



**División de Ciencia Biológicas y de la Salud**

Lectura Sociocultural del Riesgo durante el embarazo:  
La experiencia de dos grupos de mujeres en México.

**T E S I S**

Que para obtener el grado de Maestra en Medicina Social

**Presenta:**

Georgina Sánchez Miranda

**Comité Tutorial:**

**Directora**

Dra. Monserrat Salas Valenzuela

**Asesoras**

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Dra. Gloria Elizabeth García Hernández

**Lectoras**

Dra. Addis Abeba Salinas Urbina

Mtra. Deyanira González de León



México, DF., Junio, 2015



## **DEDICATORIA**

Este trabajo no se hubiera logrado sin el acompañamiento y cariño de mi familia: mi madre Lolita, mi padre Jorge, hermana Alejandra y sobrino Aurelien; así como el apoyo incondicional y amor de Alberto. Quienes con abrazos y sonrisas me alentaron siempre para continuar en este camino.

## **AGRADECIMIENTOS**

A las mujeres embarazadas que compartieron su experiencia desinteresadamente para el enriquecimiento de este trabajo. Aquellas mujeres del Municipio de Cuetzalan en la Sierra Norte de Puebla quienes me recibieron con amabilidad en sus casas y me permitieron conocer parte de su vida. A las mujeres que acuden al INPEr, que compartieron sus angustias y temores y a la vez su ilusión y orgullo de su experiencia de ser madres.

En particular a mi directora de Tesis la Dra. Monserrat Salas por todos los conocimientos que compartió conmigo para llevar a cabo esta investigación, por su cariño, amabilidad y paciencia que me tuvo en estos años de trabajo.

A mis asesoras la Dra. Mayra Chávez y la Dra. Elizabeth García, por todas las sugerencias brindadas para este trabajo, por su acompañamiento, su cariño y su amistad.

A las lectoras la Dra. Addis Abeba Salinas y la Mtra. Deyanira González por el tiempo que gentilmente dedicaron para leer este trabajo y por todos sus comentarios tan acertados y oportunos.

A mi compañera y gran amiga Pilar Pérez por el entusiasmo que siempre me brindó para concluir esta tesis, por sus consejos, por su cariño y sobre todo por creer en mí.

Al CONACYT, a la UAMX y al INPer por el haberme brindado todas las facilidades para llevar a cabo este proyecto.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	1
<b>1. MARCO CONCEPTUAL -----</b>	<b>5</b>
<b>MUJERES EMBARAZADAS EN RIESGO: DE LO MÉDICO A LO SOCIAL -----</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Aspectos médicos del embarazo de riesgo -----</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Perspectiva sociocultural del embarazo de riesgo: vulnerabilidad social -----</b>	<b>8</b>
<b>1.3 ¿Maternidad como destino femenino?-----</b>	<b>11</b>
<b>1.4 La salud materna y los Determinantes Sociales de la Salud-----</b>	<b>14</b>
1.4.1 <i>Derechos sexuales y reproductivos</i> -----	16
1.4.2 <i>Muerte Materna: ¿Problema de salud pública prevenible?</i> -----	19
<b>1.5 Planteamiento del problema -----</b>	<b>22</b>
1.5.1 <i>Preguntas y Objetivos de investigación</i> -----	24
<b>2. METODOLOGÍA-----</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Diseño de la investigación -----</b>	<b>27</b>
2.1.1 <i>Población</i> -----	27
2.1.2 <i>Métodos y técnicas</i> -----	30
2.1.3 <i>Instrumentos de recolección de datos</i> -----	31
<b>2.2 Trabajo de campo: acercamiento a las informantes y condiciones de acceso -----</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Procesamiento y análisis de los datos de campo -----</b>	<b>37</b>
2.3.1 <i>Análisis descriptivo de variables cuantitativas</i> -----	37
2.3.2 <i>Análisis cualitativo: Estudio de Casos</i> -----	38
<b>2.4 Consideraciones éticas -----</b>	<b>40</b>
<b>3. EXPERIENCIAS DE VIVIR UN EMBARAZO EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIOCULTURAL -----</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Mujeres del municipio de Cuetzalan, Puebla -----</b>	<b>42</b>
3.1.1 <i>Contexto Sociodemográfico de la región</i> -----	42
3.1.2 <i>Contexto de servicios de salud en la zona</i> -----	48
3.1.3 <i>Las “Embarazaditas”. Mujeres nahuas de Cuetzalan del Progreso, Puebla.</i> -----	55
<b>3.2 Ciudad de México: Mujeres diagnosticadas con Embarazo de Riesgo Elevado-----</b>	<b>67</b>

3.2.1 Instituto Nacional de Perinatología: algunos datos-----	70
3.2.2 Las “Pacientes”. Embarazadas usuarias de los servicios del INPer-----	73
<b>4. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE LAS MUJERES-----</b>	<b>85</b>
4.1 Percepción del riesgo durante el embarazo: aspectos biológicos-----	85
4.2 Aspectos socioculturales en la percepción de riesgos durante el embarazo-----	96
4.3 El territorio y vida cotidiana como causales de riesgo durante el embarazo-----	115
4.4 Expectativas reproductivas: referentes socioculturales en la continuación del embarazo -----	123
4.4.1 Presión social a la reproducción: familia, instituciones, género-----	124
4.4.2 ¿Es opción el aborto?-----	126
4.5 ¿Diferencias y/o similitudes?: comparación de las experiencias-----	128
<b>5 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS-----</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO 1 Ficha de Identificación y trayectoria reproductiva-----</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO 2 Guion de entrevista-----</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO 3. Libro de códigos para análisis cualitativo-----</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 4. Carta de consentimiento informado-----</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO 5. Glosario-----</b>	<b>149</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----</b>	<b>151</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Perfil de las Mujeres embarazadas de Cuetzalan, Puebla.....	58
Tabla 2 Mapa Ciudad de México y Zona Metropolitana .....	68
Tabla 3 Perfil de Mujeres embarazadas, Cd. México, INPer .....	75
Tabla 4 Situaciones que pueden poner en riesgo a las mujeres durante el embarazo según el Personal de Salud Local en Cuetzalan, Puebla.*, ** .....	100
Tabla 5 Presión Social: Exigencia por parte de las parejas a la multiparidad .....	107
Tabla 6 Percepción del riesgo durante el embarazo: Mujeres de Cuetzalan y Mujeres Cd. de México.....	114
Tabla 7 El territorio y vida cotidiana como causales de riesgo durante el embarazo .....	123

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 "Localización de Cuetzalan del Progreso Puebla" .....	44
Ilustración 2 Mujer embarazada, San Miguel Tzinacapan.....	56
Ilustración 3 Instituto Nacional de Perinatología, entrada consulta externa. ....	71
Ilustración 4 Virgen Madre, atuendo típico de Cuetzalan.....	104
Ilustración 5 Mujeres Indígenas de Cuetzalan.....	109
Ilustración 6 Caminos Sinuosos, Localidad Texochico, perteneciente a la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlapan, Cuetzalan .....	115
Ilustración 7 Huantiknemi, "Caminemos Juntos".....	116
Ilustración 8 Sistema de Transporte Colectivo Metro Línea 1.....	117
Ilustración 9 Asientos mal ocupados en el transporte público .....	118
Ilustración 10 Mujer cargando leña, San Miguel Tzinacapan, Cuetzalan.....	120

## RESUMEN

**Introducción:** Esta investigación analiza la problemática del riesgo durante el embarazo a partir de la mirada Médico-Social mediante los determinantes sociales de la salud. Su principal objetivo fue trascender la base biológica y medicalizada con la cual se define el embarazo de riesgo y dar voz a las mujeres que viven la experiencia de un embarazo en contextos de vulnerabilidad, retomando sus discursos para *elaborar una lectura sociocultural* de esta dimensión de la salud-enfermedad-atención. **Metodología:** Se trabajó con 12 mujeres residentes de dos contextos particulares; seis de una zona rural-indígena en el municipio de Cuetzalan, Puebla y seis de una zona urbano-marginal en la Ciudad de México durante el periodo de Agosto, 2012 a Marzo, 2013. El estudio se llevó a cabo con metodología cualitativa, lo cual permitió tener un acercamiento estrecho con las embarazadas. Se utilizaron las técnicas de observación participante y entrevista semiestructurada para la recolección de los datos. **Resultados:** Con respecto a las narraciones de las mujeres, las principales razones que ponen al evento reproductivo en una situación de riesgo tienen que ver principalmente con: el cumplimiento del rol de género demandado hacia las mujeres, la maternidad, cuando ésta se ejerce a partir de la presión social; asimismo, retoman la situación de salud de las mujeres antes y después del embarazo que pudiera agravarse con la presencia de éste, así como antecedentes adversos en embarazos previos y la edad en la que se experimenta el embarazo actual, y finalmente, se toma en cuenta la situación social en la que viven considerando las situación de pobreza, problemáticas para acceder a los servicios de salud, condiciones relacionadas con el contexto geográfico y climático del lugar de residencia, vida cotidiana, religión; es decir, un escenario adverso de vulnerabilidad social. **Conclusión:** Es importante y necesario considerar los aspectos socioculturales para la identificación de los riesgos para la salud de las mujeres durante el embarazo. La dimensión sociocultural en salud, debe ser retomada para la formulación e implementación de políticas públicas, que sean acordes con el contexto de las personas a quienes se dirigen.

**Palabras Clave:** Embarazo de riesgo, Vulnerabilidad social, Determinantes Sociales de la Salud, Medicina Social



**Lectura Sociocultural del Riesgo durante el Embarazo:  
La experiencia de dos grupos de mujeres en México**



## INTRODUCCIÓN

El interés por abordar este tema de investigación surge a partir de mi participación en dos investigaciones que se llevan a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología: “Estudio piloto sobre factores socioculturales del cuidado prenatal asociados a la morbilidad materna” y “Propuesta de un modelo sociocultural para prevenir las muertes maternas”<sup>1</sup>, a partir de las cuales, se me facilitó el acceso a los espacios de investigación y el acercamiento a la población de estudio.

El presente trabajo tuvo como objetivo abordar desde una mirada Médico-Social una problemática de salud-enfermedad que recae en las mujeres a partir de su condición reproductiva, el riesgo durante el embarazo. El riesgo alude principalmente a una situación que pone en desventaja a las mujeres durante la etapa de gestación y que puede ocasionarles complicaciones severas que atentan contra su salud y contra su vida.

Esta tesis parte del hecho de considerar que el entramado sociocultural donde las mujeres viven y se embarazan, genera condiciones de vulnerabilidad que las lleva a experimentar situaciones adversas durante el evento reproductivo. Sin dejar fuera las condiciones previas de salud en las que se encuentra la mujer antes del embarazo, es decir, si tiene algún padecimiento previo que por sí mismo pueda poner en peligro la integridad de la mujer durante el embarazo, o si existieron complicaciones en embarazos previos que pudiesen repetirse en el embarazo actual; se busca trascender esta concepción medicalizada con la cual se le endosa la calidad de riesgoso al embarazo por cuestiones médicas y atender los determinantes sociales de la salud como una nueva posibilidad para considerar en el diagnóstico del riesgo durante la gestación.

El objetivo principal de esta investigación fue *elaborar una lectura sociocultural del riesgo durante el embarazo a partir de las experiencias de vida de dos grupos de mujeres que*

---

<sup>1</sup> Ambas investigaciones a cargo de la Dra. Mayra L. Chávez C., Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). La investigación intitulada “Estudio piloto sobre factores socioculturales del cuidado prenatal asociados a la morbilidad materna” cuenta con el No. de Registro: INPer 212250-08321 y la investigación “Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir la Muertes Maternas” –financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT- con el No. de Registro SALUD-2011-C01-161907.

viven en contextos geográficamente distintos, pero que presentan problemáticas similares de vulnerabilidad social; por un lado, mujeres embarazadas residentes de un contexto rural-indígena, que viven en condiciones de alta marginación y pobreza en el Municipio de Cuetzalan del Progreso, ubicado en la Sierra Norte de Puebla; y por el otro, mujeres que radican en contextos urbano-marginales de la Ciudad de México que médicamente se encuentran diagnosticadas con un embarazo de riesgo y llevan un control prenatal en un Instituto de Salud de 3er nivel que brinda atención especializada en salud reproductiva y perinatal de alta complejidad. El estudio se realizó durante el periodo de Agosto, 2012 a Marzo, 2015.

Se indagó en el discurso que las propias mujeres construyen desde su experiencia corporal y social con respecto a los riesgos durante el embarazo, para trascender el discurso médico dominante y retomar las percepciones de las mujeres que lo están experimentando.

La pregunta que guio este estudio fue: *¿Cuáles son las percepciones en torno al riesgo durante el embarazo que tienen dos grupos de mujeres embarazadas que viven en contextos rural-indígena y urbano-marginal?*, a partir de esta pregunta se buscó conocer las percepciones- que las mujeres han construido -respecto al riesgo durante el embarazo, identificar la manera en que éstas permean en la decisión de la continuación del embarazo, la exploración de referentes socioculturales que las mujeres tienen para tomar decisiones respecto a su salud reproductiva y sobre todo hacer una comparación de las experiencias de ambos grupos de mujeres.

La mirada Médico-Social para el abordaje de esta problemática de salud enfermedad ayudó a su interpretación como consecuencia de un proceso dinámico que resulta de la compleja relación entre una base biológica y el entramado sociocultural, económico e histórico de la sociedad.

La tesis se encuentra organizada de la siguiente manera: En el primer capítulo: *“Mujeres embarazadas en riesgo: de lo médico a lo social”*, expone el marco conceptual de la investigación en el que se hace una revisión de la conceptualización que se ha dado a los embarazos de alto riesgo, retomando el aspecto médico, que indudablemente ha sido el que ha hecho mayores aportes en cuanto a la definición, el diagnóstico y atención de dichos embarazos, así como el aspecto social, que a pesar de ser considerado en algunas políticas

públicas y acciones que propiamente están relacionadas con reducir los riesgos durante el embarazo, no han abarcado la totalidad de aspectos y necesidades particulares de mujeres a partir de su contexto social y prácticas culturales. Asimismo, se retoma también el tema de la maternidad como destino femenino, se remite a una vulneración del sexo femenino para enfermar o morir por el hecho mismo de la condición reproductiva -en cuanto es la procreación un eje clave y socioculturalmente valorado que establece la construcción de la “mujer”, también se considera un apartado acerca de los Determinantes Sociales de la Salud y su relación con la salud materna. Al final de este primer capítulo se presenta el planteamiento del problema del que derivan las preguntas de investigación y objetivos que se dispusieron para guiar la investigación.

En el segundo capítulo, “*Metodología*”, se encuentra el diseño de la investigación, la elección de la metodología cualitativa para llevar a cabo el estudio, las características de la población, los métodos y técnicas para la recolección de la información y el diseño de los instrumentos; la organización del trabajo de campo, el acercamiento a las mujeres embarazadas; asimismo se describe la manera en que se procesaron y analizaron los datos en el que se consideró un análisis descriptivo de variables cuantitativas que permitió la elaboración de los perfiles socioeconómicos y de trayectoria reproductiva de las mujeres participantes; también se consideró un análisis cualitativo mediante el estudio de casos y finalmente en este capítulo se presentan las consideraciones éticas bajo las cuales se llevó a cabo la investigación.

Posteriormente, en el tercer capítulo: “*Experiencias de vivir un embarazo en contextos de vulnerabilidad sociocultural: Sierra Norte de Puebla y Cd. de México*” se muestra las características de los contextos donde residen las informantes, asimismo, se hace una descripción, derivada de la observación participante, en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud para la atención del embarazo en cada zona y se presentan los casos de las mujeres embarazadas participantes.

En el cuarto capítulo: “*Percepción del riesgo durante el embarazo: Experiencia de las mujeres*” se consideran, por una parte, las condiciones previas de salud que por sí mismas representan el riesgo durante el evento reproductivo, mencionadas por las propias mujeres; posteriormente se señalan las condiciones socioculturales que las mujeres consideran que

pueden traer complicaciones durante el embarazo; asimismo, se destaca un apartado acerca de las características del territorio y la vida cotidiana también como posibles causales del riesgo durante el embarazo. Se esboza también la manera en cómo la presión social a la reproducción por parte de las instituciones pone en desventaja la salud de las mujeres en tanto que son quienes toman decisiones sobre el cuerpo de la mujer.

Se pone a discusión la opción del aborto a partir de la causal de salud y qué tanto estarían dispuestas las mujeres en abortar para cuidar su salud. Como apartado final de este capítulo se muestran las diferencias y/o similitudes encontradas a partir de la comparación de las experiencias y discursos de las mujeres.

Finalmente se presenta en el capítulo cinco: “*Conclusiones y propuestas*” que expone una redefinición del concepto de riesgo durante el embarazo elaborada a través de la experiencia de las informantes, donde a manera de conclusión, se deja manifiesto la necesidad de considerar los aspectos socioculturales para la identificación de los riesgos para la salud de las mujeres durante el embarazo.

## 1. MARCO CONCEPTUAL

### MUJERES EMBARAZADAS EN RIESGO: DE LO MÉDICO A LO SOCIAL

El tema del *embarazo de alto riesgo* como problemática de salud-enfermedad es retomado y atendido principalmente por el campo de la medicina debido a que la gestación *per se* es un evento que ocurre en el cuerpo de la mujer, modificándolo tras el curso del embarazo, física y hormonalmente. En este sentido, es la biomedicina la que se ha encargado de medicalizar los cuerpos y quien determina un diagnóstico a partir de situaciones orgánicas adversas que pueden complicar la vida de la mujer o del bebé.

Sin embargo, los aspectos sociales y culturales en los que se enmarca la vida de cada mujer y la manera en que viven cada embarazo también deben ser considerados como elementos que pueden desencadenar condiciones adversas en la evolución de la gestación. A continuación se presenta un acercamiento a estas dos perspectivas –médico y social- desde las cuales se aborda el tema del riesgo durante el embarazo.

#### 1.1 Aspectos médicos del embarazo de riesgo

Un embarazo de alto riesgo es aquél en el que existe mayor probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad o mortalidad para la madre, el feto o el neonato o que puedan dejar secuelas transitorias o permanentes. Estos incluyen factores maternos generales como edad (los extremos de la vida reproductiva), condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo), antecedentes obstétricos (pérdidas gestacionales recurrentes, multiparidad) enfermedades asociadas (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, nefropatías, etcétera), y anormalidades del embarazo actual (Tamayo, Lee, Cisneros, Castolo, Darwich, Queralt y Gaspar, 2004; Mendoza, 2005 y Conde, 2001).

Conde (2001) menciona que los factores de riesgo pueden ser clasificados en dos tipos; los primeros son los factores “endógenos o biológicos”, que tienen que ver con las características propias de la mujer como embarazos en los extremos de edad <15 años y/o >

de 35; la paridad, refiriéndose con esto al número de partos que ha tenido, las mujeres con alta paridad > cuatro partos o paridad nula son las que tienen mayores riesgos, la complejidad de la mujer que sea propicia para la continuación del embarazo, así como la salud de la mujer antes y durante el embarazo, entre otros aspectos; en segundo lugar están los factores “exógenos o del medio ambiente”, en los que se contempla el acceso a los servicios de salud y un ambiente propicio y saludable para llevar a cabo el embarazo.

Generalmente, hablar de riesgo en salud remite a pensar en una “causalidad/probabilidad” para desarrollar alguna enfermedad, *“tanto la enfermedad como el riesgo son entonces representaciones sociales que dirigen el actuar y la toma de decisiones para la prevención y la atención de los efectos negativos sobre la salud (Díaz, 2002:71)”*.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1986), definió el riesgo como una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etcétera), posteriormente, en la nota descriptiva 184 de mayo de 1998 la OMS (OMS, 1998) señala que “el riesgo es la probabilidad que una persona resulte perjudicada por un peligro determinado, mientras que un peligro puede ser un objeto o un conjunto de circunstancias potencialmente nocivos para la salud de la persona”.

La epidemiología considera el riesgo como el núcleo central de sus estudios, en general, buscan identificar en las personas, características que las colocan a mayor o menor riesgo de exposición con comprometimiento de orden físico, psicológico y/o social, se calcula las probabilidades de mayores o menores grupos poblacionales de enfermarse o morir por un agravio de salud (Nichiata, Bertolozzi, Takahaski y Fracolli, 2008).

Con esta conceptualización de “riesgo”, se entiende por qué algunos embarazos son adjetivados por la biomedicina como “de riesgo o de alto riesgo”, pues en sí mismos, llevan esa “probabilidad latente” de naturaleza biológica a que surjan complicaciones tanto para la madre como para el bebé durante el embarazo, parto o puerperio. Los factores de riesgo durante el embarazo se relacionan con aspectos biológicos, hereditarios, ginecoobstétricos y también psicológicos, emocionales, situación socioeconómica, geográfica y cultural (Ballesté, 2003; Elu, 1993; Infante, 1990; Brofman, López y Magis, 2003; Tamez, Valle,



Eibenshutz y Mendez, 2006; Hautecoeur, Zunzunegui y Vissandjee, 2007). Todos estos juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.

