



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

***Análisis etnográfico del programa de salud
materno-infantil durante la pasantía de la
LEO-UNAM en dos comunidades de
Guerrero.***

Tesis

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

MERINO SÁNCHEZ LETICIA
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ JESÚS

ASESORA:

DRA. PATRICIA CASASA GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO AGOSTO 2016





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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a la DGAPA por permitirnos ser becarios a través del proyecto PAPIIT IN 305314 “Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud”

Damos infinitas gracias al Seminario permanente de “Antropoenfermería, salud, migración y multiculturalidad en América Latina” que nos ha permitido ser partícipes del mismo, así como a todos sus integrantes que desde el inicio de nuestra integración nos han enriquecido con un sinfín de aportaciones para nuestro aprendizaje y crecimiento profesional.

Es de suma importancia agradecer a la ENEO – UNAM por habernos permitido desarrollar nuestra formación profesional a través de tan estimados profesores y compañeros, quienes nos han compartido su tiempo, paciencia, esfuerzo, interés y cariño.

Agradecemos de manera muy especial a la Dra. Casasa García Patricia por ser parte fundamental en este proceso de crecimiento, estimamos enormemente su gran paciencia, dedicación y cariño.

Por último pero no menos importante agradecemos a los profesores: Sánchez Reyes Armando y García Albarrán Ángeles por ser guías tan importantes a través de su amplia experiencia, entereza y cariño.

Agradecemos infinitamente a todos aquellos seres queridos, amigos, familiares y por supuesto nuestros padres que siempre han permanecido a nuestro lado interesados en nuestro crecimiento personal, familiar y profesional. Estimamos enormemente cada uno de los consejos / aportaciones, así como la confianza y cariño que cada uno de ustedes nos han brindado en cada paso de nuestra vida y sobretodo en esta etapa tan importante para nosotros.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
General	7
Específicos	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	10
METODOLOGÍA	12
CAPÍTULO I	17
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL ESTADO DE GUERRERO	17
1.1 Características principales del Estado de Guerrero	18
1.2 Grupos indígenas de la Región Montaña de Guerrero	19
1.3 Descripción de las comunidades de estancia durante el Servicio Social	22
Tlapa de Comonfort	22
Metlatónoc	24
Alcozauca de Guerrero	31
1.4 Marginación, violencia de género y machismo	35
1.5 Alimentación y condiciones de salud	38
CAPÍTULO II	40
MARCO TEÓRICO	40
2.1 Definición de cuidado cultural	41
2.2 Determinantes e inequidades sociales de la salud	46
2.3 Programa de Acción Específico: Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales (APV)	51
2.4 Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) como opción de servicio social para Enfermería	54
Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica	54
CAPÍTULO III	59
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	59
3.1 Programa Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales “APV” en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca	60

3.2 Determinantes e inequidades sociales de la salud	68
3.3 Participación de los pasantes en tres comunidades.	73
Tlapa de Comonfort	73
Metlatónoc	74
Alcozauca de Guerrero	76
3.4 Características de los cuidados culturales durante el ciclo reproductivo	79
Matrimonio y dote	79
Presencia de la partera tradicional	81
3.5 Características de los cuidados de enfermería obstétrica en colaboración con las parteras	83
Embarazo	83
Proceso de parto y manejo de la placenta	90
Puerperio	96
Baño de temazcal después del parto	98
Cuidados del niño	100
Referencias y traslados	103
CAPÍTULO IV	110
TÓPICOS DE REFLEXIÓN / ANÁLISIS DE DATOS	110
CONCLUSIONES	116
ANEXOS	122
BIBLIOGRAFÍA	127

INTRODUCCIÓN

La presente tesis describe el trabajo de investigación realizado dentro del “*Programa Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales*”, que se llevó a cabo en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca de Guerrero, en donde se indagó acerca de los determinantes sociales y los cuidados culturales e institucionales que intervienen en el bienestar materno - infantil pero sobretodo, en la disminución de la mortalidad materna. Además en este sentido se observaron algunos cuidados culturales que se otorgan de forma tradicional, sus adaptaciones actuales y su relación con la integración y uso de los servicios de salud alópatas.

Los pasantes LEO desarrollaron esta investigación gracias a su participación en el proyecto *PAPIIT IN 305314 “Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud”* donde es importante indagar acerca de los problemas de salud desde un enfoque sociocultural. Las comunidades abordadas brindan grandes oportunidades para dicho propósito ya que están conformadas en su mayoría por población indígena Mixteca, las cuales han ido sufriendo transformaciones en diferentes contextos debido al contacto con la cultura nacional, la influencia gradual de los medios masivos de comunicación, la apertura de carreteras, así como la extensión del comercio, servicios educativos y de salud. Respecto a este último tema, los diversos aspectos que conforman el sistema de salud (incluyendo su praxis), se interponen cada vez más con la cultura y los estilos de vida tradicionales de estas poblaciones.

Esta situación se tomó como referencia para contrastar los elementos que les brinda la formación académica respecto al enfoque del cuidado en los aspectos bio – psico – socio - culturales y espirituales que idealmente deberían otorgarse a todas las personas que presten atención y pudieron observar que existe poco o nulo interés en los profesionales de enfermería y otros prestadores de servicios de salud, respecto al conocimiento o atención sobre los cuidados tradicionales de estas poblaciones y ello muchas veces es causa de efectos

negativos que pueden desencadenarse en los usuarios por enlaces culturalmente inadecuados. De manera que el análisis conjunto de dichos conocimientos, les permitió adaptar a la realidad y a las necesidades de atención de la población los cuidados de enfermería obstétrica que brindaron, y ejercer su profesión por medio de cuidados enfermeros que favorecieran al binomio madre – hijo y el respeto a su cultura.

En primer lugar, se recabó información bibliográfica en cuanto a la salud materno - infantil de la Región Montaña del Estado de Guerrero. Una vez dentro de la comunidad se seleccionaron a aquellos informantes que fueron más afines para obtener los datos de primera mano. Principalmente fueron seleccionadas las mujeres que estaban en las etapas de embarazo, parto o puerperio y eran atendidas en el Centro de Salud con Servicios Ampliados Metlatónoc y en el Hospital Básico Comunitario de Alcozauca de Gro., (que posteriormente se denominó Hospital de la Comunidad de Alcozauca de Gro.), así como entrevistas o reuniones con parteras tradicionales, y otras personas que compartieron sus conocimientos acerca de los cuidados tradicionales que le son brindados a las mujeres durante estas etapas.

Los aspectos de la Salud Materno - Infantil que se analizan en este documento son: el cuidado cultural como base de la atención enfermera en comunidades indígenas; el Programa “APV” dentro de las opciones de Servicio Social; una descripción general sobre la población Mixteca y las determinantes e inequidades sociales en la Región Montaña del Estado de Guerrero; el proceso de embarazo, parto y puerperio de las mujeres de Metlatónoc y Alcozauca de Gro., por último la atención proporcionada al binomio durante estas etapas por las parteras tradicionales, antes y después de la incorporación de los servicios de salud alópatas que las desplazaron, aunque la población sigue recurriendo a ellas.

Los resultados muestran que muchas mujeres de estas comunidades complementan la atención recibida en las instituciones de salud acudiendo

continuamente con las parteras tradicionales, ya sea para verificar el bienestar de su nonato y de ellas mismas, el del recién nacido, o tratar las anomalías que ellas o sus familiares detectan en su proceso reproductivo.

Finalmente, se espera que con este trabajo los alumnos en formación, pasantes, enfermeras y enfermeros que se encuentran laborando en cualquier nivel de atención en salud o área donde se ejerza la profesión, despierte el interés por conocer a los pueblos indígenas, sus costumbres y tradiciones, así como los métodos que utilizan para el tratamiento de diversos padecimientos o enfermedades de manera que exista una constante búsqueda en la mejora del impacto o incidencia de los cuidados y atención otorgados a la diversidad de población. Pues todo este conocimiento ha sido obstaculizado y reprimido por el sistema de salud institucional que no ofrece comprensión a las creencias culturales ni muestra empatía a las necesidades de la población además de no reconocer sus beneficios. También es de interés contribuir a que en un futuro no muy lejano los conocimientos de la enfermería y la antropología puedan complementarse de forma más efectiva, buscando que los profesionales de Enfermería investiguen las tradiciones de las comunidades para otorgar cuidados culturalmente adaptados, que respeten la dignidad de las personas y sus procesos del ciclo vital mediante la atención profesional empática y de calidad.

OBJETIVOS

General

Analizar los diversos cuidados que se le proporcionan a la mujer Mixteca antes, durante y después del embarazo con el objeto de disminuir las complicaciones en la salud y sobre todo las muertes maternas en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca de Gro.

Específicos

- ❖ Conocer los cuidados culturales y de enfermería que se otorgan desde el embarazo hasta el puerperio con o sin factores de riesgo para la salud materno – infantil.
- ❖ Identificar las situaciones y factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en la Región Montaña de Guerrero durante las etapas del proceso reproductivo.
- ❖ Identificar las funciones actuales de las parteras en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca de Gro.
- ❖ Describir los rituales que realizan los terapeutas tradicionales durante el embarazo, parto, puerperio y su significado.
- ❖ Conocer los cuidados culturales y de enfermería otorgados al recién nacido.
- ❖ Contribuir con información de campo para que las enfermeras/os en formación, conozcan y respeten las prácticas ancestrales de estos lugares y así puedan ofrecer cuidados cultural y científicamente adecuados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México cuenta con una vasta riqueza cultural que se transforma constantemente y parte de estos cambios se pudieron observar durante esta investigación realizada en la Región Montaña del Estado de Guerrero, en la cual se busca que los enfermeros (durante su Servicio Social) se incorporen a programas como el de Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales y contribuyan a disminuir la muerte materna, ya que este estado es actualmente la cuarta entidad con mayor incidencia de este problema a nivel nacional¹. Durante el servicio social fueron adscritos a las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca de Gro, ahí se encuentran instituciones de primer nivel de atención en las que existe desabasto de recursos humanos capacitados para la óptima atención materno-infantil y además, sus instalaciones e insumos son muy precarios.

Lo anterior contribuye de manera paradójica a la presencia de complicaciones para la salud de la madre y/o el niño que no siempre se pueden resolver en dichas instituciones y el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense (la unidad especializada más cercana), está ubicado como mínimo a una hora de distancia en automóvil de Alcozauca y a tres de Metlatónoc lo que en conjunto con los caminos en mal estado, los vehículos viejos, destartalados o descompuestos, y el tiempo de traslado, hacen peligrar la vida de la binomio madre - hijo al cuidado del personal de enfermería y también la de otros profesionales de la salud que tienen que acompañarlos en el trayecto.

Fue posible observar cómo la medicina institucional ha tratado de incidir para menospreciar y eliminar todas aquellas prácticas culturales y legendarias ejemplo de ello, es que actualmente se ejerce coerción directa o indirecta sobre las mujeres para obligarlas a acudir a las clínicas u hospitales, de lo contrario se le

¹ Secretaría de Salud. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Dirección General de Información en Salud. Recuperado el: 03-03-2016 de:

<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/SHIODM005000100010,26,E>

niegan algunos beneficios de su afiliación al Seguro Popular y/o Prospera² y a las parteras tradicionales sólo se les permite ser el vínculo de referencia entre las embarazadas de las comunidades y el Sistema de Salud sin que se les reconozca su experiencia, conocimientos y capacidades en la materia. Además si las parteras no remiten a las mujeres a las instituciones y atienden los partos en el domicilio de las parturientas se señalan estas prácticas como causantes de perjuicios al bienestar madre - hijo.

De esa manera sólo se atribuyen los beneficios de la ciencia moderna a la disminución de complicaciones y muertes maternas en estos lugares, sin entender que hay muchas costumbres de cuidados culturales y alimenticias saludables que se han ido perdiendo sin ser reemplazadas por otras mejores y que en conjunto con los riesgos y complicaciones particulares que puede presentar el binomio, la erradicación de la muerte materna es un problema de índole multifactorial, de manera que todo ello nos llevó a formular la siguientes preguntas de investigación:

- *¿Cómo influyen los determinantes socioculturales en la prestación de cuidados de Enfermería hacia la salud materno - infantil de la Región Montaña de Guerrero, dentro del contexto del Programa Arranque Parejo en la Vida, y en relación con los cuidados tradicionales para las mujeres Mixtecas de Guerrero?*

- *¿Cuáles son los determinantes socioculturales más influyentes en la prestación de cuidados de enfermería orientados a la salud materno – infantil de la Región Montaña del estado de Guerrero?*

² En esta región de Guerrero en caso de que alguna mujer no quiera llevar el seguimiento de su proceso reproductivo en las instituciones de salud se le realizan aproximadamente tres visitas domiciliarias para invitarla a acudir. Si a pesar de ello no asisten, se le visita nuevamente con previa revisión de las listas de afiliación a Prospera para comentarle que si no acude a las instalaciones de salud se le sancionaría en su apoyo económico. En caso de que la mujer no esté afiliada a este programa se sanciona a algún familiar cercano para la aplicación de la sanción.

JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Programa APV se encuentran enfocadas en captar a todas o por lo menos la mayoría de las mujeres embarazadas para que inicien su control prenatal de forma oportuna, así como para atender su parto de manera institucional particularmente entre la población con mayores índices de marginación y pobreza del país.³ Pues es en estas regiones donde dichos establecimientos no han podido lograr una cobertura adecuada en salud y por tanto, el desarrollo de preeclampsia - eclampsia, hemorragias y complicaciones del aborto lamentablemente son los principales antecedentes de la mortalidad materna y/o perinatal además de morbimortalidad del recién nacido, situaciones que son prevenibles si se detectan y tratan oportunamente.

Y es precisamente por lo anterior que cobra importancia que la enfermera/o obstetra se inserte en comunidades como Metlatónoc y Alcozauca de Gro., pues con sus capacidades y participación en la atención a la mujer durante el desarrollo del embarazo, parto y puerperio de bajo y alto riesgo colabora en la disminución de la morbimortalidad materno - infantil, pues sus cuidados idealmente incluyen la planeación y ejecución de estrategias que se adecuan a las necesidades culturales y condiciones socioeconómicas desfavorables en las que se encuentran estas poblaciones. Sin embargo, no siempre dicho profesional se cuestiona críticamente sobre cómo puede lograr aplicar sus cuidados con el mayor alcance holístico dentro de su ejercicio profesional, pues generalmente sólo indaga, acepta, ejecuta y difunde lo que el modelo de medicina institucional le permite.

Madeleine Leininger resalta que cuando se realiza el ejercicio ético y crítico de los cuidados de Enfermería con el mayor enfoque holístico posible, éstos son culturalmente más congruentes y por tanto darán como resultado mayores

³ SSA., OMS-OPS., UNFPA. (2006). *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna. Informe Ejecutivo*. México. Recuperado el: 03-03-2016 de: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=109&Itemid=329

beneficios, apego y utilidad de los mismos disminuyendo a su vez situaciones que pueden comprometer variablemente la integridad de la persona⁴ o en este caso de la madre y/o su hijo.

Los trabajos de investigación como este en donde existe interacción con los diferentes contextos que viven las poblaciones indígenas y socialmente vulnerables, brindan oportunidades valiosas para que el profesional de enfermería conozca y trate entender que todo el contexto bio – psico – socio - cultural y espiritual determina cómo y por qué las personas actúan en torno a costumbres, creencias religiosas, hábitos alimenticios, valores y patrones de cuidado y salud⁵ específicos que los ayudan, apoyan, facilitan, educan y capacitan para mantener, mejorar, o afrontar su situación de salud, estilo de vida, enfermedad, discapacidad y/o la muerte.⁶ De esta manera el gremio puede humanizar aún más sus cuidados a la salud, favoreciendo el enfoque intercultural y ampliando el panorama de la profesión.

⁴ Leininger, M. (1995); *Transcultural Nursing: Concepts. Theories and Practices*. New York. McGraw-Hill. College Custom Series, USA. En: McFarland, M. R. (2011). Cap. 22 Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Railey, A, M. y Marriner, T. A (2011). Modelos y teorías en enfermería. España. Elsevier. pp. 458 - 459, 463.

⁵ Castillo, M. J. A. (2008). *El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia*. En: Casasa et al. (2015). Una perspectiva cultural del cuidado. Documento de trabajo. Seminario PAPIIT IN305314 Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud. ENEO-DGAPA-UNAM. México. pp. 5.

⁶ Casasa et al. (2015). *Una perspectiva cultural del cuidado*. Documento de trabajo. Seminario PAPIIT IN305314 Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud. ENEO-DGAPA-UNAM. México. pp. 3

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa.- Tiene como finalidad el estudio de la construcción de la realidad y trata de comprenderla, por lo que extrae descripciones a partir de observaciones mediante las técnicas: observación, observación participante, entrevista, entrevista grupal, cuestionario y grupo de discusión y también utiliza alguno de los siguientes métodos: fenomenología, etnografía, teoría fundamentada, etnometodología, investigación – acción o método biográfico. Su estructura comprende las siguientes fases de trabajo: definición del problema, diseño de trabajo, recogida de datos, análisis de datos e informe y validación de la información.⁷

Método etnográfico.- La investigación que aquí se presenta además de ser cualitativa se basa en el método etnográfico que es en esencia el método que permite ver, describir y comprender las realidades de forma amplia y vasta mediante el análisis de las formas y estructuras complejas como fenómenos interconectados que se integran y adquieren sentido por sus relaciones e influencia recíproca.⁸

Etnografía.- La etnografía significa la descripción del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas por tanto, la investigación etnográfica produce estudios analítico – descriptivos de las costumbres, creencias, prácticas sociales y religiosas, conocimientos y comportamiento de una cultura particular con la intención básica de comprender las realidades actuales, entidades sociales y percepciones humanas así como existen y se presentan en sí mismas, sin intrusión alguna.⁹

⁷ Herrera, J. (s.f.). *La investigación cualitativa*. Recuperado el 07-06-2016 de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>

⁸ Martínez, M. M. (2005). *El método etnográfico de investigación*. Recuperado el 17-05-16 de: <http://investigacionpostgrado.uneg.edu.ve/intranetcgjp/documentos/225000/225000archivo00002.pdf> pp. 8.

⁹ *Ibidem* pp. 2 y 3.

El método etnográfico en la Enfermería.- La investigación predominantemente cualitativa genera en la enfermería incapacidad para aprehender la naturaleza del mundo del paciente y por tanto es insuficiente para su aplicación práctica. Por tanto el cuidado¹⁰ (mediante el trato directo) que otorga la enfermera al paciente le ayuda a comprender las percepciones, experiencias, especulaciones, significados y atributos de las personas ante determinada enfermedad,¹¹ pero sólo es posible hacerlos visibles a través de los métodos cualitativos.¹²

Socioantropología en Enfermería.- Por su parte la Socioantropología le ayudará a la enfermera/o a entender el proceso de salud – enfermedad como un complejo de relaciones interdependientes y no como simples hechos médico - biológicos, para posteriormente analizar y evaluar las condiciones y contradicciones que afectan la práctica de la enfermería.¹³

Leininger y el uso del método etnográfico.- Varias enfermeras han usado métodos etnográficos para explorar asuntos o problemas de su interés¹⁴ entre las que destaca Leininger con su trabajo y con el desarrollo de lo que ella denominó de “etnoenfermería”.¹⁵

¹⁰ Morse JM. *Qualitative health research*. Newbury Park: SAGE; 1992.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. pp. 139.

¹¹ Landeros O. E., Morales R. M. C., Martínez R. M. C. (2010) *Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico*. Index de Enfermería versión impresa ISSN 1132-1296 Scielo recuperado el 22-06-2016 de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200025

¹² Morse JM. *Qualitative health research*. Newbury Park: SAGE; 1992.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. Óp. cit. pp. 139.

¹³ Sánchez, Armando. (2016). *El trabajo de campo etnográfico en enfermería*. En: Casasa, Patricia, Axel Ramírez y Armando Sánchez (Comp.). Cuidado cultural en enfermería: Necesidad y relevancia. ENEO-UNAM. pp. 27

¹⁴ Morse JM, editor. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín (COL): Universidad de Antioquia; 2003. 447 p.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. pp. 140.

¹⁵ Leininger M. *Ethnonursing: a research method with enablers to study the theory of culture care*. En: Leininger M, editor. *Culture care diversity: a theory of nursing*. Nueva York: National League for

Etnoenfermería.- Este método de investigación señala que es necesario desarrollar técnicas no agresivas ni confrontativas para su desarrollo por ejemplo, requiere un interés de oír y de confirmar las ideas de los informantes, ser un aprendiz humilde con la “mente abierta” para tolerar conocimientos ambiguos e inciertos así como respetar las visiones del mundo y las experiencias de las personas enfermas, saludables u oprimidas.¹⁶ En consecuencia se trata de una metodología centrada en las personas fundamentada en los datos del conocimiento y en el estilo de vida de los informantes, de modo confiable, auténtico y significativo.¹⁷

Este modo de investigar es un proceso que emerge de la práctica y que retorna a ella, con indicaciones, propósitos, presupuestos, fundamentación en el conocimiento antropológico y en la enfermería transcultural, es un hacer - investigar propio que procura dar respuestas a las prácticas y a las exigencias de las construcciones de los saberes profesionales.¹⁸

Beneficios del uso del método etnográfico en la enfermería comunitaria.- La enfermera/o en la comunidad se caracteriza por observar las conductas de salud de las personas o lo que condiciona su conducta y debe convivir el tiempo suficiente en el medio donde se desarrollan los hechos para dar

Nursing Press; 1991. pp. 73-117.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. pp. 140.

¹⁶ Es posible que al investigador le interese algo en particular, pero debe estar abierto a todo lo insospechado e inimaginable, haciendo que el estudio de campo se caracterice por sus descubrimientos fortuitos.

¹⁷ Leininger M. Culture care theory, research, and practices. *Nurs Sci Q.* 1996 Summer; 9(2):71-78; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. pp. 141.

¹⁸ Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. pp. 143.

significados a los estilos de vida saludables o no, así como para emprender las acciones más adecuadas al grupo social estudiado.¹⁹

Metodología de trabajo.- Esta investigación fue realizada durante el periodo del Servicio Social por dos pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia dentro de la Región Montaña de Guerrero, se encuentra conformada por dos etapas: el primer periodo de trabajo se realizó en la comunidad de Metlatónoc desde el 8 de agosto del 2014 al 16 de enero del 2015 y posteriormente en la cabecera municipal de Alcozauca de Guerrero durante el periodo del 28 de enero al 31 de Julio de 2015.

La observación participante.- La base principal de una investigación en su parte etnográfica es la observación participante es decir, la observación que involucra interacción social entre el investigador y los informantes. De manera que se recogieron y registraron datos de campo de forma sistemática y no intrusiva para captar la realidad social y cultural de dichas comunidades.²⁰ Las fuentes de datos involucraron actividades diarias dentro de las comunidades y unidades de salud por ejemplo, consultas prenatales y de puerperio, visitas domiciliarias, atención del parto, capacitaciones a diversos usuarios, convivencia laboral y no laboral con diversas personas de la región, además de las mujeres que atravesaron por las etapas de embarazo, parto y puerperio, sus familiares, traductores, monitores comunitarios y personal de las instituciones de salud quienes fueron los informantes principales.²¹

En ambos sitios el primer contacto que tuvieron los pasantes de LEO fue con el personal del Centro de Salud con Servicios Ampliados Metlatónoc (CSCSA

¹⁹ Landeros Olvera E, Gallegos Cabriales E. (2005). *Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en personas con y sin obesidad*. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* En: Landeros O. E., Morales R. M. C., Martínez R. M. C. (2010). *Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico*. Óp. cit.

²⁰ Amezcuá, M. (2000). *El trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante*. *Index de Enfermería* (Gran). [En línea]. Otoño No. 30. [Fecha de consulta: 10-02-2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf> pp. 31

²¹ Los informantes son personas representativas y conocedoras de las comunidades y a su vez, de los objetivos de estudio.

Metlatónoc) y del Hospital de la Comunidad de Alcozauca de Guerrero (HCA) respectivamente. Una vez establecidas las actividades de enfermería obstétrica que realizarían tuvieron contacto con sus informantes principales, por lo que establecieron entrevistas no dirigidas y pláticas para ir conociendo acerca de los diversos aspectos que componen este trabajo. Además también pudieron acceder e indagar sobre algunos puntos de su interés mediante los registros clínicos de las mujeres a través de su expediente o bien, de los que se iban obteniendo por la atención o el seguimiento que los enfermeros pasantes y otros profesionales de la salud realizaban por ejemplo, mediante llamadas telefónicas, contrarreferencias de los hospitales de Tlapa de Comonfort, entre otros.

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL ESTADO DE GUERRERO

1.1 Características principales del Estado de Guerrero

Estado de Guerrero.



Fuente: Gobierno del Estado de Guerrero. (2011 - 2015). *Metlatónoc*. Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/metlatonoc/>

Localización.- Está situado en el sur de la República Mexicana limita al norte; con los estados de México, Morelos, Puebla y Michoacán al sur; con el océano Pacífico; al este con Puebla y Oaxaca; y al oeste con Michoacán y el Pacífico. Cuenta con una extensión territorial de 63,794 kilómetros cuadrados y posee una forma irregular. La Sierra Madre del Sur, recorre al estado de Guerrero en toda su anchura.²²

Estructura del estado de Guerrero.- Se divide en las siguientes regiones: Tierra Caliente, Norte, Centro, La Montaña, Costa Chica, Acapulco y Costa Grande. Tiene gran abundancia de la fauna que permite actividades como la pesca, cacería de aves y aprovechamiento de muchas otras especies, además posee un importante potencial en recursos silvícolas y una amplia superficie

²² Gobierno del Estado de Guerrero. (2011 - 2015). *Geografía*. Portal Oficial del Gobierno de Guerrero 2015 - 2021, Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://administracion2014-2015.guerrero.gob.mx/articulos/geografia/>

forestal sin embargo, la temporada de lluvias es variable en las diferentes regiones todos los meses, lo cual origina serios problemas para la agricultura.²³

1.2 Grupos indígenas de la Región Montaña de Guerrero

Distribución de las poblaciones indígenas.- En Guerrero viven aproximadamente 600 mil indígenas divididos en cuatro pueblos y lenguas: Amuzgos, Tlapanecos, Nahuas y los Mixtecos, estos últimos se autodenominan Ñuu Savi o “pueblo de la lluvia”; se encuentran en la Región Montaña principalmente en los municipios de Alcozauca, Metlatónoc y Atlamajalcingo del Monte, también en menor número; en Tlapa, Copanatoyac, Xalpatláhuac, Tlalixtaquilla, Malinaltepec, Alpoyeca y comunidades de la Costa Chica.²⁴ Es importante mencionar que de todas las comunidades que conforman a la Montaña, 50 de ellas son las más marginadas del país según la CONAPO.²⁵



Gran parte de esta región se encuentra incomunicada por lo accidentado de su topografía y la carencia de servicios públicos municipales,²⁶ pues algunas de las viviendas en comunidades pequeñas sólo poseen agua entubada escasa, energía eléctrica y el drenaje de aguas negras se hace por manufactura doméstica a cielo abierto. El resto son muy diversas porque según las condiciones del clima y lugar propicia diferentes formas y materiales de construcción.²⁷

²³ *Ibíd.*

²⁴ Gobierno del Estado de Guerrero. (2011 - 2015). *Los pueblos indígenas de Guerrero y su lengua materna*. Portal Oficial del Estado de Guerrero. Recuperado el: 15-12-2015 de <http://administracion2014-2015.guerrero.gob.mx/articulos/los-pueblos-indigenas-de-guerrero-y-su-lengua-materna/>

²⁵ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. En Ortiz, E. R. y Ortiz, C. I. (2005). *Pasado y presente de la cultura mixteca*. Huajuapán de León, Oax. Universidad Tecnológica de la Mixteca. pp. 292.

²⁶ *Ibíd.* pp. 292.

²⁷ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México. (2009). [fecha de consulta: 02-03-2016]. Disponible en:

Actividad económica.- Su principal actividad económica es la agricultura a través de productos como: maíz, frijol, trigo, y cebolla para autoconsumo, mientras el ajo, tomate²⁸ chile y calabaza²⁹ sí se destinan a la venta, por su parte la ganadería se basa en la explotación extensiva de cabras y borregos, lo que provoca un deterioro de la flora y los suelos. En las zonas urbanas, se comercian productos alimenticios,³⁰ huipiles,³¹ tejido de la palma, algodón, alfarería entre otros.³²

Educación.- La educación por las escuelas públicas existentes³³ (preescolar, primaria y secundaria),³⁴ muestran alta deserción, ausentismo y bajo aprovechamiento pues es rechazada porque la población la considera ajena a los intereses de la cultura tradicional,³⁵ del total de estudiantes el 70% son hombres y sólo el 30% mujeres, debido a que las niñas se quedan en su casa ayudando a cuidar a los hermanos menores o a la madre en sus labores, en razón de que el ciclo y periodo reproductivo es dos veces mayor en la mujer indígena con una tasa de fecundidad de entre 4 y 5 hijos. Sin embargo, a pesar de las estructuras socioculturales se han podido incorporar en las escuelas temas de educación sexual, maternidad y prevención de la Violencia Intrafamiliar.³⁶

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=mixteco&mo=&demanda=&orden=&v=>

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ García, L. J. (2005). *Oralidad, ritualidad e identidad de Ñuu Savi de la Montaña de Guerrero*. En Ortiz, E. R. y Ortiz, C. I. (2005). *Pasado y presente de la cultura mixteca*. Huajuapán de León, Oax.: Universidad Tecnológica de la Mixteca. pp. 166.

