, en general poseen un significativo desconocimiento sobre la importancia que conlleva el correcto cumplimiento del expediente clínico.⁶⁸

3.5.2 La partería: Humanización del nacimiento

La Organización Mundial de la Salud define a las parteras tradicionales, o matronas, como "una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales".

La Asociación Mexicana de Partería, la define como:

“Una partera o partero profesional es una persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro y/o la certificación, establecidas por un órgano regulador autónomo integrado por parteras”.

“La partera profesional debe ser capaz de proveer a las mujeres el acompañamiento, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto; atender los partos con sensibilidad, responsabilidad y

autonomía, atender al recién nacido/a y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, el cuidado integral de la salud, la detección de las condiciones patológicas en la madre y el bebé, la atención primaria de la urgencia y la referencia oportuna.

Cumple una tarea importante en la orientación y educación en los derechos sexuales y reproductivos, no sólo de las mujeres sino también de la comunidad. Promueve la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural.

Su trabajo se basa en el conocimiento de la fisiología y en la confianza en la sabiduría del cuerpo de la mamá y del bebé, reconoce al parto y nacimiento como hechos naturales, íntimos y únicos. Su área de competencia abarca la esfera preconcepcional, prenatal, la preparación para la maternidad y paternidad, la atención del embarazo, parto y puerperio fisiológicos y se extiende a ciertas áreas de la salud sexual y reproductiva, la planificación de la familia y el cuidado de las hijas e hijos en los dos primeros años de vida. Puede ejercer su práctica en el domicilio, casas de parto, consultorios, centros de salud, hospitales o donde la mujer elija”

Una definición muy amplia de lo que es la partería, sin embargo, en las comunidades alejadas como en la montaña de Guerrero, como en muchas otras, es la mujer, la madre, la abuela quien se encarga de “hacer parir”. Lo interesante de esto, es que la atención que proporciona, es de confianza, armonía, pero sobre todo, lo proporciona en un ambiente, familiar. La contraparte, es que si el parto se complica, acudir a un centro hospitalario, se vuelve caótico ya que la distancia, es considerable.

La partería en México, la tenemos presente desde la época prehispánica con la “ticitl” quien se encargaba de cuidar a la mujer desde días previos al parto y posterior a este; esto se daba en el ámbito familiar. También se sabe que era la mujer quien se encargaba de dar estos cuidados, y se le ha hecho llamar “partera” del latín “partus”, que es participio del verbo “parere”, que puede traducirse como “parir”.

Actualmente existen distintos tipos de formación profesional para parteras: por herencia cultural, y en escuelas o como especialidad en enfermería, lo que las capacita para acompañar embarazos y partos; así como para recomendar métodos anticonceptivos y aconsejar a las mujeres sobre los cuidados de la menopausia.

Una actividad muy reconocida y respetada. Las parteras pueden ayudar a reducir significativamente la violencia obstétrica, así como la mortalidad materna y neonatal, ya que acompañan a la mujer en el embarazo, parto y post parto, pues conocen a las mujeres y las atienden de manera personalizada pero sobre todo, profesional.

La partera, mujer dedicada al hogar y al campo. Sabedora de brebajes medicinales, curaciones y ritos. Se sabe que practicaba maniobras para rotar al producto y la fitotomía con un cuchillo de obsidiana, cuando el producto moría dentro de la madre. Indicaba a la familia sobre todo lo que debían hacer para que el embarazo llegara a término, además de dar consejería sobre la alimentación, reposo y trabajos que podría realizar la embarazada.⁶⁹

Al igual que otras sociedades, en Guerrero, con tiempo de antelación, y con obsequios en mano, se acudía al domicilio de la partera para solicitar su servicio. Esta, visitaba a la embarazada a partir del 5° mes de embarazo. Si el producto se encontraba en mala posición, la revisaba cada 8 días, para acomodarlo, ya logrado el cometido, las visitas se hacían cada 15 días, hasta el parto, no indicaba ningún cuidado durante esta etapa. El papel de la partera, ha sido y sigue siendo importante dentro de la sociedad, sobre todo en las comunidades rurales, indígenas y campesinas.