El embarazo de alto riesgo es considerado como un “*factor predictor*” de la morbilidad y la Mortalidad Materna<sup>2</sup> (Aristizabal, Gómez, Lopera, Orrego, Restrepo, Monsalve y Vasco, 2005). En este sentido, es necesario destacar que según la biomedicina llevar un seguimiento oportuno del embarazo desde su inicio es fundamental para la detección de cualquier complicación que pudiese poner en riesgo la salud y vida de la madre y/o el hijo, por ello, el control prenatal que comprende “*acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico*” (Casini, Sainz, Hertz y Andina, 2002:3) juega un papel muy importante, pues procura una “*oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de los factores de riesgo que benefician la salud materna y perinatal*” (Herrera, 2002:21).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993<sup>3</sup>, considera “la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” y en su apartado 5.2 de “Atención al embarazo” refiere que el control prenatal debe estar dirigido a “*la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvico-vaginales e infecciones urinarias, las*

---

<sup>2</sup> La Muerte Materna es la defunción de la mujer que “*se presenta durante el embarazo, parto o hasta 42 días después de su resolución, de forma independiente a la edad gestacional y relacionada con cualquier condición agravada por el embarazo, incluyendo el manejo mismo, pero excluyendo las causas accidentales*” (Shah y Say, 2007:17).

<sup>3</sup> La Norma fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1995 con el nombre de Norma Oficial Mexicana Núm-007SSA2-1993: “La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, tras más de 15 años de antigüedad y a pesar de todos los avances tecnológicos y cambios históricos y sociales, sigue rigiendo los procedimientos que ayuden a mejorar la salud materno infantil.

*complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo; además, las unidades de salud deben promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación”*. Sin embargo, hay que mencionar que el bajo nivel de control prenatal –es decir, consultas ausentes durante todo el embarazo, o bien insuficientes en calidad y cantidad, en términos de precocidad, continuidad y número de visitas acumuladas – sigue siendo un problema en varios países en vías de desarrollo (Greco, 2005) y México no es la excepción, con un promedio nacional en el año 2013 de 5.5 consultas prenatales; siendo Guerrero, Distrito Federal, Morelos, Puebla, Sinaloa y Chihuahua las entidades con el menor promedio de consultas prenatales por embarazada, recibiendo 4.3 a 4.6 en promedio (ODM, 2013).

## **1.2 Perspectiva sociocultural del embarazo de riesgo: vulnerabilidad social**

Como se mencionó en el apartado anterior, el embarazo ha sido conceptualizado y nombrado especialmente desde la biomedicina, respondiendo a su necesidad de medicalizar todo cambio que ocurre en el cuerpo de las mujeres. La medicalización, según Conrad (1992), es un proceso por el cual, problemas no médicos son definidos y tratados como problemas médicos –generalmente en términos de enfermedades o desórdenes.

Es preciso reflexionar acerca de por qué es necesario abordar este hecho biológico desde una perspectiva social a partir de un campo de conocimiento como lo es la Medicina Social, ya que aunque parte de una base meramente biológica, está envuelto en un marco sociocultural de simbolizaciones, significados, creencias, ideologías culturales, sociales, económicas y políticas de las mujeres.

Para vislumbrar esta perspectiva sociocultural del riesgo durante el embarazo, es preciso contemplar el concepto de *vulnerabilidad social*; Salas y Torre (2006) la definen como “resultado de la acumulación de desigualdades a los sujetos y poblaciones a quienes no se les puede garantizar plenamente sus derechos, y que en lo referido al derecho constitucional a la salud, muestran mayor posibilidad de presentar un daño, derivado tanto de causas

sociales y culturales como de características personales e individuales. Entendida de esta forma, la vulnerabilidad aparece como posibilidad y potencialidad”. De esta manera, los individuos quedan expuestos a ser regulados y ejercer sobre ellos control social que los lleva a comportarse según normas establecidas; el control social como “conjunto de mecanismos reguladores del orden social, mediante los cuales la sociedad presiona a los individuos para que se comporten según las normas establecidas” (Ruiz, 2010) recae en las mujeres llevándola a cumplir el mandato de ser madre, pudiendo tener embarazos no deseados, no planeados y que ponen en peligro su vida.

Retomando a Montes (2008) y Turner (1989) no hay que perder de vista que el cuerpo es un producto social consecuencia de prácticas culturales e históricas determinadas, donde se han centrado prioritariamente las actividades de regulación, control y dominación para el mantenimiento del orden social. En este sentido, Agüero, Ernesto, del Valle y Gálvez (2004) hacen hincapié en que las necesidades del capitalismo y su desarrollo en occidente, instituyen en nuestras sociedades la represión en torno a la sexualidad-cuerpo. Foucault (1980) por su parte considera, a partir de la revolución burguesa, a la familia nuclear como aquella que confisca la sexualidad, la encierra, la absorbe en la seriedad de la función reproductora; en este sentido, la única sexualidad reconocida pasó a ser la sexualidad “utilitaria y fecunda”; así pues, las mujeres engendran la vida humana en sus cuerpos y a través de este proceso garantizan la pervivencia del grupo (Montes, 2008), por lo tanto y de manera amplia apuntalo este hecho “la capacidad biológica de la reproducción”, es comprendida como uno de los principales controladores del cuerpo de las mujeres; sobre todo de instituciones como la medicina que, como menciona Montes (2008), *“se ha erigido como protagonista en la elaboración de discursos que respaldan esta necesidad”*. Todos los procesos orgánicos femeninos se han constituido como una forma indirecta pero eficaz de controlar socialmente a las mujeres (Esteban, 2006), en este sentido, el embarazo es un momento ideal e idóneo para el ejercicio del control y adoctrinamiento –a través del cuerpo- en el orden en que socialmente se deben situar las mujeres y el que se espera permanezcan.

A través del embarazo se activan y renuevan los discursos y prácticas socioculturales en los que se define el rol maternal como la principal función de las mujeres, función social a la

que moral y naturalmente deben responder, a la vez sigue manteniendo la representación de las carencias y vulnerabilidad del cuerpo en la que justifica el control al que son sometidas.

Desde la perspectiva de la vulnerabilidad, la exposición a agravantes de la salud e inclusive el acontecimiento que lleva a la muerte, resulta tanto de aspectos individuales como de contextos o condiciones colectivas que producen una mayor susceptibilidad a los agravantes y la muerte en cuestión y simultáneamente, la posibilidad y los recursos para su enfrentamiento (Nichiata y cols., 2008:), en este sentido, para la interpretación del proceso de salud/enfermedad el riesgo alude a una probabilidad mientras que el concepto de vulnerabilidad se considera como un indicador de inequidad y de desigualdad social; como menciona Nichiata y cols. (2008) la vulnerabilidad antecede al riesgo y se refiere al escenario adverso en el que se vive el embarazo, aquel que retoma el aspecto social, cultural, político, geográfico, económico en el que las mujeres se desenvuelven.

Así pues, el embarazo más allá de ser un evento biológico, logra evidenciar un marco sociocultural, en el que éste es resultado del control del cuerpo femenino, cuerpo controlado al que se le exige su fertilidad, su reproducción, sin considerar las condiciones físicas, económicas y socioculturales en las que se lleve a cabo, dejando de lado el surgimiento de embarazos en escenarios adversos, escenarios enmarcados en vulnerabilidad social “como resultado de la acumulación de desigualdades a los sujetos y poblaciones a quienes no se les puede garantizar plenamente sus derechos, y muestran mayor posibilidad de presentar un daño, derivado tanto de causas sociales y culturales como de características personales e individuales (Espinosa, Mora y Salas, 2013). El riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo viene determinado por las características del contexto sociocultural donde éste surja, de condiciones económicas, de desigualdad, de inequidad y condiciones que han puesto históricamente en desventaja la salud de las mujeres.

Por todo lo anterior, es importante reconocer que la reproducción tiene un contenido no sólo biológico sino también sociocultural, así pues, la condición de género lleva a la procreación como una obligación cultural (Chávez, 2012).

La exigencia sociocultural obliga a las mujeres a cumplir con su rol de género mediante la maternidad dejando de lado su condición de salud y de esta manera poniendo en riesgo su

vida. Resulta imprescindible ampliar la mirada y construir nuevos discursos de lo que sucede en los cuerpos humanos, puntualizando para interés de esta investigación en el cuerpo femenino, en pro de complementar esta perspectiva biomédica y medicalizada con un entendimiento desde las construcciones socioculturales que se adjudican a los cuerpos de las personas, su funcionamiento y su destino.

### 1.3 ¿Maternidad como destino femenino?

Existe una necesidad de distinguir dos términos que generalmente suelen homologarse; tal es el caso de reproducción y maternidad. *“La reproducción responde a lo biológico, está ligado al orden de la especie, mientras que la maternidad está contenida en el orden de la cultura, más como una función social que como un fenómeno natural”* (Genolet, Lera, Schoenfel, Guerriera y Bolcatto, 2009:16).

Para abordar el tema de la maternidad como una experiencia que permea la vida de las mujeres, es de gran utilidad hacerlo desde una perspectiva de género, lo cual, permitirá *descifrar determinaciones complejas derivadas de las relaciones entre mujeres y varones* (Garduño, 2007). Asimismo permitirá comprender que el ejercicio de ésta no es un hecho invariable y universal en todas las culturas, sino que va tomando los matices propios de cada contexto, de cada momento histórico.

Un aspecto histórico que ha llevado a enfermar y morir a muchas mujeres en el mundo, que tiene que ver con una cuestión ideológica y cultural; es la demanda social a la reproducción, que se ha marcado como el *destino femenino* (Lagarde, 2003). Es probable que muchas de las mujeres que han muerto durante el embarazo, parto o puerperio en México y en el mundo, en vida hayan compartido esta “necesidad, ilusión, encomienda, destino” de ser madres y a su vez “mujeres completas”. Respecto a este punto, González, Gómez, López, Aldana y Morales, (2008) concluyen que “el embarazo, aún en situación de riesgo, es percibido, por las mujeres que lo experimentan, como *un estado de logros y realizaciones*” (González y cols., 2008:149), coincidiendo esto con la idea de lo que en nuestra sociedad significa ser “mujer”.

La maternidad, es una de las construcciones sociales más importantes elaboradas en torno al cuerpo de las mujeres, iniciando con un proceso biológico –la capacidad de lograr un embarazo- y posteriormente adoptar un rol de cuidadora del “otro” para toda la vida. La maternidad, en todas las culturas ha sido un rasgo determinante de lo femenino (Lamas, 2009). En este sentido, muchas mujeres son madres porque nacen en una sociedad que tiene un discurso mistificado de su papel y ellas mismas, en la forma de pensarse, en la construcción de su propia imagen, de su auto concepción, tienen incorporadas esas definiciones culturales: su conciencia está habitada por el discurso social que plantea la maternidad como el destino natural y por lo tanto, inevitable de las mujeres (Lamas, 2009).

Socialmente, la salud de las mujeres está más afectada con relación a las de los hombres, cabe destacarse que ello no se debe a factores biológicos sino a las circunstancias socioeconómicas, culturales y a patrones culturales que prevalecen en la población femenina. Estos factores tienen origen en el valor diferente que se les asigna a los individuos de sexo femenino y masculino en una sociedad y el trato discriminado por género (Langer y Lozano, 1998), como menciona Rodríguez (2010:149) *“a nivel simbólico, lo femenino y lo masculino tienen distinto valor, reconocimiento, estatus, y son estos valores los que organizan relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres en la mayoría de las sociedades”*.

El concepto de maternidad en la vida social es utilizado para designar diferentes procesos: ideas y prácticas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el nacimiento, el puerperio; las actividades y relaciones involucradas en la crianza, el cuidado de los infantes (Sánchez, 2003). Convirtiéndose en la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de *“madre a las mujeres”* (Sánchez, 2003:13).

Dentro del feminismo, han surgido diversas posturas en las que han definido la maternidad; a principios de los setenta –menciona Sánchez (2003)- se dio lugar al desarrollo de interpretaciones esencialistas que consideraban la maternidad como un hecho que se deriva de la reproducción y por tanto, se considera como un evento universal con características inmutables (Nakano, 1994). La maternidad es el núcleo básico de la identidad femenina que impone a la mujer el deber de nutrir, comprender, proteger y sostener a los otros (Sánchez, 2003). En la misma línea, Lagarde (2003:248) argumenta que *“la maternidad es el*

*conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio de la cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte*". Menciona que aun cuando la maternidad tiene por protagonistas a las mujeres y a los otros [...] está regulada por normas demográficas, por las relaciones económicas y políticas, así como por las más diversas instituciones de la sociedad y del Estado, de esta manera, las mujeres y la exigencia sociocultural a la maternidad las hace cautivas de su cuerpo "*para otros*", en tanto procreador o erótico (Lagarde, 2003:41) antes de ser un cuerpo para sí. "*La mujer no es dueña de su cuerpo, pertenece a un destino asociado a sus características que son ideologizadas como imperativos biológicos y no en su dimensión de cualidades humanas, históricas*" (Lagarde, 2003:380). Hierro (1985) afirma que la maternidad es valorada positiva o negativamente en función de los intereses del grupo hegemónico, los cuales no coinciden necesariamente con los femeninos. La maternidad, paradójicamente, no es materia de decisión femenina, sino lo que los hombres han resuelto debe constituir su vida.

Hierro (1985) en su texto *Ética y Feminismo*, menciona que las mujeres deben recuperar el poder de decisión sobre su propio cuerpo, resulta indispensable que la maternidad se ejercite como un proyecto humano y no -como ha sido considerado hoy en día- como una función natural; veintisiete años después sigue siendo necesario reflexionarlo de este modo.

El lugar que han ocupado las mujeres dentro del proceso salud/ enfermedad está permeado por el contexto sociocultural, histórico y económico en el cual se encuentran. Especialmente en sociedades como la nuestra, la salud de las mujeres es entendida como salud materna, debido a que la reproducción juega un papel socioculturalmente relevante y está por encima de cualquier otra razón que lleven a las mujeres a enfermar. De esta forma, es necesario comprender que no se trata de una casualidad o un destino que las mujeres enfermen y mueran por razones relacionadas con la reproducción sino que, ello es producto de la posición social que tienen en un contexto determinado.

El lugar de las mujeres en la sociedad, el sentido y valorización de la maternidad, el significado simbólico de los hijos para los varones, el ejercicio de las sexualidades masculina y femenina, de esta manera, un conjunto de prácticas que podrían tener como resultado el aumento de la autonomía y la disminución de las subordinación de las mujeres

no parece estar llevando a tales resultados, sino por el contrario, a un aumento sobre el control de las mismas (De Barbieri, 1993; 1995).

*La maternidad es un proceso cotidiano cuyo significado se va interiorizando desde que el sujeto nace hasta que muere. Este proceso se vive de dos maneras: individual/objetiva y colectiva/simbólica. Una mujer vive y siente su maternidad, pero el significado que la maternidad adquiere para ella estará mediado por la respuesta que reciba de su entorno a su condición de gestante. El significado que tiene para una persona en particular la maternidad puede ser distinto al que la colectividad le confiere, y ello se verá matizado y será diferencial dependiendo de la cultura de que se trate y de la posición que la mujer tenga en su familia en un momento determinado -dependiendo de su adscripción étnica, genérica y generacional- (Freyermuth, 2014:35).*

El sentido de poner el título de este apartado como una interrogante da la oportunidad de abrir la reflexión hacia la valoración de la maternidad como una construcción social que vulnera a las mujeres al reducirlas a su capacidad reproductiva y al ser considerada como el destino de su vida, en la que hay una clara pérdida de su autonomía para decidir si desea ser madre; es necesario voltear a ver a la maternidad como una cuestión de decisión personal y no como una obligación.

#### **1.4 La salud materna y los Determinantes Sociales de la Salud**

Los determinantes sociales de la salud (DSS) proveen un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Hacen referencia a “*las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre*” (Tarlov, 1996:72). Surgen a partir de la necesidad de trascender la visión biológica de la salud–enfermedad pues resulta insuficiente para explicar *el complejo entramado que se vincula con la salud colectiva, ya que encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienestar.*



(Uribe, Rodríguez y Agudelo, 2013). Aparecen como una alternativa teórica que relaciona un complejo modelo en el que el individuo se ve influenciado por su medio social (Uribe y cols., 2013).

Para fines de esta investigación, considerar los Determinantes Sociales de la Salud resulta útil porque permite dar cuenta de los procesos sociales, culturales, ideológicos que han construido la historia del contexto donde incursionamos, dan sentido al día a día, a las acciones y a las decisiones de cada uno de los actores sociales dentro de este tejido social.

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (por ejemplo: nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la subjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (López, Blanco, Garduño, Granados, Jarillo, López, Rivera y Tetelboin, 2008).

Así pues, los Determinantes de la Salud como lo menciona Menéndez (2009), no debe resumirse a pensar en que algo inevitablemente sucederá, sino que debe entenderse como algunas condiciones en las que las personas, crecen, viven, trabajan y envejecen que tienen influencia activa en su salud (Menéndez, 2009; OPS-OMS, 2007)

Según la Medicina Social, la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, se convierte en una herramienta útil para hacer visibles aspectos estructurales como es el hecho de vivir en sociedades inequitativas donde existe un proceso de distribución desigual del poder, dicha inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desigual (desigualdad social) que es su consecuencia. Los procesos salud-enfermedad-atención expresan hechos históricos y sociales que requieren explicaciones que van más allá de ideas aisladas de causalidad y de la condición biologizada como elementos explicativos de la ausencia de salud a través de explicaciones de determinación y distribución de aquellos procesos (Mendoza, 2010).

Asimismo, la mirada de la salud desde los determinantes sociales con enfoque de género es necesaria para el diseño e implementación de acciones de salud; como argumentan Corral Castañeda, Barzaga y Santana (2010), no sólo porque visualiza la equidad como aspecto ético, sino también porque el género condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios, la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Es importante comprender que la determinación en salud viene dada por cuestiones estructurales que han sido difíciles de erradicar, como la pobreza, la falta de educación, la precarización laboral, la desigualdad de género; todo ello forma el escenario en que vivimos, asimismo determina la forma de enfermar y morir de las personas, de esta manera, también permea la manera en que se vive el evento reproductivo a partir de estos determinantes.

#### *1.4.1 Derechos sexuales y reproductivos*

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) han sido construidos en las últimas décadas del siglo XX son parte de la cultura de los derechos humanos (Mesa A, Suarez C, Rodríguez G, Mayén B y Santos S, 2005). Esta cultura es muy incipiente ya que es grande el desconocimiento de nuestros derechos humanos, situándonos en una condición de vulnerabilidad que tiene como consecuencia el no exigir su cumplimiento y no responder cuando estos no se respetan o se violentan.

El argumento que se utiliza para incorporar la sexualidad como parte de los derechos humanos, se basa en reconocerla como una necesidad inalienable a todo ser humano, una dimensión que lo acompaña desde que nace hasta que muere y que forman parte de nuestra identidad y determinan nuestra vida familiar, laboral, cultural y política. Los derechos sexuales, parten de considerar al cuerpo la frontera material de las libertades, es la expresión de los deseos más íntimos y personales, además de concebir la sexualidad como una dimensión sustancial para poder experimentar la felicidad y el placer (Mesa y cols., 2005).

En el programa de acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo, 1994 (ONU, 1994) y en la Plataforma de Acción de Beijing, 1995 (ONU, 1995) se reconoce por primera vez que los derechos sexuales y reproductivos son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Son fundamentales para comprender las decisiones de las personas respecto a su capacidad reproductiva; así, la falta de información se considera una violación de dichos derechos; y en general, una violación a los derechos humanos.

Entre los más importantes Derechos Sexuales y Reproductivos figuran los siguientes:

- La salud reproductiva y sexual como componente de la salud en general.
- Adopción de decisiones reproductivas, inclusive la opción voluntaria en lo relativo al matrimonio, formación de la familia y la determinación del número y espaciamiento de los hijos y del momento de tenerlos y el derecho de disponer de acceso a la información y a los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.
- Igualdad y equidad para hombres y mujeres a fin de posibilitar que los individuos efectúen opciones libres y bien fundamentadas y libres de discriminación por razones de género.
- Seguridad sexual y reproductiva, inclusive la protección contra la violencia y la coacción sexual, y derecho a la vida privada (Grupo interagencial de género del Sistema de las Naciones Unidas en México; 2010).

México ha sellado compromisos internacionales en materia de garantizar a las mujeres una maternidad sin riesgos.

Entre estos se encuentran:

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer (Cedaw), que establece que los Estados deben garantizar a las mujeres servicios apropiados con relación al embarazo, parto y puerperio.

- La Convención de los Derechos del Niño en su Artículo 24 establece que los Estados deben asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada para las madres y desarrollar atención sanitaria preventiva incluyendo orientación a madres y padres, educación y servicios de planificación familiar.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración del Milenio, son entre otros, compromisos que México ha ratificado y en los cuales se le obliga a garantizar el derecho a la salud de las mujeres embarazadas.
- La Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-1993, que establece los criterios de atención a las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio (Godínez, 2008).

La desigualdad de género y la discriminación son los obstáculos más grandes que enfrentan las mujeres para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y mejorar su calidad de vida. Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia (ONU, 1995).