³⁰ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

³¹ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. Óp. cit. pp. 295.

³² García, L. J. (2005). *Oralidad, ritualidad e identidad de Ñuu Savi de la Montaña de Guerrero*. Óp. cit. pp. 166.

³³ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

³⁴ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. Óp. cit. pp. 291

³⁵ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

³⁶ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. Óp. cit. pp. 291-296.

Migración.- Otro aspecto importante es la gran migración anual por parte de los hombres que conforman estas poblaciones³⁷ los destinos principalmente son: la Ciudad de México, Veracruz, Puebla, Guerrero, Chiapas, Tabasco, Baja California, Sinaloa, Sonora y Estados Unidos;³⁸ dejando en muchas ocasiones a la mujer sola y como responsable de la familia.³⁹

Servicios de salud

Institucionales.- En cuanto a atención médica se cuenta con la mayor cobertura por parte del IMSS - Prospera; le siguen la Secretaría de Salud, el ISSSTE e IMSS. A pesar de ello, existe una deficiente calidad profesional, pues la mayoría son médicos pasantes y muy pocos médicos generales o especialistas; y del resto del personal en salud la mayoría son auxiliares de enfermería y pocas son enfermeras generales.⁴⁰ Respecto a la salud materno – infantil debe señalarse que esta entidad tiene el porcentaje más alto de partos atendidos por enfermeras con un 3.4% de los eventos registrados de enero de 2009 a septiembre de 2014.⁴¹

Servicios de salud tradicionales.- Además de las instituciones mencionadas, cabe destacar que la medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años y, sus practicantes han contribuido enormemente a la salud como proveedores de atención a nivel de la comunidad,⁴² se encuentra asociada fuertemente a las plantas medicinales⁴³ y otros elementos que conforman una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre regiones y países.⁴⁴ La

³⁷ Ibídem pp. 295.

³⁸ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

³⁹ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. pp. 295.

⁴⁰ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

⁴¹ Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. / Consejo Nacional De Población. (2015). *Encuesta Nacional De La Dinámica Demográfica 2014*. [En Línea]. Boletín De Prensa, No. 271/15. Aguascalientes, Ags. 9 de julio de 2015. [fecha de consulta: 10-03-2016]. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Salud materno infantil. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

⁴² Organización Mundial de la Salud. (2016). *Medicina Tradicional*. Recuperado el: 03-03-2016 de: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/

⁴³ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Presentación*. Recuperado el: 02-03-2016 de: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/presenta.html>

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Medicina Tradicional*. Óp. cit.

medicina tradicional mexicana, como toda institución social ha cambiado en el curso de los siglos por medio de la interacción con otros modelos terapéuticos.⁴⁵



Parteras tradicionales.- Estos recursos humanos que ejercen la medicina tradicional son importantes para la atención de la salud en las diversas comunidades, pues del total de la demanda que reciben, el 5% es atendido por las parteras. Dentro de las cuestiones gineco-obstétricas que manejan estas especialistas destacan: el parto, control de embarazo, aborto y hemorragia vaginal,⁴⁶ y según datos del INEGI en Guerrero durante el 2009 del total de nacimientos ocurridos el 25% fueron atendidos por parteras mientras que en el 2014 lograron una cobertura del 15% de los partos ocurridos en el año.⁴⁷

Creencias religiosas.- Sus creencias religiosas son en mayor parte del catolicismo (celebrando al santo patrono de cada pueblo), y algunas prácticas de raíz prehispánica que conservan una concepción animista del universo que atribuye a los espíritus el control de las fuerzas de la naturaleza.⁴⁸

1.3 Descripción de las comunidades de estancia durante el Servicio Social

Tlapa de Comonfort

Descripciones.- El municipio se fundó en el año de 1850 al ser erigido el Estado de Guerrero, pertenece a la región de La Montaña; colinda al norte con Cualac y Huamuxtitlán, al sur con Copanatoyac y Xalpatláhuac, al este con Alpoyecá, Tlalixtaquilla de Maldonado, Alcozauca de Guerrero y Xalpatláhuac, y al

⁴⁵ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Presentación*. Óp. cit.

⁴⁶ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Natalidad. 10. Nacimientos registrados por municipio de ocurrencia según persona que atendió el parto*. [fecha de consulta: 06-05-2016]. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/consulta.asp?c=11781&s=est#>

⁴⁸ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

oeste con Atlixnac. El terreno es montañoso, y los climas predominantes son: subhúmedo semicálido y subhúmedo cálido.⁴⁹

De la población, predominan los hablantes de Náhuatl, Mixteco y Tlapaneco. En este lugar se cuenta con un Hospital General, con el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, una Unidad Básica de Rehabilitación, una clínica de alta capacidad resolutive del ISSSTE y 15 establecimientos de primer nivel.⁵⁰

Cuenta con redes de transporte tanto internos como externos; los transportes internos funcionan gran parte del día, mientras que los transportes para las localidades externas ofrecen servicio según sus propios horarios establecidos por lo que desde este punto es posible llegar a diversos destinos, ejemplo de ello es que el recorrido desde la Ciudad de México a la semi - ciudad de Tlapa se puede realizar en un tiempo aproximado de 8 horas en autobús.

Posee calles en su mayoría pavimentadas de cemento y sólo algunas a base de tierra empedrada. Cuenta con supermercados como: Súper Che (Chedraui), Bodega Aurrera y otros, además de mercados sobre ruedas, tiendas de abarrotes y comerciales diversas, también se pueden encontrar las sucursales bancarias de: Banamex, Bancomer, Santander y Banco Azteca. Su población es variada porque los nativos hablan español pero también se puede encontrar gente de cualquier etnia indígena que conforma la Región Montaña: Mixtecos, Amuzgos, Tlapanecos y Náhuatl por lo tanto, su lengua y formas de vestir son diversas para cada persona.

⁴⁹ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Tlapa de Comonfort*. Portal Oficial del Estado de Guerrero. Recuperado el: 19-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/tlapa-de-comonfort/>

⁵⁰ *Ibíd.*

Metlatónoc

Ubicación.- Este municipio pertenece a la Región Montaña y su significado es pequeño metate,⁵¹ aunque algunos pobladores señalen que la traducción mixteca de “Metlatónoc” se entienda como río quebrado o dividido en dos partes. Colinda al norte con Alcozauca de Guerrero y Xalpatláhuac, al sur con Igualepa, Tlacoachistlahuaca, Cochoapa el Grande y San Luis Acatlán; al este con Alcozauca y Tlacoachistlahuaca, y al oeste con Atlamajalcingo del Monte, Malinaltepec e Iliatenco. Su relieve es de características accidentadas, donde la vegetación principal se compone de selva y la fauna es variada.⁵²

Población y lengua.- En 2010 el INEGI reportó a través del Censo de Población que habitan aproximadamente 18,976 personas en Metlatónoc, de las cuales 15,778 con 5 años de edad o más hablan lengua indígena.⁵³ Durante la realización de este trabajo en la región se detectó que la mayoría de las mujeres con edad de 30 - 35 años o más hablan Mixteco y entendían un poco el español, pero gran cantidad de hombres adultos, jóvenes y niños comúnmente hablan Mixteco y español, y sólo algunas personas hablan Tlapaneco.

Platillos tradicionales.- Como platillos tradicionales se encuentran: la carne de res o cerdo en caldo rojo, acompañado de verduras; tamales nejos, tortillas de maíz y pozole con frijol negro (camagua), y en cuanto a bebidas lo es el tepache, aguardiente, ponche y chicha. Esta última es una bebida basada en la fermentación del maíz y piña endulzada con piloncillo conocido como “panela”.⁵⁴

⁵¹ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Metlatónoc*. Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/metlatonoc/>

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Población de 5 años y más hablante de lengua indígena Nacional. Número de personas*. [en línea]. [fecha de consulta: 02-03-2016]. México Sociedad y Gobierno. Cultura. Censo de Población y Vivienda 12 de junio de 2010. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=12>

⁵⁴ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Metlatónoc*. Óp. cit.

Durante las observaciones en Metlatónoc se encontró que el mayor consumo de alimentos se basa en huevo, algunas frutas, quelites, un alto consumo de chile y salsas rojas o verdes, tortillas, arroz, frijoles, maíz, muy alto consumo de refresco de cola y cerveza, frituras y alimentos industrializados, pozole (sólo el grano con salsa roja), hamburguesas, pizzas y en raras ocasiones comen cecina, pollo y caldo de res.

Dentro de esta comunidad existen dos comedores comunitarios del "Programa Sin hambre" y el DIF es el encargado de suministrar los insumos necesarios para su funcionamiento. Sin embargo, la mayor parte del tiempo el establecimiento en el que se brindaba el apoyo de alimentación a los pasantes de enfermería obstétrica y general no cuenta con gas o leña y maíz para preparar la comida, también carece del suministro de agua potable y energía eléctrica. Además durante el periodo de trabajo en este lugar se observó que las despensas que proporcionaba el DIF eran vendidas a las trabajadoras del comedor quienes no siempre podían pagarlas porque no hay afluencia de comensales en este establecimiento⁵⁵ y ellas mencionaban que la mayor parte de los elementos que contienen dichas despensas no los saben preparar (al igual que la gran mayoría de la gente de la comunidad), y por tanto no se consumen.⁵⁶

Vestimenta.- Según la literatura los hombres visten calzón y camisa de manta, gabán de lana de borrego, huaraches de correa y sombrero de palma,⁵⁷ pero durante el periodo de investigación se pudo observar que sus atuendos en su mayoría consisten en: sombreros de palma, playeras o camisas de tela industrial, pantalones de mezclilla y huaraches de cuero o zapatos sintéticos.

⁵⁵ Cuando el DIF entregaba diez paquetes al comedor comunitario las trabajadoras debían pagar \$400. Sin embargo, cuando la población acudía directamente a comprarlos al DIF cada uno de éstos paquetes costaban \$10.

⁵⁶ Cada paquete de despensa contiene regularmente: ensalada de verduras enlatada, atún, avena, garbanzos, lentejas, machaca, leche líquida o en polvo, sardina y soya.

⁵⁷ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Tlapa de Comonfort*. Óp. cit.

Las mujeres usan el cabello largo que acostumbran trenzar, visten a la usanza la tradicional enagua plisada, larga y ancha; la blusa es de colores brillantes, donde combinan franjas bordadas con motivos propios de la naturaleza, flores y aves silvestres,⁵⁸ también usan el huipil de manta blanca tejido a mano por ellas mismas en telar de cintura o *Tanii* (que significa sujetador en mixteco) al que le



añaden coloridas flores, pájaros, corderos y águilas devorando serpientes. Debajo del huipil sujetan sus blusas con un cinturón hecho de una proporción de tela y tres partes de palma bordada al que le llaman *Batu*, a esta prenda se le otorga un significado especial pues las mujeres refieren que lo usan de manera habitual gran parte de su vida y con él sienten más fuerza para cursar el momento del parto y realizar otras actividades. Regularmente calzan zapatos de plástico y algunos huaraches de correa.

Medios de comunicación.- El camino de Tlapa a Metlatónoc es una carretera a base de tierra con muchas áreas accidentadas, baches, hoyos y gravilla debido a deslaves pequeños de los cerros, con el constante riesgo de deslaves mayores debido a su composición natural y las lluvias de diferente intensidad que abarcan gran parte del año. Para recorrer dichos puntos es necesario un tiempo aproximado de 3 horas en automóvil que puede prolongarse según las condiciones del camino y las cuestiones climáticas mencionadas. Casi al final de la misma carretera se encuentra una desviación que conecta con el municipio de Cochoapa el Grande, y para ir de Metlatónoc a Cochoapa el tiempo de traslado es aproximadamente de 20 minutos en automóvil.

Medios de transporte.- Las pasajeras⁵⁹ y los taxis (autos de marca tsuru), son los medios de transporte de Metlatónoc – Tlapa, el costo del viaje es de 90 a 100 pesos, las bases se encuentran conformadas por ambos tipos de vehículos y

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ Son camionetas con cabina, cajuela cubierta y acondicionada para el transporte de más pasajeros y sus pertenencias.

están distribuidas en la comunidad, inician el servicio a las 4 de la mañana y terminan a las 6 de la tarde, pero deben reunirse cuatro pasajeros como mínimo o de lo contrario pagar el pasaje que haga falta para que se realice el viaje. Solo en caso de que la embarazada o algún familiar conociera a algún chofer de taxis o pasajeras, podían solicitarse sus servicios para trasladar a la mujer en horarios no laborales.

Actividades mercantiles.- Dentro de las principales actividades de subsistencia se encuentran: la escasa producción de maíz, la crianza de aves como pollos y guajolotes para autoconsumo, algunas personas poseen negocios de verduras - frutas, tlapalerías, tiendas de abarrotes, comercios de comida, papelerías, comercios de ropa, uno exclusivamente de sombreros de palma, algunas zapaterías (que venden principalmente huaraches de cuero para hombres y zapatos para mujer totalmente de plástico en colores mate o brillosos), centros de internet, casetas telefónicas, un local de utensilios de cocina, comercios de Herbalife y en algunas casas se vende gasolina. Es importante mencionar que los fines de semana se extiende un mercado sobre ruedas adicional al que se encuentra de manera permanente (ambos en la parte superior al Centro de Salud), donde se encuentra la venta de alimentos crudos o preparados, ropa, huaraches, dulces y alimentos chatarra por mayoreo, artículos de ferretería, entre otras cosas.

Características de la comunidad.- Esta cabecera municipal está rodeada de cerros verdes y casas distribuidas en ellos; solo las calles principales se encuentran pavimentadas con cemento, el resto se conforman totalmente de tierra empedrada y maleza; algunas de ellas cuentan con puentes pequeños de concreto o metal debido a las corrientes de los ríos. Las casas son muy variantes entre unas y otras respecto a tamaños, formas y composición, ya que muchas están hechas en su totalidad de madera o adobe con techos de teja y muy pocas construidas a base de materiales como ladrillo y concreto; pero sin importar su estructura la gran mayoría posee antenas de televisión por cable Ve TV y Sky pues de lo contrario la señal de televisión tiene una inadecuada recepción.

Cuenta con suministro de energía eléctrica y agua potable todos los días pero la población no paga por estos servicios. Las personas regularmente beben agua de llave



aunque el Centro de Salud tiene a disposición de la comunidad un purificador de agua sin embargo, en raras ocasiones la población acudía a tomar agua de este filtro, tal vez por la distancia que algunas personas tienen que recorrer o simplemente por la costumbre de beber directamente de la llave.

Algunos establecimientos de importancia son: la Presidencia Municipal, una Unidad Básica de Rehabilitación, una radiodifusora con frecuencia 90.4 FM, dos comedores comunitarios del Programa “Sin Hambre”, un hotel - restaurante muy cerca del Centro de Salud, dos centros de estancia infantil, áreas deportivas, dos escuelas preescolares, dos primarias, una secundaria y una escuela de nivel medio superior.



Creencias religiosas.- La religión predominante es la católica, por lo que hay varias iglesias distribuidas en la cabecera municipal y una principal, la cual tiene algunas imágenes religiosas al frente y muy pocas en las paredes de los costados, se encuentra delimitada con paredes laterales en forma de arcos y herrería. Dentro de las festividades principales se encuentran: la fiesta de la Natividad realizada el 7 de septiembre, San Miguel Arcángel que comienza desde el día 18 de septiembre y culminando en grande el día 28 del mismo mes, día de muertos, las posadas navideñas y el primer viernes de cuaresma (festejando al divino redentor).

Servicios de salud e infraestructura



Los servicios de salud otorgados a la población en la cabecera municipal es por medio del Centro de Salud con Servicios Ampliados (CSCSA Metlatónoc), que brinda atención las 24 horas del día los 365 días del año y por las Caravanas⁶⁰ que se encargan de recorrer el resto de localidades que conforman a Metlatónoc. En la página oficial del Estado de Guerrero se dice que la asistencia médica institucional la proporciona la Secretaría de Salud y una unidad de salud del ISSSTE⁶¹ sin embargo, en el tiempo de trabajo en la comunidad no se encontró ninguna clínica o consultorio del ISSSTE.

Estructura de la atención en el CSCSA Metlatónoc.- Este Centro de Salud brinda sus servicios por medio de: dos Núcleos Básicos de Población,⁶² posee un cubículo para consulta externa, uno para consulta dental y un Módulo del Adolescente, área de Trabajo Social, farmacia, laboratorio básico, ultrasonido (en su mayoría para atención obstétrica), sala de expulsión, servicio de pediatría, un módulo de psicología, área de hospitalización ambulatoria con siete camas censables y una no censable, servicio de urgencias y un área de registro civil. Estos servicios se encuentran disponibles para la población de esta cabecera

⁶⁰ También llamadas Unidades Médicas Móviles; acudían a las localidades una vez al mes para otorgar servicios a la población. En su mayoría pertenecen a la Secretaría de Salud, aunque también se encontraron unidades del IMSS - Prospera.

⁶¹ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Metlatónoc*. Óp. cit.

⁶² El Núcleo Básico de Servicios de Salud es una forma de organización así como de distribución de actividades y atención a la salud en unidades de primer nivel mediante la programación de consultas a personas que se encuentren en situaciones como: control prenatal, puerperal y de lactancia, enfermedades crónicas y degenerativas, control de peso y talla infantil, planificación familiar, detección y atención oportuna a la tuberculosis, consulta a sanos (sólo para derechohabientes del programa Prospera) y detección oportuna del cáncer cervicouterino. El equipo de salud a cargo de esta modalidad de atención lo conforman: un médico general y dos enfermeras, una para actividades de campo y otra para actividades clínicas.

municipal, sus localidades, la población del municipio de Cochoapa el Grande⁶³ y cualquier otra persona que lo solicite aunque no sea residente de la región. Para ser atendidas generalmente las personas deben contar con póliza vigente de Seguro Popular y en caso contrario, esta unidad cuenta con un módulo de atención / afiliación.⁶⁴

Recursos humanos en salud institucional.- En cuanto al personal de salud adscrito a esta unidad se encuentran: siete médicos generales (dos para los núcleos, dos para consulta externa de lunes a viernes, dos para cubrir de tres a cuatro guardias nocturnas a la semana y uno para cubrir la demanda de atención gran parte del día de los fines de semana), una pediatra sin horario fijo⁶⁵ y un médico ultrasonografista. También cuenta con dos dentistas para cubrir la atención durante el día de lunes a viernes, una trabajadora social, una psicóloga, una química laboratorista, dos choferes de ambulancia, tres personas de intendencia y un contador. Del personal de enfermería es importante mencionar que se contaba con diez enfermeras y un enfermero adscrito en su mayoría con nivel técnico, además durante este periodo se incorporaron tres pasantes de enfermería general y dos de enfermería obstétrica.

Recursos humanos de la medicina tradicional.- Otros recursos humanos elementales para la atención de la salud -en la Región Montaña del Estado de Guerrero- está constituido por los terapeutas tradicionales mixtecos que generalmente son adultos o ancianos. Las demandas de atención son tratadas en gran medida por los curanderos⁶⁶ sin embargo, las parteras son las terapeutas

⁶³ Según referencias del personal de salud gran parte de la población de Cochoapa el Grande acude al CSCSA Metlatónoc porque hace muchos años estos dos municipios sólo conformaban Metlatónoc, y la gente se quedó acostumbrada a acudir al CSCSA. Además de que esta clínica generalmente es más resolutiva en asuntos de salud en comparación con el Centro de Salud Rural para Población Dispersa existente en Cochoapa.

⁶⁴ Solo en caso de que la persona no tuviese la póliza de Seguro Popular por contar con otro tipo de seguridad social u otro motivo se hacía un cobro preestablecido del servicio otorgado.

⁶⁵ A mediados de diciembre llegó a la unidad un médico pasante de la Facultad de Medicina de la UNAM quien ayudaría a cubrir las ausencias de los adscritos, atendiendo en mayor medida consulta general o urgencias.

⁶⁶ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

más numerosas en este grupo étnico.⁶⁷ Durante este proceso de investigación en la zona alta de la Montaña (Metlatónoc y Cochoapa), se registró la existencia de varias parteras tradicionales y algunas capacitadas institucionalmente, así como curanderos y rezanderos.

Actividades generales de la partera.- Las parteras ofrecen atención gineco - obstétrica destacando la atención de: parto, control de embarazo, aborto, hemorragia de la mujer, puerperio y recién nacidos; además de situaciones características de la población infantil (incluidos algunos síndromes de filiación cultural) y otros malestares como diarreas, dolor de estómago, vómito o aquellas que ameriten sobadas o limpias.⁶⁸ Dichas intervenciones se desarrollan con mayor detalle en el apartado “Cuestiones culturales durante el ciclo reproductivo y presencia profesional de los pasantes LEO” descrito más adelante.

Alcozauca de Guerrero

Localización del municipio.- También pertenece a la región de La Montaña, y tiene colindancias al norte con Tlaxiacquilla de Maldonado y Tlapa, al sur con Metlatónoc y Tlacoachistlahuaca, al este con el estado de Oaxaca, y al oeste con Xalpatláhuac y Tlapa. Predomina la flora del bosque de pino – encino y de junípero; la fauna es variada.⁶⁹

Población y lengua.- En 2010 el INEGI reporta 18,971 habitantes en Alcozauca, de las cuales sólo 14,817 en edades de 5 años o más hablan lengua indígena.⁷⁰ Durante los meses de trabajo se pudo observar que predominan el castellano y la lengua Mixteca entre hombres y mujeres adultos sin embargo, los

⁶⁷ Está profesión se ejerce casi siempre sin otra actividad o especialidad complementaria y sólo en casos excepcionales se encuentran parteras que conocen y trabajan con hierbas.

⁶⁸ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. Óp. cit.

⁶⁹ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Alcozauca de Guerrero*. Página Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero. Recuperado el: 15-01-2016 de:
<http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/alcozauca-de-guerrero/>

⁷⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010) *Población de 5 años y más hablante de lengua indígena Nacional (Número de personas), 2010*. Óp. cit.

niños y jóvenes entienden un poco el Mixteco pero no lo hablan porque les da pena según referencias de los propios pobladores.

Medios de transporte.- Alcozauca es una comunidad donde predominan características semiurbanas y se encuentra a una hora de Tlapa viajando en automóvil, cuenta con tres sitios de taxis que realizan corridas con mínimo 3 pasajeros, el costo del viaje es de \$50 y se encuentran disponibles con horario de 5:00 am a 5:00 pm. El trayecto está constituido por carreteras pavimentadas con asfalto y aunque en sus orillas hay pequeños deslaves de gravilla proveniente de los cerros, regularmente no hay mayores complicaciones para el recorrido.

Características de la comunidad.- La comunidad está rodeada de cerros con partes áridas y verdes, algunos con casas construidas en ellos; las calles en su mayoría se encuentran pavimentadas con cemento. Algunas casas tienen acceso tanto por la calle como por escaleras de tierra endurecida y son de diversos tamaños, formas y composición pero en su mayoría están construidas a base de materiales (ladrillo y cemento), algunas son de adobe con techo de teja o de lámina y terminado de colado.



Servicios públicos.- Cuenta con suministro de energía eléctrica todos los días, el agua potable se encuentra disponible un día por semana según la distribución por colonia y el agua para consumo humano la adquieren a través de garrafones o de purificar el agua en su domicilio, también es posible encontrar recolectores de basura distribuidos en la comunidad.

Actividades de subsistencia en la comunidad.- Posee una variedad de negocios por ejemplo, de alimentos, ropa, calzado, legumbres, tiendas de

abarrotes, telefonía celular,⁷¹ madererías, tortillerías, mercerías, papelerías, hoteles y un mercado establecido permanentemente para la venta de: verduras - frutas, carnes, comida corrida y trastes entre otros. Cuenta con dos escuelas preescolares, una primaria, una secundaria y un colegio de nivel medio superior, Presidencia Municipal, espacios deportivos y de recreación amplios.

Platillos tradicionales.- Sus platillos típicos son: barbacoa de chivo, frijoles refritos y salsa de tomate verde, mole rojo con carne de pollo o puerco y entre las bebidas destacan: el chilate (preparado de cacao, arroz y canela), mezcal de maguey y chicha.⁷²

La alimentación en Alcozauca posee influencia marcada en cuanto al tipo de comida nacional y extranjera que se consume pues se comercializan hamburguesas, plátanos fritos, alitas, pollo agridulce, tortas, tacos, frituras, pollo con mole, caldo de res, pozole condimentado, picaditas (tortillas con crema, salsa y queso), tortillas, arroz, frutas y verduras variadas, diversos alimentos industrializados y chatarra, agua de sabor, refrescos en grandes cantidades (principalmente de cola), bebidas alcohólicas variadas y grandes cantidades de cerveza, carne de pollo y cerdo en diferentes presentaciones.

Vestimenta.- Las formas de vestir tanto para hombres como para mujeres contienen influencias nacionales y extranjeras mediante el uso prendas hechas de manera industrial. Las mujeres regularmente usan blusas, faldas o pantalones casuales y calzado totalmente hecho a base de plástico, casual o de vestir, mientras los hombres regularmente visten con camisas acompañado de prendas y calzado casual y sólo algunos usan sombrero de palma.

Aspectos religiosos.- Aquí también predomina la religión católica, por lo que se encuentran diversas iglesias pequeñas dentro de las colonias y una

⁷¹ La señal telefónica es intermitente ya que si algo afecta la antena, se pierde y puede tardar varios días en regresar.

⁷² Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Alcozauca de Guerrero*. Óp. cit.

principal; que contiene en su interior gran variedad de imágenes religiosas, bancas amplias de madera y piso de azulejo, los festejos más grandes que se realizan en la comunidad se encuentran: el primer viernes de cuaresma, la fiesta de Santa Mónica iniciando el 1 de mayo y culminando en grande el día 5, el día de muertos y el día de la Virgen de Guadalupe, aunque existe culto en menor medida otras religiones como testigos de Jehová y culto a la muerte. Para las festividades masivas es común observar que en ambas comunidades se construyen castillos de fuegos artificiales, bailes amenizados por bandas regionales y algunos por sonidos, adornos alusivos, ferias en las calles principales, entre otros aspectos específicos de cada celebración.

Servicios de salud

Características del HCA.- Los servicios de salud son otorgados por el Hospital de la Comunidad de Alcozauca de Gro. (HCA), el cual brinda atención las 24 horas del día todo el año y en las localidades aledañas se otorgan a través de Centros de Salud o algunas Caravanas. En el 2005 se inauguró este hospital que contaba con servicios de: laboratorio clínico, rayos X, unidad dental, farmacia y ultrasonido,⁷³ pero durante el periodo de trabajo se encontró que esta unidad de salud dejó de ofrecer servicios de rayos X y cirugías por falta de especialistas. De manera que sólo se encuentran en funcionamiento los servicios de: un Núcleo Básico de Población, consulta externa, dental y Módulo del Adolescente, farmacia, laboratorio, ultrasonido, CEyE, hospitalización ambulatoria, urgencias, registro civil, módulo de Seguro Popular, sala de expulsión, tocología, administración y traductora de mixteco.

Recursos humanos de salud institucionales.- El personal de salud adscrito a esta unidad se conforma por: ocho médicos generales⁷⁴ (uno para la atención del núcleo, uno para urgencias, uno para consulta externa de lunes a

⁷³ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Alcozauca de Guerrero*. Óp. cit.

⁷⁴ Durante los meses de febrero a julio se incorporaron dos médicos pasantes.

viernes, dos para cubrir de tres a cuatro guardias nocturnas a la semana, dos para los fines de semana, un directivo del Hospital) y una pediatra de fin de semana. También cuenta con dos dentistas para cubrir la atención durante toda la semana, una psicóloga, tres químicos laboratoristas, dos choferes de ambulancia, cuatro personas de intendencia, una traductora de Mixteco, un promotor de salud y una administradora. En cuanto al personal de enfermería es importante mencionar que



se encuentran diecisiete enfermeras de las cuales dos cuentan con licenciatura y el resto con carrera técnica, además durante este periodo se incorporaron dos pasantes de enfermería general y dos de enfermería obstétrica.

Recursos humanos de la medicina tradicional.- En cuanto a la medicina tradicional, sólo se encontró a una partera y a un curandero, además cabe destacar que en ambas comunidades los servicios de salud institucionales muestran una baja demanda durante los días en que se realizan los festejos masivos.

1.4 Marginación, violencia de género y machismo

Marginación.- Las poblaciones estudiadas se encuentran en situaciones de marginación, ya que esta es el resultado de la estructura social y económica que atraviesa y determina la condición de las personas, puede estar o no implicada la pobreza sin embargo, sí existe una falta de vinculación con el sistema vigente. Por su parte la vulnerabilidad social involucra factores de riesgo objetivos, como la ubicación espacial, la imposibilidad de acceder al mercado laboral, o la atención de su salud, así como la percepción de sí mismos, y las acciones que los

individuos ponen en marcha basados en sus interpretaciones de ese factor de riesgo.⁷⁵

Violencia de género y machismo

Cambios sociales.- Las personas que forman la familia, tienen un vínculo afectivo, biológico y legal, ya que existe la obligación de alimentar y educar a sus miembros, pero en nuestra sociedad las circunstancias han provocado diversos cambios en la realización de estas funciones tales como la presión por falta de dinero o la delincuencia excesiva que se vive en las calles.⁷⁶

Violencia de género en el hogar.- La violencia intrafamiliar hasta hace poco no se admitía y se mantenía este abuso en secreto, ya que existe una ideología que la hace apreciar como algo natural, además existen afirmaciones y juicios que condenan a la mujer como provocadora y causante directa de los hechos de violencia que se ejercen sobre ella por lo que actualmente el hogar es un lugar de peligro para los niños y mujeres, ya que muchos actos de violencia se llevan a cabo en el interior de ella. Se presenta en familias de todas las razas, culturas, religiones, estados económicos y niveles educativos, está íntimamente relacionada con la consideración hacia las mujeres como sujetos sociales diferentes e inferiores.⁷⁷

Se ha educado a la mujer para ser "permissiva" del abuso tan solo por ser mujer, sin importar si el abuso es físico, sexual, violación (son las formas más frecuentes), emocional o sistemático que forma parte de las relaciones de pareja, basado en el poder de la fuerza física, transgresión de límites y una profunda descalificación hacia la mujer por parte del hombre.⁷⁸

⁷⁵ Luján, Nelly Caro., Navarrete, Emma Liliana. (2014). *Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad*. Óp. cit. pp. 139.