En la encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) se hace referencia a la atención del parto entre médicos y parteras. Obteniendo: 3.2 % son atendidos por una partera pero en zonas rurales logra un 9%. En el caso de Guerrero fue de 24% en zona rural.

Esto nos dice que Guerrero se encuentra en el segundo lugar en la atención del parto por parteras. En las zonas rurales, al menos 2 de cada 10 partos son atendidos por parteras. En la entidad, 42% de la población vive en zonas rurales (localidades con menos de 2500 habitantes), con niveles de marginación muy altos, en donde 14% de su población, son indígenas.

Según la Secretaría de Salud en su censo de 2013 había 1871 parteras; 85% se encontraba en las regiones, Norte, Centro, Montaña y Costa Chica. Sin embargo hay que mencionar que el padrón solo considera a aquellas parteras que han recibido alguna capacitación.

Desde hace más de 10 años, la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afromexicanas –integrada por varias organizaciones, como Kinal Antzetik Guerrero y Noche Zihuame– creó las Casas de Atención a la Mujer Indígena (ubicadas en Oetepec, San Luis Acatlán, Chilapa de Álvarez y Acatepec) y han documentado la importancia de las parteras tradicionales en las comunidades ya que a pesar de que las políticas públicas no las consideran como agentes clave de salud comunitaria, las organizaciones siguen llamando a su reconocimiento y a la erradicación de la discriminación, del abuso de la medicalización en el parto, la morbi-mortalidad materna-infantil, y los partos en vía pública.⁷⁰

Es importante mencionar que en Guerrero, cuenta con una escuela de parteras profesionales, (Ver imagen 9) en 2014 contaron con 88 alumnas de diferentes etnias.⁷¹ Estas parteras, egresan con conocimientos generales de anatomía, fisiología, farmacología, ginecología, partería y con el ejercicio de la práctica clínica, que les permite desarrollar sus conocimientos y capacidad de tomar decisión. Egresan obteniendo un certificado con validez oficial de la SEP, sin embargo, egresan sin tener un empleo dentro de alguna institución.⁷²

A continuación se mencionara que teórica y su modelo fueron considerados para elaborar las intervenciones de enfermería.

Se Consideró el Modelo de Dorothy Jhonson para esta problemática porque se centra en los subsistemas conductuales, y enfermería es quien promueve el equilibrio y disminuye el estrés de la persona afectada. Además, de que hace al personal de enfermería el observador de la principal para poder extraer el origen del desequilibrio.

Imagen 9. Parteras profesionales.



La Jornada. 26 de agosto de 2014. Foto Bernandino Hernández / Cuartoscuro

La mujer que vive una violencia obstétrica, puede reaccionar de diferente manera, desde la indiferencia hasta la agresividad, por lo que las intervenciones son dirigidas en cada área por donde la paciente recibe atención.

3.6 MODELO DE DOROTHY JHONSON, APLICADO EN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.



Dorothy Johnson nació el 21 de agosto de 1919. Se graduó en Artes en la Amstrong Junior College, en Savannah, Georgia, a los 19 años. Se recibe como enfermera titulada a los 23 años en la Universidad de Vanderbilt de Nashville. En 1948, recibió su Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts.

Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale en donde “la enfermería esta designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión”. Falleció el 4 de febrero de 1988 a la edad de 79 años.

Teoría y modelo

La teoría Johnson es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. Propuso la idea de que la enfermería debe centrarse en el comportamiento de una persona, más que en su estado de salud o condición de la enfermedad; utilizó trabajos científicos conductuales en psicología, sociología y etnología, con los que desarrolló su teoría. También, hizo uso de los conceptos y definiciones de Rapoport, Chin, von Bertalanffy y Buckley.

Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente.

Subsistemas del modelo de Johnson:

1. De dependencia: promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.

2. De ingestión: tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.

3. De eliminación: se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.

4. Sexual: obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.

5. De agresividad: consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

6. De realización: su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

7. De afiliación: proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.⁷³

Los requisitos funcionales de cada subsistema incluyen

- ✦ Protección de las influencias nocivas
- ✦ Provisión para el ambiente de consolidación
- ✦ La estimulación del crecimiento.