En muchos sentidos, se puede considerar que la mayoría los embarazos surgen a partir de violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, empezando por la decisión personal a la no reproducción, debido a ese rol socioculturalmente construido y demandado hacia las mujeres “la maternidad”, en los que son “otros” quienes deciden y presionan a la mujer para embarazarse, sin considerar las aspiraciones de ella, ni las consecuencias que podría traerle a su salud. También debe considerarse el acceso oportuno a métodos anticonceptivos que eviten embarazos no deseados, pues muchas mujeres se embarazan en contra de su voluntad al no tener conocimiento de la anticoncepción. Asimismo, también es importante considerar los DSR en tanto que se debe hacer promoción a una maternidad segura, en la que las mujeres que se embarazan cuenten con la atención necesaria y digna para llevar su embarazo de manera saludable. *El derecho a disfrutar la sexualidad, a decidir el número de hijas o hijos y el espaciamiento entre éstos, al uso de anticonceptivos y a una maternidad sin riesgos, constituyen parte de los derechos humanos* (Godínez, 2008).

Para un completo respeto a los derechos sexuales y reproductivos, se requiere:

*“El acceso universal a la educación y servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados, la atención prenatal de calidad, la asistencia de todos los partos por personal calificado, y la resolución de las emergencias obstétricas para todas las mujeres que presentan complicaciones, constituyen una sola estrategia que precisa decisión política, una adecuada implementación técnica y gerencial, y una asignación suficiente y progresiva y una aplicación transparente de los recursos necesarios, a nivel de las entidades federativas y de todo el fragmentado sistema de salud” (IPAS México, 2014).*

En este sentido, es necesario reflexionar si realmente se está garantizando el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas y cómo es que nuestro bagaje cultural reproduce demandas sobre los cuerpos de las mujeres poniendo en riesgo su vida.

#### ***1.4.2 Muerte Materna: ¿Problema de salud pública prevenible?***

Todos los embarazos –aunque no se diagnostiquen como tal- llevan un riesgo implícito, *las mujeres experimentan un estado de vulnerabilidad que las pone en peligro de enfermar o morir* (Freyermuth, 2003:267) lo cual es proporcional a las condiciones de desigualdad sociocultural en las que ellas viven; en México, las complicaciones del embarazo son la tercera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva (INEGI, 2010).

La Muerte Materna es quizá el principal y más sensible indicador de la presencia de mujeres con embarazos de riesgo. Para 2012, en México se presentaron 960 muertes maternas de las que el 12.8% de las mujeres que fallecieron era menor de 19 años (de esta manera se evidencia la problemática de que las mujeres se embaracen a edades tempranas y sus consecuencias); el 14.7% no tenía seguridad social ni protección a la salud, el 55% contaba con seguro popular (demostrando la baja calidad del servicio y su cobertura), 53% murió en una clínica u hospital de servicios federal o estatal de salud, el 91% contó con asistencia médica (lo que nos lleva a pensar acerca de la capacidad de los profesionales de

la salud para la atención de la salud materna, así como la falta de infraestructura, sobrepoblación, etcétera), el 26% murió por causas obstétricas indirectas (es decir, que son mujeres que contaban con una patología previa independiente del embarazo y que se complicó por o durante la gestación hasta llevarlas a la muerte), el 19.6% murió por hemorragia obstétrica (durante embarazo, parto o puerperio) y el 9.3% de mujeres murieron por consecuencia de un aborto (lo que nos lleva a pensar en embarazos no deseados, poco acceso al servicio de la interrupción del embarazo de manera legal, etcétera) (Freyermuth y Luna, 2014).

El gobierno de México ha sumado esfuerzos para mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad como respuesta al compromiso adquirido en el año 2000 con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Torres y Mujica, 2004); una de sus acciones encaminadas a este fin, desde el año 2009 es la eliminación de las tres demoras en la atención, a partir del modelo propuesto por Maine D, Akalin M, Ward V y Kamara A, (1997), dicho modelo especifica que los tres tipos de demora que posiblemente contribuyen a la muerte materna son:

*“La primera demora, ocurre cuando la mujer y su familia no reconocen los síntomas de urgencia obstétrica y no deciden oportunamente buscar atención médica. En la segunda demora, la mujer y su familia toman la decisión, sin embargo esta decisión no es acertada y se acude a servicios que no tienen capacidad para brindar la atención primaria de la urgencia obstétrica o no tienen capacidad resolutive. Por su parte el prestador de servicio de primer contacto, llámese médico, promotor o partera, no actúa de manera acertada y no remite a la mujer a una unidad adecuada para la resolución del problema. Esta demora también incluye el tiempo de traslado y el acceso a los servicios con capacidad resolutive. La tercera demora ocurre cuando la habilidad y o la capacidad resolutive de las unidades de salud es limitada o no se ofrece una atención de calidad”* (Maine y cols., 1997 y Freyermuth, 2012).

Tomando en cuenta la eliminación de estas demoras -fortaleciendo la información para que las mujeres detecten riesgos y/o complicaciones, así como los servicios de salud disponibles que se ajusten a las necesidades de la población y que sean de calidad- el 95% de las Muertes Maternas pueden ser, ya que generalmente estas se presentan a partir de un antecedente de inequidad y desigualdad social, mujeres que vivieron un embarazo no

deseado y murieron abortando clandestinamente, mujeres que se embarazaron sabiendo que tenían alguna enfermedad previa y que esta podría agravarse con la continuación del evento reproductivo, quizás mujeres que no tuvieron oportunidad por alguna razón de llevar un cuidado prenatal y que presentaron en el transcurso del embarazo, en el parto o en el puerperio alguna complicación derivada de esto, mujeres que fueron víctimas de violencia durante el embarazo, o mujeres que fueron víctimas de un servicio médico ineficiente, o mujeres que ni siquiera tuvieron acceso a los servicios médicos.

Si bien, todos estos ejemplos, son la evidencia que el problema de muerte materna tiene que ver con una cuestión de violación a los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, no sólo de las mujeres, sino de todas las personas independientemente de su condición genérica.

Las muertes maternas son la máxima expresión de injusticia social hacia las mujeres. La desigualdad social y la desigualdad de género las ha puesto en desventaja con respecto a su salud en general y a la salud materna, en tanto las exigencias sociales a la reproducción se introyectan en cada cuerpo femenino; así pues, las desigualdades en cuestión de vulnerabilidad social son más evidentes en contextos de alta marginación, poblaciones a las que no se les puede garantizar completamente sus derechos; en tanto que no cuentan con servicios médicos de calidad, ni la infraestructura necesaria para la atención de la salud.

La muerte materna, según Mendoza (2010), no es el resultado exclusivo de una causa biológica, sino de la consecuencia confluyente de la condición en la que se encuentran los sujetos del país, la lógica es que este indicador mejorará conforme el país prospere o se mantendrá presente en tanto siga el camino hacia la construcción de un país en crisis global. De esta manera, se debe comprender que el fin último no es reducir la muerte manera de facto, sino que ésta se reducirá como consecuencia al establecimiento de acciones integrales de bienestar colectivo con un claro sentido de equidad y justicia social.

En resumen, en este capítulo se mostró el escenario en el que las mujeres se embarazan, y las aristas desde donde se puede dar discusión en torno a los embarazos de riesgo elevado, desde trato meramente médico que se le da al evento reproductivo, dejando fuera las

condiciones sociales y culturales que puedan intervenir. Asimismo tomado en cuenta los determinantes sociales de la salud que ponen en evidencia que la salud/enfermedad es resultado de condiciones estructurales, que contemplan desigualdad, pobreza, inequidad. También se consideraron los derechos sexuales y reproductivos, en tanto que el desconocimiento de los mismos y el no saber exigirlos también pone en desventaja la salud de mujeres y hombres; finalmente, la consecuencia más sensible de un embarazo en situación de riesgo, que hoy por hoy, es uno de los problemas de salud pública más preocupantes tanto en México como en el mundo, las Muertes Maternas.

### **1.5 Planteamiento del problema**

La presencia de un embarazo de alto riesgo compromete en gran medida la salud y la vida de la mujer y es consecuencia del contexto de desigualdad e inequidad en el que vivimos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, y pobres (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012b).

En México, un gran número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, éstas pertenecen a comunidades indígenas y/o viven en condiciones de pobreza. Por ejemplo, 33.4% de los casos de muerte materna de 2004 a 2008 fueron de mujeres que vivían en localidades de menos de 2,500 habitantes, situación que aumenta la probabilidad de que no hayan contado con los medios necesarios para acceder de inmediato a algún servicio de hospitalización (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012b).

El embarazo, según el INEGI (2011), está considerado en México como la tercera causa de muerte para las mujeres entre los 15 y 34 años. Nos invita a abrir discusiones referentes al tema de la reproducción y el papel del Estado en cuanto penaliza las decisiones que las mujeres puedan tomar en su vida y en sus cuerpos. Es imprescindible dejar de mirar al



embarazo sólo como un evento biológico en sí, es necesario abrir el panorama y encaminarnos a la comprensión de cómo un contexto sociocultural está determinando la presencia de embarazos como resultado de un rol de género y que éste se vive en escenarios desfavorables que limita una buena evolución de éste poniendo en peligro la vida de las mujeres.

El motivo de considerar en la presente investigación como principales ejes temáticos los referentes biomédicos del embarazo de alto riesgo, la vulnerabilidad social, la maternidad y los determinantes sociales de la salud es principalmente por tres argumentos: 1) el concepto de embarazo de alto riesgo se ha manejado de manera casi exclusiva desde el ámbito médico y muy poco se ha considerado el entramado sociocultural para poner atención en la manera en que puede estar en peligro la integridad de las mujeres durante la gestación; 2) es fundamental hacer una precisión respecto a la vulnerabilidad social dentro de la cual las personas vivimos y que da pauta a nuestras acciones, nuestras decisiones con respecto a la manera en que se encaminará nuestra vida; específicamente para este trabajo, se retoma el escenario y momento en el cual las mujeres se embarazan y 3) las mujeres social y culturalmente estamos expuestas a la exigencia hacia la reproducción; logrando ese estatus de mujer completa en cuanto llevamos a cabo la procreación y ejercemos la maternidad. La realidad que se muestra a partir de este argumento es que queda expuesta una expropiación del cuerpo femenino para ser llenado de demandas socioculturales, poniendo como destino biológico la maternidad a cualquier costo.

Este proyecto de investigación, recae en la discusión de ¿hasta qué punto las mujeres somos dueñas de nuestro cuerpo y elegimos ser o no ser madres?, ¿cómo ese trasfondo sociocultural permea esta decisión?; asimismo, ubicándonos desde otro punto de vista, ¿cómo es que esta realidad social, cultural, económica, histórica, política que estamos viviendo permea el ejercicio reproductivo de las mujeres?; así pues, mediante este ejercicio reproductivo se puede ver reflejado el deterioro y muerte de muchas mujeres en el mundo y significativamente en nuestro país.

Más allá de encasillar el evento reproductivo como un problema de salud que implica aspectos médicos exclusivamente, es menester comprender que este fenómeno está

enraizado profundamente en la concepción cultural y en la existencia de factores socioculturales que la propician, en específico, la condición de ser mujer .

Asimismo, de acuerdo a una revisión bibliográfica previa en publicaciones actuales, como artículos, tesis, libros se encontraron muy pocos trabajos que retomem la problemática del embarazo de alto riesgo desde un aspecto sociocultural, los que lo hacen retoman la parte sociocultural en salud sexual y reproductiva; pero no en términos de cuestionar cómo es que una decisión, ser madre o no, procrear o no, puede tener toda una explicación sociocultural, en general, se ha trabajado desde el ámbito médico y biológico; y a partir de investigaciones de corte cuantitativo en su mayoría.

Así pues, su relevancia se encuentra en el hecho de darle voz a las mujeres que son quienes han vivido esta experiencia y pueden nombrarla; destaco este punto porque la mayoría de los trabajos que se han realizado respecto a el embarazo de alto riesgo han olvidado volver la mirada a quienes lo están viviendo, convirtiéndose sólo en un hecho que hay que tratar y medicalizar.

A continuación presento las preguntas que dieron sentido a la elaboración de este trabajo.

### ***1.5.1 Preguntas y Objetivos de investigación***

#### **▪ Preguntas de investigación**

Así, frente al problema de investigación presentado, surgieron las preguntas que guiaron esta investigación, la pregunta general *¿Cuáles son las percepciones en torno al riesgo durante el embarazo que tienen dos grupos de mujeres embarazadas que viven en contextos rural y urbano-marginal?*, que permitan comprender su toma de decisión para la continuación del embarazo en condiciones de vulnerabilidad social.

En este sentido, algunas preguntas que complementan la general permitieron puntualizar en aspectos fundamentales para la comprensión del problema de investigación, estas son: *¿Cuáles son las percepciones que las mujeres que viven un embarazo tienen respecto a la maternidad? ¿Cuáles son los referentes socioculturales (de género) que las mujeres tienen*

*para tomar decisiones respecto a su salud reproductiva? ¿Qué diferencias y qué similitudes se encuentran en los argumentos de las mujeres de dos contextos que explican la continuación del embarazo?*

▪ **Objetivos de investigación**

De esta manera, el objetivo general fue: “Elaborar una lectura sociocultural del riesgo durante el embarazo a partir de las percepciones de dos grupos de mujeres en zonas rurales y urbanas”

Así pues, los objetivos específicos fueron:

- ❖ *Conocer las percepciones respecto al riesgo durante el embarazo que las mujeres tienen y/o que han construido de acuerdo a su contexto sociocultural. Identificar la manera en que estas percepciones respecto al riesgo permea en la decisión de continuar un embarazo.*
- ❖ *Explorar los referentes socioculturales, especialmente de género que las mujeres tienen para tomar decisiones respecto a su salud reproductiva y en particular su embarazo.*
- ❖ *Explorar las diferencias y/o similitudes que se encuentran en los argumentos de las mujeres de los dos contextos que explican la continuación del embarazo considerado de riesgo.*

A continuación presentaré el diseño metodológico de la investigación en el cual se describe, entre otros aspectos, la manera en cómo se llevó a cabo el acercamiento a las mujeres embarazadas, la recolección de sus testimonios, la manera en que se hizo el análisis de información, todo ello para alcanzar el objetivo trazado.

## 2. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta el diseño metodológico dispuesto para esta investigación, el cual permitió conocer a profundidad la problemática de estudio mediante el acercamiento con mujeres embarazadas residentes de contextos rurales y urbano-marginales y a partir de rescatar sus experiencias.

Este diseño se elaboró con la intención de trascender el pensamiento biomédico que se hace en torno al evento reproductivo y darle voz a las mujeres quienes viven la experiencia del embarazo; de esta manera, evidenciando que dicha vivencia no sólo está centrada en aspectos biológicos representados en modificaciones del cuerpo femenino y en alteraciones en su salud, sino que también, existen determinantes de tipo sociocultural que guían el curso de la gestación; asimismo, como se señaló en el capítulo previo, se busca enfatizar la importancia de abordar las problemáticas de salud sexual y reproductiva desde el enfoque de la Medicina Social en tanto que el reconocimiento de los procesos de salud enfermedad, las representaciones de éstos y las respuestas sociales para enfrentarlos atañen a los colectivos humanos, y que por tanto, es necesario explicar su determinación y distribución de estos procesos más allá de su causal próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2004 y López y cols., 2008).

La investigación se desarrolló en el marco de un enfoque metodológico cualitativo para lograr un entendimiento en profundidad del fenómeno de estudio. La importancia de considerar al enfoque cualitativo en investigaciones en salud recae principalmente en que se busca tener un acercamiento desde una perspectiva más integral y dinámica a las experiencias y necesidades de salud de los sujetos sociales, en este caso las mujeres embarazadas, profundizando en el conocimiento del sustrato sociocultural interiorizado en cada una de ellas y de esta manera, procurar una contextualización de la problemática en particular, es decir, concentrarnos en realidades concretas donde convergen significados, creencias, saberes y prácticas particulares y donde las experiencias en el ámbito de la salud tienen lugar en el entramado de las relaciones humanas (Calderón, 2002).

## 2.1 Diseño de la investigación

Una parte fundamental para lograr los objetivos planteados en cualquier investigación es el uso de una metodología adecuada. En esta tesis se consideró la metodología cualitativa, ya que la pregunta de investigación se centra en conocer la experiencia y percepciones de mujeres embarazadas en cuanto al riesgo durante esta etapa de sus vidas. Precisamente, esta metodología permitió obtener hallazgos de mayor profundidad acerca de la manera en que se viven los embarazos en contextos específicos y la percepción que se tiene de las situaciones que puedan poner en riesgo la salud de la madre y/o el hijo, de esta manera se logró acceder a la subjetividad de las mujeres, conocer los significados que le endosan al evento reproductivo, su contexto sociocultural. La metodología cualitativa ayudó a obtener una mayor comprensión del fenómeno que estudiamos (Taylor y Bogdan, 1986).

En los siguientes apartados, se presentan las características y criterios de inclusión de las mujeres embarazadas que participaron en este estudio, las cuales fueron agrupadas según su lugar de residencia; asimismo se presentan los métodos y técnicas que se utilizaron para recabar la información, desde los primeros acercamientos al campo, la búsqueda de mujeres participantes. Se hará mención de los instrumentos de recolección de datos utilizados para esta investigación, sus características y su utilidad.

### 2.1.1 Población

Para esta investigación se buscó el acercamiento a mujeres que estuvieran viviendo la experiencia de un embarazo en condiciones de:

- a) vulnerabilidad biomédica, haciendo referencia a condiciones desfavorables de salud en las que se presenta el embarazo; y
- b) vulnerabilidad social la cual hace referencia a una acumulación de desigualdades que encaminan a mayores posibilidades de enfrentar un daño (en la salud de las mujeres) derivado de causas sociales y culturales así como de características personales e individuales (Salas y Torre, 2006)

Son mujeres que residen e interactúan en lugares y poblaciones distintas; por un lado, una población residente en **zona rural-indígena** y por otro, una población residente en **zonas urbano-marginales**. Según INEGI (2010), el número de habitantes que tiene una población determina si ésta es rural o urbana; en el caso particular de las localidades del municipio de Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte de Puebla, tienen menos de 2,500 habitantes son considerados como Zona Rural, la mayoría de habitantes son indígenas y hablantes del náhuatl y que en su mayoría también hablan español (Hernández, 2006). La zona rural-indígena está caracterizada por grandes carencias, sus habitantes residen en las áreas más marginadas y pobres que involucran el hacinamiento, la falta de servicios básicos como agua potable, escasez de vivienda y deterioro social generalizado que se manifiesta a través de la violencia en la comunidad, en la violencia doméstica, abuso sexual, explotación laboral, roles múltiples, etcétera, siendo el grupo de mayor riesgo las amas de casa, cuyas labores las realizan dentro del hogar; viven en una situación de marginalidad importante condiciones de pobreza, baja educación e inequidades de género que las pone en desventaja. Estas mujeres llevan su cuidado prenatal en clínicas de salud de su lugar de residencia (espacios que generalmente cuentan con escaso personal de salud, poco sensibilizado con las características de la zona, alta demanda de los servicios de salud, baja calidad de las consultas, infraestructuras deficientes a las necesidades de la población así como con parteras tradicionales. Un grupo de mujeres de Cuetzalan dieron voz a las percepciones del riesgo durante el embarazo de las mujeres residentes del contexto rural-indígena de la Sierra Norte de Puebla, en Cuetzalan del Progreso.

Las zonas urbano-marginales se caracterizan por tener más de 2,500 habitantes (INEGI, 2010); la Ciudad de México y su Zona Metropolitana tienen las características propias de las zonas urbanas siendo el DF núcleo y centro de comando para las actividades económicas; dentro de estas zonas se destacan algunos espacios en las delegaciones del Distrito Federal así como algunos municipios del Estado de México que cuentan con grados de alta y muy alta marginación. Según Enríquez (2011) una zona urbano marginal desde la perspectiva crítica es causada por el sistema capitalista es un fenómeno estructural típico del capitalismo dependiente. La noción de zona urbano-marginal está compuesta por dos términos conceptuales. El primero refiere a lo urbano, entendido como un territorio geográfico donde se produce una concentración espontánea o planificada de la población en

puntos de territorios con densidades comparativamente altas, para desempeñar esencialmente actividad de transformación o servicio, de acuerdo con una organización social compleja (Hardoy, 1975: Citado por Enríquez, 2011). El segundo alude a lo marginal, que implica la existencia de un escenario social donde los sujetos no cuentan con las condiciones materiales y simbólicas que garanticen su plena integración social.

Se puede decir que la zona urbano-marginal es aquel “*territorio que alberga una alta concentración poblacional que sufre profundo déficit de integración* (Merklen, 2005:136: Citado por Enríquez, 2011), causadas, entre otras razones, por las “*condiciones de carencias materiales y simbólicas*” (Enríquez, 2011:54).