⁷⁶ Trejo, Martínez, Adriana. (2003). *Cap. 1. Realidad Social*. En: Trejo, Martínez, Adriana. *Prevención de la violencia intrafamiliar*. México. D.F. Editorial Porrúa. pp.7.

⁷⁷ *Ibíd*em pp. 4 – 8.

⁷⁸ *Ibíd*em pp. 8.

El machismo como forma de relacionarse.- El machismo es una forma de relacionarse donde su intrincada esencia consiste en que los hombres deben probar su hombría repetidamente, pues se ven obligados a superar pruebas para ser aceptados como tales. También engloba una serie de valores, creencias, costumbres, expresa cierto manejo del poder y refleja desigualdades reales en los ámbitos social, económico y político.⁷⁹

En estas situaciones de abuso la mujer es psicológicamente insegura cuya identidad depende de la constante atención y aprobación de su esposo, padre o hermano, les tiene miedo y acepta sus reglas sin cuestionarlas “para no causar problemas”.⁸⁰ La violencia de género contra las mujeres les impide alcanzar su plena realización personal, crecimiento económico y obstaculiza su desarrollo por tanto, es una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos, también causa perjuicio a las familias durante generaciones, empobrece a las comunidades y refuerza otras formas de violencia en las sociedades.⁸¹

La víctima puede aferrarse a la imagen amorosa de su agresor y sostenerla a través de años de abuso físico y emocional, pero debe enfrentar la realidad en distancia de su agresor y estos últimos sí necesitan de apoyo, pero de personas capaces de confrontarlos consigo mismos para que puedan responsabilizarse de sus propios actos. Por ello además de confianza y comunicación, es importante que exista en la familia una autoridad compartida y seguir a través de educación los valores básicos para convivir en sociedad y familia.⁸²

El actuar del profesional de Enfermería ante el machismo y la agresión.- Ante este panorama el papel de los profesionales de enfermería es ayudar a las personas, grupos y comunidades a disminuir o sobrellevar éstos y

⁷⁹ Castañeda Gutman, Marina. (2002). *El machismo invisible*. México, D.F. Grijalbo. pp. 23 – 33.

⁸⁰ *Ibíd*em pp. 24.

⁸¹ *Ibíd*em pp. 1.

⁸² Trejo, Martínez, Adriana. (2003). *Cap. 1. Realidad social*. Óp. cit. pp. 11 – 19.

otros determinantes sociales específicos de la población con la que trabaje por medio de estrategias como: la educación para la salud, atención de calidad en las clínicas y el apoyo para la creación de ambientes saludables, pero esto no es suficiente si no existen cambios en los otros dos niveles.⁸³ También hay que tener presente que con el uso institucional de la noción de *factor de riesgo*, con frecuencia se tiende a *desconocer o a no tomar en cuenta* los contextos sociales y culturales en los que se dan las conductas relacionadas con la salud, pues ello parte de la suposición de que los sujetos desean y pueden cambiar sus conductas, lo cual puede ser cuestionado.⁸⁴

1.5 Alimentación y condiciones de salud

Fuentes alimenticias.- Básicamente los Mixtecos desempeñan la agricultura para auto-abasto de manera marginal en pequeñas unidades de suelos erosionados que al depender del temporal de lluvias sus rendimientos son bajos. Su alimentación se basa en maíz, frijol, calabaza y chile; por lo que su dieta generalmente es deficiente y debe complementarse con productos de recolección y caza principalmente de: insectos, ranas, peces, crustáceos, hongos, quelites, liebres y venados; también han adoptado como parte de su alimentación el arroz, la pasta, algunos alimentos enlatados, la comida chatarra y los refrescos.⁸⁵

Medios de subsistencia.- En pueblos donde existe mayor escasez de tierras cultivables, la gente buscó alternativas económicas en la producción artesanal por lo que desempeñan el tejido de la palma con el que fabrican petates, abanicos, tenates y sombreros; estos últimos se venden en los mercados de

⁸³ Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Salud familiar y enfermería*. México. UNAM – Manual Moderno. pp. 50.

⁸⁴ Mckinlay, J. B. (1995); “The promotion of health though planned sociopolitical change challenges for research and policy”. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 50.

⁸⁵ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2003). *Mixtecos pueblos indígenas del México contemporáneo*. [en línea]. México, 2003 [fecha de consulta: 19-01-2016]. Actividades económicas de los mixtecos. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/mixtecos.pdf> (ISBN: 970-753-011-1). pp. 20.

Puebla y Guerrero, así como en Estados Unidos pero lamentablemente es un trabajo muy mal pagado para los indígenas por las redes de intermediarios. También comercializan vestimenta femenina, tejidos de algodón y lana, cerámica, artefactos y cestos que de igual forma son poco redituables.⁸⁶

La precaria situación económica, la erosión de sus tierras, el subdesarrollo, la ausencia de servicios básicos en los poblados, la violencia social, así como la falta de fuentes de trabajo; hacen de la Mixteca una de las mayores zonas de migración a la Ciudad de México, Estados Unidos, Canadá o el noroeste de nuestro país.⁸⁷

Limitantes en el desarrollo económico - alimentario.- Durante esta investigación se observó que no existen actividades laborales con las que la población de Metlatónoc y Alcozauca de Gro., pueda tener recursos económicos para vivir adecuadamente y tampoco existen alternativas adecuadas. La agricultura no siempre resulta provechosa debido a que las condiciones del clima y el suelo no son siempre las adecuadas por lo que algunas personas comercializan alimentos, frutas, verduras, ropa, poseen tiendas de abarrotes, animales de crianza, etc., otras reciben apoyo económico por parte de familiares que residen en Estados Unidos y casi la mayoría de la población obtiene dinero con periodicidad bimensual gracias a su afiliación individual o familiar a Prospera.⁸⁸

⁸⁶ *Ibíd*em pp. 20 – 21.

⁸⁷ *Ibíd*em pp. 21.

⁸⁸ Las personas inscritas en este programa reciben apoyo monetario cada dos meses según el motivo de afiliación por ejemplo; si los niños reciben o no educación básica y el nivel en el que se encuentran (incluyendo el apoyo de alimentación), el uso de programas para la atención de adultos mayores, mujeres embarazadas, etc. Debido a lo anterior todas las personas afiliadas tienen algunos compromisos con la Secretaría de Salud por ejemplo, acudir a todas sus citas programadas de manera oportuna, así como a los talleres de promoción a la salud para aquellos hombres y mujeres padres de familia, (incluyendo a las mujeres embarazadas), los cuales se programan una vez al mes, pero en caso de inasistencia se condiciona el pago de su apoyo bimestral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de cuidado cultural

La importancia del cuidado.- Los actos y procesos de cuidar pueden⁸⁹ asegurar la satisfacción de necesidades indispensables para la vida como⁹⁰ el nacimiento, desarrollo, crecimiento, supervivencia y muerte pacífica del ser humano; de manera que los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas, espirituales y ambientales⁹¹ que crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo.⁹² También constituyen la esencia de la profesión de Enfermería pues esta profesión busca comprender cómo se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana⁹³ para que de esta manera pueda ofrecer cuidados que cuestionen todos los recursos del entorno, capacidades, fuerzas físicas, afectivas y psíquicas de la persona, además de hacerlos flexibles a los individuos, familias y comunidades en cuanto a participación y costo.⁹⁴

Enfermería en México.- En nuestro país la práctica de enfermería está inserta en un modelo médico dominante que enfatiza el entendimiento de la enfermedad como fenómeno aislado del contexto social, cultural y ecológico, contradiciendo la actuación ideal de la enfermería y las necesidades de salud⁹⁵ principalmente dentro de las instituciones sanitarias.⁹⁶

⁸⁹ Torralba i, R. F. (1998). *Cap. 22 Esencia y sentidos del cuidar*. En: Antropología del cuidar. Madrid, España. Editorial MAPFRE. pp. 305.

⁹⁰ Collière, M. F. (2009). *Cap. 1 Origen de las prácticas cuidadoras; su influencia en la práctica de enfermería*. En: Promover la vida. México. Editorial McGraw-Hill. pp. 7.

⁹¹ Torralba i, R. F. (1998). Óp. cit. pp. 305.

⁹² Collière, M. F. (2009). Óp. cit. pp. 7.

⁹³ Torralba i, R. F. (1998). Óp. cit. pp. 305.

⁹⁴ Collière, M. F. (2009). *Cap. 8 Corriente centrada en la concepción de la salud*. En: Promover la vida. México. Editorial McGraw-Hill. pp. 148.

⁹⁵ Cardona, Evangelina., et. al. (1984); *Perfil educativo del estudiante de enfermería en la carrera de enfermería de la ENEP-Iztacala*. En: Casasa, G. P. (2014). Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural. México ENEO-UNAM. pp. 1.

⁹⁶ Nanda, Serena. (1983); *Antropología Cultural*. En: Casasa, G. P. (2014). Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural. Óp. cit. pp. 2.

Cuidados culturales de Madeleine Leininger.- Toda esta interrelación entre salud, enfermedad y conducta humana, Leininger la integró en el desarrollo de la *Enfermería Transcultural*⁹⁷ mediante la *Teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales*,⁹⁸ esta última es el área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión, las creencias de la salud - enfermedad y el modelo de conducta, pues desde 1950 mientras trabajaba en un psiquiátrico infantil, percibió que la falta de comprensión de los factores culturales por parte del personal de salud influía en el comportamiento y salud de los niños que provenían de diferentes estratos sociales.⁹⁹ Pero a pesar del desarrollo de esta corriente teórica, en México ha sido poco estudiada y Enfermería no le ha dado continuidad al estudio y aplicación de los cuidados culturales.

Para poder comprender todo este contexto debe entenderse lo que es *cultura* y dicho concepto es amplio y complejo porque involucra *la totalidad de relaciones, actividades físicas e intelectuales*,¹⁰⁰ *así como las capacidades y hábitos*¹⁰¹ *que caracterizan el comportamiento de los individuos que componen un grupo social (considerados de forma colectiva y singular)*.¹⁰² De esta manera la cultura tiene un valor social porque delimita el “qué”, “cómo” y “porqué” se hacen determinadas cosas, lo cual sólo se transfiere de un individuo a otro pues no es un patrimonio que se pueda transmitir a través de los genes.¹⁰³

⁹⁷ Leininger, M. (1995); *Transcultural Nursing: Concepts. Theories and Practices*. En: McFarland, M. R. (2011). Cap. 22 Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Óp. cit. pp. 458.

⁹⁸ Ella usó un instrumento que ha contribuido a entender las diferencias culturales en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad, que pretende obtener datos culturales bien fundados de diversas culturas.

⁹⁹ Leininger, M. (1995); *Transcultural Nursing: Concepts. Theories and Practices*. Óp. cit. pp. 455.

¹⁰⁰ Boas, Franz. (1940); *Race, Language, and Culture (La raza, el lenguaje y la cultura)*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 5.

¹⁰¹ Tylor, Edward Burnett. (1881); *Antropology*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 6.

¹⁰² Boas, Franz. (1940); *Race, Language, and Culture (La raza, el lenguaje y la cultura)*. Óp. cit. pp. 5.

¹⁰³ Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 6.

En su trabajo Leininger (1995) ejerció cuidados de enfermería de índole intercultural. Definió a la *Interculturalidad* como la relación de naturaleza dinámica, donde existe reciprocidad, voluntad, horizontalidad, negociación y respeto de diferencias entre las culturas¹⁰⁴ existentes en la mayoría de las sociedades (ya que éstas son entidades multiculturales y multiétnicas).¹⁰⁵

Multiculturalidad.- Cuando se habla de multiculturalidad se hace referencia a la presencia de culturas diferentes que se encuentran en el mismo lugar (país, nación, etc.), y que pueden o no tener una relación adecuada entre ellas pero, para que una cultura sea respetada debe ser reconocida como tal y este reconocimiento no está siempre garantizado.¹⁰⁶ Entonces "el paso de lo multicultural a lo intercultural se desarrolla a través de una renegociación continuada de los roles, espacios y valores".¹⁰⁷

Interculturalidad.- Por tanto, la interculturalidad en salud es muy compleja pues requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales respeten los conocimientos del otro y generen espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas.¹⁰⁸ En nuestro país es común observar que la medicina institucional se encuentra ejerciendo una interacción de subordinación y control hacia la medicina tradicional, ya que sólo le permite ciertas actividades a criterio del sistema

¹⁰⁴ Davinson, G, Jélvez I, Yáñez S. (1997); *Diagnóstico y propuesta del sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena*. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas; 1997. 145 p. En: Hasen, N. F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. Ciencia y enfermería. [en línea]. Edición XVIII. Vol. 18, No. 3. [fecha de consulta: 07-03-2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext ISSN: 0717-9553.

¹⁰⁵ Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 4.

¹⁰⁶ Ibídem pp. 8.

¹⁰⁷ Mancini Dott. Ugo. *Multiculturalidad, interculturalidad, transculturalidad: conceptos y estrategias*. Docente del Departamento de Política Instituciones e Historia de la Universidad de Boloña Strada Maggiore No. 45 40125, Boloña, Italia. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 4 – 8.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud. (2009); *Antecedentes para apoyar la revisión de los programas de salud pública desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública. En: Hasen, N. F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. Óp. cit.

dominante en beneficio de las metas que persiguen las instituciones de salud, pues reclutan a los practicantes tradicionales y les impiden el pleno ejercicio de sus conocimientos culturales, imposibilitando que los usuarios decidan qué tipo de terapéutica utilizar.

Transculturalidad.- El enfoque de Enfermería Transcultural hace énfasis en el reconocimiento de los *cuidados culturales*, los cuales van más allá de algún acto o conjunto de ellos debido a que su composición está determinada por las “costumbres, creencias religiosas, hábitos alimenticios, valores y patrones de cuidado y salud”,¹⁰⁹ pues como menciona Leininger están conformados por una perspectiva holística en un periodo de tiempo concreto.¹¹⁰ Este tipo de cuidados los poseen y ejercen las personas o familias que conforman una comunidad o sociedad, y tienen la cualidad de “ayudar, apoyar, facilitar, educar o capacitar para mantener, mejorar, o afrontar su salud, estilo de vida, enfermedad, discapacidad y/o la muerte”,¹¹¹ tanto de manera individual como grupal. Dicho de otra manera el cuidado cultural es entonces, la perspectiva particular individual o colectiva de manejar su estado de salud, enfermedad, confort - padecimiento, hasta el día de su muerte.

La transculturalidad es una característica actual de las culturas que no están aisladas completamente unas de otras y significa el acercamiento que busca establecer vínculos más allá de la cultura en cuestión, casi creando hechos culturales nuevos que nacen del sincretismo y no de la unión ni de la integración de los tratos culturales que interesan a una determinada transacción.¹¹²

¹⁰⁹ Castillo, M. J. A. (2008); *El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia*. En: Casasa, G. P., et al. (2015). *Una perspectiva cultural del cuidado*. Óp. cit. pp. 3.

¹¹⁰ Leininger, M. (1995); *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. En: McFarland, M. R. (2011). *Cap. 22 Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales*. Óp. cit. pp. 459.

¹¹¹ Casasa et al. (2015). *Una perspectiva cultural del cuidado*. Óp. cit. pp. 5

¹¹² Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 9.

Comparativa entre enfermería transcultural e intercultural.- La diferencia entre enfermería *transcultural e intercultural*, se encuentra en que la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de enfermería, utilizando la base teórica de la antropología y que realizan su práctica basada en la investigación comparada entre varias culturas. Y por su parte la enfermería *intercultural* la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos, médicos o aplicados, pero sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación¹¹³ y es la que aplican los profesionales que trabajan entre dos culturas, pero sin entenderlas completamente.¹¹⁴

Elementos indispensables en la práctica enfermera de los cuidados culturales.- Otros aspectos a considerar si el profesional de Enfermería quiere comprender e incorporar los cuidados culturales a su práctica cotidiana son: tratar de indagar y reconocer por qué las personas a su cuidado hacen, piensan o sienten de determinada manera¹¹⁵ mediante un campo de observación plural y exhaustivo,¹¹⁶ pero con cierta perspectiva que le permita acercarse de forma objetiva a la realidad, necesidades de salud, medio de vida,¹¹⁷ familiaridad con ciertos objetos, etc.,¹¹⁸ del sujeto al cual atiende para proporcionarle autonomía y confianza de dejarse ayudar por el enfermero/a.¹¹⁹ Además de establecer una adecuada relación interpersonal,¹²⁰ mediante un tiempo - espacio idóneo donde sea posible la comunicación y el trato sincero¹²¹ para que el profesional pueda

¹¹³ Reyes, Isidora. (2014); *Madeleine Leininger*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 17.

¹¹⁴ Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 17.

¹¹⁵ Torralba i, R. F. (1998). *Cap. 4 Metodología de la investigación antropológica*. En: *Antropología del cuidar*. Madrid, España. Editorial MAPFRE. pp.62.

¹¹⁶ *Ibíd*em pp.63.

¹¹⁷ Collière, M. F. (2009). *Cap. 8 Corriente centrada en la concepción de la salud*. Óp. cit. pp. 149.

¹¹⁸ Torralba i, R. F. (1998). *Cap. 22 Esencia y sentidos del cuidar*. Óp. cit. pp. 330.

¹¹⁹ *Ídem* pp.65.

¹²⁰ Torralba i, R. F. (1998). *Cap.11 La dimensión exterior de la persona: La corporeidad*. En: Torralba i, R.F. *Antropología del cuidar*. Madrid, España. Editorial MAPFRE. pp.167.

¹²¹ *Ídem* pp. 329.

interpretar la corporeidad¹²² de la persona. Esta se refiere a todas las manifestaciones intrínsecas y únicas del ser humano, e incluye sus expresiones verbales y no verbales; posee un plano ético, porque los cuidados de enfermería impactan directa o indirectamente en estas manifestaciones, ya que cuando un ser humano atraviesa una circunstancia de máxima vulnerabilidad, puede sufrir una crisis de sentido¹²³ referente a su vida, por lo que al ejercer los cuidados de enfermería se debe mantener respeto, consideración y delicadeza¹²⁴ para su receptor. De esta manera el profesional de enfermería puede ejercer su capacidad de adaptación al ritmo ajeno, referente al del ser humano a su cuidado.¹²⁵

Además la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, trato adecuado, reconocimiento de las tradiciones culturales, combate a la exclusión, atención y equidad en salud a los distintos grupos étnicos¹²⁶ de lo contrario, las personas pueden ser mal diagnosticadas, mal entendidas y mal cuidadas.¹²⁷

2.2 Determinantes e inequidades sociales de la salud

Definición de determinantes sociales en salud.- La OMS señala que los problemas de salud no sólo tienen que ver con lo biológico, también residen en los *factores sociales determinantes de la*



¹²² Ídem pp. 168.

¹²³ Ídem pp. 360.

¹²⁴ Ídem pp. 173.

¹²⁵ Ídem pp. 315.

¹²⁶ Lerin, Piñon, S. (2012); *Desafíos en la salud intercultural*. En: Hasen, N. F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. Óp. cit.

¹²⁷ Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. Óp. cit. pp. 12.

salud.¹²⁸ Una parte de ellos están conformados por la posición socioeconómica, clase y estructura social, relaciones de género y etnia, de ellos depende el nivel educativo, ocupación e ingreso de las personas, los cuales están influidos por el tipo de gobierno, las políticas sociales y públicas, la cultura y los valores sociales. La otra parte incluye las condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de alimentos, factores biológicos, psicosociales y los sistemas de salud.¹²⁹ Los determinantes sociales en salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.¹³⁰

Discriminación étnico – racial.- Cabe mencionar que la discriminación étnico - racial constituye una barrera para el acceso a los servicios, información y tratamiento igualitario, la cual opera a través de: falta de información adecuada para la toma de decisiones, dificultades de acceso a los servicios y baja calidad de los disponibles, lo que genera enfermedad por la producción de mayor estrés en los individuos debido a las condiciones de vida más severas.¹³¹

Inequidad en salud.- El término “inequidades sanitarias” hace referencia a las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla. Así pues mientras más pobre sea la persona mayor será su posibilidad de enfermar y menor será su posibilidad de actuar ante dicha enfermedad.¹³²

¹²⁸ Confrontar los escritos de McKeow, Tomas. (1976); *The Modern Rise of Population*. New York: Academic Press. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 43.

¹²⁹ ALAMES. (2007); *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. Documento para la discusión. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 46.

¹³⁰ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Determinantes sociales de la Salud*. [En línea]. Fecha de consulta: 29-06-2016. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

¹³¹ Torres, Cristina. (2001); *Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 52.

¹³² Organización Mundial de la Salud. (2016). *Documento de referencia 3: Conceptos clave*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 29-06-16 de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

Equidad en salud.- La equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas.¹³³

Estilos de vida y salud.- Un *estilo de vida* es lo que distingue a un grupo de otro¹³⁴ y refleja el estatus de una persona en la sociedad, se basa en elecciones que dependen de las circunstancias socioeconómicas de la persona. Los *estilos de vida saludables* son patrones de conducta (determinadas por su estatus socioeconómico, edad, género, etnia y otros factores) que pueden tener consecuencias negativas o positivas sobre el cuerpo y la mente, incluyen contactos con profesionales médicos para chequeos y cuidados preventivos, aunque la mayoría de las actividades se realizan fuera del sistema de servicios y atención sanitaria.¹³⁵ En este sentido, la salud se concibe como una necesidad básica de cualquier ser humano para tener una participación exitosa en la vida social,¹³⁶ pero el proceso salud - enfermedad - cuidado, debe ser abordado desde la perspectiva colectiva, y en especial, desde la familia ya que es en ella donde vivimos, enfermamos, sanamos o morimos.¹³⁷

La cosmovisión referente a la salud.- Las cosmovisiones de la salud y enfermedad varían para cada grupo étnico, y pueden crear reticencia para acudir a los servicios basados en la medicina científica, porque los sistemas tradicionales

¹³³ Amartya, S. (2002). *¿Por qué la equidad en salud?* Revista Panamericana de Salud Pública. [En línea]. Vol. 11, no. 5 - 6, Mayo / Junio 2002. [Fecha de consulta: 29-06-2016]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext (ISSN: 1680-5348).

¹³⁴ Cockerham, W. C. (2002). *Estilos de vida y conductas de salud*. En: Cockerham, W. C. Sociología de la medicina. España. Pearson Educación S.A. pp. 105.

¹³⁵ *Ibídem* pp. 103-107.

¹³⁶ Doyal, L., Gough, I. (1992); *A theory of human need*. London: Ed. McMillan. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 48.

¹³⁷ Amaya, Pilar. (2004); "Instrumentos de Salud Familiar: Familias en General". ISF: GEN-21, *Manual. Aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 48.

de medicina juegan un rol muy importante en la prevención y curación de la salud ya que se adaptan mejor a las concepciones de los grupos étnicos.¹³⁸

La importancia del autocuidado.- Cuando aun así persisten las amenazas para la salud en el entorno y la medicina no puede proporcionar una cura, el autocontrol sobre la conducta personal que afecta a la salud es elemental,¹³⁹ porque se asume que la causa fundamental del problema de salud de un individuo es él mismo, no el sistema social ya que las elecciones sobre fumar, beber alcohol, la dieta y el ejercicio físico las toma la persona.¹⁴⁰

Dificultad de acceso al sistema de salud.- Sin embargo, los individuos socialmente desfavorecidos tienen menos acceso a los recursos e información sobre salud, o control sobre las horas para dormir y la selección de comida, etc.,¹⁴¹ además las familias de clase más baja gastan un porcentaje más alto de su dinero en comida por tanto, sus necesidades de atención y cuidado son mayores debido a una salud relativamente más pobre y una baja utilización de los servicios preventivos. La dificultad en la medicina preventiva está en que las aproximaciones clínicas y el sentido común determinan si se utilizan o no los servicios de salud.¹⁴²

Proceso de globalización.- Pero actualmente el proceso de globalización está impactando con mayor fuerza en la calidad de vida de las mayorías incrementando aceleradamente la pobreza, las desigualdades económicas y políticas, el deterioro ecológico sin control y su impacto en la salud,¹⁴³ lo que afecta con mayor fuerza a los pueblos indígenas influyendo en sus posibilidades

¹³⁸ *Ibíd*em pp. 21 – 22.

¹³⁹ Cockerham, W. C. (2002). *Estilos de vida y conductas de salud*. Óp. cit. pp. 104.

¹⁴⁰ *Ibíd*em pp. 120 – 121.

¹⁴¹ *Ibíd*em pp. 108 – 109.

¹⁴² *Ibíd*em pp. 121 – 126.

¹⁴³ López, Arellano, Oliva., Escudero, José Carlos y Carmona, Luz Dary. (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 45.

de integración social y acceso a los beneficios económicos.¹⁴⁴ Ejemplo de ello es que las mujeres de Oaxaca y Guerrero que trabajan cumplen jornadas mayores a 49 horas semanales, de las cuales el 70% están en situación de precariedad y posiblemente de vulnerabilidad laboral, además la mayoría de ellas solo perciben un salario mínimo o incluso no perciben ingresos por su actividad.¹⁴⁵

Pobreza.- La definición de pobreza depende del enfoque con el que se aborda y de los criterios de su medición o noción. Una de ellas es a partir del grado de bienestar de una sociedad determinada, donde un sector de la población (individuos, familias y otros grupos) no cuenta con recursos suficientes para obtener aquello que les permita participar en las actividades de una sociedad, de acuerdo con sus costumbres. Dentro de sus medidas se utilizan variables como: no tener una vivienda digna, carecer de una alimentación básica, no tener acceso a los servicios sanitarios, educativos o culturales, no poder desarrollar una vida familiar y social, o no tener derecho a disfrutar del ocio.¹⁴⁶

El enfoque de pobreza absoluta implica también el nivel de consumo o gasto en relación con estándares que la sociedad determinada como aceptables, de esta manera se identifica como pobres a quienes no satisfacen los estándares mínimos de consumo o gasto, ocasionando una situación de insatisfacción de las necesidades básicas con relación al promedio.¹⁴⁷

¹⁴⁴ CEPAL. (1997). *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit. pp. 51.

¹⁴⁵ Luján, Nelly Caro., Navarrete, Emma Liliana. (2014). *Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad*. En: Navarrete, Emma Liliana., Luján, Nelly Caro. Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo. Zinacantepec, Estado de México. El Colegio Mexiquense A.C. pp.: 145- 148.

¹⁴⁶ García, Hernández, Gloria Elizabeth. (2014). *Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad*. En: Navarrete, Emma Liliana., Luján, Nelly Caro. Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo. Óp. cit. pp. 18.

¹⁴⁷ *Ibídem* pp. 19.

2.3 Programa de Acción Específico: Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales (APV)

Creación y avances del programa.- Este programa, surge como respuesta al compromiso mundial que adquirió nuestro país en el año 2000 respecto al quinto punto de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, e implica la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes con respecto a la tasa que se tenía en 1990¹⁴⁸ por medio de redes sociales activas, cobertura universal y calidad de atención en salud para las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad. Sin embargo, aún hoy en día México enfrenta enormes dificultades para su cumplimiento¹⁴⁹ y un ejemplo es el Estado de Guerrero que durante el año 2000 reportó una tasa promedio de 113.1 muertes maternas y en 2014 continuó con una prevalencia de 58.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.¹⁵⁰

La muerte materna representa un problema multifactorial de rezago social vinculado a la pobreza, desigualdad en cuanto al acceso y calidad de los servicios de salud¹⁵¹ y las principales causas son la presencia de preeclampsia - eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto.¹⁵²

Estructura de la atención.- Por tanto, la red de servicios de salud que plantea este programa pretende que el primer nivel de atención en salud -parteras, brigadas, y unidades móviles-, detecte los embarazos de riesgo para que sean referidos a la Clínica Sí Mujer correspondiente, la cual atenderá los embarazos

¹⁴⁸ Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"*. Introducción. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. [en línea]. México D.F. Secretaría de Salud. 2002). [fecha de consulta: 14-09-2015] (ISBN: 970-721-044-3). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf> pp. 17.

¹⁴⁹ *Ibidem* pp. 13 – 17.

¹⁵⁰ Secretaría de Salud. (2014). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Óp. cit.

¹⁵¹ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014); *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca*. En: Page, P. J. T. (2014). *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. México. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 241.