En el caso de violencia obstétrica, también se observan problemas conductuales, tanto en la víctima como en el agresor y la enfermera o enfermero juegan un papel muy importante en la restauración de la salud y en enseñar nuevas y mejores formas de afrontar la realidad.

El modelo, también puede incluir a la persona que infligen maltratos psíquicos a sus parejas, por lo que el modelo se puede aplicar tanto a la mujer violentada como al que violenta.

La enfermera se transforma en un elemento de apoyo que busca ayudarle a desarrollar capacidades para afrontar sus problemas de la mejor manera posible. La encontramos en aspectos diversos como campañas de promoción y educación en el cuidado que ofrece a una mujer maltratada durante su hospitalización.

Las medidas de prevención primaria se han convertido en el foco de atención de la salud en un intento por reducir los costos sanitarios, así como de mejorar los resultados de salud del paciente. En este sentido, el modelo de Johnson es capaz de proporcionar un enfoque sistemático para las evaluaciones de enfermería y un método para guiar la atención del paciente.

Las intervenciones de enfermería, se llevaran a cabo a través de la consulta externa en donde acuden las mujeres embarazadas a sus revisiones. Así mismo puede aprovecharse el modulo del adolescente para poder captar a las mujeres con probabilidad de violencia. En el área de toco-quirúrgica y hospitalización (alojamiento conjunto) se dirigirán las intervenciones que correspondan.

IV Resultados

4.1 Intervenciones de enfermería

La educación para la salud al igual que la promoción, forma parte del primer nivel de atención, sin embargo, es necesario en cualquier nivel, mantener siempre esa parte importante como lo es la educación, sin dejar de lado, la atención pronta, integral y con calidad que hay que brindarle a las personas.

De acuerdo a Dorothy Johnson, en su teoría conductual define dos componentes principales: paciente y enfermera.

El paciente (persona o usuario) quien presenta un comportamiento repetitivo e intencionado.

La enfermera, como fuerza externa que actúa para preservar el equilibrio de la persona ayudándoles a prevenir o recuperarse de una enfermedad o lesión, por lo que requiere un conocimiento del orden, desorden y el control.

Ante la violencia obstétrica, la enfermera puede orientar a las personas de los factores que la propician y el cómo poder identificarlos y resolverlos junto con otros profesionales de la salud, de tal manera que sirva de experiencia para muchas más personas que se encuentren en esa situación.

A continuación se describirán las intervenciones en grupos, una la promoción y educación para la salud y sistemas conductuales.

Educación y promoción a la salud.

- Capacitación al personal de enfermería sobre violencia obstétrica, factores que la propician, cómo identificarla y las intervenciones en el proceso del embarazo, parto y puerperio, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016

- Dar a conocer a las embarazadas que acudan a su control, los derechos de las embarazadas a través de trípticos y pláticas para que no permitan que se les violente y de esa manera iniciar el empoderamiento a través del conocimiento.
- Identificar grupos o redes de apoyo para poder canalizar a la mujer que lo necesite.
- La enfermera Vigilará que se realice valoración del riesgo obstétrico a las pacientes que acudan a su primera consulta programada.
- La enfermera Vigilará que se realice valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Vigilar que se le otorgue la consulta de orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- Vigilar que obtenga un diagnóstico integral.
- Colaborar con el equipo multidisciplinario, para reducir/eliminar la violencia obstétrica, dentro del HMNG, promoviendo las intervenciones de enfermería.
- Se deberá instruir a la madre para que acuda en un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.
- Elaboración de historia clínica.
- Establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud, el monitoreo y evaluación continua, que comprenda los temas siguientes:

La UNICEF a través de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN).

Correspondería a enfermería difundir:

- Cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de Separarse de sus bebés. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.
- Alentar a que exista compañía para la mujer durante el trabajo de parto y el parto
- Permitir beber y comer alimentos durante el trabajo de parto
- Alentar el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, respetando las preferencias de la mujer
- Alentar a la mujer a que se mueva durante el trabajo de parto, y elija la posición que desee durante el parto
- Atención que no incluye procedimientos invasivos a menos que sean específicamente requeridos por una complicación, y explicando a la mujer la razón de dichos procedimientos
- Canalizar a las mujeres que han vivido violencia obstétrica.