Un grupo de mujeres embarazadas que residen en la Ciudad de México y Zona Metropolitana ofrecieron percepciones sobre el riesgo durante el embarazo en zonas urbano-marginales. Cabe mencionar que están diagnosticadas médicamente con embarazo de riesgo elevado y que reciben atención en un Instituto de Salud de Tercer Nivel de Atención, el Instituto Nacional de Perinatología, establecimiento reconocido a nivel nacional por la atención de mujeres con algún padecimiento durante el embarazo que pone en peligro su vida.

Teniendo estos dos grupos de mujeres (12 mujeres en total) residentes en los contextos antes mencionados se realizó una contrastación de sus percepciones respecto al riesgo durante la gestación.

Al ser esta investigación de carácter exploratorio, los criterios para la inclusión de las participantes en ambos contextos fueron flexibles; aunque fue indispensable que cubrieran los siguientes requisitos:

- ✓ **Estar embarazadas**, por lo menos en el 2do. Trimestre
- ✓ **Vivir en la Zona Rural-Indígena en el Municipio de Cuetzalan del Progreso Puebla, Sierra Norte**, en condiciones de vulnerabilidad social
- ✓ **Vivir en una Zona Urbano-marginal de la Ciudad de México y atenderse en el INPer**, tener el diagnóstico de embarazo de riesgo y vivir en condiciones de vulnerabilidad social

- ✓ **Aceptar participar en la investigación** tras haberle explicado los objetivos de la misma y la manera en que ella participará. Mediante consentimiento verbal o escrito.

### 2.1.2 *Métodos y técnicas*

Esta investigación requirió de métodos que permitieran una estrecha relación con las mujeres que viven la experiencia del embarazo en condiciones adversas, para recabar sus experiencias y percepciones acerca de la problemática abordada, considerando el entramado sociocultural del lugar donde residen, motivo por el cual se hizo el abordaje desde el enfoque de la metodología cualitativa, pues ésta parte del supuesto que para interpretar el mundo necesitamos considerar los *contextos*, los cuales implican tomar en cuenta la historia, la política, los usos de lenguaje y los participantes en un acontecimiento particular (Lankshear y Knobel, 2000).

A partir del enfoque cualitativo y su particular manera de encarar el mundo empírico se buscó obtener datos descriptivos: *“las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”* (Taylor y Bogdan, 1986:20), para ello se eligieron dos técnicas para la recolección de datos (o herramientas del investigador) y acceder a los sujetos de estudio en su mundo social, (Fica, 2002) estas fueron: “la observación participante y la entrevista semiestructurada”- propias de la metodología cualitativa-. A continuación se hará referencia a su utilidad.

- *La observación participante*, definida por Marshall y Rossman (1989) como *“la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”* (p.79), permitió el acercamiento al campo e interactuar con los sujetos de estudio, en este caso: las mujeres embarazadas; conocer sus modos de vida, su cosmovisión y sobre todo ayudó a establecer una relación de confianza con ellas y sus familias. Los detalles, conjeturas y reflexiones de esta experiencia se rescataron en el **diario de campo**, recabando información que fue útil para dar sentido y contextualizar las narrativas de cada mujer.



- *La entrevista semi-estructurada* fue útil para adentrarse al fenómeno de interés por medio de la conversación con “*el otro*” sobre los aspectos de su vida cotidiana, enfocando -para este estudio- en lo relacionado a las experiencias y vivencias del embarazo, la trayectoria reproductiva, creencias y saberes de su contexto, encontrando así significados que existen al respecto y que son endosados a sus prácticas (Taylor y Bogdan, 1986). Esta técnica de recolección de datos proporciona varias ventajas pues su estilo -especialmente abierto- permite la obtención de una gran riqueza informativa (intensiva, de carácter holístico o contextualizada), en las palabras y enfoques de los entrevistados; asimismo, proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o de encuesta (Valles, 1997). Se determina de antemano cuál es la información relevante que se requiere conseguir, se hace uso de una guía para llevar a cabo la entrevista, la cual sirve para tener en cuenta los temas que son relevantes y por tanto, sobre los que se tiene que indagar; no es necesario mantener un orden en el desarrollo de la entrevista, pues son los discursos de los entrevistados los que van dirigiendo la conversación, permite ir entrelazando temas; por ello es importante tener una actitud de escucha (Peláez, Rodríguez J, Ramírez S, Pérez I, Vázquez A y González I, 2008 y Munarriz, 2004).

El uso articulado de estas técnicas permitió recabar información a partir de las narraciones y la observación de prácticas de ambos grupos de mujeres dando cuenta de la dimensión subjetiva del embarazo y sus percepciones del riesgo durante el evento reproductivo.

### ***2.1.3 Instrumentos de recolección de datos***

En este apartado se mencionan aquellos instrumentos y estrategias que se utilizaron para la obtención, registro y organización de los datos recabados para esta investigación.

Respecto a la obtención de antecedentes acerca del problema de investigación se recurrió a:

- ✚ **Revisión de Bases de Datos Especializadas:** Generalmente en Internet, que permitieron el acceso a investigaciones de reciente publicación (Libros, Artículos, Tesis) con respeto a la problemática de estudio.
- ✚ **Revisión de información recabada en trabajo de campo de investigación previa en Cuetzalan, Puebla:** Como se mencionó al inicio, esta investigación se derivó de un proyecto macro surgido en el Instituto Nacional de Perinatología en la Ciudad de México titulado “Propuesta de un modelo sociocultural para prevenir muertes maternas” y llevado a cabo en el municipio de Cuetzalan, Puebla. Dado que formo parte del equipo de trabajo, me fueron otorgadas las facilidades para hacer una revisión de las entrevistas y encuestas realizadas a mujeres embarazadas residentes de este municipio para el enriquecimiento de esta investigación.

Durante el trabajo de campo se utilizaron los siguientes instrumentos para recabar los datos:

- ✚ **Ficha de identificación:** Esta ficha individual permitió agrupar los datos personales de cada una de las mujeres que participaron en el estudio tales como: nombre, edad, religión, estado civil, último grado de estudios, ocupación; también se recuperaron algunos datos de la pareja; así como la situación en la que viven al recabar algunos datos de carácter socioeconómico (Anexo 1).
- ✚ **Ficha de trayectoria reproductiva:** Ayudó a puntualizar -en cada caso- el número de embarazos de la mujer participante, la resolución de los mismos, hijos vivos y muertos, hijos que murieron antes de nacer y/o abortos; edad del primer embarazo, deseo del embarazo, uso de anticoncepción, complicaciones durante el embarazo y si se identifican síntomas o malestares durante el embarazo que pudieran llegar a complicarlo. Asimismo la información sobre la atención médica que reciben durante el embarazo, de carácter institucional o local (parteras) (Anexo 1).
- ✚ **Guión de entrevista:** Permitió tener por escrito los temas de interés que habrían de tocarse durante las entrevistas con las mujeres; con el propósito de no perderlos de

vista; asimismo, contenía algunas preguntas de apoyo para facilitar la conversación (Anexo 2).

Los temas que se retomaron fueron los siguientes:

1. *Procreación*: en el cual se indagó acerca de los significados de tener hijos, cuántos y cuándo, todo ello de manera particular, así como de manera general indagando acerca de las expectativas reproductivas para las mujeres en el contexto donde residen.
2. *Maternidad*: Se buscó conocer los significados acerca de “ser madre”, significados del embarazo, la planeación y deseo del embarazo y los sentimientos que les provoca saberse embarazadas, considerando el momento en el que se presentó el actual embarazo.
3. *Embarazo y riesgos*: Permitió explorar las experiencias con embarazos previos – si fuere el caso- y las experiencias del embarazo actual, en las que se puedan identificar sus percepciones acerca de situaciones que pudieran complicar o poner en peligro la vida de la mujer y/o el bebé durante la gestación.
4. *Contexto*: Se realizaron preguntas que permitieran recabar información acerca de las situaciones que pudiesen complicar la salud de las mujeres durante el embarazo considerando su contexto particular, no sólo en términos geográficos, sino que también en cuestiones culturales y sociales. Asimismo, se exploraron las percepciones acerca del embarazo con diagnóstico de riesgo elevado, quién hace el diagnóstico y por qué y si las mujeres en realidad vivían-percibían ese riesgo y de qué manera ello permeaba su experiencia durante la gestación.
5. *Embarazo actual y cuidado*: exploró los cuidados que las mujeres realizan para no tener complicaciones durante el embarazo, se indagó también la presencia de redes de apoyo –la familia, principalmente- quienes también ayudan en el cuidado.
6. *Servicios de Salud*: permitió conocer las características de los servicios de salud a los que las mujeres acuden para cuidar su embarazo, rescatando un amplio panorama acerca de tipos de servicios, la calidad de atención y su contribución en la atención de complicaciones de las mujeres gestantes.

✚ **Diario de campo:** Tuvo varios propósitos; por una parte, permitió tener un bosquejo de los temas que se tocaron en cada sesión de entrevista; asimismo también cumplió la función de recabar datos obtenidos de la observación participante (temas, interpretaciones, intuiciones, conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice); y por otra, llevar un registro de las conversaciones con las informantes fuera de la situación de entrevista así como de personas clave que enriquecieron esta investigación

## 2.2 Trabajo de campo: acercamiento a las informantes y condiciones de acceso<sup>4</sup>

El trabajo de campo estuvo organizado en dos momentos; por un lado, fue el acercamiento a las mujeres embarazadas de la Zona Rural- Indígena en la Sierra Norte de Puebla en el municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla y por otro, el acercamiento a las embarazadas de la Zona Urbano-Marginal en la Ciudad de México.

A continuación se detalla el proceder en cada uno de estos lugares:

### ❖ **Mujeres embarazadas de la Zona Rural-Indígena: la Sierra Norte de Puebla, Municipio de Cuetzalan del Progreso.**

Los periodos de recolección de datos fueron del 11 al 25 de agosto del 2012 y del 09 al 24 de Marzo del 2013.

Es importante destacar que la realización del trabajo de campo para esta investigación se llevó a cabo a la par del proyecto del INPer antes mencionado, por lo cual, me ajusté a las localidades que en ese momento permitieron el acceso a la población.

---

<sup>4</sup> Agradezco a la Enfermera y Médica encargadas de la Unidad Médica Rural de la localidad de Tepetitán, JA (Junta Auxiliar) Reyeshogpan, a la Médica del Centro de salud de la JA de San Miguel Tzinacapan, al Promotor de Salud del Centro de Salud de la JA de Santiago Yancuictlalpan y a la Sra. Rocío Santiago residente de la cabecera municipal de Cuetzalan, por el apoyo brindado para la identificación de mujeres embarazadas en sus respectivas localidades. Asimismo, mi agradecimiento a la Lic. Norma Ortega Tenorio, Jefa del Dpto. de Trabajo Social del INPer por las facilidades otorgadas para el reclutamiento de las informantes para esta investigación y al personal del Archivo Clínico del INPer por su disposición para facilitarme la revisión de los expedientes de las mujeres.

Inicialmente se pensó invitar a mujeres embarazadas únicamente residentes de la Cabecera Municipal; sin embargo, ya en el lugar se buscó la oportunidad de conocer algunas de las Juntas Auxiliares pertenecientes a Cuetzalan, pues la cabecera se ha poblado recientemente por personas mestizas y la población indígena ha sido desplazada, ello debido a que la zona está considerada como “Pueblo Mágico” y se ha convertido en un centro turístico para muchas personas del país y del extranjero.

El acercamiento a las mujeres embarazadas se hizo, en primera instancia, apoyándonos en los Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales de algunas Juntas Auxiliares donde acuden constantemente mujeres a llevar su control prenatal y ahí mismo eran invitadas a participar y también porque en estos servicios de primer nivel llevan un registro de las mujeres que se encuentran embarazadas y se nos proporcionaban los domicilios para visitarlas en sus casas; teniendo como respaldo, para dar confianza a la población, el personal de salud quienes apoyaron en todo momento el proyecto.

Así pues, se recorrieron distintas Juntas Auxiliares y sus localidades del municipio de Cuetzalan, donde predomina la población indígena nahua y donde se conservan en gran medida los usos y costumbres de la región, en lo artístico, religioso, artesanal, así como en la medicina tradicional. Se consideraron para esta investigación las Juntas Auxiliares de Reyeshogpan de Hidalgo, Santiago Yancuictlalpan y San Miguel Tzinacapan.

*Se encuestaron y entrevistaron seis mujeres embarazadas: tres de ellas de la Junta Auxiliar de Reyeshogpan, una de la Junta Auxiliar de San Miguel Tzinacapan, una de la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlalpan y una mujer en la Cabecera Municipal de Cuetzalan.*

En las Juntas Auxiliares, el contacto fue a través de los Centros de Salud y/o Unidades Médicas Rurales, tres mujeres fueron entrevistadas en su casa y dos saliendo de su consulta en el primer nivel de atención; con respecto a la mujer embarazada de la Cabecera Municipal se contactó a partir de la técnica “bola de nieve” que consiste en “*localizar algunos individuos típicos* (en este caso mujeres embarazadas o personas clave), *los cuales conducen a otros y así sucesivamente (...).* Es apropiada para la investigación cualitativa y estudios de casos” (Labarca, 2007:82). En este caso, una persona de la comunidad nos

presentó a su sobrina que está embarazada y aceptó participar en esta investigación. Cabe destacar que todas hablaban español (cinco también hablan náhuatl), lo que facilitó la comunicación

Tener el respaldo de los encargados de los Centros Salud y Unidades Médicas Rurales ayudó en gran medida para ser aceptada como observadora en las localidades y sobre todo para contar con la disposición de las mujeres embarazadas en esta investigación.

### ❖ **Mujeres embarazadas de la Zona Urbano-Marginal: Ciudad de México y Zona Metropolitana**

El segundo momento de trabajo de campo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología, en la Ciudad de México. El periodo de trabajo de campo en dicho Instituto fue de Octubre del 2012 a Enero del 2013, se contó con seis mujeres embarazadas que aceptaron participar. La manera en que se hizo el acercamiento con ellas fue a través del departamento de Trabajo Social de esta Institución quienes me facilitaron datos de mujeres embarazadas que se encontraban en el nivel socioeconómico más bajo y/o con características de vulnerabilidad social importantes, que se atendían en esta Institución; posteriormente se realizó la revisión de cada uno de los expedientes clínicos y se seleccionaron los que se consideraron más pertinentes para la investigación, ello dependió de las semanas de gestación de las mujeres pues algunas ya se encontraban al final del embarazo, lo cual redujo los tiempos disponibles para la entrevista.

Se realizó la invitación vía telefónica para participar en el estudio. Sin embargo, algunos de los teléfonos se encontraban suspendidos o eran incorrectos, en otras ocasiones el número telefónico que las mujeres proporcionaban era de algún vecino y era exclusivamente para dejar recados. Luego de acordar citas en ocasiones las mujeres no llegaban, eso fue muy común al principio razón por la cual el periodo de realización de entrevistas se prolongó; otra de las técnicas usadas para invitar a las mujeres fue ir directamente a la sala de espera e invitarlas personalmente, técnica que no funcionó como se pensaba pues la mayoría de

las pacientes están de prisa, ya sea porque viven lejos, tienen otros hijos, tienen que regresar al trabajo o simplemente porque “ya estuvieron mucho tiempo en el Instituto y están cansadas” y sólo se pudo contactar una mujer por esta vía debido a que tenía que esperar dos horas para pasar a su segunda consulta del día.

Durante el acercamiento con las mujeres, tanto del grupo de Cuetzalan como las del INPer, ninguna -tras conocer los objetivos del proyecto- rechazó participar, reconocieron la importancia del mismo y con gusto y desinteresadamente compartieron su tiempo y experiencia.

### **2.3 Procesamiento y análisis de los datos de campo**

Para llevar a cabo el procesamiento y organización de la información recabada durante el trabajo de campo, fue necesario hacer una distinción considerando el instrumento que se utilizó para recabar el dato así como la naturaleza del mismo.

En este sentido, tanto la Ficha de Identificación como la Ficha de Trayectoria Reproductiva, permitieron obtener datos concretos de cada uno de los casos abordados, a partir de los cuales, fue necesario hacer una base de datos a la que posteriormente se le realizó un análisis cuantitativo de tipo descriptivo. Mientras que, derivado de las entrevistas semiestructuradas, los datos obtenidos son las narrativas de las mujeres acerca de su percepción y experiencia respecto al riesgo durante el embarazo; para este tipo de datos, fue necesaria la transcripción de las entrevistas para manejar datos textuales, posteriormente se llevó a cabo un análisis cualitativo.

#### **2.3.1 *Análisis descriptivo de variables cuantitativas***

En cuanto a los datos recabados a partir de la aplicación de la ficha de identificación y la ficha de trayectoria reproductiva se llevó a cabo un análisis de tipo descriptivo.

La organización de dicha información se realizó a través de la construcción de una base de datos utilizando el programa Excel 2013; se retomaron datos tales como: la edad, lugar de residencia, ocupación, estado civil, escolaridad, entre otros; así como aquellos datos que permitieron tener un panorama acerca de la trayectoria reproductiva de cada mujer embarazada participante: número de hijos, sus edades, complicaciones en embarazos previos, complicaciones en embarazo actual, servicio de salud donde recibe atención para su embarazo.

Tener esta información permitió describir los perfiles de cada uno de los grupos de mujeres que participaron en esta investigación.

### **2.3.2 Análisis cualitativo: Estudio de Casos**

El estudio de casos es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado para comprender en profundidad la realidad social. Esta investigación retomó la experiencia de 12 mujeres embarazadas, donde cada una vive de manera individual su embarazo, tienen una historia de vida propia, una trayectoria reproductiva particular, se relacionan socialmente de manera diversa (en el aspecto laboral, económico, familiar); sin embargo, la característica que las hace parte de un grupo es el contexto geográfico donde viven y las características socioculturales de este contexto.

Robert Stake (1998) señala que los estudios de casos pueden clasificarse a partir de diferentes criterios; en cuanto al objetivo fundamental, el autor identifica tres modalidades: *El estudio intrínseco de casos* en el que su propósito es alcanzar la mayor comprensión del caso en “sí mismo”, no se busca generar ninguna teoría ni generalizar los datos. La segunda modalidad es *el estudio instrumental de casos*, que se propone analizar para tener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico, el caso hace la función de instrumento para conseguir otros fines indagatorios. La tercera modalidad es *el estudio colectivo de casos*, este se centra principalmente en indagar un fenómeno, una población o condición general a partir del estudio “intensivo” de varios casos. En esta modalidad, quien investiga elige varios casos de situaciones de un mismo contexto, se busca maximizar diferencias que permitan aflorar las dimensiones del problema de forma clara.



Angulo y cols. (Grupo LACE, 2013) precisan que independientemente de la modalidad que se retome, es importante tener en cuenta que el caso o los casos que estudiemos no son casos representativos de una totalidad ni tampoco se trata de hacer una generalización. El interés de este enfoque reside, precisamente, en comprender e interpretar el caso desde su singularidad. Interesan los casos porque son únicos y particulares, y no porque pueden corresponderse con otros posibles casos. Cada caso habla de la realidad objeto de estudio desde su aporte idiosincrático. Con ello estamos diciendo que “todo estudio de caso definido y seleccionado es, cierta medida, una invención creada, en última instancia, por la persona que investiga” (CARE, 1994, Citado por Grupo LACE, 2013).

Desde esta perspectiva, esta investigación retoma el enfoque del *estudio colectivo de casos* en el que durante el proceso de análisis (considerando que el proceso de análisis no tiene un momento específico, sino que va surgiendo en la medida en que se está en contacto con el dato) se buscó lograr una comprensión e interpretación de cada uno de los casos elegidos, para posteriormente hacer una lectura del objeto de estudio tomando en cuenta experiencias personales y experiencias compartidas, dentro de un mismo grupo o entre integrantes de ambos grupos de mujeres.

Para lograr lo antes mencionado, se llevó a cabo un manejo cauteloso de las narrativas obtenidas a través de las entrevistas en profundidad; para ello, se hizo la transcripción total de las entrevistas que permitió a su vez manejar el dato de manera textual. Luego del proceso de transcripción, se siguieron las recomendaciones que plantean Taylor y Bogdan (1986) para el análisis cualitativo centrándome en la búsqueda de temas, sentidos y significados mediante la segmentación de entrevistas a partir de la codificación y la construcción de categorías (Anexo 3) que guiaron la comprensión e interpretación de las percepciones de los riesgos durante el embarazo. En este proceso de sistematización y organización de las narrativas hice uso del Software *Atlas-ti V. 6*<sup>5</sup> que fue de utilidad para la organización y manejo de los datos.

---

<sup>5</sup> “El software Atlas-Ti es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales. Puesto que su foco de atención es el análisis cualitativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar al intérprete humano agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la

Asimismo, se retomaron las notas de campo que fueron registradas durante el proceso de recolección de datos, derivadas de la observación participante, charlas antes y después de las entrevistas, y charlas informales con otros actores, a las que se les dio el mismo trato.

Se hizo uso del guion de entrevista para encaminar el proceso de codificación, pues ello permitió agrupar categorías de análisis por temas abordados y desprender códigos que dieran sentido a esas categorías, asimismo, se consideraron datos emergentes que -aunque de inicio no se tenían contemplados- surgieron como datos valiosos para la lectura del fenómeno de estudio.