¹⁵² Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"*. Óp. cit. pp. 21.

normales y los partos de bajo y mediano riesgo las 24 horas del día, los 365 días del año. A su vez la Clínica debe referir al Hospital Sí Mujer a las mujeres con embarazos de alto riesgo para: su vigilancia estrecha, atención del parto, puerperio y también a recién nacidos que presenten complicaciones o defectos de nacimiento.¹⁵³

Otro punto clave es la atención obstétrica de emergencia (AOE) la cual tiene como base que: tanto las emergencias obstétricas como las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio pueden desencadenar en muerte materna por tanto, se puede evitar este desenlace mediante las capacidades resolutivas de este enfoque, el cual debe estar disponible las 24 horas los 365 días del año para que cualquier mujer pueda llegar a los establecimientos con un tiempo máximo de dos horas.¹⁵⁴

Secuelas derivadas de la red de servicios.- La atención de todo parto, con o sin complicaciones, dentro de las estructuras hospitalarias¹⁵⁵ también acarrea consecuencias como mayores probabilidades de cesárea y iatrogenias, pues en el año 2000 poco más del 65% de las muertes maternas se presentaron en hospitales públicos¹⁵⁶ los cuales experimentan extrema sobresaturación, falta de los recursos materiales, financieros y humanos suficientes. Destacando la falta de adecuación cultural para la población social y culturalmente diversa; donde las mujeres usuarias reciben deficiente calidad de atención clínica, situaciones de maltrato y discriminación.¹⁵⁷

Protección social en salud. A pesar de lo anterior para fines estadísticos de atención en las instituciones, se ha aprovechado el acercamiento obligado que

¹⁵³ *Ibíd*em pp. 34 – 35.

¹⁵⁴ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014). *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca.* Óp. cit. pp. 246.

¹⁵⁵ *Ibíd*em pp. 246.

¹⁵⁶ Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”.* Óp. cit. pp. 22.

¹⁵⁷ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014). *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca.* Óp. cit. pp. 246 – 247.

ha tenido la gran mayoría de las mujeres pobres, indígenas, rurales y de clase baja por ser beneficiarias del Programa Prospera (antes llamado Oportunidades) o del Seguro Popular. Éste último es fuente principal de financiamiento para equipamiento, insumos, medicamentos, contratación de recursos humanos en hospitales, acciones de prevención - promoción de la salud, cursos de capacitación y actualización del personal para los servicios médicos de primer y segundo nivel de atención ofrecidos por la SSA en el país, aunque dicha cobertura no ha sido acompañada por una ampliación sustancial de los presupuestos asignados a los hospitales públicos¹⁵⁸ ni una mejor atención a la población usuaria.

A la población afiliada se le brinda cobertura en servicios médicos gratuitos con el objetivo de que el control de embarazo se lleve únicamente en el Centro de Salud o en la UMR. Mientras que para el parto, las complicaciones y emergencias obstétricas estas unidades deben canalizar a las mujeres al hospital público más resolutivo de referencia. En este último caso, se apoya a la embarazada en su traslado, con transporte AME y/o se le proporcionan cuidados y alimentación a ella y sus hijos a través de Casitas AME¹⁵⁹ hasta la resolución de su evento obstétrico.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Ídem pp. 248 – 263.

¹⁵⁹ Las Casitas o Posadas AME son pequeños espacios que cuentan con servicios básicos y se otorgan en préstamo a las mujeres que durante su proceso reproductivo de alto riesgo viven lejos de la unidad de salud que les brinda atención. Por ejemplo, si durante el embarazo o el trabajo de parto necesitan permanecer bajo vigilancia estrecha por más de un día para el bienestar de la diada materno-fetal se otorga una de estas posadas que pueden habitar en conjunto con su pareja y otros hijos. Sin embargo, durante el periodo de esta investigación sólo se encontraron vestigios de estas Casas AME en Alcozauca de Gro., y ningún dato de ellas en Metlatónoc. Por su parte el Transporte AME es aquel que se brinda en apoyo a la mujer embarazada que cursa con complicaciones obstétricas con el fin de llevarlas a unidades resolutivas.

¹⁶⁰ Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”*. Óp. cit. pp. 35 – 36.

2.4 Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) como opción de servicio social para Enfermería

¿Qué es el servicio social?- El Servicio Social es un “*trabajo temporal que ejecutan y prestan los profesionales y estudiantes como remuneración en interés de la sociedad y es requisito para la titulación y ejercicio de la profesión.*”¹⁶¹ De las diversas opciones disponibles los pasantes LEO eligieron realizarlo en la Región Montaña del Estado de Guerrero, porque forman parte del *Proyecto PAPIIT IN 305314 “Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud”* donde es importante realizar investigación de campo etnográfico en relación a diversas problemáticas de salud y en poblaciones de tipo rural.

Funciones principales.- Sus actividades en este periodo se centrarían en la atención de mujeres indígenas durante las etapas de embarazo, parto y puerperio con base en el “*Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica*”,¹⁶² el enfoque de riesgo y la dinámica del Programa Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales (APV), cumpliendo una jornada de 8 horas diarias además de disponibilidad de 24 horas dentro de la comunidad.¹⁶³

Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica

Finalidad.- El Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica tiene como fin aprovechar el potencial del Licenciado en Enfermería y Obstetricia y del especialista en Enfermería Perinatal a fin de extender y mejorar la cobertura de atención profesional a la mujer gestante, para contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna, en especial de las regiones con mayor

¹⁶¹ Secretaría de Salud. (2016). *Administración del Servicio Social para la Salud*. Recuperado el 04-01-2016 de <http://dgces.salud.gob.mx/sias/>

¹⁶² Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2009-2015). *Licenciatura en enfermería y obstetricia. Perfil de egreso*. ENEO-UNAM. Recuperado el 07-01-16 de: http://www.eneo.unam.mx/licenciatura-en-enfermeria/perfil_de_egreso_LEO.php

¹⁶³ En este caso la pasantía estaría acompañada por: apoyo de alimentación, hospedaje y beca económica tipo CC de \$2,800 mensuales.

incidencia en defunciones maternas.¹⁶⁴ Diariamente se registran 4 defunciones maternas en el país de las cuales casi el 50% pudieron ser evitadas con tan sólo asegurar el acceso a una adecuada alimentación y la atención de un profesional durante el embarazo, parto y puerperio lo que a su vez también repercute en la salud de los recién nacidos.¹⁶⁵

Desempeño de la/el enfermera/o obstetra.- Desde décadas pasadas el profesional de enfermería ha tenido un importante papel en la atención materno - infantil, su formación obstétrica le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para el desarrollo de estrategias y acciones que contribuyan al fortalecimiento del autocuidado, sobretodo porque la mayor parte de los problemas de salud materno - infantil pueden resolverse a través de acciones preventivas y modificando estilos de vida. Por tanto, la/el enfermera/o obstetra tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad, asegurando el nacimiento en las mejores condiciones posibles.¹⁶⁶

Las enfermeras obstetras proporcionan atención continua a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y parto¹⁶⁷ aplicando el sistema de evaluación de riesgo,¹⁶⁸ con sus resultados establecen un plan de cuidados para la vigilancia del estado de salud y prevención de complicaciones o para la

¹⁶⁴ Secretaría de Salud. (2005). *Modelo de atención de enfermería obstétrica*. I. Introducción. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud. [En línea]. México, D.F. [fecha de consulta: 07-03-2016]. Disponible en:http://ipasmexico.org/biblioteca/material_de_consulta/modelo_de_atencion.pdf (ISBN 970-721-296-9). pp. 6.

¹⁶⁵ *Ibidem* pp. 7 – 8.

¹⁶⁶ *Ibidem* pp. 5-6, 10 y 13.

¹⁶⁷ *Ibidem* pp. 16.

¹⁶⁸ Riesgo desde el punto de vista de la atención obstétrica es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. Se encuentra calificada en base a características determinadas. La identificación de estas características puede prevenir la muerte y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más los necesitan.

referencia a servicios especializados.¹⁶⁹ En esa intención la enfermera obstetra ejerce un juicio crítico y trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, consultando con ellos o remitiendo aquellos casos que están fuera de su campo de ejercicio profesional.¹⁷⁰

Competencias de la/el enfermera/o obstetra.- A continuación se describen las diversas competencias que debe poseer la/el Enfermera/o Obstetra según el momento reproductivo, el tipo de usuario y localidad donde se encuentre:

- ✚ **Atención prenatal:** confirmar el embarazo, integrar la historia gineco-obstétrica, concertar un plan de cuidados personalizado, identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad, determinar el riesgo obstétrico para establecer a la mujer en caso de complicaciones y derivarla / acompañarla al siguiente nivel de atención en caso de alto riesgo, entre otras intervenciones de enfermería complementarias.¹⁷¹

- ✚ **Trabajo de parto y parto:** proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, previene y atiende oportunamente la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, atiende a la mujer en el periodo expulsivo, recibe al recién nacido, otorga seguimiento durante el periodo de alumbramiento y realiza otras intervenciones de enfermería complementarias.¹⁷²

- ✚ **Atención en el puerperio:** brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediano y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia. Identifica oportunamente las complicaciones, propicia la lactancia materna, informa oportunamente sobre métodos de planificación familiar, orienta sobre estimulación

¹⁶⁹ Secretaría de Salud. (2005). *Modelo de atención de enfermería obstétrica*. III. Modelo de atención de enfermería obstétrica. Óp. cit. pp. 11.

¹⁷⁰ *Ibídem* pp. 8.

¹⁷¹ *Ibídem* pp. 14 – 15.

¹⁷² *Ibídem* pp. 16 – 17.

temprana para el recién nacido y estabiliza a la mujer en caso de complicaciones para derivarla / acompañarla al siguiente nivel de atención en caso de alto riesgo, además de realizar otras intervenciones de enfermería complementarias.¹⁷³

✚ **Recién nacido:** proporciona atención inmediata, mediata y tardía al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte, evalúa sistemáticamente el estado general del neonato, aplica medidas preventivas, proporciona seguridad física - legal y realiza otras intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización del recién nacido ante la presencia inminente de complicaciones y/o en caso necesario asistirlo durante su traslado.¹⁷⁴

✚ **Urgencias obstétricas en la mujer:** atiende situaciones críticas que representan amenazas para la vida de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, brinda atención, tratamiento, estabilización y referencia urgente al nivel de atención especializado ante la presencia de: pre-eclampsia – eclampsia, sangrado transvaginal o hemorragia, sufrimiento fetal, infecciones postparto y problemas de tipo emocional o mental,¹⁷⁵ entre otras, complementando con las intervenciones de enfermería necesarias para su estabilización.

✚ **Urgencias en el recién nacido:** atiende situaciones críticas que representan amenazas serias para la vida del recién nacido como la hipoxia y una vez estabilizado lo refiere para su atención especializada.¹⁷⁶

¹⁷³ Ibídem pp. 18 – 20.

¹⁷⁴ Ibídem pp. 21.

¹⁷⁵ Ibídem pp. 22 – 27.

¹⁷⁶ Ibídem pp. 27 – 28.

- ✚ **Información, comunicación y educación:** proporciona estas herramientas para que las personas logren una vida familiar saludable, embarazos planeados, una paternidad responsable y el autocuidado de la salud.¹⁷⁷

- ✚ **Formación y visión en el marco de la Interculturalidad:** brinda atención obstétrica con una visión intercultural y ética, diseña procedimientos que faciliten el trabajo con las comunidades atendiendo el principio de autonomía de las personas y la interculturalidad, proporciona atención respetando las creencias y costumbres, además ante posibles complicaciones otorga una adecuada orientación para la toma de decisiones informadas, identifica hábitos y costumbres sobre la salud reproductiva, ejerce el liderazgo en el grupo interprofesional y con los trabajadores de la salud no profesionales: parteras, promotoras de la salud y médicos tradicionales respetando las características culturales y sociales de la población.¹⁷⁸

- ✚ **Administrativa:** define un plan de acción y la forma de organizar los recursos humanos, materiales y financieros que estén a su disposición, establece coordinación interprofesional institucional, interinstitucional e intersectorial, contribuye en proyectos de investigación de enfermería y propone mejoras para la organización y funcionamiento de los servicios.¹⁷⁹

¹⁷⁷ *Ibíd*em pp. 29.

¹⁷⁸ *Ibíd*em pp. 30 – 31.

¹⁷⁹ *Ibíd*em pp. 32.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

CONTEXTO DE LA POBLACIÓN MIXTECA Y ACCIONES EMPRENDIDAS POR LOS PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL

3.1 Programa Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales “APV” en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca

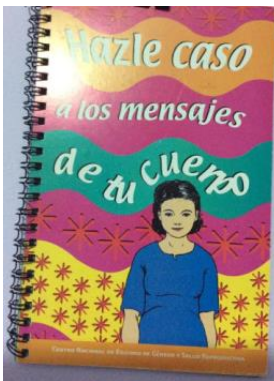
Capacitación inicial a los enfermeros obstetras.- Al llegar a la Región Montaña de Guerrero los pasantes LEO recibieron información y capacitación sobre éste y otros programas de los cuales serían partícipes de manera directa o indirecta debido a la atención que brindarían a la mujer desde el embarazo hasta el puerperio. Además dentro de las instituciones a las que serían asignados habría personal adscrito enfocado en el Programa APV el cual supervisaría las acciones realizadas por los enfermeros obstetras para conformar atención y cuidados interdependientes.

Dicha supervisión fue realizada parcialmente en el CSCSA Metlatónoc ya que el personal adscrito tenía experiencia de trabajo previo con tres generaciones de pasantes LEO lo que generó una gran confianza en el actuar de los mismos, pues observaron que con el paso de su estancia los enfermeros obstetras incrementaban sus capacidades y gran autonomía para otorgar atención materno – infantil, así como para resolver por sí mismos cualquier situación de emergencia / urgencia obstétrica, independientemente de que el resto del personal se encontrara presente o no. Mientras que en el Hospital de la Comunidad de Alcozauca no se realizaba una vigilancia detallada de su desempeño porque no había un médico o enfermera enfocada primordialmente en este propósito ni en el Programa APV, de manera que los enfermeros pasantes trabajaron gran parte del tiempo con la traductora de Mixteco¹⁸⁰ según las posibilidades para realizar todo lo posible (y en veces hasta lo que no sea tan posible) para evitar que sucedan las

¹⁸⁰ La traductora fue la persona que más se encontraba enfocada en los diversos aspectos de la salud materno - infantil pues su contrato provenía del Programa APV, aunque debe destacarse que no podía sostener largas conversaciones con las y los usuarios del hospital debido a las indicaciones del director de la unidad.

muerres maternas, pues se conoció que de enero a agosto de 2014 ya habían ocurrido de 3 a 4 muerres maternas dentro de la Región Montaña.¹⁸¹

Acciones para evitar la muerte materna.- Como punto clave para evitar estos desafortunados desenlaces la atención brindada por los pasantes LEO debía involucrar en todo momento el ejercicio del “Cero rechazo a la mujer embarazada”¹⁸² independientemente de su procedencia o si contaba con afiliación a programas de beneficencia como Seguro Popular y/o Prospera, pues en caso de negarle la atención que solicite (aunque sea mínima) durante estas etapas y ella se quejara con las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña en Tlapa o algo negativo pasara; podría traer repercusiones a todo el personal involucrado y en el caso de los enfermeros obstetras podía ser causa de la suspensión definitiva de su Servicio Social si alguna mujer se moría.



Salud materno – infantil en la Montaña.- La salud materno - infantil es compleja de abordar debido a la frecuencia, el tipo y el panorama en el que se presentan las emergencias / urgencias obstétricas, porque al querer abordar estas situaciones en el Centro de Salud de Metlatónoc puede observarse que generalmente se encuentra desprovisto de materiales de insumo, infraestructura y medicamentos necesarios para el adecuado manejo de estas situaciones críticas. De manera que los enfermeros pasantes y algunos integrantes del equipo de salud realizaban actividades de gestión ante la Jurisdicción 04 Montaña sin embargo, se obtuvieron respuestas desfavorables porque el CSCSA es una unidad de primer nivel de atención, de manera que, los materiales y medicamentos solicitados sólo deben suministrarse a instituciones de

¹⁸¹ Es importante mencionar que durante este periodo de trabajo se incorporaron 13 enfermeros obstetras en la región y en conjunto conforman la cuarta generación de pasantes que abordan la Montaña con las finalidades mencionadas con anterioridad.

¹⁸² Consiste en que ninguna mujer reciba negativas para la atención a su salud desde el inicio del embarazo y hasta el final del puerperio independientemente del motivo de consulta.

salud de segundo y tercer nivel de atención para que sean usados por personal clínico capacitado y con experiencia en el manejo de los mismos.

Durante el periodo de trabajo en el Hospital de la Comunidad de Alcozauca se tenía un mayor acceso a materiales de insumo y medicamentos necesarios para el manejo de emergencias y urgencias obstétricas que en primera instancia eran gestionados por la Jefe de Enfermeras. En cuanto a la infraestructura al igual que en Metlatónoc esta unidad posee características básicas pero la cercanía con los hospitales resolutivos facilita el tratamiento oportuno de las mujeres que presenten situaciones obstétricas críticas.



Solicitud de insumos.- Los pasantes LEO acudían con regularidad a la Jurisdicción 04 Montaña para solicitar y recabar los suministros necesarios para la atención materno - infantil entre los que destacan: medicamentos controlados y/o para situaciones de emergencia / urgencia (carbetocina, ergonovina, sulfato de magnesio), materiales consumibles (tiras reactivas de orina, tiras rápidas para detección de VIH, pruebas rápidas de embarazo, catéteres para acceso venoso periférico, jeringas, vendas, sondas de alimentación y/o aspiración para recién nacido, gel conductor para ultrasonido), documentos y papelería de registro (tarjetas de control de embarazo y lactancia, certificados de documento, carnet de control prenatal, hojas para historia clínica, partograma, notas de evolución y consentimiento informado para prueba rápida de VIH, “Plan de seguridad”¹⁸³, así como censos de embarazadas y puérperas. En ocasiones

¹⁸³ El plan de seguridad es un tríptico de color amarillo que se entrega a la mujer embarazada durante su primer consulta. Está conformado por un apartado ilustrativo de los signos y síntomas de alarma, en otro apartado se plantean los recursos familiares y sociales que pueden apoyar a la mujer en caso de alguna situación de emergencia / urgencia, y por último otros rubros donde se mencionan los números telefónicos de las autoridades sanitarias en relación al Programa APV. quienes en caso necesario coadyuvan a la respuesta y atención clínica de la mujer en las unidades sanitarias de Tlapa, Chilpancingo o Acapulco. Con todo lo anterior se pretenden cubrir los posibles escenarios que puede vivir una mujer embarazada de alto riesgo.

también se gestionaban vales de gasolina y recursos de mantenimiento para la ambulancia.

Inadecuado suministro de los materiales necesarios.- En lo que respecta al programa APV los pasantes de enfermería



obstétrica encontraron algunos insumos y medicamentos¹⁸⁴ que pueden usarse en situaciones ordinarias o de emergencia pero que lamentablemente ya habían pasado la fecha de caducidad, esta situación es lamentable porque el inadecuado reparto de los recursos limitan el beneficio potencial que el equipo de salud en conjunto con los enfermeros obstetras pueden brindar a la población objetivo.

Falta de personal capacitado.- Es importante resaltar que otro de los factores que influyen en las capacidades de respuesta para la adecuada atención a la madre y el hijo es la capacitación y actualización constante del equipo de salud. Sin embargo, el personal adscrito a las diferentes unidades de salud de la Montaña carece de cursos entre otras de fuentes de información y/o de capacitación debido a las dificultades que representa vivir en zonas tan apartadas y sin medios de comunicación eficientes con los que se pueda acceder a recursos informáticos físicos y/o virtuales.

Escasez de personal de salud y mal manejo del disponible.- Otras dificultades para la atención de los pacientes de cualquier índole y en especial de mujeres embarazadas o que atraviesen por la labor de parto y el puerperio es la escasez de personal de salud en las comunidades estudiadas. Ejemplo de ello es que en el Hospital Alcozauca durante el turno de la tarde solo cuenta con un médico y tres enfermeras adscritas para atender: la consulta externa, el área de urgencias y las personas que se encuentren en el área de hospitalización,

¹⁸⁴ Por ejemplo: tiras reactivas de orina, pruebas rápidas de VIH, pruebas de embarazo, ampulas de ergonovina, entre otros.

mientras en los turnos matutino y nocturno es posible encontrar con regularidad más personal médico que colabore en la atención de las diversas áreas.¹⁸⁵

Por su parte el CSCSA Metlatónoc durante el turno vespertino solo cuenta con un médico de núcleo para atender consulta agendada y en ocasiones con un médico para atender la consulta externa, también se encuentran las dos enfermeras del Núcleo Básico y el pasante LEO asignado. En lo que respecta al turno nocturno se observaron dificultades para que los médicos asignados cubrieran todos sus turnos lo que generaba que algunas noches sólo se encontraran los pasantes de enfermería obstétrica y la enfermera adscrita. Para el fin de semana se encontraba un médico y una enfermera para el servicio durante el día. Debe destacarse que durante el turno matutino se concentraba la mayor cantidad del personal en salud y sobretodo de enfermería, pues además de las enfermeras asignadas al Núcleo se encuentran una enfermera asignada al servicio de urgencias, una para el control de las vacunas, otra para la consulta externa (también lleva el control del programa de tuberculosis pulmonar), y la pasante de enfermería obstétrica asignada.

A pesar de lo descrito anteriormente cabe destacar que la organización del personal adscrito a las unidades de salud de Metatónoc y Alcozauca presenta deficiencias para brindar atención adecuada, ya que la distribución de días de cobro, descansos, vacaciones entre otros no siempre son planeados con una perspectiva objetiva y provoca acumulación de “reposición de guardias” dejando en muchas ocasiones a cargo de los servicios a los pasantes LEO, y/o en su caso a los pasantes de enfermería y medicina general.

Falta de comprensión de factores culturales.- Al momento de ejecutar las diversas formas de atención a la salud materno - infantil pudo observarse que

¹⁸⁵ Respecto a la comunidad de Alcozauca cabe destacar que se observó adecuada distribución del personal de enfermería, pues como se ha mencionado con anterioridad durante los diferentes turnos existe la posibilidad de que una enfermera se quede a cargo de un área específica del hospital.

muchos de los profesionales que prestan atención y cuidados en estas comunidades carecen de orientación e interés sobre el contexto cultural de los pobladores mixtecos, generando que las mujeres que cursan el proceso reproductivo no adopten fácilmente algunas recomendaciones realizadas por los enfermeros obstetras y otros integrantes del equipo multidisciplinario.

Algunos ejemplos de lo anterior fue observado en varias mujeres embarazadas que no querían tomar todos los suplementos vitamínicos proporcionados pues durante el primer trimestre referían constantes náuseas y otras molestias estomacales, mientras que en los trimestres posteriores mostraban cierta aversión a la ingesta tanto de los suplementos como a mayores cantidades de alimentos porque mencionaban que el bebé crecería tanto que tal vez no podría nacer por parto. También algunas puérperas ya no querían ingerir las vitaminas porque decían que eran muchas pastillas las que habían tomado durante su embarazo y ya se habían hastiado.

Por otra parte también se encontraron a algunas mujeres que mostraban renuencia a la realización de estudios de laboratorio principalmente de los que son en sangre, pues muy pocas mencionaron que cada que acudían a sus estudios clínicos “les sacaban mucha sangre” y por eso no se los querían realizar. Por lo anterior los pasantes LEO planearon y ejecutaron charlas explicativas para las mujeres y sus familiares sobre estas y otras situaciones con el fin de favorecer su salud y la de su bebé obteniendo progresivamente mayor y mejor aceptación de las diversas actividades de cuidado.

Inconvenientes del lenguaje.- Se detectó que en las comunidades de la Región Montaña existe una importante limitación del lenguaje pues tanto los pasantes LEO como gran parte del personal de salud institucional hablan solo el español y ello dificulta la adecuada atención clínica, porque no se cuenta con personas enfocadas principalmente en la traducción entre el Mixteco y el español (y en las instituciones de salud más lejanas posiblemente es donde existe una

mayor necesidad de ellas), aunque el Hospital de Alcozauca y los Hospitales de Tlapa de Comonfort si cuentan con estos recursos humanos.



En el CSCSA Metlatónoc esta situación representaba para los enfermeros obstetras una inversión de tiempo importante dentro de la proporción de sus cuidados pues para poder ejecutarlos debían establecer previamente una adecuada comunicación con las personas receptoras de los mismos, para ello se apoyaban del personal de enfermería y/o de aseo, así como de algún familiar u otras personas que hablaran el Español y el Mixteco. También los pasantes investigaron y aprendieron algunas palabras del Mixteco que permitieran identificar el nombre de la mujer, si presentaban dolor, e incluso que se sentaran o recostaran para explorarlas clínicamente.

Limitada inclusión de las parteras tradicionales en la atención materno – infantil.- En Metlatónoc y Alcozauca se observó rechazo hacia las parteras tradicionales y su actuar durante el proceso reproductivo por parte del equipo multidisciplinario de salud pues según algunas referencias del personal con el que se tuvo contacto, si las parteras otorgan sus cuidados a la madre y/o al hijo les pueden propiciar perjuicios de diversa magnitud (incluyendo la muerte materna). A pesar de ello, los pasantes de enfermería obstétrica tuvieron contacto con una importante cantidad de mujeres que en algún momento del proceso reproductivo recibieron cuidados tradicionales por parte de parteras y familiares, pues estas prácticas tienen una trascendencia benéfica y significativa que se describirá más adelante.

Por otra parte es probable que debido a las deficiencias que enfrentan las instituciones de salud, así como la falta de cobertura adecuada en zonas lejanas propicie que no se aparten totalmente a las parteras tradicionales de las mujeres

embarazadas, parturientas o puérperas, pues al menos en Metlatónoc se organizan algunos cursos de manera local, regional o estatal para enseñarles y/o reforzar la detección temprana de los signos y síntomas de alarma que cursan las mujeres durante el embarazo, la referencia oportuna a las instituciones de salud establecidas (independientemente de la presencia o no de complicaciones durante cualquier etapa reproductiva) y el uso de métodos de planificación familiar post evento obstétrico principalmente. A pesar de estas capacitaciones aún falta mucho por hacer, ya que lamentablemente no se conocen a fondo todas las acciones que éstas terapeutas tradicionales realizan en pro del bienestar del binomio madre - hijo, lo que limita a su vez la posibilidad de que los enfermeros obstetras, enfermeras adscritas y el resto del equipo de salud desarrolle estrategias más amplias e incluyentes que permitan colaborar de manera conjunta para disminuir los riesgos y complicaciones que se presentan en las mujeres y/o sus hijos.

Dificultades de acceso de la población al sistema de salud.- También es importante señalar que la gran mayoría de las personas (sobre todo las mujeres que cursan el proceso reproductivo) que viven en zonas cercanas a las instituciones de salud de estas cabeceras municipales tienen más oportunidad de llegar a tiempo cada vez que lo requieran. Por el contrario según las observaciones realizadas durante este trabajo, las mujeres que habitan en localidades lejanas tienen dificultades para atenderse oportunamente durante el embarazo, el parto o el puerperio porque dependen de las actividades programadas por las Caravanas o porque tienen que trasladarse durante varias horas para llegar a unidades de salud establecidas (el CSCSA Metlatónoc, el HCA, el HMNIG, etc.), lo que representa mayor riesgo de comorbilidad y mortalidad para el binomio madre - hijo porque el tiempo de trayecto se convierte en un factor que puede favorecer el desarrollo o avance de complicaciones que los afecta en diversa magnitud.

Repercusiones por inadecuada atención de salud institucional.- Los recién nacidos también resultan afectados cuando las mujeres foráneas¹⁸⁶ no se encuentran con un adecuado seguimiento clínico debido a la falta de contacto con las Caravanas, la distancia y otras situaciones que implica el atenderse en una unidad de salud ejemplo de ello, es que durante esta investigación se detectaron dos neonatos con diversas malformaciones, las cuales se asociaron como consecuencia de que sus madres adolescentes tuvieron poca o nula ingesta de suplementos vitamínicos durante su embarazo, mayores índices de desnutrición materno – infantil, escasa o nula relación de estudios de gabinete entre otras situaciones relacionadas con la falta de atención y detección oportuna durante el periodo prenatal.

3.2 Determinantes e inequidades sociales de la salud

Fuentes de empleo.- Se observó de manera general que la población de Metlatónoc y Alcozauca no cuenta con empleos o fuentes de trabajo estables pues sólo algunas familias poseen algún negocio y la gran mayoría ejerce su manutención con base a su afiliación al Programa Prospera, mientras otras se apoyan del dinero que envían sus familiares que trabajan en Estados Unidos o en otros estados de la República Mexicana (Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Puebla).

Pobreza y marginación en ambas comunidades.- Las comunidades estudiadas enfrentan carencias y condiciones que conforman determinada marginación sin embargo, sus habitantes no consideran que se encuentren en situaciones de marginación o pobreza porque compran maíz o frijol a precios accesibles, son lugares muy tranquilos, no hay contaminación, los paisajes naturales son extensos, no hay riesgo de sufrir violencia ni siquiera al estar solos en las noches, etc., por lo que refieren que viven bien y tranquilos.

¹⁸⁶ Se trata de aquella persona que vive en un lugar diferente a la cabecera municipal donde acude a recibir su consulta o atención para mejorar ó mantener su estado de salud.