Valoración de subsistemas De dependencia

- Vigilancia de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales) durante sus consultas agendadas.
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración durante las consultas.
- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.

Verificar que se tome:

-Biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)

-Grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_u)

-Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36

-Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas) bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.

Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.

-Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

- Durante el trabajo de parto, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.
- No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.
- Vigilancia de que no sea rutina la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por

escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto.

- El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer
- Verificación y registro del latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.
- El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada 15 minutos, considerando la evolución clínica.
- El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.
- Efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.
- Verificar durante el parto, que el médico o ginecólogo, permita el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, que se compruebe la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas y que revise el conducto vaginal.
- Verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.
- Vigilar la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura, después del parto
- Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.
- En las primeras dos horas después del parto, la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

De ingestión.

- Mantener la hidratación adecuada de la paciente durante el trabajo de parto.
- En las primeras 6 horas después del parto, favorecer la deambulaci3n, la alimentaci3n normal y la hidrataci3n, informar a la paciente sobre signos y sntomas de complicaci3n

De eliminaci3n.

- Desde que ingresa la paciente, hay que vigilar micci3n, as3 como las caracter3sticas de la orina.
- Vigilar desde el ingreso de la paciente a la instituci3n, si presenta evacuaciones y sus caracter3sticas.
- Durante el trabajo de parto vigilar que la paciente no acuda sola al sanitario, ya que existe la "urgencia" de evacuar.

Sexual.

- Vigilar que la paciente tenga la oportunidad de cargar de manera inmediata a su hijo.
- Proteger la individualidad de la mujer en todo momento, respetando su pudor.

De agresividad

- Proporcionar confianza entre la madres al darle cuidados a su reci3n nacido.
- Permitir a la madre que amamante a su hijo.

De realizaci3n.

- En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicaci3n de alimentaci3n a seno materno a libre demanda.

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.
- La atención a la madre durante la lactancia
- Vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño.

De afiliación.

- Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:
- Tipo de parto; Fecha y hora del nacimiento; condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.
- Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles. Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

V. Conclusiones

Somos conscientes de los conflictos por los que pasa el sistema de salud, de los compromisos políticos que se hacen en cada proceso electoral, de la falta de infraestructura adecuada, de la carestía de recursos, de la insuficiencia de personal y de escasez de equipo tecnológico, pero pensamos que su extrema gravedad no justifica los malos tratos en un sistema basado en el respeto a los derechos humanos ya que ninguna necesidad, da derecho a dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo.

En el marco de los Derechos Humanos, demanda que los derechos sean entendidos como indivisibles, independientes e interrelacionados. Aun así, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son a menudo pasados por alto, ignorados o considerados controversiales. Uno de estos derechos, es la vida y en las mujeres embarazadas, éste se extiende al feto, si se violenta a la mujer, se contraviene el principio de igualdad de género y representación porque se "anula las opciones de vida de la mujeres (y no la de los hombres), su dignidad, salud y autonomía, incluyendo la autonomía de sus relaciones personales.

Esto es importante porque al violentar los derechos sexuales y reproductivos se traducen en mortalidad materna evitable, abortos no seguros y crímenes de odio.

En cuanto a las prácticas profesionales de la salud, durante la atención del proceso del embarazo, se ha venido expresando un trato deshumanizado, pero no es sino la falta de conocimiento acerca de cómo identificar, diagnosticar y tratar a la mujer que ha vivido violencia; el personal de salud tiene que enfilar sus experiencias hacia una atención integral de la mujer embarazada.

Reconocer que todo acto dentro de la institución, afecta a todo el sistema de salud en general, generando concientización para un posible cambio en la relación médico y usuaria, e ir trazando un camino hacia la atención humanizada del parto.

Recordar que la mujer tiene derecho a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga copartícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuya intención sea el de investigación, salvo consentimiento informado.