Finalmente, hice una comparación de los casos agrupándolos a las mujeres de acuerdo a su lugar de residencia y por temas, con el propósito de mostrar particularidades, diferencias y similitudes entre ambos grupos de mujeres embarazadas.

## 2.4 Consideraciones éticas

Es fundamental hacer una reflexión sobre este aspecto de la investigación puesto que como se trabajó directamente con personas, resulta importante tener claridad de la postura ética que se tiene en ese acercamiento con los informantes y su contexto sociocultural.

Hablar sobre el embarazo no siempre resulta sencillo, y más cuando la historia de vida que hay de tras no es siempre la más grata; así pues, para algunas mujeres, especialmente las de la población indígena, suelen ser reservadas para platicar sobre este aspecto que sin duda atraviesa un tema muy íntimo como lo es la sexualidad; es por ello que se hizo entrega de una carta de consentimiento informado (Anexo 4) en la que se especificó los objetivos del proyecto y las condiciones de su participación (anónima y con utilización de un seudónimo, confidencial y con todo el derecho de responder o no las preguntas y/o retirarse en el momento que ellas desearan), asimismo se informaba cómo se llevaría la dinámica de la sesión (A solas y sin intervención de más personas, duración de la entrevista y grabación de la misma), y finalmente el uso que se le daría a la información recabada; así también, se

---

interpretación, por ejemplo, la segmentación del texto en pasajes o citas, la codificación o la escritura de comentarios y anotaciones". Todo ello apegado a la Teoría Fundamentada. (Muñoz, 2003:2).

explicaron cada uno de los instrumentos de investigación, los temas que se tocarían en la sesión; cada una de estas cartas se leyeron en voz alta, preguntando acerca de la comprensión de misma, dudas o inconvenientes que pudieran tener al respecto, y finalmente firmando de manera voluntaria aceptando la participación en el proyecto.

### **3. EXPERIENCIAS DE VIVIR UN EMBARAZO EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIOCULTURAL**

Este capítulo tiene como propósito presentar los hallazgos de investigación obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a mujeres gestantes tanto de la Zona Rural-Indígena; como a mujeres que radican en la Zona Urbano-Marginal de la Ciudad de México y área metropolitana. Estos datos reflejan las experiencias de cada una de estas mujeres al vivir un embarazo en contextos y situaciones vulnerables. Se describirán en primer lugar, los contextos sociodemográficos en los que se llevó a cabo la investigación, habrá una breve reseña por caso de cada una de las informantes, se retomará también el acceso y utilización de los servicios de salud institucional y local; todo ello -de manera general- permitirá conocer los escenarios en los que se embarazaron estas mujeres, así pues, en particular con cada una de ellas se exploró su historia de vida, su trayectoria reproductiva, su estado de salud antes y durante el embarazo, las creencias, saberes y significados que se le otorgan al embarazo, la percepción del riesgo durante la gestación.

#### **3.1 Mujeres del municipio de Cuetzalan, Puebla**

En el siguiente apartado, se expondrá una descripción de la Zona Rural-Indígena donde se llevó a cabo la primera parte del estudio: “Municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla, específicamente en tres de sus Juntas Auxiliares y la Cabecera Municipal”.

##### ***3.1.1 Contexto Sociodemográfico de la región***

La región de la Sierra Norte de Puebla se extiende en los estados de Puebla, Veracruz e Hidalgo (Maldonado y Terven, 2008) ocupa el norte del territorio de Puebla de donde toma su nombre. Tiene una Longitud aproximada de 100 kilómetros, con anchuras de hasta 50 kilómetros, comprende 65 municipios ubicados geográficamente en una cadena montañosa que constituye el extremo sur de la Sierra Madre Oriental de México. Es una zona predominantemente rural, con una importante presencia indígena que para Puebla representa el 49.9 % respecto a la población total (Sierra, 2004 y Arredondo, 2009).

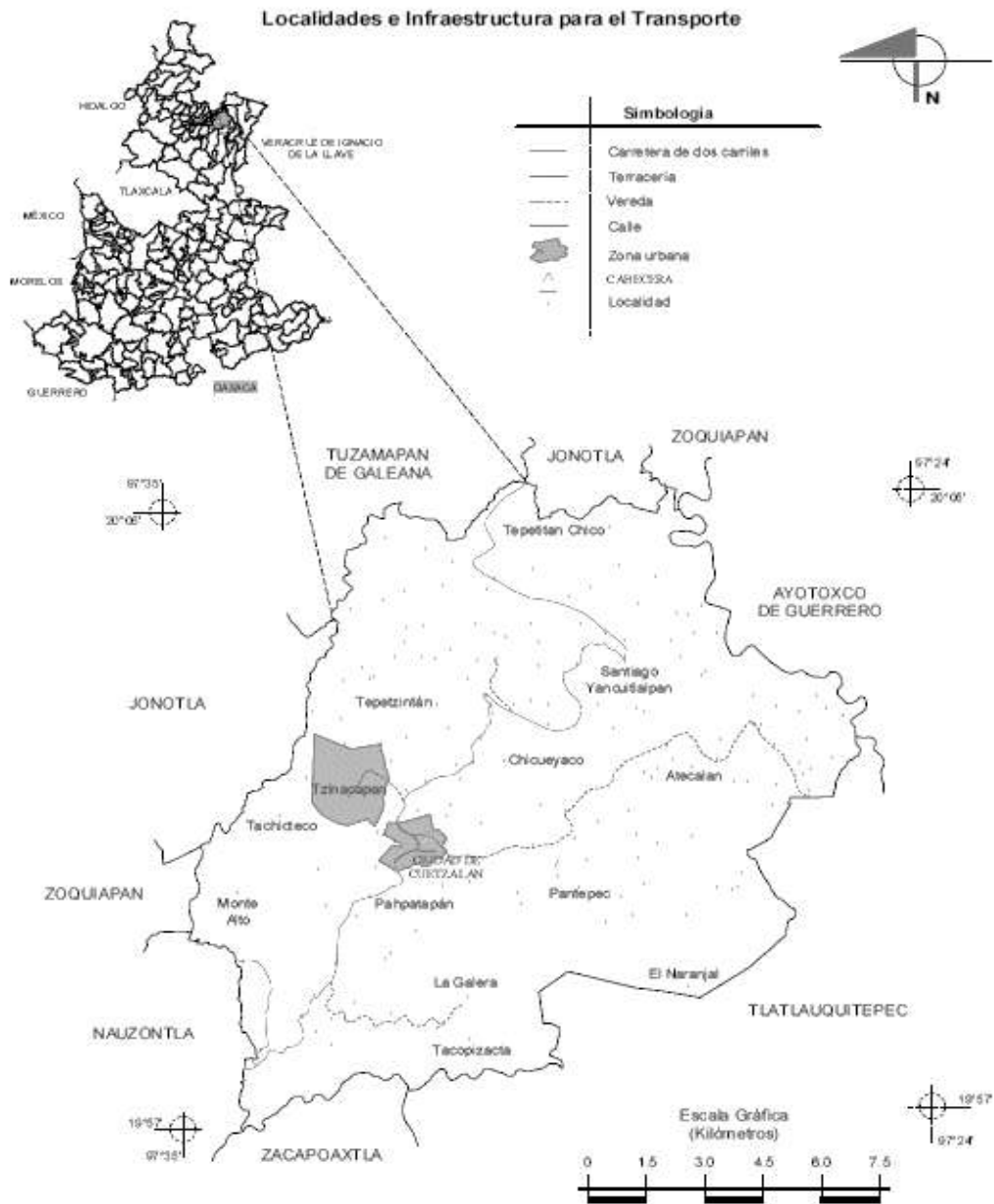
Los principales grupos etnolingüísticos que la habitan son el Náhua, el Totonaco y el Otomí; siendo el primero de ellos el más numeroso por la cantidad de personas (54%) y comunidades que lo integran, así como por la extensión del territorio que ocupa en la región (Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte de Puebla, 2008, Sierra, 2004, Maldonado y Terven, 2008).

La especificidad lingüística representa para las y los indígenas una barrera frente a las instituciones, el porcentaje de personas que no hablan español es relativamente alto: a partir de datos del INEGI en el año 2000, el 76% de la población de la zona de habla indígena habla también español, mientras que los demás 23.2% sólo hablan una lengua indígena (15% de los hombres y 31.4% de las mujeres) (Degante, Cano y Zánchez, 2008).

El municipio de Cuetzalan del Progreso es uno de los 65 municipios que conforman la Sierra Norte de Puebla, ha sido considerado desde el año 2002 (Sánchez: s/f), como un “Pueblo Mágico”, el grupo étnico mayoritario es el nahua (Montaner, 2009); es un lugar donde reina la belleza de la naturaleza, donde se conservan tradiciones ancestrales en cuanto a fiestas, danzas, vestimenta, medicina, actividades económicas. Es un municipio donde parece haberse detenido el tiempo, y debido a la lejanía con la Ciudad de Puebla el acceso a algunos servicios principalmente “los de salud” es complicado.

A nivel administrativo, el municipio de Cuetzalan está conformado por 8 juntas auxiliares las cuales son:

- ❖ San Andrés Tzicuilan
- ❖ San Miguel Tzinacapan
- ❖ Santiago Yancuictlalpan
- ❖ Xiloxochico
- ❖ Reyeshogpan de Hidalgo
- ❖ Xocoyolo
- ❖ Zacatipan
- ❖ Yohualichan



Fuente: INEGI, Marco Geográfico Municipal 2005, versión 3.1.  
 INEGI, Información Topográfica Digital Escala 1:250 000 serie III.

Ilustración 1 "Localización de Cuetzalan del Progreso Puebla"

Cada una de estas Juntas Auxiliares cuenta con sus respectivas localidades, comunidades y rancherías así como la figura de un Presidente Auxiliar Municipal que es un cargo de elección popular (Sierra, 2004).

Para esta investigación -en particular- se retomó población tanto de la cabecera municipal de Cuetzalan así como de tres de sus Juntas Auxiliares Reyeshogpan de Hidalgo, Santiago Yancuictlalpan y San Miguel Tzinacapan que durante el momento de trabajo de campo permitieron el acceso.

A continuación se describen:

- Cabecera Municipal: Cuetzalan del Progreso

Su actividad económica principal es el cultivo de café y recientemente el turismo, debido a que el municipio ha sido considerado como Pueblo Mágico desde el año 2002, razón por la cual ha contado con la afluencia de turistas del país y del extranjero. Su distancia a la Capital del Estado de Puebla es aproximadamente de 206 kilómetros de carretera. Tiene una población aproximada de 5,957 habitantes (hasta el año 2010) (SEDESOL: 2013). La mayoría de las embarazadas de la Cabecera Municipal acuden al Hospital General de Cuetzalan para recibir atención durante su embarazo, generalmente ellas y las demás embarazadas de las diferentes juntas auxiliares van a dar a luz a ese lugar, debido que en sus localidades de origen los servicios de primer nivel de atención brindados por Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales son limitados, pues en ocasiones el personal médico es insuficiente, es decir, no es proporcional a la demanda de la población, tienen horarios limitados sólo al turno matutino, y la infraestructura en muchas ocasiones no está suficientemente equipada para la atención de partos.

- Junta Auxiliar “San Miguel Tzinacapan”

San Miguel Tzinacapan es una Junta Auxiliar ubicada a unos 20 minutos aproximadamente de la Cabecera Municipal de Cuetzalan, cuenta con servicio de transporte público que llega al centro de la comunidad, justo donde está ubicada la

iglesia. Tiene una distancia aproximada a la cabecera municipal de 4 kilómetros de pavimento. El número aproximado de habitantes al año 2010 es de 2,939 (SEDESOL, 2013). La localidad preserva una de las más importantes tradiciones dancísticas de Puebla. Respecto a sus actividades económicas, la mayoría de la población se dedica a la agricultura, principalmente al cultivo del maíz y el café; aunado a esta actividad, los Tzinacapenses elaboran y venden artesanías como servilleteros, bordados, huacales, tortilleros, entre otras y también se reúnen para bailar y conservar las tradiciones ancestrales (Cordero, 2010). De acuerdo a la observación realizada en cada Junta Auxiliar, el centro de salud de Tzinacapan presta sus servicios en un horario de 8:00 hrs a 16:00 hrs, los recursos humanos con los que cuenta son: una médica pasante, tres enfermeras y una encargada de farmacia; los servicios que presta son: atención y prevención de enfermedades, entrega de medicamentos, vacunación y control prenatal, este último a su vez consiste en vacunación durante la gestación, entrega de suplementos como ácido fólico y fumarato ferroso y referencia al Hospital General de Cuetzalan.

- Junta Auxiliar “Reyeshogpan de Hidalgo”

La Junta Auxiliar Reyeshogpan está ubicada aproximadamente a unos 45 minutos de la cabecera municipal de Cuetzalan; una distancia aproximada de 14 kilómetros pavimentados, su actividad económica preponderante es la Agricultura, tiene una población aproximada de 1,309 habitantes (dato correspondiente al año 2010) (SEDESOL: 2013). La Unidad Médica Rural IMSS perteneciente a esta Junta Auxiliar está ubicada en la localidad de Tepetita y el acceso a este lugar en transporte público es por medio de camionetas o combis los cuales sólo pasan a orilla de carretera y los habitantes deben caminar unos 5 minutos para llegar al centro de salud.

Es una de las juntas auxiliares que cuenta con un nivel de muy alta marginación, debido a los bajos recursos de sus habitantes, la lejanía de la cabecera municipal, poco acceso a los servicios básicos, etcétera: en este escenario, las condiciones de vulnerabilidad para las mujeres embarazadas se magnifican. La Unidad Médica Rural es muy pequeña y la



demanda por parte de la población en general es mayor. El horario de atención es de las 8:00hrs a las 16:00 hrs. El personal de salud se reduce a una Médica, una enfermera que tiene más de 20 años de servicio en este lugar y una enfermera auxiliar. Los servicios que otorga son: atención y prevención de enfermedades, entrega de medicamentos, vacunación y control prenatal que consiste en entrega de suplementos y referencia al Hospital General de Cuetzalan. En esta Junta Auxiliar se notó la presencia y ayuda de al menos una auxiliar de salud, quien es una partera (que actualmente no ejerce) a quien se le ha delegado el compromiso de detectar nuevas embarazadas dentro de la zona, visitarlas, aconsejarlas de ir al médico para sus revisiones y en el mejor de los casos tienen responsabilidad de acompañarlas.

- Junta Auxiliar “Santiago Yancuictlalpan”

La localidad de Santiago Yancuictlalpan está ubicada a unos 30 minutos de la cabecera municipal de Cuetzalan, su actividad laboral preponderante es la Agricultura. El número aproximado de habitantes es de 1,010 personas. Tiene una distancia aproximada a la cabecera municipal de 12 kilómetros de pavimento. Se puede llegar a la comunidad a través de transporte público ubicado en la cabecera municipal, cabe destacar que tanto las combis como las camionetas de transporte público no hacen base en Santiago Yancuictlalpan, sino que atraviesan la calle principal de esta localidad para dirigirse a otras localidades como Tepetitán y Rayón. En general, esta junta tiene un nivel bajo de marginación; sin embargo, algunas de las localidades que pertenecen a esta junta tienen un grado muy alto de marginación (como el caso de las localidades de Cuamayta, Cuaautapanaloyán, Limonco, entre otras). Cuenta con un Centro de Salud ubicado en el centro de la localidad, muy cerca de la iglesia.

Este Centro de Salud se encarga de atender a personas de 8 de las localidades que se rigen en la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlalpan y las demás comunidades se atienden en caravanas de salud o unidades móviles que llegan hasta las localidades “debido a su lejanía”. De las Juntas Auxiliares en las que se trabajó, Yancuictlalpan tiene el centro de salud mejor equipado en cuanto a infraestructura como en personal. Respecto al personal

cuenta con un médico general, una médica general, un médico pasante, un odontólogo, un promotor de salud, tres enfermeras, un encargado de farmacia y un encargado de intendencia; los servicios que proporciona son: atención y prevención de enfermedades, entrega de medicamentos, servicio odontológico, vacunación y control prenatal que consiste en consultas, entrega de suplementos, referencia al Hospital General, afiliación al seguro popular, pláticas sobre cuidados y signos de alarma durante el embarazo. Cabe destacar que el promotor de salud constantemente hace visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas para que acudan a recibir su control prenatal. El horario de atención es de las 8:00hrs a las 16:00hrs.

Cabe mencionar que las características de los lugares antes mencionados corresponden al periodo en que fue hecha la investigación y que al momento de la presentación de este trabajo pudieron cambiar dichas condiciones.

### ***3.1.2 Contexto de servicios de salud en la zona***

Este apartado pretende contextualizar las condiciones del acceso que tienen las mujeres de la Sierra Norte de Puebla a los servicios de salud –Institucional y/o Local- tomando en cuenta: cercanía, costos, oportunidad para recibir atención, calidad, entre otros aspectos.

Los Servicios de salud presentes en la Sierra Norte de Puebla nos permite evidenciar lo que sucede en zonas de alta vulnerabilidad en nuestro país; no está por demás recordar que el Municipio de Cuetzalan es un lugar donde la mayoría de la población es indígena, que viven problemáticas importantes de pobreza, poco acceso a la educación, con empleos mal remunerados; en síntesis, es una población que se encuentra imbricada dentro una red de relaciones inequitativas y de desigualdad social.

La oferta de Servicios de salud en este lugar está caracterizado por dos tipos principalmente: en primer lugar, los servicios Institucionales proporcionados por el Estado y prestados por la Secretaría de Salud, el ISSSTE y el IMSS; en segundo lugar, los servicios de tipo Local, brindados por médicos tradicionales, curanderos, hueseros,

parteras; es decir, por personas que son parte de la comunidad que comparten sus mismas creencias y saberes.

A continuación se detalla a profundidad las características de los servicios.

- Servicios Institucionales

El elemento visible de la existencia de este tipo de servicios son las instalaciones de los Centros de Salud<sup>6</sup> y Unidades Médicas Rurales<sup>7</sup>; en cada una de las Juntas Auxiliares del municipio de Cuetzalan se cuenta con alguno; estos se encargan de brindar *servicios gratuitos*; por una parte, dentro del programa del Seguro Popular en el caso de los Centros de Salud -al cual están afiliados la mayoría de los habitantes-:

*“El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las*

---

<sup>6</sup> Según la SSA, los centros de salud se ubican en localidades con población de responsabilidad de 3000 influencia se encuentra en un radio de 15 km. Y el tiempo de traslado por los medios habituales de transporte debe ser no más de una hora. El centro de salud lleva el control y seguimiento de mujeres embarazadas y cuando se detectan embarazos de alto riesgo se canalizan a la unidad más cercana que cuente con los elementos para su correcta atención (López, 2013).

<sup>7</sup> El servicio de Atención Médica en Unidades Médicas Rurales del programa IMSS-Oportunidades (Hoy en día IMSS- Prospera) tienen como objetivo contribuir a garantizar el derecho a la salud de los mexicanos sin seguridad social que habitan en condiciones de marginación en las entidades cubiertas por el Programa, a fin de mejorar acceso a servicios de salud, desarrollar acciones preventivas, promoción y educación a la salud, atención médica de calidad y promover participación comunitaria en iniciativas para autocuidado de salud y mejora de la salud pública. La población objetivo del Programa forma parte del Sistema de Protección Social en Salud. Son aquellas personas no cubiertas por ningún sistema de seguridad social, en su mayoría residentes de localidades de alta y muy alta marginación, en las que está presente el Programa IMSS-Prospera. Los servicios son abiertos a la población dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención; es decir, cualquier persona recibe la prestación del servicio en forma completamente gratuita. Para ello, se solicita únicamente la inscripción al Padrón de Beneficiarios mediante la entrega de los siguientes documentos: CURP y el comprobante de domicilio (IMSS, 2013).

*necesidades de salud. [...] Fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, a través de la consolidación de recursos provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiera. [...] Es coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS), con el apoyo de los servicios Estatales de Salud” (Secretaría de Salud, 2014).*

Una de las prioridades del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en materia de afiliación, es “asegurar el acceso efectivo a la salud a los grupos vulnerables”, en apego a lo establecido en el artículo 36 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2013, en el cual se menciona que el SPSS debe dirigir sus acciones prioritariamente a niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

“El programa Embarazo Saludable surgió en el año 2008 como una estrategia de afiliación enfocada a reducir la mortalidad materna e infantil, asegurando la incorporación al SPSS de las mujeres embarazadas para tener acceso inmediato a los servicios de salud “(Secretaría de salud, 2014)

Por otra, mediante el programa Oportunidades (hoy en día llamado Prospera), el cual además de dar un apoyo económico a las familias que comprueben vivir en situación de pobreza extrema, también les otorga el servicio médico gratuito para toda la familia, quienes deberán acudir mes con mes a consulta, asistir a pláticas de temas diversos, hacer algunas actividades como limpieza en las escuelas, etcétera; lo anterior condiciona el apoyo económico brindado por este programa.