Los pobladores de ambas comunidades reconocen que sí hay algunos aspectos de retraso social y/o desarrollo por ejemplo, 1) en cuanto a los medios de comunicación los teléfonos de caseta, celular o conectividad a internet existentes presentan fallas de acuerdo a las condiciones de clima o por la ubicación geográfica de las comunidades y por tanto no pueden usarse con demasiada versatilidad, 2) a pesar de que desde hace una década han observado cambios generales en las prácticas higiénicas de las personas refieren que aún en la actualidad hay algunas que no se asean cotidianamente, 3) en cuanto a las relaciones sociales mencionan que la actual existencia del machismo frena las posibilidades de desarrollo social y personal, sobretodo porque muchas mujeres dependen de los permisos que otorguen sus padres para que ellas estudien y para poder elegir por cuenta propia sus relaciones amorosas, 4) otro aspecto importante es la pérdida de su lengua Mixteca por la escasa práctica que tienen los niños y personas jóvenes en Alcozauca, ya que según referencias de los adultos les causa pena o vergüenza y prefieren usar en mayor prevalencia el español.

Por otra parte las personas también han notado cambios favorables respecto a su forma de vivir pues mencionan que a diferencia de los últimos 10 años actualmente algunas familias barren sus viviendas o recolectan la basura en botes. Respecto a los cambios que más han influido en la forma de vida de la gran mayoría de las personas según sus propias referencias, son los derivados de la emigración constante a Estados Unidos, (primordialmente de los hombres que ya son padres de familia o que tienen poco tiempo de haber iniciado su vida en pareja), algunos ejemplos son: 1) la adopción de comidas de preparación rápida, así como la alta ingesta de bebidas industrializadas y refrescos, 2) la forma de vestir en Alcozauca tiene gran influencia Estadounidense y por tanto es posible encontrar tiendas de ropa con esta procedencia. Todos los puntos anteriormente mencionados son características que se han modificado debido a la emigración laboral que se ejerce dentro y fuera de nuestro país, pues la gente ha adoptado

cosas de otras culturas porque las ven, aprenden, llevan a la práctica y una vez que regresan las llevan a cabo en sus comunidades de origen.

Repercusiones del machismo en la salud materno - infantil.-

Durante la permanencia en ambas comunidades era posible encontrar ocasionalmente indiferencia del hombre y su familia en relación al pronóstico negativo para la salud de la mujer (embarazada, parturienta o puerpera), aunque el bebé corriera o no riesgos / consecuencias debido al padecimiento que se estuviese manifestando e independientemente de que se pudieran agravar por falta de continuidad de atención especializada dentro o fuera de las unidades de primer nivel de atención. Algunos varones mencionaban que no les importaba el desenlace del diagnóstico, pues si la madre o el niño llegaban a fallecer se podían conseguir otra mujer o podían tener otro niño, de tal manera que si no podían mejorarse las condiciones de bienestar materno – infantil en las unidades de primer nivel (el CSCSA Metlatónoc y el HCA) entonces no había más que hacer y regresarían a su domicilio. Ante esta situación los enfermeros pasantes en conjunto con los demás integrantes del personal de salud implementaban estrategias para que la mujer y sus familiares aceptaran los cuidados y procedimientos mínimos indispensables para salvaguardar su vida y la de su bebé, aunque fue posible conocer algunas mujeres en Metlatónoc que no habían sido dadas en dote y asociaban esto a la falta de cariño y atención clínica por parte de sus parejas en cualquier etapa de su vida.



Observaciones hechas sobre violencia intrafamiliar y machismo.- La violencia intrafamiliar y el machismo son situaciones culturalmente discretas entre la población de ambas comunidades. En relación a la violencia intrafamiliar los pasantes LEO tuvieron contacto directo con cinco mujeres que durante la valoración clínica relacionada con el embarazo, parto o puerperio detectaron

agresión física evidente, por lo que platicaron de manera privada con ellas y las mujeres afirmaron que los atentados fueron otorgados por su pareja pero que a pesar de ello no podían alejarse de su agresor porque ellas no contaban con alguna forma de subsistencia. Las agresiones observadas incluyen: un caso en el que la mujer recibió empujones, dos casos en los que el varón mostraba gran falta de interés en atención clínica, un caso en el que debido a los golpes recibidos perdió varias piezas dentales y un caso en el que el varón le dio una patada a la embarazada y casi le rompe la mandíbula (observado por una enfermera adscrita al Hospital de Alcozauca).

Hábitos alimenticios.- A pesar de los productos alimenticios disponibles en ninguna de las comunidades las personas consumen los nutrientes necesarios porque sólo realizan dos comidas al día. Las mujeres que fueron atendidas durante este periodo así como otras personas entrevistadas mencionan que el almuerzo se realiza alrededor de las once de la mañana y la comida (o cena) alrededor de las seis de tarde, en ambos casos los alimentos consisten solo en una pequeña porción de guisado o arroz con gran cantidad de picante, poca cantidad de verduras y escasa proteína. En caso de volver a consumir alimentos después de las seis de la tarde o durante la noche les cae muy pesado y les hace daño (referente a malestares estomacales), por lo que en caso de tener mucha hambre sólo comían algo ligero.

Alimentación inadecuada y sus riesgos.- Hay muchos aspectos que se asimilan y varían en cuanto a la alimentación según la comunidad que se describa pues a pesar de que ambas están conformadas por población Mixteca el estado nutricional de sus habitantes es deficiente, ya que en general las personas poseen talla y pesos bajos desde su nacimiento o poco después, secundario a los patrones específicos de alimentación lo que puede desencadenar en situaciones de diversa gravedad.

Consecuencias por inadecuada alimentación en infantes.- Parte de estas consecuencias fueron observadas en tres niños menores de 5 años que llegaron al Centro de Salud con Servicios Ampliados Metlatónoc y el Hospital de la Comunidad de Alcozauca con desnutrición tan severa que podían verse los huesos a través de la piel deshidratada, amarillenta y fría, en estos casos específicos los padres mencionaron que los niños habían padecido cuadros diarreicos, episodios de falta de apetito, y poca tolerancia a los líquidos por lo que cuando llegaban a las unidades de salud de Metlatónoc o Alcozauca resultaba muy difícil su atención y estabilización.

Acciones.- En cuanto a los aspectos de déficit alimentario en niños menores de 5 años se lleva un control en las unidades de salud mediante tarjeteros y sólo los que están afiliados al Programa Prospera cuentan con el reparto de ciertos suplementos alimenticios, pero algunas madres de familia mencionan que la mayoría de estos suplementos no les agradan a los niños y los consumen en poca cantidad. Para el resto de la población no existen programas u otras acciones con las que se valore el nivel nutricional y menos en una mujer embarazada lo que puede derivar en diferentes factores de riesgo para el bienestar de la madre y/o el hijo.

Apoyo alimentario a los enfermeros obstetras.- Para los pasantes el apoyo de alimentación se brindaba dos veces al día, a través de los comedores comunitarios ubicados en estas cabeceras municipales, generalmente la comida proporcionada consistía en huevo con chile, jamón, salchicha o chorizo, frijoles, tortillas de maíz, agua de avena, de frutas o simple, y pocas veces pollo, cecina o chuleta con ensalada en poca cantidad, carne de soya en salsa y arroz.

3.3 Participación de los pasantes en tres comunidades.

Tlapa de Comonfort

Como se describió anteriormente esta comunidad es la cabecera municipal central y el mayor punto de acceso a la Región Montaña por lo que cuenta con una importante cantidad de servicios públicos y mercantiles así como de salud que a continuación se describen, y también se reseñará el trabajo que realizaron los pasantes de enfermería obstétrica en este lugar.

Servicios de salud.- Los servicios de salud están coordinados en su mayoría por la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, dentro de las instituciones involucradas se encuentran el Hospital General de Tlapa (HGT), el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense¹⁸⁷ (HMNIG), y diversos Centros de Salud (pertenecientes a la Secretaría de Salud), aunque en esta comunidad también es posible encontrar un centro de la Cruz Roja Mexicana, una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, entre otros. La Jurisdicción 04 Montaña es también el lugar donde se concentran y coordinan la mayoría de los programas de salud que se imparten a esta región, ofrece los suministros y materiales para la atención en salud.

Permanencia de los pasantes LEO en la cabecera municipal.- Es importante destacar que los pasantes de enfermería obstétrica no mantenían una gran permanencia en el lugar gracias a las diversas actividades en las comunidades de adscripción.

Actividades programadas.- La llegada de todos los pasantes de enfermería obstétrica a la Región se realizó en esta cabecera municipal y en la Jurisdicción recibieron un curso introductorio para sus actividades a desempeñar.

¹⁸⁷ Es especialista en atención a mujeres que cursan el embarazo parto y puerperio, así como el recién nacido con o sin complicaciones.

Además de que mensualmente ellos otorgaron o recibieron conferencias vía telemedicina sobre temas de salud materno - infantil, entre otros El Programa Prospera por su parte, brindó un curso - taller en el que se trataron diversos temas relacionados a los servicios de salud que ésta razón social cubre, dicha capacitación se llevó a cabo durante los meses de junio, julio y agosto del 2015 con la participación de personal adscrito a las diferentes unidades de salud incluyendo a algunos pasantes LEO.

A continuación se describen las actividades realizadas por los enfermeros obstetras en Metlatónoc desde agosto de 2014 a enero 2015 y en Alcozauca de Gro., durante los meses de febrero a julio de 2015.

Metlatónoc

Aceptación de los enfermeros obstetras por la comunidad.- El abordaje de los pasantes de enfermería obstétrica en esta cabecera municipal no se tornó del todo complicada, pues de manera previa otras tres generaciones de pasantes LEO se habían desempeñado en el CSCSA Metlatónoc, lo que facilitó enormemente la aceptación del personal de salud pero sobretodo de la población objetivo en cuestiones de salud materno - infantil.

Ejemplo de lo anterior es que desde el primer día laboral de los pasantes LEO habían mujeres citadas y que esperaban que la atención fuese proporcionada por ellos, pues aunque no eran los mismos pasantes que la generación anterior supieron ganarse la confianza de las mujeres en cuestión. Esto favoreció a su vez de manera muy amplia que los pasantes de enfermería obstétrica coordinaran fácilmente aquellos cuidados interdependientes entre ellos y las médicos del Núcleo Básico correspondiente, o entre los médicos y enfermeras con los que trabajaban según las características específicas de la atención.

Desempeño.- Debe señalarse que desde el comienzo de su estancia en la comunidad los enfermeros obstetras fueron conociendo cada una de las actividades y responsabilidades que debían asumir en pro de cumplir con los objetivos del Programa APV, por lo cual mostraron gran disponibilidad e interés. Al inicio esta situación fue un poco abrumadora, principalmente porque ellos debían tomar el control y las decisiones de las situaciones relacionadas con la salud materno - infantil independientemente del nivel de riesgo sin embargo, el trabajo individual o conjunto con el personal de salud les fue aportando las herramientas necesarias para lograrlo (por ejemplo, a través de reforzamiento y/o aprendizaje de aquellos cuidados y técnicas a implementar en cada paso específico).

Al paso del tiempo los pasantes LEO y las mujeres embarazadas, parturientas o puérperas reforzaban cada vez más estos lazos de confianza, pues durante todo el periodo de trabajo en este lugar destacó la constante solicitud de atención exclusiva que estas mujeres realizaban hacia los enfermeros ya que sólo en caso de que ellos no se encontraran en el CSCSA y las mujeres consideraran muy necesaria o urgente la valoración clínica solicitaban fuese realizada por algún médico. Gran parte de todo el contexto aquí planteado fue elemental en los resultados favorables para el bienestar del binomio madre - hijo, a pesar de los diversos escenarios en el que se desarrolló el desempeño profesional de los enfermeros obstetras. El resto de la descripción de las actividades realizadas durante el proceso reproductivo se encuentra más adelante.

Dificultades enfrentadas por los pasantes LEO.- Por otra parte es importante destacar que sólo se trabajó durante seis meses en esta comunidad por diversos inconvenientes ocurridos en el CSCSA Metlatónoc, ejemplo de ello es que (como se comentó anteriormente) el personal adscrito dejaba la mayor parte del tiempo a los pasantes de enfermería obstétrica como los principales responsables de la atención al binomio madre - hijo durante las etapas del proceso reproductivo así como de los traslados necesarios (independientemente de los médicos o enfermeras responsables de los servicios se encontraran en la

institución o no). También se ha dicho previamente que esta forma de trabajo se estableció desde la primera generación de pasantes LEO que llegaron a cubrir su servicio social en esta unidad de salud,¹⁸⁸ situación que les condicionó a mantener disponibilidad permanente de acuerdo a las demandas de atención durante todos los turnos y en caso de no aceptaran las características descritas a lo largo de este trabajo no podrían intervenir plenamente en las actividades que marca el programa APV y tampoco podrían cumplir con sus objetivos particulares.

Relaciones Interprofesionales.- A pesar de que la relación interprofesional entre los pasantes de LEO y el personal de salud en gran medida fue buena, la falta de un directivo estable en el mando de la unidad de salud contribuyó a que tuvieran que sortear estas condicionantes, carencias, escaso acceso a periodos de descanso y/o dispersión establecidos desde su adscripción y otras situaciones inoportunas en Metlatónoc. De tal forma que los enfermeros buscaron alternativas con las cuales su estancia fuera un poco más llevadera pero a pesar de ello su estadía en esta comunidad se fue tornando cada vez más compleja y riesgosa sobre todo durante los traslados, de manera que solicitaron un cambio de sede adscripción en el mes de enero de 2015 y fueron asignados a la comunidad de Alcozauca de Guerrero.

Alcozauca de Guerrero

Llegada de los enfermeros obstetras a la comunidad.- A diferencia de Metlatónoc, la llegada a esta cabecera municipal fue algo inusual para el personal de salud, los pobladores y las mujeres que atravesaban por el proceso reproductivo, porque fueron los primeros enfermeros que prestaron sus servicios con total enfoque en todo lo relacionado al cuidado de la salud materno - infantil.

¹⁸⁸ El personal adscrito a esta unidad aprovechó que la Jurisdicción Sanitaria solicitaba a todos los pasantes de enfermería obstétrica que mantuvieran disponibilidad de 24 horas dentro de la comunidad para que contribuyeran en la atención de las mujeres embarazadas, parturientas o puerperas que acudieran a las unidades de salud en las que ellos fueran adscritos. Sin embargo, esta disponibilidad sería aplicable siempre y cuando fuesen situaciones de emergencia o urgencia que rebasaran las capacidades del personal adscrito en turno.

Sin embargo, la Jefa de enfermeras del Hospital de Alcozauca mostró un interés genuino en los beneficios que traería consigo el pleno desarrollo de las habilidades que los enfermeros poseían y que podían brindar a la población por lo que autorizó su incorporación inmediata en las consultas de control prenatal, entre otras actividades y cuidados independientes e interdependientes.

Aceptación de los enfermeros obstetras por el personal médico.- El primer gran reto que los enfermeros obstetras sortearon fue ganarse la confianza del personal médico, porque al no tener contacto previo con otros pasantes LEO desconocían las habilidades y capacidades que éstos poseían en el área. De manera que se adaptaron a la realización de cuidados interdependientes y algunos independientes que de manera particular les eran permitidos y como resultado sólo en contadas ocasiones algún médico dejaba que los pasantes de enfermería obstétrica otorgaran de forma independiente las consultas prenatales o de puerperio así como la atención del parto. Esto pudo deberse a una sensación de desplazamiento del quehacer médico por la llegada de los enfermeros.



Relación de los pasantes LEO con la población.- El hecho de que los enfermeros obstetras desempeñaran sus cuidados con las mujeres embarazadas, parturientas o puérperas (de acuerdo a las posibilidades otorgadas por los médicos) dentro del hospital, también representó un gran reto porque ellas no estaban adaptadas a que la / el enfermera/o obstetra otorgará consultas por tanto, en los primeros días se observaba cierta renuencia y preferían esperar al médico para recibir dicha atención. A pesar de ello, la Jefe de enfermeras y los propios pasantes LEO siguieron buscando alternativas para que desempeñaran cuidados referentes a las actividades clínicas, pero no hubo apoyo real por parte del personal médico y el director de esta unidad de salud, por lo que

se enfocaron las actividades a trabajar de manera más amplia con el resto del personal de enfermería y con la traductora de mixteco.

Desempeño.- Los enfermeros trabajaron diferentes estrategias que permitieran un acercamiento paulatino pero constante con las mujeres que atravesaban las etapas reproductivas y con el paso del tiempo fueron ganándose la confianza de las mismas en parte al esmero e interés que mostraban al desempeñar diversas actividades complementarias. Dentro de las acciones más destacadas para procurar el bienestar de la madre y el hijo se encuentran el seguimiento estrecho dentro y fuera del Hospital, pues en conjunto con la traductora se realizaron gran cantidad de visitas domiciliarias y talleres con diversas temáticas aunque, todo esto se tratará y describirá con mayor detalle más adelante.

Es importante destacar que a través del trabajo comunitario se tuvo la oportunidad de dar a conocer la oferta así como los beneficios de la atención clínica y comunitaria de enfermería, con lo que progresivamente las mujeres de esta cabecera municipal y también de



localidades vecinas acudían al Hospital de Alcozauca solicitando su atención, ya que se había hablado de ellos mediante buenas referencias en cuanto a la atención materno - infantil.

Relaciones personales e interprofesionales de los LEO.- La relación interpersonal y laboral que los pasantes obstetras tuvieron con el personal adscrito al Hospital de Alcozauca fue buena a pesar de lo mencionado previamente, pues los lineamientos generales de la estancia así como los periodos de descanso fueron respetados casi por completo, porque al momento de hacer el cambio de

adscripción la Jurisdicción y los pasantes LEO los establecieron claramente. Contrariamente a lo ocurrido en Metlatónoc.

3.4 Características de los cuidados culturales durante el ciclo reproductivo

Matrimonio y dote

Para encontrar esposa en el municipio de Metlatónoc y Cochoapa el Grande se negocia la dote con el padre de la joven la cual varía de un matrimonio a otro, dicho acuerdo se puede estipular cuando la niña tiene doce años para que el varón se asegure una mujer virgen, no tocada, honorable y sumisa. Si acaso la joven no estuviera de acuerdo con casarse, su padre impondrá su conveniencia obligándola e incluso golpeándola.¹⁸⁹

Durante este trabajo se conoció que esta tradición es ancestral y forma parte de todas las comunidades de la Región Montaña con las que se tuvo contacto, pues la población refiere que se otorga la dote a los padres de las mujeres cuando comienzan a vivir con su pareja, aunque se desconoce cómo estaba conformada desde tiempos antiguos.¹⁹⁰ Actualmente consideran la edad de la muchacha para determinar su cantidad y el tipo de la misma, pues antes de su primera menstruación o “luna” se piden dotes muy elevadas, desde el inicio de la menstruación y hasta antes de los 16 o 17 años es una cantidad intermedia, y una vez pasando estas edades la dote es mínima a menos que después de los 17 años de la mujer, un hombre viudo o casado quiera otorgar cantidades mayores a las solicitadas.

¹⁸⁹ Yubero, F. (2010). *El coste de la dote de una mujer con fines de matrimonio*. Recuperado el 07-04-2016 de: <https://lanaveva.wordpress.com/2010/04/22/el-coste-de-la-dote-de-una-mujer-con-fines-de-matrimonio/>

¹⁹⁰ La gran mayoría de las parejas se encuentran en unión libre y es poco común que realicen una boda civil o religiosa.

En relación a lo anterior se observó que en las comunidades más alejadas de Tlapa de Comonfort existe mayor prevalencia de embarazos adolescentes y aunque en ocasiones la cantidad y el tipo de dote también depende del nivel de estudios de la mujer (ya que a mayor nivel escolar más valiosa es), de manera general en la Región Montaña existe un alto porcentaje de deserción escolar haya ocurrido o no un primer embarazo en edades tempranas con lo que su educación es predominantemente primaria o secundaria incompleta.

Este sistema de trueque por el precio de la novia ha ido cambiando porque antes solo se pagaba en especie pudiendo incluir algunos de los siguientes elementos: unas garrafas de licor, cerveza, aguardiente, refresco, becerros, cabras, tabaco y un ternero para la fiesta de compromiso en la que participa toda la vecindad. Pero actualmente con la creciente migración a Estados Unidos se paga además de lo ya mencionado una cantidad en efectivo.¹⁹¹

Los habitantes de Metlatónoc refieren que desde hace muchos años se paga en gran medida con dinero y la cantidad oscila entre los 80 o 70 mil pesos o más, pero si el varón que va a comprometerse o su familia no pueden pagarlo buscan un acuerdo satisfactorio entre ambas familias, por su parte el personal del CSCSA menciona que la dote varía desde los 50 hasta los 200 mil pesos. En Alcozauca la dote se conforma mediante cantidades variables de dinero, determinados cartones de cerveza, animales de campo, la forma en la que se celebrará la unión de la pareja y otros criterios particulares.

El matrimonio es una relación culturalmente aprobada entre un hombre y una mujer como la forma legítima de vivir en pareja y constituir una familia.¹⁹² Con la unión de la pareja los hombres y sus parientes políticos tienen ciertos derechos sobre las mujeres, pero las mujeres no tienen los mismos derechos sobre sí

¹⁹¹ *Ibíd*em

¹⁹² Rodríguez P. B. E. (2006). *Intercambio de mujeres y alianza matrimonial en indígenas triquis*, Revista Clío. [En línea]. Nueva Época, vol. 6, No. 36. [Fecha de consulta: 07-04-2016]. Disponible en:

http://historia.uasnet.mx/rev_clio/Revista_clio/Revista36/6_MujeresIndigenasTriquis_BeatrizRodriguez.pdf pp.146

mismas ni mucho menos sobre sus parientes hombres,¹⁹³ de manera que las mujeres están obligadas a tener una vida matrimonial, son sometidas a tener hijos, soportar maltratos y/o vejaciones sin derecho a nada a menos que se regrese al señor el pago de la dote.¹⁹⁴

Además según referencias de algunas enfermeras y médicos así como lo observado durante el trabajo de campo en ambas comunidades de Guerrero la dote se encuentra ligada a la fertilidad de la mujer siendo aprovechada desde etapas tempranas, pues por cada varón que nazca representa ayuda en el trabajo familiar y la posibilidad de que en el futuro él trabaje en otras comunidades del país o bien en Estados Unidos para que desde esos lugares envíe dinero y contribuya al bienestar de la familia, mientras que por cada mujer nacida representa a futuro la posibilidad de obtención de una dote con la que los padres puedan construir una casa (en Metlatónoc o en Tlapa), mejoren la que tienen o compren otros bienes materiales que no benefician a la mujer dada en dote.

Presencia de la partera tradicional

Anteriormente, la reproducción se vivía como un fenómeno sociomédico inmerso de prácticas ligadas a cosmovisiones, significados y conceptualizaciones del cuerpo, condición la mujer, el nacimiento y los roles sociales de apoyo / acompañamiento a la parturienta muy propios y a su vez tan diferentes de la actual expropiación del cuerpo de la mujer que se desarrolla en el contexto hospitalario del país. Debido a que las políticas oficiales han cambiado radicalmente respecto al manejo normativo del embarazo, parto, puerperio, el lugar ideal para la atención y el papel que las parteras tradicionales juegan en él.¹⁹⁵

¹⁹³ Gayle, Rubin. (1996). *"El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo"*. En: Rodríguez P. B. E. (2006). Óp. cit. pp.144

¹⁹⁴ Yubero, F. (2010). *El coste de la dote de una mujer con fines de matrimonio*. Óp. cit.

¹⁹⁵ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014). *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca*. Óp. cit. pp. 244

La partera es considerada por la cosmovisión de la población como una especialista¹⁹⁶ de la medicina tradicional cuya función primordial es la asistencia en el domicilio de la mujer para el adecuado desarrollo del embarazo, el parto y puerperio. Para el recién nacido otorga atención durante afecciones como el susto, mal de ojo y caída de mollera. También atiende algunos padecimientos ginecológicos por ejemplo; caída de matriz, dolor de cadera, flujos blancos y amarillos, dolor menstrual¹⁹⁷ y algunos que causan esterilidad.¹⁹⁸

Parte fundamental de su práctica es la relación afectiva que establece con las mujeres (ya que la perciben cercana y familiar), reduciendo la ansiedad y desconfianza que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados, además de los altos costos, la falta de traductores y la percepción de una práctica médica no acorde a sus costumbres, pues esta especialista tradicional incorpora en su práctica remedios por tradición y conocimiento ancestrales para mitigar los malestares asociados al embarazo, el parto y el puerperio.¹⁹⁹

La partería es practicada por mujeres de edad avanzada quienes han experimentado varios embarazos, los conocimientos técnicos y el adiestramiento tradicional lo obtienen a través de la observación y la práctica como asistentes de una partera experimentada.²⁰⁰ El Programa Arranque Parejo en la Vida ha diseñado estrategias a nivel comunitario que las involucran²⁰¹ y proporcionan

¹⁹⁶ Reyes Gómez, L. (1978). *Partera*. En: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?!=1&t=partera>

¹⁹⁷ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población. Mixtecos*. Óp. cit.

¹⁹⁸ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. Óp. cit.

¹⁹⁹ Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., Mejía, J. (2005). *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. Revista da Escola de Enfermagem da UPS. [en línea]. Diciembre 2005, vol. 39, No. 4. [fecha de consulta: 19-12-2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400002&lang=pt ISSN: 1980-220

²⁰⁰ Reyes, G. L. (1978). *Partera*. Óp. cit.

²⁰¹ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014). *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca*. Óp. cit. pp. 247

adiestramiento para mejorar la atención materno - infantil²⁰² por ejemplo; identificando cuando la mujer presenta tensión arterial elevada²⁰³ así como los partos de alto riesgo para su canalización a unidades de salud resolutivas.²⁰⁴

3.5 Características de los cuidados de enfermería obstétrica en colaboración con las parteras

Embarazo

A continuación se describen de manera general los cuidados que los pasantes LEO realizaron con las mujeres durante esta etapa por ejemplo, la búsqueda intencional de embarazadas, el adecuado control prenatal con enfoque de riesgo que conlleva: la valoración clínica, programación de consultas, valoración de estudios de laboratorio y gabinete, capacitación sobre reconocimiento / atención oportuna de signos y síntomas de alarma, visitas domiciliarias en caso de inasistencia a consultas y/o para mayor vigilancia de situaciones de riesgo, así como referencia y traslado oportuno a las unidades médicas en Tlapa en caso necesario.

Población objetivo.- Debe mencionarse que los pasantes LEO enfocaron todas las actividades que aquí se describen principalmente en aquellas mujeres que viven dentro de las cabeceras municipales estudiadas. En cuanto a las mujeres que viven en las localidades (llamadas foráneas) los enfermeros obstetras no podían incorporarlas en un seguimiento detallado ya que según las referencias

²⁰² Mellado, C. et al. (1989). *Partera*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

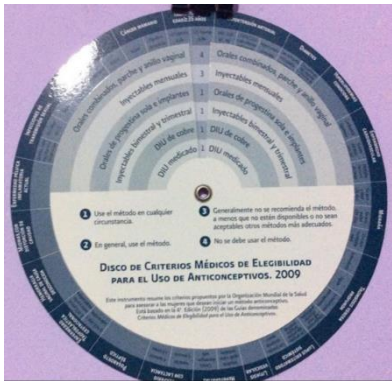
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

²⁰³ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. En: Rojas, A. M. (2009) Tratado de medicina tradicional mexicana: bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica. México, D.F. Universidad Intercultural Tlahui. Disponible en: http://www.tlahui.com/libros/tmtmx_muestra.pdf pp. 864.

²⁰⁴ Mellado, C. et al. (1989). *Partera*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

del personal de salud las Caravanas son las que deben otorgar dicha atención y en caso de que los pasantes quisieran darles seguimiento sería solo bajo su responsabilidad y con sus propios recursos. Por tanto, los cuidados que se brindaban a estas mujeres foráneas eran los derivados de la solicitud voluntaria de atención en las unidades de salud y de cuando acudían a las invitaciones realizadas para hacer el seguimiento correspondiente.



Características de los cuidados.- Todos los cuidados y actividades que se mencionan en esta y el resto de las etapas involucran por supuesto la comunicación e información oportuna de cada uno de ellos, pero debe resaltarse que desde el inicio del control prenatal y hasta el final del puerperio la Jurisdicción 04 Montaña encomendó a los

enfermeros obstetras la orientación a la mujer y su pareja o acompañante sobre la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), para que una vez ocurrido el nacimiento vía vaginal o de resolución cesárea preferentemente hayan sido persuadidos para elegir y usar el Dispositivo Intrauterino (de cobre u hormonal) o la Obstrucción Tubárica Bilateral y vasectomía.

El embarazo como secreto.- Un aspecto de gran importancia en ambas comunidades una vez que la mujer se encuentra embarazada debe guardarse el secreto,²⁰⁵ y aunque alguna persona sepa de este acontecimiento en cualquier etapa no debe comunicarlo o platicarlo abiertamente hasta que nazca el bebé. Los pasantes LEO aprendieron que sólo debía



²⁰⁵ A pesar de interrogar a diversas mujeres embarazadas, familiares y personal de salud durante todo este periodo de investigación acerca del por qué el embarazo de una mujer debe mantenerse oculto no se obtuvieron respuestas relacionadas con los modos de vida y/o creencias socioculturales, solo pudo conocerse sobre su renuencia a la atención en las instituciones de salud como aquí se describe.

mencionarse el nombre de la mujer o el grupo de mujeres que se solicitan para determinada actividad cuando realizaban voceo, visitas domiciliarias u otro tipo de actividades profesionales de igual manera sin mencionar que estaban embarazadas o de lo contrario a ellas les generaba malestar y dejaban de acudir a los servicios de salud.