A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

Otro aspecto importante es que el personal de salud, reconoce la existencia de la violencia obstétrica, pero no así las intervenciones que debe prestar a las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

VI. BIBLIOGRAFIA

- ¹ ONU, objetivos del milenio 2015. Objetivos de desarrollo sostenible.
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- ² CIDH, informe sobre la situación de los derechos humanos de Chile.(internet)Chile 2005 inglés, francés, portugués y español.(consulta dic 2016)Disponible en:
http://www.ciuh.org/contryrep/chile_85sp/cap.4.htm
- ³ OEA. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre. Estados que ratifican el protocolo, 2015. Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia, 1948 (Internet) español. (consultada en dic. 2016) Disponible en:
<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- ⁴ Salud en las Américas. 2007 (Internet) Convención Americana sobre Derechos Humanos. Capítulo. 5; español, portugués. (consulta, dic. 2016) Disponible en:
<http://www.paho.org/hia>
- ⁵ Salud de las américas, 2007 (Internet) Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 2, español, portugués. (consulta en dic. 2016) Disponible en:
<http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap6.html>
- ⁶ Salud de las américas, 2007 (Internet) Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 5, español, portugués. (consulta en dic. 2016) Disponible en
http://www.paho.org/hia/vol_1regionalcap4.html
- ⁷ Salud de las américas, 2007 (Internet) Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 6, español, portugués. (consulta en dic. 2016) Disponible en
http://www.paho.org/hia/vol_1regionalcap4.html
- ⁸ Reduction of maternal mortality A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement (Internet) Number of pages: 44. Publication date: 1999. Languages: English, French, Spanish ISBN: 978 92 4 156195 (Consulta Dic. 2016) Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241561952/en/>
- ⁹ Espinosa DG. Et-al Subsecretaría de equidad de género y desarrollo humano. Dirección general de institucionalización del enfoque de género. (Internet) 2013 (Consulta el 16 marzo de 2017) Disponible en:
<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Guerrero/gro03.pdf>
- ¹⁰ Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. A/CONF.177/20/Rev.1 Publicación de las Naciones Unidas. Número de venta: 96.IV.13Nueva York, 1996 (Internet) Disponible en:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ¹¹ Cataño O. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) Mortalidad materna y factores de riesgo asociados. Octubre 1 de 1988 - septiembre 30 de 1989 c0nsulta. (consulta dic. 2016) Disponible en:
www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf

-
- ¹² Castellanos RAI. Centro de Investigación Social Avanzada. Índices de violencia Obstétrica en México Comunicado de prensa de la Organización Panamericana de Salud (OPS) Washington, DC, 9 de mayo de 2002) (Internet) Disponible en:
<http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>
- ¹³ Echarri CC. La violencia femenicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014 Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. (Internet)2014 (Consulta el 5 de mayo de 2017) Disponible en:
<http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/02/violencia%20femicida%20en%20m%C3%A9xico%20aproximaciones%20y%20tendencias%201985%202014.pdf?v=1&d=20160418T214527>
- ¹⁴ Castro R & Erviti J .CISA. Índices de violencia Obstétrica en México. 2014 (Internet). (consulta el 12 de dic. 2016) Disponible en:
<http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>
- ¹⁵ Naciones Unidas, Nueva York, 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. ONU (Internet) (consulta, enero 2017) Disponible en:
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- ¹⁶ ONU, objetivos de desarrollo sostenible. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible 2015 (Internet) (consulta, enero 2017) disponible:
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- ¹⁷ Castro R, Erviti J. CONAMED 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Vol. 19, Núm. 1 (2014) > Castro (Internet) 2014. Consulta enero 17. Disponible en:
<http://www.dgconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/24/630>
- ¹⁸ Portal de Guerrero. Geografía de Guerrero.(Internet) (consultado 19 octubre 2017) Disponible en:
<http://guerrero.gob.mx/>
- ¹⁹ Municipios y delegaciones de México: Reseña histórica de Guerrero. (Internet) 2012. Consulta el 7 de enero 2017. Disponible en:
<http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM12guerrero/historia.html>
- ²⁰ Encuesta nacional sobre la dinámica de la Relaciones en los hogares 2011. (Internet) consultado el 20 de diciembre de 2016). Disponible en:
<http://www3.inegi.org.mx/lib/error.aspx?aspxerrorpath=/sistemas/tabuladosbasicos>.
- ²¹ INEGI: Anuario Estadístico del estado de Guerrero; 2014 (Internet) 2016 .Consulta 07 de dic. De 2017) Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/>.
- ²² Barth F. Biblioteca virtual de ciencias sociales. La organización social de las diferencias. Los grupos étnicos y sus fronteras culturales. Introducción. FEC, México D.F., 1976. (Internet) (Consulta 10 de mayo de 2017) Disponible en:
<http://www.museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/151209barth.pdf>
- ²³ Jiménez JL. Los Tlapanecos; (Internet) 2009 (Consulta el 9 de Sep. de 2016) Disponible en:
<http://costachicanuestra.blogspot.mx/2009/09/los-tlapanecos.html>.