*“En las últimas décadas la política social ha tenido expresiones concretas en la instrumentación de programas asistencialistas focalizados para el combate de la pobreza extrema, [...] basados en el*

*apoyo a grupos marginados, con mínimos de bienestar, y su finalidad es compensar las desigualdades que la organización social y económica ha generado. En el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se parte de la homogenización de su población objetivo, pues se identifica a los beneficiarios potenciales únicamente a través del índice de marginalidad, suponiendo que éstos dejarán de ser pobres extremos al cubrir sus necesidades básicas de educación, salud y alimentación. Los beneficios del programa se otorgan preferentemente a quienes demuestran la condición de ser extremadamente pobres” (Vázquez, 2009:2). “La atención a la salud se proporciona a las y los integrantes de la familia beneficiaria mediante las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) con base en las Cartillas Nacionales de Salud. Estas acciones tienen un carácter principalmente preventivo, de promoción de la salud y de detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública, e inclusive del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos” (SEGOB, 2014).*

De acuerdo con los datos del padrón del programa Oportunidades, que aplica el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Desarrollo Social, en Cuetzalan existen 11 mil familias en condición de pobreza que son beneficiarias de una ayuda económica que, en promedio, oscila en los 3 mil pesos por familia (Puga, 2010).

Los servicios médicos en las juntas Auxiliares del Municipio de Cuetzalan en las que se tuvo acercamiento, se brindan en instalaciones pequeñas, ubicadas generalmente en la zona centro de cada Junta Auxiliar y quedando alejadas de localidades que pertenecen a esa Junta y que se ubican en las inmediaciones de la Sierra. Los habitantes caminan a veces durante una o dos horas para llegar al Centro de Salud; algunas de las instalaciones no cuentan con espacios propicios para hospitalización, los consultorios generalmente son reducidos, el abasto de medicamentos y anticonceptivos es deficiente, el personal de

salud no es suficiente con respecto a la demanda de la población, en algunos generalmente hay médicos y médicas pasantes y enfermeras que desconocen la problemática de la zona, no dominan el idioma de la región, están poco familiarizados con los saberes y creencias populares de los habitantes, debido a sus condiciones de trabajo (carencias en la infraestructura del primer nivel de atención y alta demanda de los servicios por parte de la población) el personal de salud no logra dar abasto a las demandas de salud que exigen las personas, según comentan algunas de las mujeres entrevistadas, han llegado a esperar hasta 4 horas para recibir atención; lo anterior evidencia la necesidad del fortalecimiento del primer nivel de atención.

Puntualizando en la atención a las mujeres embarazadas, la mayoría de ellas argumentan llevar un cuidado/control de su embarazo cada mes en los centros de salud más cercanos a sus hogares pues re-conocen que es importante acudir con el personal de salud para descartar algún peligro durante la gestación. Las mujeres se preocupan por ir a revisión desde el momento que se saben o sospechan que están embarazadas. La asistencia a los servicios, ha permitido que el personal de salud lleve un registro de los nuevos casos de embarazo y que estén al pendiente de que la mujer acuda a recibir atención. Los servicios que se brindan son generalmente gratuitos, pues la mayoría de las mujeres están afiliadas al Seguro Popular; en la Junta Auxiliar de Santiago Yancuitlalpan se pide una cooperación voluntaria de \$5.00 pesos para el mantenimiento del Centro de Salud.

Aunque los servicios sean “gratuitos”, las mujeres reportan algunos gastos que le representan preocupación por ejemplo, el traslado de las mujeres hacia el primer nivel de atención les representa gastos considerables pues en ocasiones usan el transporte público y gastan de \$20 a \$30 pesos; también se debe considerar que en ocasiones el médico solicita análisis o ultrasonidos y condiciona la consulta prenatal sólo si la mujer lleva dichos estudios. Las mujeres hacen grandes sacrificios para reunir los recursos que le permitan realizarse los estudios. Muchas veces se privan con respecto a la alimentación, los traslados los hacen a pie entre otras estrategias.

Con respecto a los médicos que brindan atención particular, están localizados en la cabecera municipal, generalmente son médicos contratados por farmacias Similares. La asistencia a esta oferta de servicios también está condicionada por la situación económica

de la mujer, pues en su mayoría, recordemos que forman parte de localidades con alto grado de marginación, no cuentan con una solvencia económica que les permita atenderse en un servicio médico particular.

Cabe destacar que algunas mujeres, por las mismas circunstancias económicas no tienen posibilidades siquiera de llegar al centro de salud, porque no tienen para pagar un pasaje y su condición de embarazo las limita a llegar caminando; aunque algunas se arriesgan a enfrentar la caminata por territorios complejos, para llegar a una revisión prenatal. Como mencionan prestadores de salud y las propias mujeres en sus experiencias, hay quienes por vivir lejos de los servicios institucionales o presentar alguna urgencia durante el embarazo en horarios en los que los centros de salud están cerrados (la noche) acuden al segundo tipo de servicios, los que brindan los médicos tradicionales, especialmente las parteras. Estos servicios son económicamente accesibles y flexibles, es decir, las parteras pueden trasladarse hasta la casa de la embarazada evitando que ésta se ponga en peligro al hacer caminatas prolongadas; sin embargo, también existen algunas problemáticas las cuales a continuación se puntualizarán junto con la descripción general de este tipo de servicios médicos tradicionales.

- Servicios de las parteras tradicionales

*“Nosotras curamos el cuerpo y el alma, somos confidenciales y tenemos que guardar el secreto como los sacerdotes” (Montaner, 2009:22)*

El segundo tipo de Servicios de Salud con los que se cuenta en el municipio de Cuetzalan para la atención del embarazo son los brindados por médicos y médicas tradicionales, curanderos, hueseros y parteras principalmente; en este contexto donde pareciera haberse detenido el tiempo, se conservan la sabiduría de grandes mujeres y hombres que poseen conocimientos ancestrales para la atención de enfermedades, quienes hacen uso de herbolaria y nosologías espirituales de sanación.

Para el caso de la atención a las embarazadas, las parteras juegan un papel muy importante, aunque hoy en día son pocas las que atienden partos, ya que algunas no cuentan con los espacios suficientes y apropiados ni los recursos materiales que permitan llevarlos a cabo, asimismo, el tema de “la certificación” conlleva un peso importante pues les otorga un cierto estatus a la mujer partera pues a partir de algunas capacitaciones van adquiriendo más conocimientos además trabajan en conjunto con el Hospital General de Cuetzalan, son estas mujeres quienes tienen más oportunidad de atender un parto, además de que tienen un respaldo legal en caso de que en sus manos estuviera el caso de alguna Muerte Materna o Neonatal<sup>8</sup>.

La señora Rita, auxiliar de salud de la Junta Auxiliar de Reyeshogpan de Hidalgo hacía hincapié en que como auxiliares debían estar alertas y al pendiente de sus “embarzaditas”, visitarlas, corroborar que se encuentren bien y en cada visita exhortarlas a acudir al centro de salud, y las embarazadas tenían que firmar una papeleta para que ella como auxiliar de salud pudiera comprobar que hizo las visitas constantes a aquella mujer y en caso de emergencia obstétrica o muerte materna ella tuvieran con qué desligarse del problema, sino, comenta ella, *‘pueden mandarlas a la cárcel’*.

Por lo menos cuatro de las seis mujeres entrevistadas de Cuetzalan, refieren haber consultado a una partera durante su embarazo actual o piensan hacerlo en algún momento del embarazo. Retomando algunos resultados de la investigación: “Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir muertes maternas”, en el que se entrevistaron 93 mujeres de las tres juntas auxiliares donde se llevó a cabo este proyecto se observa que un 44% de las mujeres continua con la tradición-necesidad de buscar una partera para atenderse durante la evolución del embarazo, a la par de recibir atención de carácter institucional argumentando la confianza que les brinda la mujer durante la consulta, pues está llena de experiencias y sabiduría y les brindan apoyo emocional<sup>9</sup>, además, pagar el servicio es flexible, el precio de las consultas va de entre \$50 pesos hasta \$150 pesos, y frecuentemente sucede que la mujer no tiene para pagar el servicio; sin embargo, al ser la partera parte de su comunidad y de confianza, se negocia el pago en especie o a plazos.

---

<sup>8</sup> Información proporcionada por algunas parteras de Cuetzalan.

<sup>9</sup> Algunos datos que fueron presentados en el evento “Propuesta de un Modelo Sociocultural Para prevenir Muertes Maternas”, llevado a cabo en mayo, 2015 a cargo de la Dra. Mayra Chávez



El principal motivo por el que se busca a la partera es para “acomodar al bebé”, pues este es uno de los males que aquejan a las embarazadas que acuden a sobarse; también acuden por si llegaran a tener algún mal (o enfermedad culturalmente definida) como “mal de ojo” “susto” o “coraje” ellas también cuentan con la capacidad de curar estos padecimientos con rezos y plantas medicinales, comentan que las parteras les brindan confianza para preguntar sus dudas, las tratan con cariño.

Es interesante conocer que los riesgos para la mujer durante el embarazo también se presentan desde el aspecto espiritual, pues la mayoría de los males se aborda a partir del tema del espíritu ya que este también forma parte del equilibrio en la salud de las personas, según las cosmovisión de los habitantes de la zona.

En conclusión, el acceso a los servicios de salud presentes en la Zona Rural-Indígena en el Municipio de Cuetzalan responden a las condiciones socioculturales del contexto; donde la pobreza y la situación de vulnerabilidad en general, determinan la preferencia para elegir el servicio con quien llevar la atención del embarazo, la calidad de estos servicios, así como su baja eficiencia para responder a las demandas de la población.

Después de haber presentado las características de este primer contexto donde se llevó a cabo el trabajo de campo y los servicios de salud con los que cuenta, es momento de conocer a las mujeres que participaron en esta investigación; mujeres que viven su embarazo en este escenario adverso y que son quienes pusieron en palabras algunas de sus percepciones acerca de situaciones que pueden poner en peligro su salud y su vida en esta etapa.

### ***3.1.3 Las “Embarazaditas”. Mujeres nahuas de Cuetzalan del Progreso, Puebla.***

En los siguientes apartados se presentarán: a) el perfil general de las embarazadas participantes de las tres Juntas Auxiliares del Municipio de Cuetzalan, b) descripción general de su trayectoria reproductiva y c) la historia de los seis casos de estas mujeres.

El término “embarazaditas” utilizado en el título de este apartado, lo rescato como un dato que llamó mi atención durante el periodo de observación participante; este apelativo lo escuché en algunas ocasiones por gente de las Juntas Auxiliares y por las parteras para referirse a las mujeres gestantes.

Este vocablo se usa con ternura; sin embargo, representa una minimización, victimización y/o estado de vulnerabilidad para las mujeres durante el evento reproductivo; en este sentido, como lo menciona Quevedo (2012), este “trato infantilizador”, es decir, el trato cariñoso hacia la mujer en su condición de gestante al mismo tiempo ejerce una relación de poder sobre el sujeto vulnerable, en este caso sobre la mujer



Ilustración 2 Mujer embarazada, San Miguel Tzinacapan.

embarazada, la cual –generalmente- a través de ese poder, es juzgada por su trayectoria reproductiva; por ejemplo: si es una mujer que se ha embarazado muchas veces, si está “soltera”, si le fue difícil conseguir el embarazo, etcétera. Es preciso reflexionar en las implicaciones que tiene ser nombradas de esta manera a las mujeres, en el sentido de reconocer que ello contribuye a la vulneración de la mujer en su contexto social.

#### a) Perfil de las mujeres embarazadas.

En total se entrevistaron seis mujeres (Véase Tabla No. 1), de entre 17 y 32 años de edad; respecto a su escolaridad, dos de ellas cuentan con bachillerato terminado, una con secundaria terminada, una con secundaria trunca y dos con primaria inconclusa. Cinco de ellas profesan la religión católica y una es Evangélica.

En cuanto a su ocupación, todas las mujeres refirieron dedicarse al hogar; sin embargo, algunas también realizan actividades remuneradas como participación en la cosecha de

pimienta y café, elaboración de artesanías y empleada en tienda. Son mujeres que radican en localidades que cuentan con Muy Alto, Alto y Medio grado de marginación<sup>10</sup>, lo cual hace referencia a niveles de pobreza importantes que le repercuten en su educación, problemática en alimentación, el empleo y en el acceso a los servicios de salud los cuales, muchas veces se encuentran lejanos a sus localidades teniendo que hacer caminatas a veces hasta de dos horas para llegar, pero este tiempo es muy variable pues depende de la localidad de procedencia y las características del camino. Del grupo de entrevistadas la que tarda más tiempo en llegar al servicio de primer nivel de atención son dos horas y la que tarda menos son 10 minutos.

Por lo común las mujeres optan por caminar para llegar al servicio de salud, debido a su situación económica por una parte, ya que sus ingresos son muy bajos y prefieren reservar el dinero que podrían utilizar en un pasaje para cubrir gastos de la alimentación; también tiene que ver con las características geográficas de su lugar de procedencia, algunas mujeres viven dentro de las inmediaciones de la sierra donde no hay caminos que permitan la entrada del transporte; y por último mencionan que en su estado (embarazo) es muy incómodo y molesto viajar en el transporte, ya que debido a que los caminos son de terracería y pedregosos, los brincos le causan muchas molestias y consideran que pueden afectarle al bebé, por ello prefieren ir a pie.

---

<sup>10</sup> El Grado de Marginación surge de considerar los siguientes indicadores: porcentaje de población de 15 años o más analfabeta, porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin drenaje ni excusado, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada, porcentaje de viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con piso de tierra, porcentaje de población en localidades con menos de 5 000 habitantes; porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos (SEDESOL, 2013).

**Tabla 1 Perfil de las Mujeres embarazadas de Cuetzalan, Puebla**

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Religión	Localidad /Junta Auxiliar	Grado de Marginación ..	No. Embarazos	Hijos vivos	Salud durante embarazo
<b>Karina</b>	17	Secundaria trunca	Empleada tienda de abarrotes	Católica	Cuetzalan Cabecera	Medio	1	0	EA
<b>Eustolia</b>	18	Bachillerato	Hogar Cosecha de pimienta	Católica	Mixcaltepec, Reyeshogpan	Muy Alto	1	0	Desnutrición/anemia *
<b>Casilda</b>	21	Bachillerato	Hogar Bordado de blusas	Católica	Tepetita, Reyeshogpan.	Alto	2	1	SD
<b>Ángela</b>	24	Secundaria	Hogar	Católica	San Miguel Tzinacapan	Alto	2	1	Inicio tardío de Cuidado Prenatal
<b>Inés</b>	25	Primaria trunca	Hogar	Católica	Tepetitan, Reyeshogpan	Alto	5	4	Antecedente de HObst. *, MUPA.
<b>Cecilia</b>	32	Primaria trunca	Hogar	Evangélica	Cuamayta, Santiago Yancuictlalpan	Medio	6	4	MUPA Bajo peso

**Elaboración propia a partir de las fichas sociodemográficas de las informantes.**

**Acotaciones:**

HObst: Hemorragia Obstétrica

MUPA: Multípara

EA: Embarazo Adolescente

SD: No hay datos que refieran alguna problemática de salud durante el embarazo

\*: Información proporcionada por personal del centro de salud de la localidad de Tepetitan, Reyeshogpan, Cuetzalan

.. (Unidad de Microrregiones, 2013)

*b) Trayectoria reproductiva*

Al respecto, dos de las mujeres son primigestas, dos de ellas cursan su segundo embarazo y dos son multigestas con cinco y seis gestas respectivamente. Ninguna de ellas manifestó antecedentes de aborto y/o “nacidos muertos”, sólo una refirió la muerte de una hija a la edad de dos años; en cuanto a complicaciones en embarazos previos, sólo una refirió haber tenido hemorragias en embarazos anteriores y respecto a complicaciones en el embarazo actual o situaciones que pudiesen complicar su embarazo (información proporcionada por personal de salud institucional) se tiene que: una de ellas es adolescente, otra se encuentra en situación de desnutrición, una más inició de manera tardía su cuidado prenatal (al 5to. mes de gestación), una mujer es multípara y ha presentado hemorragias y otra además de ser multípara cuenta con bajo peso con respecto al tiempo de gestación en el que se encuentra.

*c) Descripción de los casos de cada una de las mujeres embarazadas participantes en la investigación<sup>11</sup>.*

❖ Casilda

*“No está permitido atenderse nada más con la partera, ahora se tiene que ir a un hospital...”*

Mujer de 21 años de edad, casada, dedicada a labores del hogar y de vez en cuando borda blusas para tener un ingreso aparte del gasto que le da su pareja, con escolaridad de bachillerato, profesora la religión católica, radica en la localidad de Tepetita perteneciente a la Junta Auxiliar de Reyeshogpan, Cuetzalan. Vive con su esposo y su hijo de cuatro años. Habitan en un pequeño cuarto prestado por la familia de ella -independiente de la casa materna-, su pareja es campesino y es quien aporta el ingreso económico para la familia.

---

<sup>11</sup> A partir de este momento las narrativas de las mujeres estarán presentes (en letras cursivas) e irán otorgando sentido al cuerpo de este trabajo.

Ella está embarazada por segunda ocasión, refiere haber planeado el embarazo en acuerdo con su pareja, pues tenía deseo de darle una hermana a su hijo, (mencionando la preferencia del sexo de su bebé), su primer embarazo fue a los 18 años cuando ella y su actual esposo estudiaban el bachillerato, fue una experiencia complicada pues sus papás le animaron a no dejar la escuela aún con el embarazo y después del parto; Casilda refiere que la mayoría de sus compañeras de la escuela vivieron una experiencia similar de un embarazo no planeado; sin embargo, no todas continuaron con sus estudios. Ella, su pareja y su familia están muy contentas con la llegada de un nuevo bebé, su mamá y sus hermanas siempre están al pendiente de ella y la procuran, ella continúa haciendo sus actividades cotidianas, las labores del hogar y lo relacionado al cuidado de su hijo, llevarlo al kínder y estar con él.

Respecto a los servicios de salud a los que asiste menciona la Unidad Médica Rural de la Junta Auxiliar que se encuentra a 10 minutos de su casa caminando por una vereda muy resbalosa a causa de las lluvias. Refiere sentirse satisfecha con el trato que le dan en ese lugar aunque a veces tenga que madrugar para ser atendida; asimismo, también ve a una partera, tal como lo hizo en su primer embarazo, comenta que es costumbre que las embarazadas las busquen para “acomodarles al bebé”, las parteras han sido desplazadas por los servicios médicos institucionales, condicionándoles su participación sólo como cuidadoras y acompañantes y no durante la atención del embarazo ni el parto. Comenta que –como parte de su cotidianidad- recorre trayectos largos para cubrir sus necesidades básicas como la compra de alimentos, ir a la escuela a dejar a su hijo, lo cual en ocasiones le provoca caídas inesperadas.

❖ Eustolia

*“Con nueve meses de embarazo en mi casa, muelo, lavo ropa, cosas así que no sean pesadas y ahorita que hay pimienta limpio la pimienta”*

Eustolia es una mujer de 18 años, originaria de Mixcaltepec localidad perteneciente a la Junta Auxiliar de Reyeshogpan Cuetzalan, se dedica a las labores del hogar y en tiempo

de cosecha de pimienta y/o café trabaja en ello. Su escolaridad es bachillerato, profesa la religión católica, ella vive con sus hermanas y hermano menores, se hace cargo de ellos desde que su abuela murió (recientemente), con el apoyo de su pareja de 17 años quien es estudiante y campesino, logra tener un ingreso para sostener a su familia, asimismo cuenta con el apoyo de la familia de su pareja quien la quiere y la procura.

Su situación económica es muy baja. Ella, sus hermanos y pareja viven en la casa que les dejó su abuela tras su muerte, es una casa humilde y no cuentan con los servicios de luz eléctrica ni agua potable.

Cursa su primer embarazo, el cual refiere que no estaba planeado; sin embargo, ella y su pareja esperan a su bebé con mucha alegría, con respecto a los cuidados que ella tiene durante el embarazo refiere hacer las actividades del hogar pesadas más despacio y procura comer más; asimismo asiste a la Unidad Médica Rural de Tepetita la cual le queda como a una hora y media caminando desde su casa, a pesar de que sí hay posibilidad de acercarse en transporte público, ella “prefiere caminar” pues su situación económica no le permite solventar ese gasto a menos que tenga alguna molestia, generalmente va sola a consulta; ella se siente satisfecha con el trato que recibe en el servicio de salud; sin embargo, por recomendación de su suegra, también ha buscado una partera que vive en su localidad que la ha revisado desde el inicio del embarazo y le ha acomodado al bebé.

Considera que la edad en la que una mujer se embaraza a veces puede traer consecuencias desfavorables -especialmente para las adolescentes- ha escuchado que las mujeres muy jóvenes físicamente no están preparadas para ser madres, lo cual la hace sentir vulnerable porque siente que se embarazó a muy temprana edad; Asimismo, refiere la situación económica como una limitante para tener acceso a los servicios básicos especialmente la comida, insinuando su vivencia.

*En una charla posterior a la entrevista, la enfermera de la Unidad Médica comentó que Eustolia tiene un grave problema de desnutrición, debido a su situación económica y a la sobrecarga de responsabilidades que tiene con sus hermanos [Nota de Campo, Enfermera, Unidad Médica Rural de Tepetitan Reyeshogpan]. Cabe mencionar que al*

momento de la entrevista se encontraba muy desmejorada, pálida y difícilmente se percibía embarazada a pesar de estar ya en el noveno mes de embarazo.