Labor de los monitores comunitarios.- Las / los monitores comunitarios²⁰⁶ recorren las cabeceras municipales y sus localidades para detectar en etapas tempranas a las mujeres que se encuentran en estado grávido y las persuaden para que inicien su control prenatal en la unidad de salud que corresponda, también fomentan acudir a los servicios de salud más cercanos en caso de presentar embarazo de alto riesgo, trabajo de parto o signos y síntomas de alarma.



Seguimiento institucional del embarazo en Alcozauca.- En Alcozauca las personas acuden de manera más cotidiana a los servicios institucionales por lo que casi todas las mujeres se encuentran llevando su control prenatal, atención de parto y control del puerperio en el Hospital aunado a que es una comunidad un poco más urbanizada. Y probablemente por la misma razón solo fue posible conocer de la existencia de una partera tradicional con la que se tuvo muy poco contacto.

Detección del embarazo por partera en Metlatónoc.- En Metlatónoc la mayoría de las mujeres que sospechan o confirman con las parteras tradicionales que se encuentran en estado grávido también son conducidas hacia el CSCSA para que lleven su control prenatal de manera institucional, pero complementan en

²⁰⁶ Son las personas encargadas de buscar mujeres embarazadas casa por casa y referirlas a las clínicas y hospitales, realizar visitas domiciliarias en caso de inasistencia a consultas o realización de estudios y explicarles los signos y síntomas de alarma.

gran medida la atención clínica con la tradicional desde este momento y hasta el final del puerperio. Las mujeres de las localidades (o foráneas), de igual forma son enviadas por parteras y monitoras al Centro de Salud para que se les realice ultrasonido principalmente y tengan mayor certeza sobre la fecha probable de nacimiento de su bebé, así como estudios de laboratorio, la detección o tratamiento de algún problema relacionado con el embarazo.

Para distinguir un retraso menstrual del embarazo, la partera constata si en el vientre se siente como si hubiera una vena gruesa o la existencia de pulso en el ombligo con los dedos medio y anular, también observan si la coloración del pezón cambia, la existencia de paño en los ojos y palpa el abdomen porque puede sentirse como si hubiera un limón a los 2 meses, o una naranja sí tiene cerca de 4 meses.²⁰⁷

Seguimiento del embarazo por partera.- Durante el embarazo la partera visita a la mujer²⁰⁸ para checar su peso, revisa que no se encuentre anémica y le realiza masajes a fin de acomodar o mantener la posición correcta del feto antes de los 5 meses (de lo contrario estas maniobras pueden provocar complicaciones),²⁰⁹ también le aconseja en relación con las actividades, dietas y medidas preventivas que la mujer habrá de seguir para disminuir algunas molestias o evitar problemas para ella y el producto²¹⁰ por ejemplo, hace algún tiempo no era permitido que la mujer ingiriera medicamentos porque se tenía la creencia de que estos eran mortales.²¹¹

²⁰⁷ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 864 – 865.

²⁰⁸ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

²⁰⁹ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 864 – 865

²¹⁰ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. Óp. cit.

²¹¹ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 864

Renuencia de las embarazadas hacia algunos cuidados institucionales.- Respecto a lo anterior pudo observarse que tanto en Metlatónoc como en Alcozauca la gestantes eran partícipes activas de los cuidados de enfermería obstétrica que les otorgaban o indicaban los pasantes, pero también se encontraron algunas mujeres que no cumplían con ciertas encomiendas por ejemplo, no tomaban de forma regular los suplementos vitamínicos porque son muchas pastillas las que se deben ingerir durante todo el embarazo, pues durante el primer trimestre manifiestan poca tolerancia debido a los cambios fisiológicos en la mujer mientras en los trimestres posteriores creen que el bebé crecerá demasiado y que no podrá nacer por parto. Otras no se realizan todos los laboratorios solicitados porque refieren que les sacan mucha sangre cada que las atendían.

Corrección de posición fetal por partera.- Para acomodar al niño se coloca a la mamá en ayunas acostada en una cama con los pies hacia la partera quien levanta las piernas de la mujer y da pequeños jalones, o también realiza la manteada donde usa el rebozo colocando a la embarazada en éste, lo sostiene por los cuatro extremos y le zarandea a fin de acomodar al niño y que se encaje en el cinturón pélvico.²¹²



Acompañamiento de la mujer embarazada a consultas de control prenatal.- La mayoría de las mujeres que acudían al CSCSA Metlatónoc y al Hospital de la Comunidad de Alcozauca llegaban solas o en algunas ocasiones acompañadas de su suegra para recibir sus consultas de control prenatal. De las que eran acompañadas algunas no hablaban o no entendían muy bien el español y aunque la mayoría lo hablara o entendiera bien era común que la suegra o la acompañante (también llamada madrina obstétrica), explicara en gran medida los detalles del interrogatorio que se

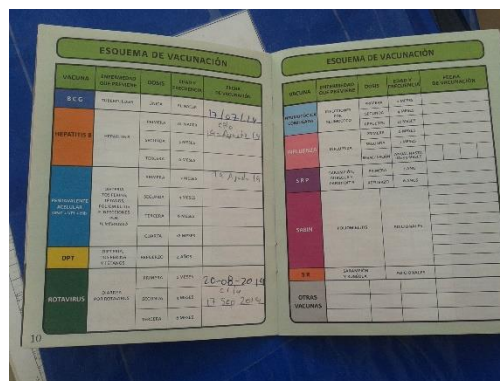
²¹² ibídem pp. 865

realizaba a la embarazada.²¹³ Se cuestionó a las mujeres sobre la falta de acompañamiento por parte de sus parejas y referían que los hombres no asistían porque no querían²¹⁴ y en otros casos porque se encontraban trabajando dentro o fuera de la comunidad e incluso algunos habían emigrado a Estados Unidos posterior al inicio del embarazo.

El término *Madrina obstétrica* se refiere a toda persona que la mujer elija y sea cercana a ella para que le brinde seguimiento durante estos procesos hasta la culminación del puerperio, sus funciones principales son: el acompañamiento de la mujer durante sus consultas o cualquier visita que realice a las unidades de salud, apoyo en cualquier eventualidad (por ejemplo, en caso de presentar signos y síntomas de alarma), recordarle sobre el adecuado seguimiento de sus tratamientos, estudios de laboratorio, gabinete y/o referencias, además de fungir como traductora de ser necesario.

Vacunación a las mujeres embarazadas en la Metlatónoc.-

Además de las consultas prenatales es importante proporcionar a la madre - hijo un esquema de vacunación que los prevenga del tétanos. En Metlatónoc el programa de vacunación para todas las edades y grupos de población se lleva de forma organizada procurando y priorizando en gran medida a todas las embarazadas.



²¹³ En caso de que ni la mujer ni su acompañante entendieran adecuadamente el español se buscaba ayuda de cualquier integrante de las unidades de salud, alguna persona de la sala de espera, etc. También durante este periodo los pasantes aprendieron algunas palabras básicas para comunicarse con las personas en caso de no poder contar con alguien que les tradujera, aunque es importante señalar que el Mixteco que se habla en Metlatónoc y el que se habla en Alcozauca difiere en gran medida por tanto, en Alcozauca se apoyaban casi todo el tiempo de la traductora.

²¹⁴ Las mujeres cuestionadas sobre la falta de acompañamiento por parte de sus parejas no accedieron a otorgar mayores detalles que los aquí descritos.

Es importante mencionar que para las mujeres en estado grávido de la Región Montaña la aplicación de la vacuna del tétanos se realiza hasta las 14 semanas y 1 día de embarazo (correspondientes al inicio del segundo trimestre gestacional). Según referencias del personal del CSCSA Metlatónoc hace algunos años una mujer abortó pocos días después de haberle aplicado la vacuna (era el primer contacto con las instituciones de salud como lo marca la Norma Oficial Mexicana 036-2012)²¹⁵ y la población culpaba a la unidad de salud argumentando que este desenlace había sido consecuencia de la vacuna. De manera que se gestionó en la Jurisdicción 04 el permiso especial no aplicarla durante el primer trimestre de gestación.

Vacunación a las mujeres embarazadas en la Alcozauca.-

En el Hospital de la Comunidad de Alcozauca se encontraron diferencias importantes en cuanto al manejo de las vacunas para la población en general, pues a diferencia de Metlatónoc no había un adecuado registro de



las personas que habitan en esta cabecera municipal ocasionando retrasos en las aplicaciones como lo marca el Esquema Nacional de Vacunación, aunado a que el personal mencionaba que desde hace muchos años esta unidad de salud reportó a la Jurisdicción que todos los habitantes contaban con cartillas de vacunación y no es así. En lo que respecta a las mujeres embarazadas la falta de coherencia en los registros clínicos²¹⁶ y en el aspecto de vacunación antitetánica algunas

²¹⁵ En las mujeres embarazadas se aplica .5 ml en la región deltoidea del brazo izquierdo (no dominante) de la siguiente manera con esquema incompleto: 1 dosis en el momento de la visita. En caso de no estar documentado su esquema en la mujer embarazada aplicar 3 dosis: 0, 1,12 meses. Secretaría de Gobernación. / Diario Oficial de la Federación. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano*. Recuperado el 20 de abril del 2016, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012

²¹⁶ Según referencias del personal hace algún tiempo se realizó una supervisión estatal en esta unidad con la cual se tiraron los expedientes físicos existentes y se implementó el *Sistema de Información para la Gerencia Hospitalaria* perdiendo mucha información valiosa sobre la población de esta comunidad por tanto, existen registros incompletos en este modelo de expediente electrónico.

mujeres eran inmunizadas más veces de las necesarias por lo que algunas que desconfiaban de los beneficios de esta actividad preventiva a pesar de otorgar una adecuada orientación.



Seguimiento a las mujeres por incumplimiento a cita de control prenatal.- Las mujeres que no acudían a sus consultas de control prenatal o de puerperio eran buscadas mediante visitas domiciliarias por parte de los pasantes LEO en compañía de la trabajadora social (en Metlatónoc) o la traductora (en Alcozauca) con el objetivo de conocer cuál era la razón y explicarles la importancia de acudir a los servicios clínicos periódicamente. Ellas referían que faltaban a sus citas porque nadie le ayudaba a cuidar de los hijos menores o a realizar las labores del hogar y en algunas ocasiones referían que debían ir a trabajar lo que no les permitía tener el tiempo para acudir a sus consultas.

Proceso de parto y manejo de la placenta

Capacitaciones institucionales a las parteras.-

Debe señalarse que la mayoría de las parteras tradicionales de todas las localidades que conforman la cabecera municipal de Metlatónoc han recibido capacitaciones institucionales por parte de dos pasantes LEO aproximadamente en 2011 y otros prestadores de servicios de salud (en la misma fecha o en otras), en donde las propias parteras señalan que además de las cuestiones teóricas y técnicas también recibieron un maletín con insumos para que en el momento en que ellas atiendan los partos utilicen estas herramientas y logren una mayor limpieza. También refirieron que al finalizar estas capacitaciones se les proporcionaron compensaciones económicas como gratificación por su asistencia.



Por tanto durante este periodo los pasantes LEO tuvieron oportunidad de interactuar con las parteras tradicionales gracias a dos reuniones que se organizaron para capacitarlas en conjunto con monitoras comunitarias promotoras de salud y madrinas obstétricas. La primera reunión fue realizada por la asociación “Savi Yoko A. C.” procedente de Tlapa de Comonfort en octubre y la segunda por personal administrativo de salud materna y de la Secretaría de la Mujer procedente de Chilpancingo Gro., en diciembre de 2014. En estas sesiones los pasantes fungieron como receptores y reforzadores de la información brindada debido a que los participantes y actividades principales ya se encontraban planeadas con anterioridad.

Contenido de las capacitaciones institucionales.- Las dos reuniones se enfocaron principalmente en exhortar a las parteras tradicionales para que realicen actividades como:

- ❖ reconocimiento de los Signos y Síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio²¹⁷
- ❖ referencia oportuna de la mujer que curse estas etapas reproductivas a los servicios de salud institucionales correspondientes.
- ❖ capacitación sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos y su apoyo exhortando a la población a hacer uso de éstos.
- ❖ vigilancia y capacitación a la mujer sobre la ingesta de los suplementos vitamínicos o medicamentos recetados durante el periodo reproductivo.
- ❖ seguimiento de la asistencia oportuna a sus citas para consulta, estudios de laboratorio / gabinete y otras actividades indicadas por los profesionales de la salud.

²¹⁷ Los signos y síntomas de alarma del embarazo son: fiebre, dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa o su pérdida, mareo, náuseas y vómito en exceso, dolor abdominal y de espalda intenso, presencia de contracciones uterinas antes del tiempo oportuno para el nacimiento, sangrado o salida de líquido transvaginal, o que se hinchen las manos, los pies o todo el cuerpo.

En la sesión otorgada por el personal de Chilpancingo además de todo lo anterior, se otorgó a todos los asistentes capacitación para inyectar o canalizar sueros vitaminados, se brindó orientación sobre enfermedades de transmisión sexual y uso correcto del condón, se les dotó un maletín con material de curación como: tijeras, jeringas, vendas guantes, etc., y se otorgó una pequeña compensación económica por la asistencia.

SALUD MATERNA
"YO RECONOZCO CUANDO HAY PROBLEMAS EN MI EMBARAZO"

ALLENAR SOBRE PREVENCIÓN DE MUJERES MATERNA, SE REALIZARÁ CON PARTERAS, MADRES, PROMOTORAS DE SALUD Y MONITORAS.

FECHA: 9 DE OCTUBRE DEL 2014, LUGAR: CENTRO DE SALUD DE METLATÓCOC, ORO, HORARIO: 8:30 AM - 2:30 PM
 TALLERISTAS: FLORENCIA DÍAZ MENDOZA, MARÍA YOLI DÍAZ DE SERRA
 INTERPRETES ACTIVOS DE SIGN YORDA C.

IMP	NOMBRE COMPLETO	EDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA	COMUNIDAD	TELÉFONO MÓVIL FACEBOOK
1	RAFAELA VILLANUEVA MORENO	70	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
2	TERESITA MENDOZA REZ	73	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
3	CONCEPCION OLIVERA GONZALEZ	65	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
4	ROQUELITA GARCIA CRUZ	71	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
5	ROQUELITA GARCIA CRUZ	71	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
6	ARACELIA GARCIA REYES	59	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
7	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
8	ANITA MENDOZA REZ	63	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
9	MERCEDES BARRERA GONZALEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
10	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
11	SOCORRO BARRERA GONZALEZ	60	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
12	TERESITA MENDOZA REZ	73	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
13	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
14	ANITA MENDOZA REZ	63	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
15	CELIA MENDOZA REZ	66	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
16	ARACELIA GARCIA REYES	59	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
17	CELIA MENDOZA REZ	66	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
18	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
19	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400
20	MARIBEL GARCIA TELLEZ	62	PARTEERA	METLATÓCOC	9604000400

Solicitud de capacitaciones a los enfermeros obstetras por parte de las parteras tradicionales.- Posterior a la realización de cada una de estas sesiones, las parteras tradicionales de la cabecera municipal de Metlatónoc solicitaban a los pasantes LEO que les

proporcionaran capacitaciones teórico - prácticas o hicieran reuniones donde se pudieran intercambiar conocimientos sobre aspectos relacionados con la salud materno – infantil y que a su vez incluyeran remuneración económica por asistir a las mismas sin embargo, pero a pesar del interés de los pasantes por tener un contacto estrecho con las parteras no contaban con solvencia económica para ello. Las parteras comprendieron favorablemente las dificultades económicas para la realización de las sesiones que solicitaban, por lo que pidieron a los pasantes que les ayudarán a conseguir materiales para la atención de los partos como: guantes, cintas umbilicales, tijeras, gasas, etc., pues los maletines y materiales que les habían sido proporcionados aproximadamente en 2011 ya no servían adecuadamente o se habían acabado. Sin embargo, aunque se hicieron las gestiones correspondientes tanto en el CSCSA como en la Jurisdicción 04 no se obtuvieron respuestas favorables.

Atención institucional del trabajo de parto en Metlatónoc.- Para la atención del parto en el CSCSA Metlatónoc las mujeres eran llevadas por familiares y en ocasiones por las parteras tradicionales quienes podían

mantenerse en el servicio de hospitalización acompañándola y auxiliándola en medida de lo posible²¹⁸ al igual que los pasantes LEO y el personal de la unidad. De manera que mientras evolucionaba el trabajo de parto le asistían al momento de acudir al sanitario, procuraban su comodidad, le sobaban el vientre en cada contracción y en dos ocasiones le colocaron a las mujeres flores y algunas piedras en el vientre (probablemente con cuarzos), mientras le rezaban.

Si el personal de salud o los enfermeros pasantes detectaban durante este periodo de observación la falta de ampulas de oxitocina necesarias para evitar atonía uterina posterior al alumbramiento les eran solicitadas a los acompañantes de la parturienta. Situación que probablemente condujo a las parteras tradicionales a utilizar este fármaco cuando al atender los partos en casa no había un buen desenlace de la actividad uterina y el té de hoja borracha²¹⁹ no conducía al resultado deseado.

Atención tradicional del trabajo de parto en Metlatónoc.- Cuando el proceso de trabajo de parto se desarrolla en casa las parteras inducen – conducen la actividad uterina con ayuda del té de hoja borracha como se mencionó anteriormente, pero según la literatura la partera puede usar la alternativa de darle a la mujer un té de manzanilla lo más caliente que se pueda para que las contracciones uterinas se hagan más frecuentes y efectivas acompañado de masajes, baños de vapor con hierbas medicinales²²⁰ y oraciones en los municipios de Malinaltepec y Metlatónoc.²²¹

²¹⁸ En el CSCSA era permitido que más de una persona se mantuviera con ella durante el desarrollo del trabajo de parto / puerperio inmediato, siempre y cuando el médico encargado del servicio de hospitalización no tuviese inconveniente y no se encontraran más personas bajo observación en este servicio.

²¹⁹ El té de hoja borracha es proporcionado a las parturientas para acelerar la actividad uterina y así reducir el tiempo del trabajo de parto. No se pudieron obtener detalles u otros nombres sobre esta hoja.

²²⁰ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. Óp. cit.

²²¹ García, L. J. (2005). *Oralidad, ritualidad e identidad de Ñuu Savi de la Montaña de Guerrero*. Óp. cit. pp. 168

Insumos solicitados después del parto.- Después del nacimiento del niño se les solicitaba a los familiares algunos insumos para la puérpera por ejemplo, comida (baja en grasas e irritantes), agua preferentemente embotellada (porque acostumbran tomarla directamente de la llave), pañales para adulto y recién nacido, ropa y cobijas para ambos porque no se cuentan con prendas suficientes en las instituciones estudiadas. De manera particular en el CSCSA Metlatónoc también se solicitaba jabón y cloro para el aseo de la sala de parto y las sábanas utilizadas porque la mayor parte del tiempo no se contaba con estos recursos.

Atención del parto institucional en Alcozauca.- En Alcozauca la mujer se encontraba la mayoría del tiempo solo bajo la vigilancia estrecha que le realizaban los pasantes LEO y en menor medida las enfermeras y médicos a cargo del servicio mientras se desarrollaba el trabajo de parto, pues su pareja y familiares deben mantenerse en la parte externa del hospital y se permite entrar a una sola persona por periodos cortos.

Percepción del manejo institucional del trabajo de parto.- En ambas comunidades era común que durante el trabajo de parto los familiares de la mujer pidieran acelerar el mismo para que no sufriera los dolores por tanto tiempo, pues debe señalarse que en las instituciones de Metlatónoc y Alcozauca era posible dejar evolucionar a la mujer de manera fisiológica debido a que la demanda de atención por este motivo no es muy abundante. Además las mujeres regularmente presentaban buen desenlace del mismo y aunque en algunos casos los pasantes LEO en conjunto con el personal de las unidades de salud si manejaban la oxitocina para regular la actividad uterina y conducir el trabajo del parto, explicaban a los acompañantes que en caso de que la parturienta no lo necesitara no se haría tal actividad porque conlleva riesgos para la madre e hijo que no tan fácilmente pueden controlarse en el CSCSA Metlatónoc o el Hospital de Alcozauca debido a la falta de materiales, infraestructura y recursos humanos específicos.

Situaciones de riesgo / complicaciones detectadas durante la atención del parto en domicilio.- De los nacimientos ocurridos en domicilio en ambas comunidades se detectaron algunas gestantes que cursaron las últimas semanas o días de embarazo con bebés en presentaciones anómalas y que fueron atendidas por la partera o algún familiar, quienes realizan maniobras para corregir las malas posiciones aún en etapas avanzadas del trabajo de parto. En caso de no tener éxito solo algunas parturientas concluyeron el proceso del nacimiento en el hogar, mientras que otras fueron llevadas a las unidades de primer o segundo nivel de atención (por las parteras, familiares o los enfermeros pasantes) y aunque en todos estos casos se presentaron situaciones o complicaciones que comprometieron el bienestar de la madre o el hijo en diversa medida, tanto los pasantes LEO y otros profesionales de la salud como las parteras tradicionales y familiares coordinaron las acciones necesarias con las que evitaron la mortalidad materna pero no pudieron evitarse todos los fallecimientos neonatales.

Muertes neonatales.- Durante este periodo de investigación los pasantes LEO conocieron acerca de 3 muertes neonatales Metlatónoc y de un lactante menor en Alcozauca. De los decesos ocurridos en Metlatónoc, en el primer caso hasta ocurrido el nacimiento se le detectaron múltiples malformaciones pues al parecer la madre no llevó ningún control prenatal por ser foránea y a pesar de otorgarle referencia para la atención del recién nacido no acudió a Tlapa y lo dejaron morir en su localidad porque según referencias del personal para ellos era mucho gasto el atenderlo y preferían tener otro bebé. El segundo caso fue también hijo de una mujer foránea que no llevaba control prenatal adecuado y llegó al CSCSA lista para parir, a la valoración por Capurro e interrogatorio se calcularon 25 semanas de gestación, se le proporcionó reanimación neonatal y cuidados con los que se estabilizó por unas horas para trasladarlo al HMNIG pero ahí falleció. El tercer caso es una mujer que acude acompañada por su pareja (por probable hemorragia secundaria a retención placentaria) pocas horas después de haberse atendido el parto con partera, refieren que la terapeuta les informó que el cordón umbilical era muy corto y a pesar de maniobrar no pudo cortar suficiente cordón

para sujetar adecuadamente el muñón del bebé por lo que falleció minutos después. En Alcozauca se atendió el parto de una mujer foránea en el hospital pero después de un mes llegaron de urgencia para la atención del niño, el cual presentaba constantes vitales disminuidas y desnutrición severa por lo que a pesar del tratamiento y traslado al Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense falleció.

Manejo institucional / tradicional de la placenta.- Después de que terminaba la atención del parto en el CSCSA Metlatónoc algunos familiares solicitaban a los enfermeros obstetras la entrega de la placenta para realizar un ritual al que se le conoce como “sembrar al niño”. La literatura hace referencia a este ritual como una ceremonia cuyo fin es que la madre tierra proteja al neonato de enfermedades o muerte,²²² augure ventura y salud al recién nacido,²²³ pues todo lo que pueda sucederle a la placenta repercutirá en la salud de madre e hijo, o influirá en la personalidad y destino de la criatura.²²⁴ En caso de haber nacido una mujer la placenta junto con los cabellos de la madre tienen que ser enterrados cerca del fogón para que sea buena cocinera o cerca de la casa para que no se vaya lejos (cuando se case) y en el caso de haber nacido un hombre se entierra en el patio o cerca de un hormiguero para que sea valiente o en el campo para que no sea miedoso.²²⁵ En Alcozauca en ninguno de los partos atendidos por los pasantes les fue solicitada la placenta.

Puerperio

Algunos cuidados tradicionales durante el puerperio.- En la cuarentena además de asistir a la madre y al niño la partera participa de las labores

²²² Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 867-868

²²³ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. Óp. cit.

²²⁴ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Placenta*. [En línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 13-01-2016] Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=placenta&id=2279>

²²⁵ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 868

domésticas, cuida la dieta de la puérpera, estimula la secreción láctea con masajes y otros remedios tradicionales; faja y procura reposo a la mujer con el fin de evitar complicaciones que puedan ser causa de esterilidad y otorga la purificación ritual de la madre y del niño con baños de temazcal.²²⁶ El reposo incluye limitaciones para barrer y hacer tareas pesadas porque de lo contrario se les baja la matriz o las hemorragias.²²⁷

Cuidados de enfermería obstétrica a la madre.- En las instituciones de salud los pasantes LEO ofrecían capacitación a la mujer sobre Signos de Alarma del puerperio,²²⁸ otorgaban consultas programadas con valoración integral, colocación del método anticonceptivo que haya elegido y visitas domiciliarias según corresponda. Al finalizar el puerperio también terminaba la atención que los pasantes brindaban a ella y a su hijo sin embargo, las mujeres continuaban con su control de lactancia²²⁹ con el médico asignado para dicho fin hasta que el niño cumpliera un año de edad.

Aceptación vs uso real de los métodos de planificación familiar.- En el aspecto de planificación familiar en ambas comunidades existe poca aceptación hacia el uso de métodos anticonceptivos pues como se mencionó anteriormente una vez entregada la dote, la mujer y su familia pierden su derecho de intervenir sobre la cantidad / espaciamiento de los hijos y quien decide si la puérpera acepta algún método anticonceptivo o no es el varón o la suegra de la mujer algunas veces junto con los demás integrantes de su familia política. Por lo que durante este periodo fue posible observar que las familias actualmente tienen de 4 a 6 hijos vivos en promedio, pero durante todo el periodo reproductivo de la mujer pudieron haber existido tantos otros embarazos adicionales que desencadenaron

²²⁶ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. Óp. cit.

²²⁷ Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., Mejía, J. *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. Óp. cit.

²²⁸ Los signos y síntomas de alarma en el puerperio son: visión borrosa o su pérdida, zumbido de oídos dolor intenso de cabeza, mamas o vientre, fiebre, loquios mayor a la cantidad menstrual o con olor fétido y edema en extremidades o de manera generalizada.

²²⁹ Siendo opcional para las que no son beneficiarias del programa Prospera y condicionado para las que sí lo son.

en abortos o muertes posteriores al nacimiento, acarreado consecuencias negativas para la salud de la madre en primera instancia.

Solo algunas de las mujeres atendidas por los pasantes LEO ya tenían maternidad satisfecha y utilizaban alternativas para controlar su fertilidad que les permitiera no ser descubiertas por su pareja²³⁰ por ejemplo, mediante inyecciones mensuales, bimensuales o el implante subdérmico. Por su parte algunos adolescentes en Alcozauca acuden de manera discreta y conjunta a solicitar métodos de planificación familiar según referencias del personal de salud, situación que no fue posible observar en Metlatónoc.

Baño de temazcal después del parto

Indicaciones tradicionales.- Es una técnica recomendada para la atención del parto y puerperio. Después del nacimiento del bebé, la puérpera se baña hasta pasados 8 días del evento a las 12 del día en el temazcal el cual consiste en sentar a la mujer en un cuarto completamente cerrado, donde se le da de comer chocolate criollo con un pan de sal²³¹ y se inicia la sesión de entre 30 y 45 minutos de un cocimiento herbolario²³² que se arroja sobre piedras muy calientes,²³³ ella debe cambiar de posiciones para permitir que el vapor penetre al interior de su cuerpo, active la circulación de su sangre mientras la partera la hojea y limpia con hierbas.²³⁴

²³⁰ Se observó que la mujer no podía firmar por sí sola el consentimiento informado para la colocación o realización de algún método anticonceptivo ya que era necesario que su pareja y un familiar o testigo firmaran de acuerdo para su realización.

²³¹ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 868

²³² Se pone a hervir pericón, hierba de Santa María, San Francisco, Santa Martha, manzanilla, hierbabuena, hoja de tlaconcuayo y cancerina en 20 litros de agua.

²³³ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXVII. El temazcalli*. En: Rojas, A. M. (2009). *Tratado de medicina tradicional mexicana: bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica*. México, D.F. Universidad Intercultural Thlalui. pp. 767.

²³⁴ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Baño de temazcal*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 14-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o%20de%20temazcal&id=2653>

El objetivo principal es mejorar las funciones secretoras de las mucosas y someter a la mujer al efecto curativo de las plantas medicinales²³⁵ además de "la limpieza ritual" que este proceso ofrece.²³⁶ También beneficia a la puérpera para eliminar impurezas, restableciendo dentro del organismo el "calor perdido" durante el parto, favorece la involución del útero para que los demás órganos también vuelvan a su lugar y que la "cintura y la cadera se cierren".²³⁷

Antes de salir la partera viste y abriga muy bien a la puérpera para protegerla de los malos aires, le ayuda a que repose bien arropada para que la temperatura del cuerpo baje poco a poco.²³⁸ Al otro día se baña con agua tibia y se le pone alcohol en todo el cuerpo, se cubre bien la cabeza y los pies para que no se enfríe los 40 días porque de lo contrario puede aparecer fiebre puerperal.²³⁹

Uso del temazcal en Metlatónoc.- Aquí se acostumbra que a las puérperas se bañen en temazcal al día siguiente del parto o unos días después. Los baños son proporcionados por las parteras o familiares de la mujer por lo que la frecuencia y la cantidad de baños no tienen una delimitación establecida porque dependen de los gustos y preferencias de las puérperas y/o de quien les preparaba dicho temazcal. Para realizarlo hay aposentos que se construyen en los patios traseros de las casas (de las parteras y otras personas) a base de adobe y madera, dentro del temazcal se calientan piedras con fuego de leña para que el

²³⁵ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXVII. El temazcalli*. Óp. cit. pp. 767

²³⁶ Cosminsky, Sh. (1978). *Baño para después del parto*. [En línea]. México. Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 13-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o_para_despu%C3%A9s_del_parto&id=2661

²³⁷ Cuerno, C. L. et al. (1989). *Baño para después del parto*. [En línea]. México. Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 13-01-16]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o_para_despu%C3%A9s_del_parto&id=2661

²³⁸ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Baño de temazcal*. Óp. cit.