-
- ²⁴ Pérez IGA. Pueblos Indígenas del México contemporáneo Amuzgos de Guerrero [Internet]; 2007 (Consulta el 12 de Sep. 2017) Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx>.
- ²⁵ Mindek D. Pueblos Indígenas del México contemporáneo. Mixtecas. [Internet]; 1997 (Consulta el 11 de Sep. de 2016) Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11727/mixtecos.pdf>
- ²⁶ Luengo NJ. UNAM. Red universitaria de aprendizaje: La educación como objeto de conocimiento: el concepto de educación. (Internet) 2014.consulta dic. 16 2017. Disponible en: <http://www.ugr.es/~fjirios/pce/media/1-EducacionConcepto.pdf>
- ²⁷ Díaz BF. CONSTRUCTIVISMO Y APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO (Internet) 1999 (Consulta el 5 de mayo de 2017) Disponible en: http://www.ict.edu.mx/acervo_educacion_Constructivismo%20y%20aprendizaje%20significativo_F%20Diaz.pdf
- ²⁸ INEGI Educación, analfabetismo 2015 (Internet) (consultado 19 octubre2017) Disponible en: [.http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gro/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=12](http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gro/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=12)
- ²⁹ Plan Estatal de desarrollo 2016-2021. <http://guerrero.gob.mx/articulos/plan-estatal-de-desarrollo-2016-2021/>
- ³⁰ El Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Asesores pedagógicos tinirantes, (Internet) 2016. Consulta 07 de dic. 2017. Disponible en: <http://www.conafe.gob.mx/apis/Documents/convocatoria-API-2016.PDF>
- ³¹ Guerrero edE. Portal oficial del Gobierno del Estado de Guerrero.[Internet]; 2016 (consulta el 10 dic 2016) Disponible en: <http://www.conafe.gob.mx/apis/Documents/convocatoria-API-2016.PDF>
- ³² Cantú LC. Salud Pública Guerrero. (Internet) 2012 (Consulta el 10 septiembre 2016) Disponible en: <http://www.encyclopediagro.org/index.php/indices/indice-cultura-general/1440>
<http://saludpublica?showall=&limitstart>
- ³³ Consejo nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas. La mortalidad materna indígena y su prevención. (Internet) 2010 (Consulta el 10 de septiembre de 2016)Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf
- ³⁴ Pública S. salud pública: Enciclopedia de Guerrero. [Internet]. 2012 (Consulta el 10 de septiembre de 2016). Disponible en: <http://www.encyclopediagro.org/index.php/indices/indice-cultura-general/1440-salud-publica?showall=&limitstart>
- ³⁵ Información económica y estatal. Secretaria de economía https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/196167/guerrero_2017_02.pdf
- ³⁶ Enciclopedia Británica española. [Internet].; 2009 (Consulta el 11 sep. De 2017) Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