❖ Inés

*“Todos mis partos se me adelantaron, un mes antes (...) me dice ahora sí que doña Naty (la enfermera) que a lo mejor este, a la mejor es porque no me alimento bien...”*

Inés tiene 26 años y está en su quinto embarazo, ella vive en la localidad de Tacuapan perteneciente a la Junta Auxiliar de Reyeshogpan, estudió sólo hasta 3er año de primaria, se dedica a las labores del hogar y profesa la religión católica. Su esposo se dedica a las labores del campo y viven con la familia de él. Respecto a su situación económica se siente preocupada pues ya sus cuatro hijas tienen que ir a la escuela y los gastos son mayores, y el apoyo que le dan del Programa Oportunidades no logra cubrir las necesidades de la familia. Con respecto a lo que hace para cuidar su embarazo comenta tratar de no hacer actividades pesadas como lavar cobijas; sin embargo, a veces tiene que hacerlo pues no cuenta con alguien que la apoye y sus hijas aún son pequeñas. Con referencia al acceso a los servicios de salud, comenta que tiene que ir por lo menos una vez al mes a un chequeo a la Unidad Médica Rural la cual le queda a unos 40 minutos de su hogar (caminando y en transporte público), también asiste con una partera a la que ya conoce a partir de sus experiencias pasadas con el embarazo, es una partera certificada que trabaja en el Hospital de Cuetzalan y con quien tiene toda la confianza para asistir a la hora que se presente el parto.

Su primer embarazo fue a los 13 años y tuvo complicaciones, una hemorragia obstétrica al octavo mes de gestación que derivó a un parto prematuro, en aquel momento le preocupaba morir porque era muy joven, le dijeron, que su embarazo no estaba bien, la partera le dijo que a lo mejor la matriz no está preparada para tener un hijo, la matriz está chiquita, es por ello que se “alivió” antes de tiempo. En cada uno de sus embarazos tuvo la misma complicación, hemorragias obstétricas, parto prematuro, bebé con bajo peso al nacer; en este último refiere no tener ningún problema y está sorprendida porque ha llegado al noveno mes de gestación sin complicación; no obstante, la enfermera del



centro de salud refirió que *Inés también presentó hemorragia pero que no tuvo consecuencias en un parto prematuro como los anteriores* [Nota de campo, enfermera de la Unidad Médica Rural de Tepetitan Reyeshogpan].

Comenta Inés que esperaba estar embarazada ya que no usa ningún método anticonceptivo. Tomó la noticia del embarazo con resignación ya que considera que las mujeres deben sacrificarse y tener los hijos que Dios les mande, pues deben tomar en cuenta que la Virgen María también se sacrificó al tener un hijo. Inés menciona que lo que puede complicar el embarazo a una mujer son padecimientos como la presión alta o baja, la hinchazón de pies o cara, la diabetes, así como la edad avanzada (después de los 30 años las mujeres ya están cansadas para tener hijos).

❖ Ángela

*“Yo no me daba cuenta (del embarazo) ya hasta después cuando me llevaron con una señora de allá de Cuetzalan y preguntamos que si yo estaba embarazada y me dijeron que sí, que ya tenía yo 5 meses; entonces, me dijo que viniera aquí a tramitar mis papeles, para que viniera a mis consultas, que me checaran, y sí y vine ese día y me dijeron que sí estaba embarazada pero no me daba cuenta yo”*

Ángela tiene 24 años, es originaria de la Junta Auxiliar de San Miguel Tzinacapan Cuetzalan, estudió hasta la secundaria, se dedica al hogar y profesa la religión católica, su pareja se dedica a las labores del campo. Ella vive con su pareja e hija de 5 años. Actualmente cursa su segundo embarazo, refiere que no esperaba estar embarazada, se percató que no le bajó la regla durante algunos meses; sin embargo, no le dio importancia debido a que siempre ha sido irregular, cuando confirmó el embarazo fue al 5to mes de ausencia de la menstruación, acudió al doctor hasta entonces. Su pareja fue quien decidió que debían continuar con el embarazo pues este ya estaba muy adelantado y faltaba poco tiempo para que el bebé naciera, además que muchas personas le auguraban el nacimiento de un varón y ello acrecentó la ilusión del nuevo bebé. Ángela se siente contenta pues

considera que las mujeres aunque no hayan planeado el embarazo “se sienten bien” al estar embarazadas y sobre todo si el bebé viene sano.

Respecto a los cuidados que tiene durante el embarazo comenta que ha tratado de disminuir sus actividades dentro del hogar, su esposo se ha involucrado en las labores de limpieza de la casa y en atender a su hija; procura no levantar cosas pesadas y no estar tanto tiempo cerca de la lumbre pues ello podría poner en riesgo la salud del bebé porque “se cuece su cerebro”. Cuando no estaba embarazada acostumbraba a llevarle el almuerzo a su esposo al rancho pero ahora, él procura ir a casa a almorzar o llevar su comida para que Ángela no camine tanto. Viven lejos tanto de la familia de Ángela como de la familia de su esposo así que no cuentan con un familiar cercano que la apoye en estas tareas durante el embarazo. Le han recomendado que camine con frecuencia para que el bebé se acomode correctamente y su pancita no se ponga dura.

Con referencia a los servicios de salud a los que acude comenta que solamente asiste al centro de salud de San Miguel el cual le queda a 30 minutos caminando; comenta que acudiría con una partera sólo si le dijeran que el bebé está mal acomodado, tal como lo hizo en su primera experiencia con el embarazo, ella no le tiene mucha confianza a las parteras pues comenta que ha oído que a veces lastiman a las mujeres. Considera que sólo las mujeres primigestas son las que buscan a las parteras, hace mención que se daría cuenta que su embarazo no va bien cuando el bebé no se mueva o que algo salga mal en el ultrasonido. Considera que los padecimientos que pueden poner en riesgo el embarazo son la diabetes y la hipertensión arterial.

❖ Cecilia

*“En mi caso ya me dijo la doctora que estoy en principios de anemia, si, y por eso me dio muchas, bueno las vitaminas para que me controle y ojala se desaparezca”*

Cecilia es una mujer de 32 años, que cursó sólo hasta 3er año de primaria, profesa la religión Evangélica, vive en la localidad de Cuamayta perteneciente a la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlalpan, su casa está ubicada a unos 20 minutos del centro de salud,

caminando por veredas y pendientes que -en tiempos de lluvia- son muy peligrosas y resbaladizas, tiene acceso fácil al transporte público, pues vive a orilla de carretera; sin embargo, su economía en ocasiones no le permite darse ese “lujo”.

Cecilia vive con su esposo y sus hijos. Ella ha tenido seis embarazos (considerando el actual); tiene cuatro hijos varones vivos (estudiantes de secundaria y primaria), una hija que murió hace menos de un año (se desconoce el motivo) (*Una vecina refirió que la muerte de la niña pudo deberse a algún problema que desde su nacimiento tenía en su corazón* [Nota de Campo: Charla con la vecina de Cecilia]) y el embarazo actual.

Los ingresos de su hogar los aporta principalmente su esposo que se dedica al campo (\$80 pesos diarios), su hijo mayor trabaja los fines de semana ayudándole a su papá y le da \$40 pesos cada fin de semana; asimismo, cuenta con el apoyo del Programa Oportunidades en el cual reciben un ingreso económico muy útil para solventar los gastos de escuela de los hijos y comida de toda la familia. Refiere que a veces no le alcanza el dinero para todos los gastos, utilizan ropa usada que les regalan en la escuela de sus hijos.

Con respecto a la forma en cómo cuida su embarazo, Cecilia comenta que acostumbra a platicar con su bebé al igual que sus hijos mayores, asimismo, trata de estar contenta aunque a veces el dinero no les alcance. Sus labores cotidianas las sigue haciendo con normalidad.

Comenta que las mujeres deben parir todos los hijos que Dios les mande, de no ser así están cometiendo un pecado. “Los hijos traen alegría”, ella y su esposo pretenden subsanar la pérdida de su hija con este nuevo bebé, la cual desean que sea niña. Cecilia ha atendido cuatro de sus partos con la partera y nunca surgió alguna complicación, sólo un parto lo ha tenido en el hospital y tampoco tuvo complicaciones. Para este último embarazo lleva su cuidado prenatal desde el inicio en el Centro de Salud, considera que embarazarse a su edad la hace sentir más cansada con relación a su primer embarazo que fue a los 18 años, el médico le ha dicho que su peso esta dos kilos por debajo del que debería tener contemplando sus semanas de embarazo, cabe mencionar que a veces ella se priva de comer algunas cosas por darle preferencia a sus hijos.

❖ Karina

(Tras la dificultad de no poderse afiliarse al Seguro Popular por ser menor de edad) *“Me preocupa que no de todo me he checado; por lo menos he ido con la partera y ella te puede decir ‘está de lado o no está de lado, tiene esto o no tiene esto pero no te puede decir, estás enferma de esto o necesitas tomar esto... es cuestión de que un doctor me oriente”*.

Karina tiene 17 años de edad, cursó hasta el segundo año de secundaria, actualmente trabaja como empleada en una tienda de abarrotes, profesa la religión católica. Ella es originaria de Zoquiapan, Puebla; su pareja tiene 21 años y trabaja como empleado de un obrador en Pachuca Hidalgo, (se conocieron en ese lugar cuando ella vivía allí con una tía), tienen una relación a distancia poco estable y planean vivir juntos en Pachuca después del nacimiento del bebé. Al enterarse de su embarazo se fue a vivir a la Cabecera del Municipio de Cuetzalan en casa de su tía y los dos hijos de ésta.

Su situación económica es baja pues el sueldo que recibe por su trabajo es mínimo y ella tiene que solventar todos sus gastos, de su pareja no recibe apoyo económico, la familia de él no está de acuerdo con el embarazo de Karina y por tal motivo, tampoco recibe apoyo ni respaldo de ellos.

Refiere su embarazo como planeado y deseado por ella, no así por su pareja, pues se sentía sola debido a que quedó huérfana desde muy pequeña, pues sus padres murieron y fue dada en adopción por un tiempo; sin embargo, ella regresó a cargo de las hermanas de su madre; actualmente la tía con la que vive siempre está pendiente del embarazo de Karina.

Con respecto a los cuidados que tiene durante el embarazo ha procurado no cargar cosas muy pesadas pero refiere que por su trabajo a veces lo tiene que hacer. Su patrona está pendiente de que no haga muchos esfuerzos, la cuida, Karina cuenta con ese sueldo para pagar todos sus gastos y hacer su ahorro para el parto así que ha decidido trabajar hasta donde el embarazo se lo permita.

En cuanto a los servicios de salud a los que acude, menciona que se ha enfrentado con varias problemáticas para que le sean brindados los servicios del seguro popular ya que al ser menor de edad debe hacerse acompañar por su madre adoptiva; pero Karina ya no vive con ella así que no ha podido conseguir que le otorguen el servicio para llevar su cuidado prenatal. Su tía que le ha recomendado una partera de confianza que trabaja en el Hospital General de Cuetzalan, hasta el momento la atención del embarazo ha sido más con ella; sin embargo, sigue buscando recibir atención médica en el centro de salud de la cabecera municipal de Cuetzalan pues le preocupa que hasta el momento no ha tomado nada de vitaminas ni suplementos que ha escuchado, le dan a las mujeres embarazadas.

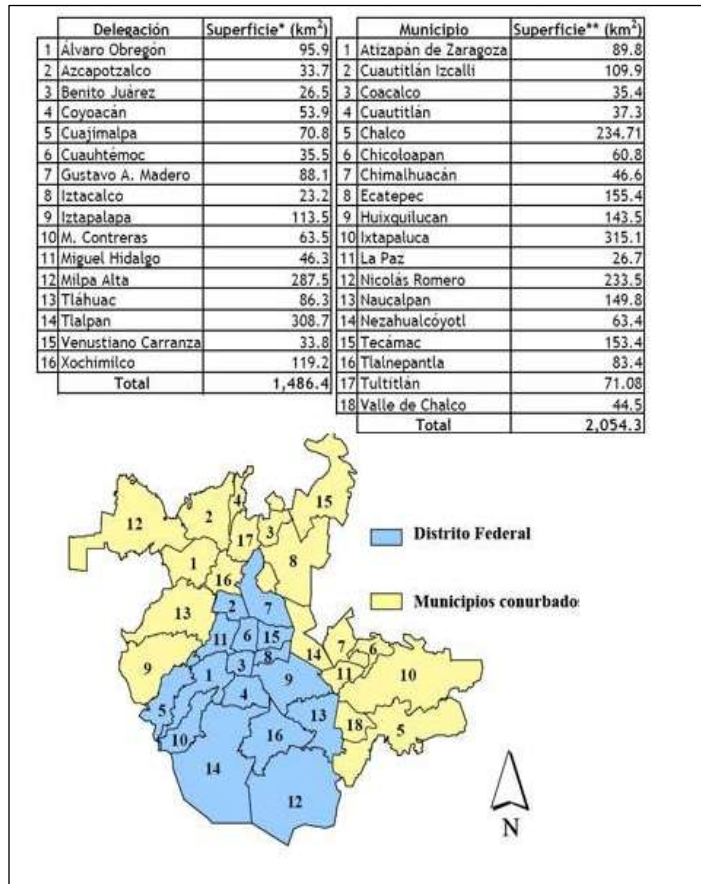
En este apartado se procuró información introductoria respecto a las historias de las mujeres Cuetzaltecas que participaron en este trabajo, para evidenciar el escenario en el que se embarazan y la manera en que se desenvuelven dentro del contexto; ahora, toca el turno de las mujeres que residen en la Ciudad de México.

### **3.2 Ciudad de México: Mujeres diagnosticadas con Embarazo de Riesgo Elevado**

En este apartado se presentará el segundo contexto que se abordó en esta investigación, la Ciudad de México y Zona Metropolitana; se mencionaran las características de esta Zona Urbana, puntualizando en algunos rasgos que han dado lugar a presencia de espacios con alto grado de marginación en este contexto, espacios de residencia de las mujeres embarazadas que participaron en esta investigación. Asimismo, se retomará el Servicio de Salud al que acuden las mujeres para la atención de su embarazo, describiendo al Instituto Nacional de Perinatología, los servicios que brinda y los alcances que tiene respecto la atención de embarazos en situación de riesgo. Además, también este apartado tiene el propósito de dar a conocer las características de las mujeres embarazadas con las cuales se tuvo acercamiento para llevar a cabo la investigación; describiendo: a) el perfil general de las participantes, b) su trayectoria reproductiva y c) las historias particulares de los casos de estas mujeres.

La Ciudad de México tiene una extensión territorial de 1 mil 458 kilómetros cuadrados. Es la entidad más pequeña de la República Mexicana, ocupando sólo el 0.1 por ciento del total del territorio nacional.

**Tabla 2 Mapa Ciudad de México y Zona Metropolitana**



Fuente: Centro de Investigación de Estudios Avanzados, CINVESTAV. (Alvarado, Solís y Hernández, 2007)

Se ubica en el centro del país y colinda al norte, este y oeste con el Estado de México, y al sur con el estado de Morelos. Cuenta con 16 delegaciones (Véase Tabla. 3), de las cuales, las que cuentan con mayor superficie son: Tlalpan, Milpa Alta, Xochimilco e Iztapalapa, que agrupan el 54.3 por ciento del total de la entidad (Alvarado y cols., 2007).

Un rasgo importante de la Ciudad de México tiene que ver con que es la segunda entidad más poblada del país, después del Estado de México. Habitan en ella 8.7 millones de personas, que representan el 8.4 por ciento de la población nacional. La densidad de población es de 5 mil 896 habitantes por kilómetro cuadrado (Alvarado y cols., 2007).

Las delegaciones más pobladas son: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Álvaro Obregón, Coyoacán y Tlalpan, quienes en conjunto concentran casi el 56.8 por ciento de la población. La delegación con mayor población es Iztapalapa (Villa, 2009)

Respecto al índice de marginación, el cual permite evidenciar el impacto de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, a la residencia en viviendas inadecuadas, los ingresos económicos insuficientes derivados de trabajos precarios y mal remunerados- la Ciudad de México ha permanecido como la entidad con menores niveles de marginación (CONAPO, 2001 y Villa, 2009). Al llevar a cabo el análisis de la marginación al interior del DF, se observa que en el 2005 todas las delegaciones tienen un nivel muy bajo en el índice de marginación. Destaca la delegación Benito Juárez al ser la de menor marginación a nivel nacional. Las delegaciones Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y Milpa Alta son las que presentan una mayor marginación en la entidad (Villa 2009).

En el Distrito Federal el 31.8 por ciento de la población se encuentra en condiciones de pobreza patrimonial, es decir, 2 millones 775 mil 167 habitantes del DF no cuentan con el ingreso suficiente para cubrir sus necesidades de alimentación, salud, vestido, vivienda, transporte y educación. En ocho de las dieciséis delegaciones, el nivel de pobreza patrimonial es superior al 30 por ciento, siendo las delegaciones Iztapalapa y Tláhuac las más afectadas ya que el 41.6 y 46.9 por ciento de su población respectivamente, se encuentra en pobreza patrimonial (Villa, 2009).

Respecto a lo anteriormente expuesto, se puede determinar que la Ciudad de México – aunque en su mayoría se encuentra urbanizada- se presenta una polarización regional (Gutiérrez, 2003) conforme a que existen espacios dentro de ella donde se visualizan importantes grados de marginación. Así pues, el contexto de residencia de las mujeres

embarazadas que se entrevistaron en este lugar se ha descrito como Zona Urbano-Marginal.

A continuación se describirá el Servicio de Salud ubicado en este contexto de la Ciudad de México al que acuden para su atención prenatal las mujeres informantes de esta investigación, el Instituto Nacional de Perinatología.

### *3.2.1 Instituto Nacional de Perinatología: algunos datos*

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer<sup>12</sup>) es una Institución de salud “Federal” de tercer nivel, que tiene como objetivo la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva, perinatal y neonatal de alta complejidad: tales como embarazos de riesgo elevado, riesgo pre gestacional, infertilidad, problemas ginecológicos, climaterio, (INPer, 2012). Asimismo, es una unidad de enseñanza e investigación, en ella se forman recursos humanos y se desarrolla investigación básica, clínica, epidemiológica y social (INPer, 2012). Se encuentra ubicado en la delegación Miguel Hidalgo del Distrito Federal.

Los principales servicios médicos que ofrece son los de Ginecología y Obstetricia, pues es donde se concentran los principales esfuerzos de atención; ambos ofrecieron en los

---

<sup>12</sup> MISIÓN: La misión del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva, perinatal y neonatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica, epidemiológica y médico social de alto nivel de excelencia, que permita el desarrollo de modelos de atención e innovación tecnológica para la salud. Su misión también es la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanística, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas del Sector Salud, así como la asistencia en salud, de alta especialidad y con calidad, que lo posicione como un modelo institucional para la atención, con una formación médica de excelencia para la integración de problemas complejos. VISIÓN: El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes debe ser la institución líder a nivel nacional y regional en investigación científica de alto nivel, orientada con misiones específicas, la formación de recursos humanos de la más alta calidad y atención médica de excelencia, que impacte en los indicadores nacionales de salud y contribuya no sólo a disminuir el rezago epidemiológico, sino a enfrentar con eficiencia los problemas emergentes en salud reproductiva, perinatal y neonatal para contribuir a incrementar la salud, la calidad de vida y el bienestar de las mujeres, niñas y niños, en su vida en pareja, así como en la familia (INPer, 2014)



últimos años cerca del 50% de las consultas externas realizadas y casi el total de las revisiones de urgencia (Romero, 2012).

Con respecto a los embarazos de alto riesgo, los padecimientos que más se atienden son:

- embarazadas de 35 años o más
- embarazadas adolescentes
- pérdidas gestacionales recurrentes
- endocrinopatías
- diabetes mellitus y diabetes gestacional
- embarazos múltiples
- también son atendidas mujeres que tengan un padecimiento previo antes de la gestación como enfermedades del corazón, diabetes, VIH, entre otras (INPer, 2008)

El INPer cuenta con los recursos humanos, físicos, materiales y tecnológicos para atender y dar seguimiento médico a mujeres con estados de salud reproductiva y perinatal complicados. Al año se atienden alrededor de 5,400 mujeres diagnosticadas con



Fuente: Google maps, 2014

Ilustración 3 Instituto Nacional de Perinatología, entrada consulta externa.

embarazo de alto riesgo a las cuales se les lleva su control prenatal, se ofertan servicios de laboratorio y pueden recibir atención hospitalaria en caso de emergencia durante el embarazo, parto o puerperio (Romero, 2012).