²³⁹ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. Óp. cit. pp. 868

vapor ayude a limpiar la sangre de la puérpera y a curarse, pues según referencias de varios informantes esta actividad ayuda a las mujeres a recuperar su fuerza, arrojaran los coágulos y producen leche.

Muerte materna.- Debe destacarse que durante este periodo de trabajo en la Región Montaña de Guerrero los pasantes LEO no presenciaron alguna muerte materna ocurrida en las instituciones donde se desempeñaron y tampoco pudieron conocer de algún deceso ocurrido con las parteras tradicionales, pero debe tomarse en cuenta que no se puede asegurar que no ocurrió ningún deceso en este tiempo porque no fue posible culminar el seguimiento hasta el final del puerperio de todas las mujeres con las que tuvieron contacto. Sin embargo, los enfermeros obstetras pudieron saber por medio de pláticas con la población que durante el periodo 2013 -2014 ocurrió el deceso de una mujer residente de la comunidad de Metlatónoc y de dos más pertenecientes a la cabecera municipal de Cochoapa el Grande en años anteriores a la realización de este trabajo. De estos fallecimientos no se pudieron tener datos sobre las causas u otros detalles de primera mano, solo se pudo conocer que no ocurrieron por causas obstétricas, sino por accidente de vehículo automotor y otras razones.

Cuidados del niño

Cuidados y actividades realizadas por los enfermeros obstetras.- Para el recién nacido los pasantes de enfermería obstétrica entregaban su certificado de nacimiento²⁴⁰, orientaban a la madre para que le realice: su registro civil, ejercicios de estimulación temprana, tamiz neonatal, lactancia materna exclusiva, alojamiento conjunto, actividades a realizar en caso de signos y síntomas de alarma de infecciones respiratorias y diarreicas agudas, cuidados generales, la aplicación de las vacunas como lo marca el esquema Nacional, cuidado del

²⁴⁰ El personal de las unidades de salud mencionaban a los pasantes que se condicionaría el certificado de nacimiento a aquellas mujeres residentes que cursaran los procesos de trabajo de parto y/o puerperio en situaciones que comprometieran su vida y se rehusaran a atenderse en los espacios institucionales.

muñón umbilical, entre otros. En este último aspecto fue común observar que algunos bebés presentan signos de infección en la cicatriz umbilical asociados a los largos periodos entre cada cambio de pañal, baños con inadecuada frecuencia y el que les coloquen algunos objetos para que no se bote el ombligo como chícharos, canicas, semillas, monedas, etc.

Dificultades en el manejo del tamiz neonatal.- Es importante destacar que el tamiz neonatal ha sido un aspecto de la salud infantil al que probablemente no se le toma con la importancia que tiene, pues según las observaciones realizadas en la Montaña el tiempo estimado para recibir el resultado de este procedimiento es de aproximadamente un mes o incluso hasta máximo dos meses después de la toma.²⁴¹ Dicho periodo de espera representa alta probabilidad de retraso en la atención del menor ya que en caso de que el tamiz de resultado positivo debería iniciarse la confirmación y el tratamiento de por vida para la o las enfermedades metabólicas de preferencia antes de que el menor cumpla 30 días de vida.²⁴²

Características de la alimentación tradicional para el recién nacido.- Según la literatura una de las recomendaciones que realiza la partera tradicional referente a la alimentación del recién nacido consiste en sustituir el calostro por tés, leche de cabra o vaca, debido a la creencia (en algunas localidades) de que

²⁴¹ Aunque ese es el tiempo estimado para recibir el resultado del tamiz, era muy poco probable que así sucediera ya que el procedimiento conlleva el paso por muchas etapas: 1) el tamiz se toma en la unidad de salud y en ambas comunidades se entregan estas muestras en la Jurisdicción sólo los días jueves, 2) regularmente cada viernes todas las muestras recolectadas en la Jurisdicción se transportan a Acapulco donde se estudian, 3) el tiempo en que se procesan las muestras es variable y por tanto no hay una fecha definida para que los resultados del tamiz se entreguen a la Jurisdicción, 4) la persona asignada para recoger resultados por cada unidad de salud acude regularmente los días jueves y 5) una vez que el resultado se encuentra en la comunidad se procede a buscar a la madre para entregar / explicar el resultado. Según referencias del personal de salud en ambas comunidades en caso de que algún tamiz neonatal saliera positivo al momento de su análisis se buscaría la forma de localizar a la madre y el recién nacido para proceder a su tratamiento.

²⁴² Instituto Mexicano del Seguro Social / Seguridad social y solidaridad (s.f.). *Programa de salud del recién nacido*. Recuperado el: 15-05-16 de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/ninios/guianinos_reciennacido.pdf pp. 17. A pesar de buscar otras referencias sobre este tema se encontró sólo la siguiente referencia bibliográfica donde esta desglosado por grupo de edad en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>

es dañino, por lo que se inicia el amamantamiento con leche materna cuando cesa la secreción de calostro²⁴³ además los baños de temazcal también provocan en la mujer la producción de leche espesa y "madura".²⁴⁴ Referente a este tema pudo observarse muy poco en Metlatónoc pues algunas mujeres referían que el calostro les caía muy pesado a los bebés y por eso no los amamantaban en los primeros días.

Por otra parte se observó que una cantidad importante de puérperas con las que se tuvo contacto tampoco alimentaba con mucha frecuencia al recién nacido debido a que no lloran cada tres horas como se recomienda el periodo de amamantamiento, por tanto no tienen hambre y solo se les debe alimentar hasta que se manifieste el llanto del infante. Como consecuencia de lo anterior se encontraron a dos puérperas que cursaron con mastitis bilateral a quienes se les proporciono vigilancia estrecha y cuidados individualizados.

Baño de temazcal al recién nacido.- Aunque es un hábito común bañar al recién nacido en el temazcal con la intención de calentarlo y "hacerle circular la sangre", el tiempo para iniciar el primer baño y frecuencia varía regionalmente.²⁴⁵ En las comunidades estudiadas no se pudo conocer acerca de esta práctica con los recién nacidos.

Cuidados al muñón umbilical.- Es muy común la aplicación de diversas sustancias antisépticas y desecantes sobre el muñón del cordón umbilical por ejemplo: ceniza, cal, sal, talco, alcohol, Merthiolate, etcétera, también se acostumbra fajar a los niños por varios días para evitar que "se salte el ombligo"

²⁴³ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Cuarentena*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 14-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=cuarentena&id=2897>

²⁴⁴ Mellado, C. et al. *Baño para después del parto*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o_para_despu%C3%A9s_del_parto&id=2661

²⁴⁵ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Cuarentena*. Óp. cit.

vigilándolo continuamente hasta que el cordón cae.²⁴⁶ Lo anterior fue observado con frecuencia en Metlatónoc, por lo que se explicaba a los padres aquellos cuidados con los cuales podían obtener la cicatrización del muñón sin el mismo riesgo de desarrollo de infecciones y/o complicaciones por ejemplo, el cambio frecuente de pañal, el baño diario y adecuado aseo del área, cambio de ropa con la frecuencia necesaria, vigilancia de la salida de sangre o cualquier fluido. En Alcozauca no se pudo observar los recién nacidos durante este proceso porque los enfermeros obstetras casi no podían otorgar las consultas de puerperio.

Ritos para cuidar a la madre e hijo/a.- Otros cuidados de particular importancia son aquellas prácticas de las parteras destinadas a prevenir ciertos males (de orden sobrenatural), porque los que los recién nacidos son especialmente vulnerables sobre todo a los malos vientos o aires, al mal de ojo, el susto o la pérdida del alma.²⁴⁷ En Metlatónoc se conocieron dos de estos rituales, el primero de ellos se debe a que en la sala de expulsión del CSCSA hay metal, agujas y otras cosas que son frías y le pueden causar enfermedad o daño, para prevenirlo los familiares a veces acompañados de un rezandero realizan oraciones preferentemente lo más cercano del lugar donde ocurrió el nacimiento: dentro de una caja de cartón colocan una vela en cada orilla y en el centro ponen flores naranjas, posteriormente rezan en Mixteco por media hora o más. El otro ritual se realiza lo más cercano al bebé matando una gallina negra al momento en que se realiza el tamiz neonatal, ya que de lo contrario los familiares refieren que se le va el alma. En Alcozauca no se pudieron conocer acerca de rituales que se realicen en favor de las puérperas o los recién nacidos.

Referencias y traslados

Riesgos y/o complicaciones más comunes durante el periodo reproductivo.- Es importante mencionar que se presentaron factores de riesgo y

²⁴⁶ Ibídem

²⁴⁷ Ibídem

complicaciones de gran importancia en las mujeres que fueron atendidas por los pasantes LEO en estas etapas, entre ellos se encuentran:

- ❖ **Embarazo:** inicio tardío del control prenatal, infecciones urinarias y vaginales recurrentes, periodos intergenésicos cortos, número de embarazos superior a 5, abortos y cesáreas previos al último embarazo, cuatro casos de pre-eclampsia moderada, presentación anómala del bebé, hipertensión gestacional y amenaza de pérdida de la gestación entre otros de menor prevalencia.
- ❖ **Trabajo de parto - puerperio inmediato:** tres casos de anemia, inicio anticipado del trabajo de parto, tres casos de pre-eclampsia severa y dos de eclampsia, dos casos con presentación anómala del bebé en estadios avanzados, hipertensión gestacional, cuatro mujeres presentaron hemorragia y seis más retención de placenta entre otros.
- ❖ **Puerperio mediano y tardío:** hipertensión gestacional, dos mujeres con mastitis un recién nacido con malformaciones, un caso de retención placentaria, una mujer con sepsis puerperal y a su vez con óbito incompleto y cuatro fallecimientos de recién nacidos.

Debe resaltarse también que durante todo el proceso de investigación no se encontraron mujeres que padecieran diabetes u otras enfermedades crónicas - degenerativas durante el embarazo parto y puerperio a pesar de la gran prevalencia que existe de manera local y nacional.

Dificultades para la asistencia a los hospitales de referencia.- De las referencias otorgadas durante las consultas de embarazo un número importante de mujeres refirieron que se marean durante el trayecto y manifestaron quejas constantes porque tardan gran parte del día en ser atendidas, de manera que prefieren evitar ir a Tlapa durante las referencias no urgentes y afortunadamente

en mayor medida acudir sólo en caso de emergencia. Aunque debe resaltarse que en Metlatónoc no es posible que la mujer y/o el niño reciban atención en menos de dos horas como idealmente lo marca el programa APV, debido a las condiciones descritas previamente.

Otras razones por las que las mujeres se rehusaban a acudir a sus referencias a Tlapa durante el embarazo y el proceso de parto se debe a las manifestaciones de temor de que en dichos hospitales la atención involucra: valoraciones vaginales periódicas, tratos inadecuados al momento de la consulta, regañños o que debido a la asistencia a estas unidades hospitalarias fueran más propensas a la realización de cesárea para el momento del nacimiento de su hijo. Por lo que en las consultas y talleres proporcionados por los pasantes LEO explicaban a las mujeres cuáles son las causas más comunes de referencia y/o traslado (de acuerdo a lo observado en ambas comunidades) y que la operación cesárea se realiza solo cuando existen situaciones muy críticas como: presiones tan altas que no mejoran ni con el uso de medicamentos, en caso de que el bebé tenga dificultades para respirar en el útero (por asfixia perinatal, presencia de meconio o insuficiencia placentaria), entre otras situaciones.



Dificultades que sortearon los pasantes LEO durante los traslados en Metlatónoc.-

Durante la estancia en Metlatónoc la mayoría de los traslados de mujeres que atravesaron el proceso reproductivo fueron realizados sólo por uno de los pasantes de enfermería obstétrica (o en escasas ocasiones por ambos), independientemente del estado de salud o del tipo de complicación que se estuviese manifestando en la madre y/o el hijo.

Es importante destacar que durante algunos de los traslados que realizaron los pasantes LEO se presentaron incidentes relacionados con las malas condiciones tanto de la ambulancia como del camino, ya que en varias ocasiones

se presentaron deslaves que en conjunto con las inadecuadas condiciones de la carretera, la carente iluminación y la falta de habitantes a las orillas de la misma, favorecía la falta de comunicación o auxilio en caso de que ocurriera algún percance y por tanto se hacían más latentes los peligros para la vida de todos los involucrados en dichos traslados.

Además en esta comunidad solo se contaba con una ambulancia²⁴⁸ la cual estaba en mal estado constantemente o sin el combustible necesario, a pesar de que el mantenimiento de este vehículo y el suministro de combustible se encuentra a cargo de la Jurisdicción, aunque en ocasiones la gasolina también era proporcionada



por la Presidencia Municipal o los familiares de la mujer. Cuando no se contaba con la ambulancia se usaban alternativas para el traslado como: las patrullas municipales o el transporte público (taxis o pasajeras) lo que representa que la valoración y atención del binomio madre – hijo no se lleve a cabo adecuadamente durante el trayecto.

Gestión de recursos para mejoras en los traslados.- De manera que los enfermeros obstetras buscaron apoyo de las autoridades que se encontraban a cargo de ellos para procurar que en los siguientes traslados ya no corriera en peligro su vida ni la de alguna otra persona, pues aunque no se podían evitar las malas condiciones del clima, del camino o incluso de que llegaran al CSCSA Metlatónoc mujeres con presencia de complicaciones, sí podrían buscarse alternativas para que con las se contara con los insumos necesarios en dicha institución para hacer frente en la mayor medida posible a las necesidades de

²⁴⁸ Debe señalarse que en la Región Montaña los traslados en ambulancia conllevan un seguro de vida solo para 4 personas: 1) el chofer, 2) la paciente, 3) el médico o enfermera y 4) el familiar de la paciente. Sólo en Alcozauca de Guerrero las ambulancias traían consigo las cláusulas principales de dicho seguro.

estas mujeres y en caso de ameritar traslado la ambulancia se encontrara en mejores condiciones.

A pesar de lo anterior no se obtuvieron mejoras por parte de la Jurisdicción 04 Montaña debido a la falta de presupuesto y desabasto de insumos entre otros factores relacionados por tanto, los enfermeros también buscaron alternativas para solicitar que el personal adscrito al CSCSA Metlatónoc los acompañara y auxiliara en los traslados pero referían que no había suficiente personal y que no podían descuidar sus labores dentro de la institución y sólo en contadas ocasiones fueron acompañados durante este procedimiento por alguna enfermera o médico adscrito, pero la responsabilidad del bienestar de la mujer y/o el infante siempre se encontraba a cargo del enfermero pasante.

Responsabilidades legales de los pasantes de enfermería obstétrica.-

Debe resaltarse que el hecho de que los pasantes LEO asuman en mayor medida las responsabilidades sobre la salud materno - infantil sobrepasa las competencias profesionales que poseían en este periodo formativo, pues durante este periodo no contaban con personalidad legal en caso de ocurrir algún deceso durante el traslado o cualquier otro momento de la atención. Además todo el contexto en el que se presentan las situaciones de emergencia y las carencias que se han descrito a lo largo de este trabajo no permiten que las mujeres lleguen al Hospital General de Tlapa (HGT) o el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense (HMNIG) sin la menor cantidad de riesgos o complicaciones posibles sin embargo, cuando los enfermeros obstetras abordan estas instituciones obtuvieron respuestas favorables para la atención de las mujeres porque en estas unidades se ejerce el “Cero rechazo a la mujer embarazada”.

Desarrollo de los traslados en Alcozauca.- En contraste con la atención brindada en Alcozauca si se presentaba la necesidad de trasladar a alguna mujer durante estas etapas se contaban con dos ambulancias en buen estado, la gasolina era gestionada y regulada entre la administración de esta unidad de salud

y la Jurisdicción 04, el camino se encuentra en mejores condiciones y aunque existe el riesgo de deslaves de cerros no se presentaron situaciones en las que peligrara la vida de la mujer, el neonato o el personal que asistía el traslado. Por su parte los pasantes de enfermería obstétrica acudían a los traslados siempre y cuando el personal de salud fuese insuficiente para cubrir las demandas de atención dentro del hospital y la condición de la madre - hijo a trasladar lo ameritara, pero siempre en compañía de por lo menos la enfermera encargada del servicio de urgencias.

Influencia de los determinantes sociales en la salud materno - infantil.-

Se espera que con todo lo expuesto en este trabajo se ejemplifique cómo influyen los determinantes sociales en la salud pues, todo el contexto en el que se desempeñaron los enfermeros obstetras durante este periodo de investigación manifiesta como el inadecuado manejo de los recursos, la distancia que las comunidades y/o localidades tienen con respecto a las instituciones de salud establecidas, la cultura, así como las carencias económicas, educativas, alimentarias y de servicios públicos que viven los pobladores, influyen en el desarrollo del Programa APV y a su vez impacta de manera directa o indirecta en los logros que se han alcanzado en dichas cabeceras municipales. Aunque también todo esto se refleja en las características de desenlace que experimenta la mujer embarazada, parturienta o puérpera en caso de presentar riesgos o situaciones de emergencia durante estas etapas.

Algunas estrategias para las / los enfermeras / os que pueden mejorar la atención materno - infantil en la Región Montaña.- Para los pasantes de enfermería obstétrica como para el resto del personal de salud es difícil comprender el contexto de la cultura Mixteca de la Montaña de Guerrero debido a que el tipo de relaciones y hábitos que la caracterizan no son los mismos que de donde ellos provienen por tanto, es difícil encontrar enfermeros o enfermeras que busquen estrategias asertivas con las que puedan brindar cuidados realmente derivados de las respuestas humanas sobre el proceso de salud enfermedad y a

su vez, menos centrados del enfoque médico biologicista. Tal vez lo anterior se encuentre ligado al nulo conocimiento de la Enfermería Transcultural en esta región y también a que el actual sistema médico es una barrera importante para la búsqueda e implementación de la comunicación continua con los pobladores de las comunidades estudiadas para establecer acuerdos acerca de las actividades realizadas en pro de la salud materno - infantil.

Al carecer de esta formación en Enfermería Transcultural la mayoría de los enfermeros no aprovechan las oportunidades que les brinda el convivir de cerca con las mujeres durante el proceso reproductivo ya que podrían reconocerse de manera objetiva los beneficios que la madre y el hijo obtienen por la atención de las parteras y a su vez negociar los cuidados culturales e institucionales de acuerdo a las características individuales de la madre e hijo. De tal manera que se invita a todos los integrantes de este gremio a adentrarse en esa rama profesional y experimentar por sí mismos las áreas de oportunidad que ofrece para la mejora de los cuidados otorgados.

CAPÍTULO IV

TÓPICOS DE REFLEXIÓN / ANÁLISIS DE DATOS

TÓPICOS DE REFLEXIÓN / ANÁLISIS DE DATOS

El Programa APV con Parteras Tradicionales es un proyecto importante para la salud materno - infantil pues muchos de sus objetivos y metas a alcanzar traen consigo beneficios pero también en algunos aspectos de su contenido genera grandes controversias, porque si en la Región Montaña del Estado de Guerrero se quiere aplicar tal cual está conformada la estrategia, no se toma en cuenta que las mujeres viven su proceso reproductivo conforme lo marca su cultura lo que muchas veces es motivo de confrontación y retraso para dichos propósitos especialmente para la erradicación de la muerte materna.

Las situaciones de inadecuado entendimiento entre la población y los profesionales de la salud se deben a que la gran mayoría de estos últimos no centran su atención en los factores sociales y culturales que conforman las problemáticas en la materia, porque el sistema de medicina institucional en nuestro país está enfocado en resolverlos primordialmente a través de la orientación biologicista. Además la adecuada comunicación es fundamental y en este proceso de cuidado los pasantes de enfermería obstétrica en conjunto con la mayoría del personal de salud institucional hablan solo el español, dificultando la prestación de cuidados consensuados y oportunos especialmente durante situaciones críticas, lo que puede ser motivo crucial entre la vida y la muerte.

Otros aspectos que influyen en las situaciones de riesgo durante el ciclo reproductivo pueden prevenirse o disminuir sus consecuencias si existe una atención adecuada y oportuna pero, la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña no proporciona de manera regular los insumos necesarios para ello y mucho menos para las situaciones de emergencia o urgencia, lo que no es favorable porque la mujer embarazada, parturienta o puérpera se puede complicar en cualquier momento y lugar. Es importante mencionar que aun cuando en Alcozauca existen posibilidades de obtener los recursos mínimos indispensables para el seguimiento de la salud materno - infantil, el personal adscrito de ambas unidades de primer

nivel de atención tienen poco o nulo acceso e interés en actualizar sus conocimientos respecto al manejo del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo y alto riesgo.

Tampoco se ha trabajado en los factores que complican la valoración de las mujeres en unidades especializadas lo que hace difícil aumentar la aceptación de las referencias o traslados y en cuanto a estos últimos, la falta de insumos y medios de transporte adecuados retardan la atención por profesionales especializados conduciendo a mayores probabilidades de que ocurran las defunciones maternas y que los profesionales de la salud, pasantes de enfermería obstétrica, monitoras comunitarias, madrinas obstétricas y parteras tradicionales tengan importantes repercusiones profesionales, legales y sociales.

Por tanto al buscar disminuir las complicaciones que puedan desencadenar en muertes maternas sólo a través de los lineamientos, técnicas y avances científicos se tiende a deshumanizar los cuidados otorgados a las mujeres porque muchos de los procedimientos que les son aplicados en las instituciones no conllevan una explicación previa lo que las hace sentir vergüenza, desconfianza e inseguridad y al no permitirse el acompañamiento, apoyo emocional o la libertad de expresión con los profesionales de la salud tampoco se genera un ambiente terapéutico de confianza y colaboración mutua.

Todo lo anterior provoca que la población vaya acumulando motivos para no acudir a las instituciones y especialmente algunas mujeres no inicien su control prenatal oportunamente o incluso que atiendan todo su proceso reproductivo sólo con las parteras tradicionales, lo que origina que les sean negados algunos derechos como pacientes y afiliadas de los programas de beneficencia justificando que estas acciones siempre se realizan con el objeto de evitar las muertes maternas.

Las parteras tradicionales en la Región Montaña enfrentan cambios en su forma de vida y la atención que brindan a la mujer desde el embarazo hasta el puerperio debido a que el sistema de salud las ha incorporado al Programa APV sólo mediante capacitaciones con el fin de que reconozcan oportunamente los signos y síntomas de alarma durante todo el periodo reproductivo y posterior a ello las refieran a las diversas instituciones de salud.

Por su parte el modelo institucional también ha desprestigiado sus prácticas terapéuticas, rituales y el apoyo social que ellas brindan y que contienen gran significado e importancia cultural, algunos ejemplos son: 1) si las parteras no remiten a las mujeres a las instituciones y les realizan cuidados culturales o atienden el parto en el domicilio se señalan estas prácticas como principales causantes de perjuicios tanto para la madre como para el recién nacido, 2) no existe un consenso de las instituciones de primer nivel de atención con las parteras de que es y que no es beneficioso de forma real y de manera particular para el binomio madre - hijo. Ejemplo de lo anterior es que algunas parteras tradicionales utilizan oxitocina intramuscular durante el trabajo de parto porque lo han observado en el CSCSA Metlatónoc sin embargo, aunque es una actividad conocida por el personal de esta unidad no se han realizado pláticas, talleres u otro tipo de reuniones informativas con las parteras para prevenir los desenlaces como: rupturas o polisistolias uterinas, mayores probabilidades de hemorragia y otras complicaciones graves que pueden comprometer la vida de la mujer y/o el hijo por la inadecuada aplicación de este fármaco.

A pesar de lo anterior las parteras tradicionales también realizan prácticas de gran beneficio para la madre e hijo como: 1) la técnica de manteada y sobadas con la que pueden colocar al feto en posición adecuada para lograr la atención del parto y a su vez disminuir la incidencia de cesáreas, 2) le brinda libertad de posición al parir así la mujer libera todos sus ángulos del canal de parto y con ello disminuye la posibilidad o la gravedad de los desgarros, 3) la mujer la percibe cercana lo que le genera confianza y una mejor recepción de cuidados

tradicionales pero también en gran medida de los institucionales en caso de ser necesarios, 4) le brinda apoyo emocional y familiar, 5) el uso del temazcal y plantas medicinales les ayuda a disminuir los sangrados durante el puerperio.

Como se ha mencionado anteriormente la incomprensión de los factores culturales durante el proceso reproductivo influye negativamente tanto en el bienestar de la madre - hijo como en el adecuado cumplimiento del Programa APV. Algunos ejemplos de ello son: 1) el enfriamiento por el parto o la realización del tamiz neonatal en las unidades de salud puede acarrear malestares psicosomáticos posteriores si no se realizan rituales preventivos, 2) algunas mujeres no aceptaban aumentar la cantidad / frecuencia de alimentos o tampoco ingerían todos los suplementos vitamínicos brindados durante el embarazo porque de hacerlo así el bebé crecería tanto que no podría nacer por parto, 3) la escasa aceptación de los métodos de planificación familiar, entre otros. De manera que si no se conocen estos significados no se puede negociar y mucho menos lograr adecuadamente la cobertura de servicios específicos a la población objetivo.

Por tanto fue importante para nosotros como profesionales de enfermería obstétrica darnos cuenta que las actividades culturales que realizan las personas son para su bienestar pues sólo ellas conocen y sienten por sí mismas qué es lo mejor para cada quien y al indagar sobre las costumbres, valores y tantos otros aspectos que conforman la cultura mixteca en la Montaña, pudimos conocer sobre el por qué existe este rechazo al sistema de salud. De no haber hecho esta búsqueda de conocimiento reflexivo, sólo habiéramos actuado de forma ignorante al querer otorgar cuidados y aplicar conocimientos aprendidos en el aula o en las instituciones de manera rutinaria, fría y estándar buscando que las mujeres y/o recién nacidos encajen en un modelo o situación predeterminada, sin tomar realmente en cuenta que las personas somos totalmente diferentes y sobretodo que si se quiere aportar algo a alguien más es elemental tratar de comprender como se ha conformado ese ser humano hasta llegar a ser lo que es hoy.

Con base en todo lo anterior, nosotros creamos estrategias para informar a las mujeres sobre los beneficios de los cuidados otorgados y negociamos con ellas los elementos necesarios para obtener resultados más congruentes, provechosos y con un enfoque más participativo de su parte, de su familia y de los profesionales de la salud involucrados. También ofrecimos respeto y buscamos el constante entendimiento de su sistema de creencias, valores y prácticas, con lo cual logramos mayor aceptación de nuestros servicios, así como una dinámica agradable y positiva tanto para la comunidad como para nosotros. Por tanto, debe reconocerse que a pesar de todos los tropiezos mencionados en este trabajo, existen logros y aportaciones importantes de cada uno de los involucrados en el programa APV y sobre todo en la disminución de la muerte materna, aunque el camino por recorrer aún sea bastante amplio.

CONCLUSIONES

Para nosotros como pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia fue importante desenvolvernos dentro del Programa Arranque Parejo en la Vida con Parteras Tradicionales en la Región Montaña de Guerrero, porque nos permitió enfrentarnos a una realidad desconocida o conocida superficialmente. Además esta opción de Servicio Social nos brindó oportunidades importantes para desarrollar habilidades en las situaciones de alto riesgo y urgencias obstétricas a las cuales no pudimos acceder durante nuestra formación académica.

A pesar de la insuficiente participación del personal adscrito a las unidades de salud en cuanto a la enseñanza de los cuidados y demás actividades de atención en el embarazo, parto y puerperio pudimos desempeñarnos gran parte del tiempo como principales responsables del bienestar materno - infantil actuando de forma independiente, lo que nos ayudó a reforzar nuestras capacidades de decisión y actuación, así como a mejorar las actitudes, aptitudes y los conocimientos necesarios ante los diversos panoramas experimentados.

Esta respuesta favorable por nuestra parte no era motivo para que el personal del CSCSA Metlatónoc aprovechara nuestra estancia dentro de la unidad a manera de cubrir todas las demandas obstétricas durante las 24 horas del día y tampoco para que en caso contrario se limitaran nuestras actividades, ya que la “disponibilidad dentro de las comunidades” como lo marcan los lineamientos Jurisdiccionales, es para que los pasantes LEO brinden apoyo fuera del horario asignado sólo en caso de que las capacidades resolutorias del personal adscrito sean rebasadas. Asimismo en caso de ocurrir alguna muerte materna no debería solucionarse con la suspensión del Servicio Social ni dejar como únicos responsables de este hecho a los enfermeros pasantes, porque el resultado de todas las actividades clínicas es compartida y el personal adscrito debe fungir como guía y apoyo en cada uno de los cuidados proporcionados.