-
- ³⁷ Valdes CG. Historia del narcotráfico en México. Edit. Aguilar 2013 [Internet](Consulta 07oct2017) Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=SC5HAgAAQBAJ&pg=PT95&lpg=PT95&dq=la++familia+guerrerense&source=bl&ots=oCiiZ3oXyK&sig=z_4bbku13mC_xqQ3rRYulf2gbjA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjxu-TT8d7WAhUB4SYKHS33B2A4ChDoAQg0MAM#v=onepage&q=la%20%20familia%20guerrerense&f=false
- ³⁸ UNIFEM. Las mujeres en Guerrero (Internet) 2015 (Consulta el 12 de Sep. De 2016) Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/Las_Mujeres_guerrero.pdf
- ³⁹³⁹ ONU. Mujer. Sexagesimo periodo de sesiones de la comisión de la condición jurídica y social de la mujer. 13- 24 marzo 2017. Naciones Unidas en NY. [Internet] (consultado 061017) disponible en: <http://www.unwomen.org/es/csw/csw61-2017>
- ⁴⁰ Jelin E, Pan y afectos. La transformación de las familias, Buenos Aires, FCE, 1998.(Internet) (Consulta el 12 de sep. De 2016) Disponible en: <https://www.fce.com.ar/archivos/guias/Cienciassociales/jelin.htm>
- ⁴¹ Sales HFJ. Pobreza y actores de vulnerabilidad social en México. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados / LXI Legislatura. Primera Edición. 2012. (Internet) (Consulta el 12 de Sep. De 2016) Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/.../Pobreza-factores-vulnerabilidad-social.pdf>
- ⁴² Tiburcio C.H. Mujeres indígenas de La Montaña de Guerrero: una aproximación* Mujeres indígenas y desarrollo 2012. [Internet] (Consultado 071017) disponible en: [http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/mujeres/4%20MUJERES%20INDIGENAS/Estado%20del%20desarrollo%20\(Cap%2012\).pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/mujeres/4%20MUJERES%20INDIGENAS/Estado%20del%20desarrollo%20(Cap%2012).pdf)
- ⁴³ ONU Mujeres. La Plataforma de Acción de Beijing cumple 20 años. Las mujeres en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones. (Internet) 2014. (Consulta el 15 Sep. 2016) Disponible en: <http://beijing20.unwomen.org/es/in-focus/decision-making>
- ⁴⁴ Portal Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero > Prevención y Control de las Adicciones (Internet) 2015 (Consulta el 12 de oct. 2016) Disponible en: <http://guerrero.gob.mx/tramites/prevencion-y-control-de-las-adicciones-2/>
- ⁴⁵ TORTOSA JM. Violencia y pobreza: una relación estrecha .[Internet] (Consulta 23 agosto17) nº 50; 1994, pp. 31-38. La pobreza es una bomba de relojería para la humanidad. http://www.cabuenes.org/03/documentos/cursos/globalizacion/bloque3/glob_biq3_05.pdf
- ⁴⁶ MARTÍNEZ MR. Pobreza y exclusión social como formas de violencia estructural [Internet] (Consulta 22 de agosto 17) Departamento de Trabajo y Servicios Sociales. Universidad de Alicante. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5810/1/ALT_05_02.pdf
- ⁴⁷ Meza RI. INSEGURIDAD EN EL ESTADO DE GUERRERO [Internet] (Consultado 27 de agosto 2017) secretaria general de gobierno. <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2016/02/INSEGURIDAD-EN-EL-ESTADO-DE-GUERRERO.pdf>
- ⁴⁸ Rodríguez IM. INSEGURIDAD EN EL ESTADO DE GUERRERO [Internet] (consulta 24 agosto 17) secretaria general de gobierno del estado. <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2016/02/INSEGURIDAD-EN-EL-ESTADO-DE-GUERRERO.pdf>

⁴⁹ Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008, La salud de las mujeres guerrerenses. Retos legislativos <http://coalicionxmujeres.fundar.org.mx/publicaciones-3>

⁵⁰ Subsecretaría de equidad de género y desarrollo humano dirección general de institucionalización del enfoque de género Protocolo de Investigación de Muerte Materna. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Guerrero/gro04_2008.pdf

⁵¹ Derechos Sexuales y Reproductivos de la Juventud: Por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la juventud. (Internet) 2016. (Consulta el 12 de Sep. De 2017) Disponible en: <http://guerrero.gob.mx/2016/08/la-atencion-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes-prioridad-de-la-secretaria-de-salud/>

⁵² Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. [Internet] 2011. [Consulta 14 Sep. 2016] Disponible en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap3.sp.htm>.