Por otra parte también es importante destacar que durante este trabajo no tuvimos contacto directo con el deceso de alguna mujer que cursara el periodo reproductivo sin embargo, no podemos asegurar que durante este periodo de trabajo no existió ninguna muerte materna porque no fue posible otorgar seguimiento hasta el final del puerperio de todas las mujeres residentes y foráneas con las que tuvimos contacto directo en ambas cabeceras municipales.

No deja de ser importante todo lo que ya se hace actualmente en la Región Montaña del Estado de Guerrero en torno a la prevención de la morbimortalidad materna sin embargo, es trascendental que los profesionales de enfermería conozcan y adopten en su práctica diaria los conceptos de interculturalidad, transculturalidad, cultura y otros que aquí se presentan. Pues las bases más sólidas para el bienestar que pueden construirse para cada persona, familia o comunidad en específico son con ayuda del personal de enfermería.

Es importante resaltar que todos estos logros y aciertos que pudimos alcanzar durante este periodo fueron en gran medida por la búsqueda constante sobre la correcta aplicación de nuestros cuidados conforme a la confrontación: teórica - formativa, la práctica de campo y el enfoque de la Enfermería Transcultural. Además el guiar nuestro trabajo de campo bajo el enfoque etnográfico también nos permitió realizar este trabajo con una perspectiva más amplia, esperando que hayamos podido transmitir al lector de manera correcta cada una de las experiencias aquí expresadas.

Propuesta para la mejora de la atención a la salud de la madre y el hijo en la Región Montaña por campos de acción

A continuación se enlistan algunas acotaciones y sugerencias con base a todo lo derivado de este periodo de investigación:

Para los profesionales de enfermería:

- 1 Se les invita adentrarse en enfoque y las teorías de *Enfermería Transcultural* y el área de estudio iniciada por Madeleine Leininger sobre los cuidados culturales para poder indagar sobre los usos y costumbres de las personas, familia o comunidad que quedan a su cuidado, en especial la de pueblos indígenas, pues como se ha mostrado la incomprensión sociocultural entorpecen los objetivos establecidos en relación a la prestación de servicios de salud en poblaciones con culturas diferentes.
- 2 Muchas cuestiones de la partería tradicional no han sido estudiadas en nuestro país por enfermería de forma científica, a pesar de que la literatura antropológica es extensa sobre la medicina tradicional en México, además de que existen hospitales integrales con visión intercultural y asociaciones de parteras empíricas. Por tanto exhortamos a que los pasantes estudien las características de la región a la que van a Servicio Social antes de su llegada y también que el personal de salud de las instituciones se prepare en estos asuntos antes de condenar las prácticas tradicionales.
- 3 Se plantea la posibilidad de utilizar los medios de comunicación locales para implementar, en conjunto con la Jurisdicción de la montaña y la radiodifusora de Metlatónoc, la difusión de audios (en español y Mixteco) con temas referentes a la salud materno - infantil con el propósito de brindar herramientas a la población para identificar las situaciones que complican el bienestar de la madre e hijo así como la búsqueda oportuna de auxilio clínico.
- 4 Buscar otras alternativas que permitan conocer en la medida de lo posible el contexto sociocultural de las personas a su cuidado y a su vez, establecer una relación enfermera - paciente que permita incorporar a la atención brindada un espacio para que tanto la persona como el profesional sean partícipes de las actividades a realizar en pro de su bienestar.

- 5 Implementar estrategias que permitan adecuar la atención y cuidados otorgados a las mujeres durante las etapas reproductivas en los aspectos de orientación y promoción a la salud incluyendo los beneficios y posibles consecuencias de todas las actividades a realizar.

En otro tenor se sugiere que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia:

- 1 Retome las experiencias de los enfermeros pasantes que enfrentaron dificultades durante el desempeño de su Servicio Social con base en el programa APV, a manera de implementar estrategias con las cuales se complemente su formación teórico - práctica respecto a la salud materno - infantil con factores de alto riesgo.
- 2 Una cuestión de mucha importancia es que se verifique periódicamente el bienestar y los acuerdos establecidos con los pasantes, previo a su inserción en las comunidades elegidas para su adscripción, pues en algunas localidades la comunicación es muy difícil y los pasantes no siempre tienen las herramientas o el apoyo de las autoridades correspondientes para solucionar algunas dificultades.

Se sugiere que en la Jurisdicción 04 Montaña:

- 1 El encargado de APV delimite con claridad las actividades a realizar por parte de los pasantes de enfermería obstétrica y el personal adscrito a las unidades de salud, en torno a lo relacionado con el cumplimiento de este programa, además de supervisar que se ejerzan correctamente.
- 2 Que se fomenten estrategias en conjunto con el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense para que todo el personal de salud actualice sus conocimientos respecto al manejo del embarazo, parto, puerperio y recién

nacido de bajo y alto riesgo. En conjunto con esto también desarrollar mejoras en la gestión y reparto de recursos humanos y materiales necesarios para la atención materno - infantil, en especial para las situaciones que representen urgencias.

- 3 Brindar capacitación a las parteras tradicionales acerca de los beneficios y riesgos que conlleva la aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto además de planear estrategias para supervisar su compra - venta en las farmacias de Metlatónoc.
- 4 Buscar e implementar estrategias que permitan por una parte el seguimiento más detallado de la aplicación de vacunas a la población residente de Alcozauca de Guerrero y por otra dar mayor agilidad a la recepción de resultados de tamiz neonatal en ambas comunidades para iniciar el tratamiento oportuno en caso de ser necesario.
- 5 Que todo el personal adscrito a las unidades de salud lleve un registro clínico exhaustivo de las actividades realizadas con las mujeres desde el embarazo hasta el final del puerperio y sobretodo se respalde de manera física para que pueda consultarse esta información en caso necesario.
- 6 Destinar recursos humanos que realicen la traducción entre el español y el Mixteco en las unidades de primer nivel de atención ya que el idioma es una barrera muy importante para la comunicación intercultural que facilitaría el buen desarrollo de los programas de salud materno-infantil.
- 7 Explorar las posibilidades de proporcionar medios de comunicación entre el CSCSA Metlatónoc y la Jurisdicción 04 o los Hospitales resolutivos sobre en Tlapa de Comonfort pues como se mencionó, en caso de presentarse situaciones de emergencia o urgencia era difícil obtener el apoyo necesario para su resolución.

- 8 Desarrollar estrategias que permitan un mejor aprovechamiento del Programa Sin Hambre mediante previo estudio analítico de la cultura alimentaria tradicional de la Región Montaña con el que a su vez se beneficien a más grupos poblacionales incluyendo a las embarazadas, ya que los alimentos que generalmente incluyen las despensas no son bien acogidos por la comunidad porque los desconocen o no saben cómo prepararlos.
- 9 Examinar las posibilidades que ayuden a restablecer las posadas AME pues aún acuden a las instituciones de salud establecidas una cantidad importante de mujeres pertenecientes a localidades lejanas que requieren de observación o vigilancia estrecha durante el periodo reproductivo. Así como buscar alternativas que permitan la presencia de más traductores de Mixteco en las unidades de salud.
- 10 Implementar estrategias que permitan a las Caravanas otorgar un seguimiento más próximo a las mujeres foráneas durante su proceso reproductivo.
- 11 Tomar en cuenta el contexto sociocultural de la Región Montaña para poder implementar alternativas más adecuadas en cuanto a la orientación, promoción y distribución de los métodos de planificación familiar. Además brindar capacitaciones al personal de salud para unificar criterios sobre los beneficios y efectos secundarios que puede traer consigo el uso de estos métodos.
- 12 Buscar estrategias que permitan la reapertura de los servicios de rayos X y quirófano en Alcozauca de Guerrero ya que de esta manera puede disminuir de manera importante la cantidad de referencias y traslados a los Hospitales de Tlapa de Comonfort.

ANEXOS

A continuación se presentan algunas tablas referentes a diversas actividades que los pasantes de enfermería obstétrica realizaron a lo largo del periodo de investigación en las cabeceras municipales de Metlatónoc y Alcozauca de Guerrero.

❖ Consultas prenatales residentes

	Edad	Tipo de consulta	Trimestre	Consultas otorgadas	Según FUR	Según USG	Según AFU
Residente	15-19	Primera vez	1er	9	9	-	-
			2do	5	5	-	-
			3er	5	5	-	-
		Subsecuente	1er	8	8	-	-
			2do	16	16	-	-
			3er	38	35	3	-
	20-35	Primera vez	1er	37	37	-	-
			2do	17	16	-	1
			3er	18	16	2	-
		Subsecuente	1er	20	20	-	-
			2do	89	87	2	-
			3er	187	182	5	-
	> 35	Primera vez	1er	2	2	-	-
			2do	4	2	2	-
		Subsecuente	1er	3	3	-	-
2do			14	12	2	-	
3er			16	16	-	-	
Total				488	471	16	1

Fuente: Datos obtenidos del conteo general de consultas prenatales, durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ **Consultas prenatales foráneas**

	Edad	Tipo de consulta	Trimestre	Consultas otorgadas	Según FUR	Según USG	Según AFU
Foráneas	< 15	Primera vez	2do	2	1	-	1
		Subsecuente	2do	1	1	-	-
			3er	1	1	-	-
	15-19	Primera vez	1er	6	2	-	-
			2do	5	1	-	1
			3er	8	3	1	-
		Subsecuente	2do	1	1	-	-
			3er	1	1	-	-
	20-35	Primera vez	1er	4	3	-	-
			2do	14	2	1	4
			3er	30	16	2	2
		Subsecuente	2do	4	3	1	-
			3er	7	1	-	-
	> 35	Primera vez	2do	2	2	-	-
3er			2	2	-	-	
Subsecuente		1er	1	1	-	-	
		3er	3	3	-	-	
Total				92		5	8

Fuente: Datos obtenidos del conteo general de consultas prenatales, durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ **Visitas domiciliarias**

Edad		> 15 años	15 – 19 años	20 – 35 años	< 35 años	Total
Control prenatal	Inasistencia a cita	-	15	75	5	95
	Seguimiento	-	13	22	4	39
Puerperio	Inasistencia	1	10	24	4	39
	Seguimiento	-	5	9	2	16

Fuente: Datos obtenidos del conteo general de visitas domiciliarias realizadas según el momento del ciclo reproductivo, durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ Referencias y traslados

		Referencias	Traslados	Contra-referencias	
Control prenatal	Residente	38	4	2	
	Foránea	17	-	2	
Trabajo de parto	Fase latente	Residente	8	5	-
		Foránea	4	3	-
	Fase activa	Residente	2	3	-
		Foránea	4	3	1
Puerperio	Residente	-	-	1	
	Foránea	1	1	-	

Fuente: Datos obtenidos del conteo general de referencias y traslados realizados en las diversas etapas reproductivas durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ Valoración de trabajo de parto

Edad		< 15	15 – 19	20 – 35	> 35	
Latente	Residente	Término	-	6	8	-
		Postérmino	-	1	-	-
	Foránea	Término	-	6	14	-
		Pretérmino	-	1	6	-
Activa	Residente	Término	-	1	16	-
		Pretérmino	-	1	-	-
	Foránea	Término	-	4	19	-
		Pretérmino	-	-	2	-

Fuente: Datos obtenidos del conteo general sobre la valoración realizada en el trabajo de parto, durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ **Situaciones de riesgo durante el trabajo de parto hasta el puerperio inmediato**

		Edad	< 15	15 – 19	20 – 35	> 35
Trabajo de parto	Residente	Preclamsia severa	-	-	1	-
		Pelvis estrecha	-	-	1	-
		Circular de cordón simple	-	1	-	-
		Desprendimiento prematuro de placenta	-	-	1	-
		Ruptura prematura de membranas	-	1	-	-
		Hipertensión arterial	-	1	-	-
	Foránea	Hipomotilidad fetal	-	-	2	-
		Macrosomía	-	-	2	-
		Ruptura prematura de membranas	-	1	1	-
		Presentación anómala	-	1	-	-
		Edema	-	1	-	-
		Hipertensión arterial	-	1	-	-
		Circular simple	-	-	2	-
		Cordón corto	-	-	1	-
Doble circular	-	-	2	-		
Parto	Residente	Preclamsia severa	-	-	1	-
		Ninguna	-	1	1	-
Puerperio inmediato	Residente	Preclamsia severa	-	-	1	-
		Hipertensión	-	1	-	-
		Recién nacido de bajo peso	-	1	-	-
		Sepsis puerperal	-	-	-	1
		Hemorragia obstétrica	-	-	-	1
	Foránea	Recién nacido bajo peso	-	1	1	-
		Retención placentaria	-	-	3	-
		Recién nacido con malformaciones congénitas	1	-	-	-
		Hipertensión	-	1	-	-
		Eclampsia	-	1	-	-

Fuente: Datos obtenidos del conteo general sobre la valoración realizada en el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ **Atención en sala de expulsión**

		Edad		< 15	15 – 19	20 – 35	> 35
A t e n c i ó n	Parto	Residente	Término	-	6	19	-
			Pretérmino	-	1	-	-
		Foránea	Término	-	5	19	-
			Pretérmino	-	1	2	-
	Recién Nacido	Residente	Término	-	2	10	-
			Pretérmino	-	1	-	-
		Foránea	Término	1	3	16	-
			Pretérmino	-	1	1	-

Fuente: Datos obtenidos del conteo general sobre la atención otorgada en la sala de expulsión durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

❖ **Consultas en el puerperio**

Edad		< 15 años	15 – 19 años	20 – 35 años	> 35 años
Residente	Inmediato		3	5	3
	7 días	-	3	21	4
	28 días	1	2	23	1
	42 días	-	-	27	2
Foránea	7 días	-	4	5	1
	28 días	-	-	2	-
	42 días	-	1	-	-

Fuente: Datos obtenidos del conteo general sobre las consultas de puerperio otorgadas durante la pasantía del Servicio Social en las comunidades de Metlatónoc y Alcozauca del 1 de Agosto del 2014 al 31 de Julio del 2015.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ALAMES. (2007); *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. Documento para la discusión. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
- ❖ Amartya, S. (2002). *¿Por qué la equidad en salud?* Revista Panamericana de Salud Pública. [En línea]. Vol. 11, no. 5 - 6, Mayo / Junio 2002. [Fecha de consulta: 29-06-2016]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext (ISSN: 1680-5348).
- ❖ Amaya, Pilar. (2004); "Instrumentos de Salud Familiar: Familias en General". ISF: GEN-21, *Manual. Aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
- ❖ Amezcua, M. (2000). *El trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante*. Index de Enfermería (Gran). [En línea]. Otoño No. 30. [Fecha de consulta: 10-02-2016]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
- ❖ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Baño de temazcal*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 14-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o%20de%20temazcal&id=2653>
- ❖ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Cuarentena*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 14-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=cuarentena&id=2897>

- ❖ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *La población: Mixtecos*. La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México. (2009). [fecha de consulta: 02-03-2016]. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=mixteco&mo=&demanda=&orden=&v=>
- ❖ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Presentación*. Recuperado el: 02-03-2016 de: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/presenta.html>
- ❖ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Partera*. [en línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>
- ❖ Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). *Placenta*. [En línea]. México. 2009. [fecha de consulta: 13-01-2016] Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=placenta&id=2279>
- ❖ Boas, Franz. (1940); *Race, Language, and Culture (La raza, el lenguaje y la cultura)*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*.
- ❖ Cardona, Evangelina., et. al. (1984); *Perfil educativo del estudiante de enfermería en la carrera de enfermería de la ENEP-Iztacala*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*. México ENEO-UNAM.
- ❖ Casasa et al. (2015). *Una perspectiva cultural del cuidado*. Documento de trabajo. Seminario PAPIIT IN305314 Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud. ENEO-DGAPA-UNAM. México.
- ❖ Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Salud familiar y enfermería*. México. UNAM – Manual Moderno.

- ❖ Castañeda Gutman, Marina. (2002). *El machismo invisible*. México, D.F. Grijalbo.
- ❖ Castillo, M. J. A. (2008). *El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia*. En: Casasa et al. (2015). *Una perspectiva cultural del cuidado*. Documento de trabajo. Seminario PAPIIT IN305314 Antropoenfermería y cuidados culturales a la salud. ENEO-DGAPA-UNAM. México.
- ❖ CEPAL. (1997). *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
- ❖ Cockerham, W. C. (2002). *Estilos de vida y conductas de salud*. En: Cockerham, W. C. *Sociología de la medicina*. España. Pearson Educación S.A.
- ❖ Collière, M. F. (2009). *Cap. 1 Origen de las prácticas cuidadoras; su influencia en la práctica de enfermería*. En: *Promover la vida*. México. Editorial McGraw Hill.
- ❖ Collière, M. F. (2009). *Cap. 8 Corriente centrada en la concepción de la salud*. En: *Promover la vida*. México. Editorial McGraw Hill.
- ❖ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2003). *Mixtecos pueblos indígenas del México contemporáneo*. [en línea]. México, 2003 [fecha de consulta: 19-01-2016]. Actividades económicas de los mixtecos. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/mixtecos.pdf> (ISBN: 970-753-011-1).
- ❖ Confrontar los escritos de McKeow, Tomas. (1976); *The Modern Rise of Population*. New York: Academic Press. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
- ❖ Cosminsky, Sh. (1978). *Baño para después del parto*. [En línea]. México. Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 13-01-2016]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en: [http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o para despu%C3%A9s del parto&id=2661](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o%20para%20despu%C3%A9s%20del%20parto&id=2661)

- ❖ Cuerno, C. L. et al. (1989). *Baño para después del parto*. [En línea]. México. Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 13-01-16]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:
[http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o para despu%C3%A9s del parto&id=2661](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o%20para%20despu%C3%A9s%20del%20parto&id=2661)
- ❖ Davinson, G, Jélvez I, Yáñez S. (1997); *Diagnóstico y propuesta del sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena*. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas; 1997. 145 p. En: Hasen, N. F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. Ciencia y enfermería. [en línea]. Edición XVIII. Vol. 18, No. 3. [fecha de consulta: 07-03-2016]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext ISSN: 0717-9553
- ❖ Doyal, L., Gough, I. (1992); *A theory of humanneed*. London: Ed. McMillan. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
- ❖ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2009-2015). *Licenciatura en enfermería y obstetricia. Perfil de egreso*. ENEO-UNAM. Recuperado el 07-01-16 de:
[http://www.eneo.unam.mx/licenciatura-en-enfermeria/perfil de egreso LEO.php](http://www.eneo.unam.mx/licenciatura-en-enfermeria/perfil_de_egreso_LEO.php)
- ❖ García, Hernández, Gloria Elizabeth. (2014). *Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad*. En: Navarrete, Emma Liliana., Luján, Nelly Caro. *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*.
- ❖ García, L. J. (2005). *Oralidad, ritualidad e identidad de Ñuu Savi de la Montaña de Guerrero*. En Ortiz, E. R. y Ortiz, C. I. (2005). *Pasado y presente de la cultura mixteca*. Huajuapán de León, Oax.: Universidad Tecnológica de la Mixteca.

- ❖ Gobierno del Estado de Guerrero. (2011 - 2015). *Geografía*. Portal Oficial del Gobierno de Guerrero 2015 - 2021, Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://administracion2014-2015.guerrero.gob.mx/articulos/geografia/>
- ❖ Gobierno del Estado de Guerrero. (2011 - 2015). *Los pueblos indígenas de Guerrero y su lengua materna*. Portal Oficial del Estado de Guerrero. Recuperado el: 15-12-2015 de <http://administracion2014-2015.guerrero.gob.mx/articulos/los-pueblos-indigenas-de-guerrero-y-su-lengua-materna/>
- ❖ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Alcozauca de Guerrero*. Página Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero. Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/alcozauca-de-guerrero/>
- ❖ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Metlatónoc*. Recuperado el: 15-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/metlatonoc/>
- ❖ Gobierno del Estado de Guerrero. (2015 - 2021). *Tlapa de Comonfort*. Portal Oficial del Estado de Guerrero. Recuperado el: 19-01-2016 de: <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/tlapa-de-comonfort/>
- ❖ Herrera, J. (s.f.). *La investigación cualitativa*. Recuperado el 07-06-2016 de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
- ❖ Instituto Mexicano del Seguro Social / Seguridad social y solidaridad (s.f.). *Programa de salud del recién nacido*. Recuperado el: 15-05-16 de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/ninos/guianinos_reciennacido.pdf y <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Población de 5 años y más hablante de lengua indígena Nacional. Número de personas*. [en línea]. [fecha de consulta: 02-03-2016]. México Sociedad y Gobierno. Cultura. Censo de Población y Vivienda 12 de junio de 2010. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=12>
- ❖ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Natalidad. 10. Nacimientos registrados por municipio de ocurrencia según persona que atendió el parto*. [fecha de consulta: 06-05-2016]. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/consulta.asp?c=11781&s=est#>

- ❖ Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. / Consejo Nacional De Población. (2015). *Encuesta Nacional De La Dinámica Demográfica 2014*. [En Línea]. Boletín De Prensa No. 271/15. Aguascalientes, Ags. 9 de julio de 2015. [fecha de consulta: 10-03-2016]. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Salud materno infantil. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales_2015_07_1.pdf
- ❖ Landeros O. E., Morales R. M. C., Martínez R. M. C. (2010). *Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico*. Index de Enfermería versión impresa ISSN 1132-1296 Scielo recuperado el 22-06-2016 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200025
- ❖ Landeros Olvera E, Gallegos Cabriales E. (2005). *Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en personas con y sin obesidad*. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* En: Landeros O. E., Morales R. M. C., Martínez R. M. C. (2010). Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico.
- ❖ Leininger M. Culture care theory, research, and practices. *Nurs Sci Q*. 1996 Summer; 9(2):71-78; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*.
- ❖ Leininger M. Ethnonursing: a research method with enablers to study the theory of culture care. En: Leininger M, editor. *Culture care diversity: a theory of nursing*. Nueva York: National League for Nursing Press; 1991. pp. 73-117.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en*

- enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales.
- ❖ Leininger, M. (1995); *Transcultural Nursing: Concepts. Theories and Practices*. New York. McGraw-Hill. College Custom Series, USA. En: McFarland, M. R. (2011). Cap. 2 Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Railey, A, M. y Marriner, T. A (2011). Modelos y teorías en enfermería. España. Elsevier.
 - ❖ Lerin, Piñon, S. (2012); *Desafíos en la salud intercultural*. En: Hasen, N. F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena.
 - ❖ López, Arellano, Oliva., Escudero, José Carlos y Carmona, Luz Dary. (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Determinantes e inequidades sociales de la salud*.
 - ❖ Luján, Nelly Caro., Navarrete, Emma Liliana. (2014). *Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad*. En: Navarrete, Emma Liliana., Luján, Nelly Caro. Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo. Zinacantepec, Estado de México. El Colegio Mexiquense A.C.
 - ❖ Mancini Dott. Ugo. *Multiculturalidad, interculturalidad, transculturalidad: conceptos y estrategias*. Docente del Departamento de Política Instituciones e Historia de la Universidad de Boloña Strada Maggiore No. 45 40125, Boloña, Italia. En: Casasa, G. P. (2014). Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural.
- Martínez, M. M. (2005). *El método etnográfico de investigación*. Recuperado el 17-05-16 de:
<http://investigacionypostgrado.uneg.edu.ve/intranetcgip/documentos/225000/225000archivo00002.pdf>.
- ❖ Mckinlay, J. B. (1995); “The promotion of health though planned sociopolitical change challenges for research and policy”. En: Casasa, G. P.

Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud.*

- ❖ Mellado, C. et al. (1989). *Partera*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>
- ❖ Mellado, C. et al. *Baño para después del parto*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=ba%C3%B1o para despu%C3%A9s del parto&id=2661>
- ❖ Ministerio de Salud. (2009); *Antecedentes para apoyar la revisión de los programas de salud pública desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública. En: Hasen, N. F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*.
- ❖ Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*.
- ❖ Morse JM, editor. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín (COL): Universidad de Antioquia; 2003. 447 p.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía: bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*.
- ❖ Morse JM. *Qualitative health research*. Newbury Park: SAGE; 1992.; En: Monticelli, M., Cruz Q. J. E., Villareal R. M. A. (2008). *Cap. 10 Etnografía:*

bases teórico filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería.
En: Lenise do Prado, M., de Souza, M. de L., Carraro, T. E. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales.

- ❖ Nanda, Serena. (1983); *Antropología Cultural*. En: Casasa, G. P. (2014). Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural.
- ❖ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Documento de referencia 3: Conceptos clave*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 29-06-16 de:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
- ❖ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Determinantes sociales de la Salud*. [En línea]. Fecha de consulta: 29-06-2016. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/es/
- ❖ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Medicina Tradicional*. Recuperado el: 03-03-2016 de:
http://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/
- ❖ Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., Mejía, J. (2005). *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. Revista da Escola de Enfermagem da UPS. [en línea]. Diciembre 2005, vol. 39, No. 4. [fecha de consulta: 19-12-2015]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400002&lang=pt ISSN: 1980-220
- ❖ Ramírez, H. E. (2005). *La situación actual de la mujer mixteca en el estado de Guerrero*. En Ortiz, E. R. y Ortiz, C. I. (2005). Pasado y presente de la cultura mixteca. Huajuapán de León, Oax. Universidad Tecnológica de la Mixteca.
- ❖ Reyes, G. L. (1978). *Partera*. [en línea]. México. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 2009. [fecha de consulta: 18-12-2015]. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. Disponible en:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

- ❖ Reyes, Isidora. (2014); *Madeleine Leininger*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*.
- ❖ Rodríguez P. B. E. (2006). *Intercambio de mujeres y alianza matrimonial en indígenas triquis*, Revista Clío. [En línea]. Nueva Época, vol. 6, No. 36. [Fecha de consulta: 07-04-2016]. Disponible en: http://historia.uasnet.mx/rev_clio/Revista_clio/Revista36/6_MujeresIndigenasTriquis_BeatrizRodriguez.pdf.
- ❖ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXXI. Miscelánea Terapéutica*. En: Rojas, A. M. (2009) *Tratado de medicina tradicional mexicana: bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica*. México, D.F. Universidad Intercultural Tlahui. Disponible en: http://www.tlahui.com/libros/tmtmx_muestra.pdf.
- ❖ Rojas, A. M. (2009). *Sexta parte. Terapéutica tradicional mexicana. XXVII. El temazcalli*. En: Rojas, A. M. (2009). *Tratado de medicina tradicional mexicana: bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica*. México, D.F. Universidad Intercultural Tlahui.
- ❖ Sánchez, Armando. (2016). *El trabajo de campo etnográfico en enfermería*. En: Casasa, Patricia, Axel Ramírez y Armando Sánchez (Comp.). *Cuidado cultural en enfermería: Necesidad y relevancia*. ENEO-UNAM.
- ❖ Secretaría de Gobernación. / Diario Oficial de la Federación. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano*. Recuperado el 20 de abril del 2016, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012
- ❖ Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"*. Introducción. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. [en línea]. México D.F. Secretaría de Salud. 2002). [fecha de consulta: 14-

09-2015] (ISBN: 970-721-044-3). Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>

- ❖ Secretaría de Salud. (2005). *Modelo de atención de enfermería obstétrica*. Introducción. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud. [En línea]. México, D.F. [fecha de consulta: 07-03-2016]. Disponible en:
http://ipasmexico.org/biblioteca/material_de_consulta/modelo_de_atencion.pdf (ISBN 970-721-296-9).
- ❖ Secretaría de Salud. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Dirección General de Información en Salud. Recuperado el: 03-03-2016 de
http://www.objetivosdedesarrollodemilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/SHIODM005000100010_26_E
- ❖ Secretaría de Salud. (2016). *Administración del Servicio Social para la Salud*. Recuperado el 04-01-2016 de <http://dgces.salud.gob.mx/siass/>
- ❖ Sesia, P., Dijk, M., Sachse, A. M. (2014). *Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca*. En: Page, P. J. T. (2014). *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. México. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- ❖ SSA., OMS-OPS., UNFPA. (2006). *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna. Informe Ejecutivo*. México. Recuperado el: 03-03-2016 de:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&qid=109&Itemid=329
- ❖ Torralba i, R. F. (1998). *Cap. 22 Esencia y sentidos del cuidar*. En: *Antropología del cuidar*. Madrid, España. Editorial MAPFRE.

- ❖ Torralba i, R. F. (1998). *Cap. 4 Metodología de la investigación antropológica*. En: *Antropología del cuidar*. Madrid, España. Editorial MAPFRE.
- ❖ Torralba i, R. F. (1998). *Cap.11 La dimensión exterior de la persona: La corporeidad*. En: Torralba i, R.F. *Antropología del cuidar*. Madrid, España. Editorial MAPFRE.
- ❖ Torres, Cristina. (2001); *Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad*. En: Casasa, G. P. Coord., et al. (2016). *Cap. 2. Los determinantes e inequidades sociales de la salud*. Óp. cit.
- ❖ Trejo, Martínez, Adriana. (2003). *Cap. 1. Realidad Social*. En: Trejo, Martínez, Adriana. *Prevención de la violencia intrafamiliar*. México. D.F. Editorial Porrúa.
- ❖ Tylor, Edward Burnett. (1881); *Antropology*. En: Casasa, G. P. (2014). *Enfermería transcultural: una revisión de la teoría del cuidado cultural*.
- ❖ Yubero, F. (2010). *El coste de la dote de una mujer con fines de matrimonio*. Recuperado el 07-04-2016 de:
<https://lanaveva.wordpress.com/2010/04/22/el-coste-de-la-dote-de-una-mujer-con-fines-de-matrimonio/>