⁵³ Seguridad Social. Paternidad. [Internet].2015 (Consulta el 12 de Sep. 2016) Disponible en: http://www.segsocial.es/Internet_1/Preguntasmasfrecuen37888/SubsidiosyotrasPres48581/Paternidad/index.htm

⁵⁴ OMS: Género y Salud de la mujer. [Internet]. (Consulta 16 Sep. 2016). Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. (Internet) 2016 (Consulta el 16 Sep. 2016) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

⁵⁶ INEGI 2015. DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER [Internet] (consultado 061017) Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>

⁵⁷ OMS. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva Noviembre de 2016[Internet] (consultado sep 17) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

⁵⁸ OMS. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva Noviembre de 2016[Internet] (consultado octubre 2017) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

⁵⁹ Brena, SI. Facmed, UNAM: El Derecho y la Salud. (Internet) 2004 (Consulta el 12 de Sep. de 2017) Disponible en: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/6/2975/5.pdf>.

⁶⁰ Ley General de Salud - Secretaría de Salud (Internet) (Consulta el 15 de Sep. de 2016) Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

⁶¹ CNDH, recomendación general no. 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud. ciudad de México, a 31 de julio de 2017 [Internet] (Consultado 061017) disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

⁶² ONU. Poner fin a la violencia contra la mujer De las palabras los hechos. PUBLICACION DE LAS NACIONES UNIDAS No. de venta: S.06.IV.8 ISBN-10: 92-1-330196-0 ISBN-13: 978-92-1-330196-8 Copyright © Naciones Unidas, 2006 [Internet] (Consultado 061017) Disponible en:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>

⁶³ González L., Rayas L. Derechos Humanos de las Mujeres. Coordinación: Sociedad Mexicana pro Derechos de la Mujer, A.C. 'Semillas'. Textos ©PNUD Presidente Masaryk No. 29 Col. Polanco C.P. 11570 México, D.F. Primera edición: Octubre de 2002 IMPRESO EN MEXICO/PRINTED IN MEXICO

http://www.denunciasegura.ipn.mx/Documents/derechos_humanos_mujeres.pdf

⁶⁴ Secretaria de la Mujer. Portal semujerguerrero. Mujer. (Internet) 2014 (Consulta el 12 de Sep. de 2016) Disponible en: <http://semu/jergro.gob.mx/antecedentes>.

⁶⁵ Ley federal para prevenir y eliminarla discriminación. (Internet) ; 2014 (Consulta el 13 de Sep. de 2016) Disponible en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>

⁶⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reformas Constitucionales en materia de Amparo y Derechos Humanos, junio de 2011 (Internet) (Consulta 17 Sep. 2016) Disponible en:

<http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/inicio.html>

⁶⁷ De lujan PM. 2013. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y ALGUIEN MÁS. [Internet] (Consultado 061017)

Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29006/Tesis%20completa.pdf?sequence=1>

⁶⁸ Mendoza ME., Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200004

⁶⁹ Sanfilippo, BJ. Historiografía de la Medicina Mexicana. (Internet)1956 (Consulta el 21 de octubre de 2016)

Disponible en: <http://publicaciones.iib.unam.mx/index.php/boletin/article/viewFile/690/679>

⁷⁰ Espinosa, DG. Dircio, CLI. Sánchez, NM. La coordinadora Guerrerense de mujeres indígenas. Construyendo la equidad y la ciudadanía. Vol. 43 (ABRIL 2011), pp. 239-244 [Internet].2011; [consulta el 20 de Sep. de 2016]Disponible en: https://www.jstor.org/stable/42625205?seq=1#page_scan_tab_contents

⁷¹ Asociación Mexicana de partería. Trayendo a tu bebé de una forma segura. (Internet) 2015 (Consulta el 19 de Sep. de 2016) Disponible en: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/>.

⁷² Tiburcio C H. 2012 . Mujeres indígenas de La Montaña de Guerrero: una aproximación. Mujeres indígenas y desarrollo [Internet] (Consultado el 071017) Disponible en :

[http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/mujeres/4%20MUJERES%20INDIGENAS/Estado%20del%20desarrollo%20\(Cap%2012\).pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/mujeres/4%20MUJERES%20INDIGENAS/Estado%20del%20desarrollo%20(Cap%2012).pdf)

⁷³ Raile, AM. Marriner, TA. Enfermería global. Modelos y teorías en enfermería. (Internet) 2011 (Consulta el 10 de Se. 2016) Disponible en:

http://modelosenfermeros2013.blogspot.mx/2013/05/modelo-del-sistema-conductual_30.html.