El costo de los servicios depende de un estudio socioeconómico que se realiza a la paciente, en general los servicios de salud son bastante accesibles a nivel económico; hay mujeres que cuentan con el nivel más bajo y los servicios les son brindados de manera gratuita, sucede lo mismo para las mujeres que están dadas de alta en el Seguro Popular; cabe destacar que para ser atendidas en esta Institución las mujeres deben comprobar no estar aseguradas a ninguna otra institución de gobierno como el IMSS e ISSSTE y contar con un historial médico que conste la presencia del riesgo en el embarazo. La mayoría de las pacientes radican en algún punto del Distrito Federal; sin embargo, la demanda de pacientes provenientes del Estado de México es muy alta; asimismo, también llegan personas de otros lugares del país –incluso- de otros países también van a atenderse en este lugar (INPer, 2008).

Para llegar al instituto se puede hacer uso de automóvil particular, así como utilizando diferentes servicios de transporte público tales como: el metro (estaciones cercanas: Observatorio de la línea 1 y Auditorio de la línea 7, con un costo de \$5.00 pesos por persona), metrobús (estación cercana: Insurgentes, con un costo de \$6.00 pesos por persona) y combis (Ruta 47 Metro Observatorio-Perinatología, cuya tarifa es de \$4.50 por persona). En transporte público se requiere transbordar al menos en dos ocasiones, el tiempo promedio para llegar al INPer desde estas opciones de transporte es de 50 minutos, aunado al tiempo que a cada mujer le tome llegar a estos puntos de referencia desde el lugar donde vive.

A continuación se presentarán las características de las mujeres que se atienden en este lugar y que participaron en esta investigación.

### *3.2.2 Las “Pacientes”. Embarazadas usuarias de los servicios del INPer*

Se hace alusión al concepto de “pacientes” pues es un término usualmente utilizado en los servicios de Salud Institucional para nombrar a las personas que acuden a dichos servicios. La etimología del vocablo “paciente” de alguna manera está relacionada con la *paciencia*, aludiendo a esa pasividad a la que se ve reducida la persona que lo espera todo o casi todo, del médico y sus auxiliares, en quienes ha depositado no sólo su confianza, sino también su fe. Pero también la palabra “paciente” significa el que padece, el que sufre (La página del Médico, 2012). Las mujeres que acuden a recibir la atención y cuidado prenatal en el INPer son etiquetadas como pacientes al ser portadoras de un diagnóstico específico referido a las causas que hacen su embarazo “de alto riesgo”.

Para conocer las características de las seis mujeres de la ciudad de México que participaron en la investigación se presentan: a) el perfil general del grupo, b) características de sus trayectorias reproductivas y c) historias particulares de cada caso.

#### *a) Perfil general del grupo de mujeres, Ciudad de México*

Respecto a este rubro, como se muestra en la Tabla 3, la informante de menor edad fue de 24 años y la de mayor edad de 45, respecto a la escolaridad dos cursaron la primaria completa, una la secundaria, dos el bachillerato y una tiene Licenciatura trunca; sólo una actualmente se dedica por completo a las actividades del hogar (dejó su trabajo como conserje de una escuela al saberse embarazada), lo cual, la hace dependiente económicamente de la pareja y/o familiares (hijos mayores); otras dos quienes también son amas de casa realizan actividades por las cuales reciben una remuneración (venta de figuras de chocolate y relaciones públicas), dos son empleadas domésticas y una es costurera; cinco profesan la religión católica y una la cristiana; cinco radican en el DF y una en un municipio del estado de México; cabe destacar que todas viven en zonas de alta marginación dentro de sus delegaciones correspondientes (tanto las del DF como la del Estado de México). El tiempo mínimo que hacen para llegar al Instituto es de dos horas y todas utilizan transporte público, únicamente dos de ellas tienen posibilidad de llegar en carro particular, esto sólo en caso de una emergencia.

Todas las integrantes de este grupo primero fueron a un servicio diferente (particular o seguro popular) antes de llegar a recibir atención en el INPer; esto estuvo condicionado por su situación económica, cuatro de ellas llegaron a los centros de salud cercanos a sus hogares quienes al diagnosticar los embarazos como “de riesgo” y contemplando la economía de la paciente se canalizaron al INPer para que recibieran la atención debida y a bajo costo y las otras dos mujeres acudieron primero a un servicio privado en el cual también les fue diagnosticado embarazo de riesgo; fueron canalizadas al INPer, por la situación económica baja y por la gravedad de sus embarazos. Ninguna de ellas refirió acudir a otro tipo de servicios para la atención y cuidado del embarazo (servicios alternativos de salud). De las 6 entrevistadas sólo 1 tiene posibilidades de asistir –aparte del INPer- a otro servicio médico particular.

**Tabla 3 Perfil de Mujeres embarazadas, Cd. México, INPer**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Religión</b>	<b>Lugar de Residencia</b>	<b>Grado de Marginación</b>	<b>No. de Embarazos</b>	<b>Hijos vivos</b>	<b>Salud Durante embarazo</b>
<b>Eloisa</b>	24	Bachillerato	Empleada doméstica	Católica	Del. Venustiano Carranza DF	Alto	1	0	EGem.
<b>Jazmín</b>	25	Lic. Trunca	Hogar Rel. Públicas	Católica	Del. Tlalpan, DF	Medio	1	0	HA
<b>Julia</b>	29	Bachillerato	Hogar Repostería	Cristiana	Del. Iztacalco DF	Alto	5	1	DMII, AAb, Obesidad.
<b>Irma</b>	40	Secundaria	Costurera	Católica	Del. Tlalpan DF	Medio	1	0	EMA, Obesidad
<b>Amalia</b>	42	Primaria	Hogar	Católica	Ixtapaluca, EdoMéc.	Alto	8	7	EMA, MUPA, EGem.
<b>Consuelo</b>	45	Primaria	Empleada doméstica	Católica	Del. Gustavo A. Madero, DF	Alto	2	0	EMA, AAb.

*Elaboración propia a partir de los datos recabados en la ficha de identificación de cada informante.*

**Acotaciones:**

AAb: Antecedente de Aborto  
 DMII: Diabetes Mellitus Tipo II  
 EA: Embarazo Adolescente  
 EGem: Embarazo Gemelar  
 EMA: Edad Materna Avanzada  
 HA: Hipertensión Arterial  
 HObst: Hemorragia Obstétrica  
 MUPA: Multípara

### *b) Trayectoria reproductiva*

Tres de estas mujeres son primigestas, una está embarazada por segunda vez, otra ha tenido cinco gestas y una más ocho gestas; dos de las mujeres tienen antecedentes de aborto.

Con respecto a los diagnósticos por los cuales se atienden en el INPer dado su particularidad se mencionaran por caso; la mujer del primer caso padece Diabetes Mellitus Tipo II, además es multigesta con cinco embarazos, tiene obesidad y antecedente de tres abortos; el segundo caso es una mujer con edad materna avanzada y antecedente de aborto; el tercer caso, mujer con edad materna avanzada, multigesta con 8 embarazos y embarazo actual gemelar; el cuarto caso es una mujer primigesta con hipertensión; el quinto caso es una mujer primigesta con embarazo gemelar y el sexto caso, mujer con edad materna avanzada y obesidad. Como se puede notar, la mayoría de las causas por las cuales el embarazo está considerado de riesgo se debe a complicaciones que estas mujeres tuvieron en embarazos previos, seguido por condiciones de salud relacionadas a su edad.

Como dato importante de señalar, al menos dos de ellas tuvieron dificultades para conseguir el embarazo –casualmente- son las mujeres multigestas; esto se debió en un caso, por la presencia de la Diabetes Mellitus II en descontrol, y en el otro caso, a la edad de la mujer (42 años) y que se había sometido 15 años atrás a una ligadura de trompas (pues ya no tenía planeado embarazarse debido a que se separó de su pareja) y porque los espermatozoides de su nueva pareja no estaban en condiciones de fecundar; esta mujer se sometió a una fertilización in vitro y de esta manera consiguió un embarazo gemelar.

### *c) Historias particulares de cada una de las mujeres embarazadas participantes*

Con el propósito de conocer mejor a las mujeres embarazadas, se presentan los casos de cada una de ellas, que nos permitirá entender el sentido de sus discursos.

❖ Julia

*“Fui al centro de salud a consulta iba muy descontrolada del azúcar, de ahí me mandaron a un hospital de Tláhuac, no me acuerdo el nombre y en ese hospital me dijeron que ¡no! que ellos no estaban aptos para atenderme ahí y me mandaron para acá (INPer) y llegué a urgencias en la madrugada el 9 de Agosto y ya este, me quedé 8 días internada hasta que me nivelaron el azúcar y me vieron a la bebé”*

Julia es una mujer de 29 años que radica en la Delegación Iztacalco del Distrito Federal, estudió hasta la secundaria, se dedica a la venta de chocolate artístico (paletas y figuras de chocolate), está diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo II desde 2002, así como de obesidad, actualmente es insulino dependiente. Vive con su pareja y su hijo. Su pareja tiene 28 años, es mecánico y tiene problemas de alcoholismo. Ambos profesan la religión cristiana y tienen una situación económica baja debido a los padecimientos de ella y la adicción de él y que ambos no cuentan con un sueldo fijo.

Ha tenido 5 gestas en total, la primera en el año 2001 del cual dio a luz a un varón sano, en 2003 tuvo un aborto, en 2006 estuvo hospitalizada debido a un infarto cerebral consecuencia de su diabetes en descontrol, en 2008 y en 2010 volvió a embarazarse pero sin éxito teniendo 2 abortos más. Julia argumenta que el alcoholismo de su pareja surge de las pérdidas gestacionales de ella y de la decepción de no ser padre nuevamente, asimismo este embarazo que está por llegar a término, logra también la estabilidad de la pareja.

Al momento de la entrevista se encontraba nuevamente embarazada y en el último trimestre de la gestación; se siente contenta porque después de muchos intentos ha hecho realidad su sueño de convertirse nuevamente en madre.

Con respecto a la forma en cómo ella ha estado cuidándose durante el embarazo comenta que ha tratado de mejorar su alimentación, pues debe cuidar los niveles de su glucosa para evitar complicaciones, además debe estar pendiente de no subir mucho de peso, ya que el médico le comentó que tiene algunos kilos de más. Para ella ha sido muy difícil la dieta pues es muy antojadiza y de repente se da sus “gustos”. Por otra parte, comenta que ya no puede salir mucho a vender sus dulces y eso le ha generado baja económica;

sin embargo, su mamá le ayuda a vender y siempre está pendiente de que no le falte nada a Julia y en caso de requerirlo la apoya económicamente.

En cuanto a los servicios de salud a los que acude, refiere venir sólo al INPer para llevar su cuidado prenatal, para ella cada vez es más cansado el trayecto ya que hace un aproximado de 2:30 hrs en llegar desde su casa y tiene que transbordar en 3 ocasiones. Procura ser puntual en sus consultas pues desea que el parto se resuelva exitosamente.

#### ❖ Irma

*“Empecé a ir al centro de salud y de ahí fue cuando me mandaron para acá (INPer) porque como tenía 40 años y por la obesidad que era de alto riesgo el embarazo y ya me dijeron ‘la vamos a mandar allá’”*

Irma es una mujer de 40 años, radica en la Delegación Tlalpan del Distrito Federal, está viviendo su primer embarazo, actualmente no tiene pareja, es costurera de oficio y profesa la religión católica. Vive con su madre que es una persona de edad avanzada, tiene 80 años y depende en muchos aspectos de ella. Su situación económica es complicada, su sueldo es muy bajo y ella mantiene a su madre.

Hasta hace algunos años Irma no tenía trazado en su proyecto de vida el ser madre, sus familiares le animaron hasta le hacían burla diciéndole que “la rifarían”, poco a poco ella comenzó a considerar la idea y se la propuso a su pareja con la que llevaban 8 años de noviazgo, él no aceptó y dijo que no la apoyaría en ese deseo, Irma decidió no usar ningún método anticonceptivo para conseguir el embarazo y al darse éste su pareja la abandonó.

Por parte de su familia recibe mucho apoyo moral, su hermana y el esposo de ésta, la procuran mucho y siempre están pendientes de ella, le ayudan económicamente y son



los más felices por la llegada del bebé pues esa pareja no pudo tener hijos debido a que existía un riesgo importante para ella.

Con respecto a las actividades que realiza para cuidar su embarazo menciona que procura alimentarse mejor –en la medida de lo posible- y hacer su trabajo más lento pues cada día se cansa más; le preocupa que pasa mucho tiempo sentada y se le hinchan mucho los pies, además que esto propicia su problema de obesidad. Comenta que trabajará sin descanso hasta que el embarazo se lo permita, pues con ello garantiza que después del parto le puedan dar algunos días para descansar y estar con su bebé.

Únicamente acude al INPer para recibir atención prenatal, fue referida desde un centro de salud donde fue por primera vez para que le hicieran la prueba de embarazo. Llegó a Perinatología por su diagnóstico de Edad Materna Avanzada y Obesidad. Hace un trayecto de aproximadamente 2 horas utilizando camión y metro, comenta que muchas veces la han lastimado durante su recorrido.

#### ❖ Consuelo

*“Tengo que estar en cama porque me dijeron que es de alto riesgo, pero pues yo trato de hacer mi vida normal, porque también no quiero que el bebé me dé trabajo que nazca y eso, porque yo quiero que nazca normal porque voy a pagar menos, voy a pagar menos y me voy a recuperar más pronto, Dios quiera que sea así”*

Consuelo es una mujer de 45 años, es la entrevistada de mayor edad de ambos grupos de mujeres, vive en la Delegación Gustavo A. Madero, trabaja como empleada doméstica y tiene una situación económica baja. Está soltera. Vive su gesta número dos, en 1990 se embarazó por primera vez pero tuvo un aborto, desconoce las causas de éste, en aquel entonces ella estaba casada; sin embargo, debido a la pérdida de su bebé ella se divorció. Desde ese año hasta la fecha ha tenido algunas parejas y no había conseguido embarazarse nuevamente, ella se hizo a la idea que a partir del aborto había quedado

estéril y perdió todas las esperanzas de convertirse en madre, hasta que en 2012 la sorprendió la noticia que a “su edad” (para ella es un milagro) se haya podido embarazar. El padre de su bebé es un hombre casado con el cual tuvo una relación corta, y al enterarse del embarazo la abandonó.

Ella se encuentra muy emocionada y agradecida con Dios por la oportunidad que le dio para convertirse en madre, argumenta que está consciente de los riesgos que podría tener su embarazo debido a su edad avanzada, sin embargo, está dispuesta a correrlos y disfrutar esta experiencia.

Consuelo vive con sus padres quienes son ancianos y reciben apoyo económico de parte de sus hermanos quienes están casados, actualmente ella tuvo que dejar su trabajo pues le implicaba hacer cosas muy pesadas y eso ponía en peligro su embarazo, así que decidió en la medida de lo posible guardar reposo e ir viviendo de algunos ahorros y del apoyo de sus hermanos.

Una conocida le recomendó acudir al INPer para llevar su cuidado prenatal, pues sería casi seguro que la recibieran por su edad. El trayecto que hace hasta el Instituto es de 2:30 hrs y siempre viaja en metro, comenta que le da mucho miedo transportarse en horas pico porque siempre se tiene que estar cuidando de los golpes, la gente no respeta los lugares reservados para las embarazadas; refiere que a veces se siente discriminada porque como ya se ve “vieja” las personas no creen que está embarazada y no le ceden el lugar.

#### ❖ Jazmín

*“Por ahí del cuarto mes empecé a tener dolorcitos y piquetitos por dentro y pues ya el doctor me dijo que estaba teniendo como contracciones ¿no? Y este, por una infección vaginal, entonces si me asustó porque dije ¡Nooo, mi bebé!”*

Jazmín tiene 25 años, ella tiene una licenciatura trunca en Ciencias de la Comunicación, radica en la Delegación Magdalena Contreras. Vive en unión libre con su pareja quien también estudió Ciencias de la Comunicación y ejerce la carrera en una empresa del ramo, ambos viven en la casa de la familia de Jazmín. Es católica.

La noticia del embarazo les llegó de sorpresa, no lo esperaban, sin embargo decidieron continuar con el embarazo y esperan a su bebé con mucha alegría; al principio Jazmín sintió que con el embarazo estaba decepcionando a su familia, quienes hicieron todo el esfuerzo por darle una carrera y -a consideración de ella- no supo aprovechar tal esfuerzo.

A ella le gusta leer, informarse del embarazo y los cambios que irá experimentando mes con mes, resuelve sus dudas en libros o en internet, le pregunta a su mamá “*que es la experta*”, sigue consejos que le dan, en cuanto a alimentación y cuidados, esto le permite estar atenta ante algún signo de alarma.

Con respecto a los servicios de salud a los que acude, menciona contar con las posibilidades económicas para asistir también con un médico particular para el cuidado prenatal, de hecho, su médico particular fue quien le recomendó acudir al INPer por su problema de Hipertensión; a ella le da mucha confianza el Instituto, pues sabe que ellos están más capacitados para las complicaciones, tiene miedo pues “es primeriza” y no sabe qué es lo que le espera en los meses próximos del embarazo y a la hora del parto.

En cuanto al medio de transporte que ella utiliza para llegar al Instituto es taxi o carro particular y se hace aproximadamente una hora de trayecto, no acostumbra a venirse en camión pues considera que estaría más expuesta a riesgos como caerse o recibir un golpe.

❖ Eloísa

*“Yo digo que el mío es de alto riesgo que porque son dos (embarazo gemelar) pero yo no lo considero de alto riesgo porque bueno hay otras personas que si les mandan el reposo*

*absoluto que estar en cama o que tienen cuidar hasta cuando estornudan porque pueden tirar el producto o hasta de ir al baño, de pararte, si caminas, y no sé qué... pues yo creo que no, a comparación de eso pues no, mi embarazo no fue de alto riesgo hasta ahorita”*

Eloísa tiene 24 años, es originaria del estado de Tlaxcala, pero desde los 18 años radica en la Ciudad de México en la Delegación Venustiano Carranza. Ella labora como empleada doméstica, está embarazada por primera vez y cuenta con un embarazo gemelar; su estado civil es soltera, no recibe apoyo económico ni moral por parte del padre de sus hijas. Ella vive con la familia de su tía.

Hasta el momento, no ha dejado de trabajar pues su situación económica la considera baja y ella está dispuesta a seguir con sus labores hasta que su embarazo lo permita, trata de no hacer cosas pesadas y comer sanamente. Su patrona y las hijas de ella le apoyan y están contentas por el embarazo de Eloísa, así como su familia en Tlaxcala, su madre y demás hermanos quienes han planeado venir a apoyarla en el cuidado de las niñas.

Ella no planeó el embarazo; sin embargo, tampoco quiso interrumpirlo a pesar de la negativa de apoyo por parte de su pareja con la que mantenía una relación de noviazgo de tres años. Acude al Instituto Nacional de Perinatología recomendada por un médico de un centro de salud cercano a su casa debido al embarazo gemelar y por la situación económica adversa. Se muestra triste porque los doctores le dijeron que una de sus bebés no está creciendo, tiene mucho miedo que pueda morir su bebé, ninguno de los médicos le ha explicado la gravedad del asunto.

❖ Amalia

*“Ya mi cuerpo está cansado también, entonces ya no, sí así hace quince años cuando de mi última niña que tiene 14 años ya yo igual me sentía cansadita embarazada y ahora imagínese ahora es peor, ahora es peor, pues ya estoy más grande umju”.*

Amalia es una mujer de 42 años de edad, radica en el Municipio de Ixtapaluca Estado de México cursa un embarazo gemelar en esta su gesta número ocho, ella estuvo casada con el padre de sus siete hijos mayores se divorció y actualmente vive en unión libre con una persona con quien tiene una relación desde hace 4 años, él es ayudante en una alquiladora de sillas y mesas, refiere que ninguno de sus embarazos fue planeado, todos le llegaron de sorpresa y los aceptó con mucho cariño; comenta que “*ella nació para ser madre*” debido a que con facilidad se embarazaba y nunca tuvo dificultades a la hora del parto ni en los días posteriores a éste.

Este último embarazo fue el único que planeó junto con su nueva pareja, pues él no ha tenido hijos -refiere que él nunca la presionó para que le diera un hijo- ella se sentía con “el compromiso” de darle uno pues lo veía triste y deprimido por no ser padre, y le propuso que si él quería ella se animaba a embarazarse nuevamente.

Tuvieron complicaciones para lograr este embarazo, ya que a ella le tuvieron que realizar una recanalización de las trompas y a él le descubrieron una deficiencia en los espermatozoides que podría culminar en el riesgo de tener un hijo con alguna malformación, también influyó mucho la edad de Amalia pues ya sus óvulos no eran “tan fuertes” como lo expresó ella, así que sin importar las limitaciones económicas que viven decidieron ir en busca de una opción para lograr el embarazo, consiguieron dinero e hicieron una fertilización in vitro, la primera prueba hecha con óvulos de ella y espermatozoides donados (debido a la deficiencia antes mencionada) fracasó, así pues se sometieron a un segundo intento con óvulos y espermatozoides donados y fue entonces cuando se dio el embarazo gemelar; ambos están contentos con la noticia, ya saben que serán mujeres sus bebés; a Amalia le hubiera gustado que fueran un niño y una niña pues quería brindarle a su pareja la experiencia de la crianza de un bebé de cada sexo.

Después de logrado el embarazo, Amalia tardó para buscar un lugar dónde llevar un control prenatal, pues como nunca ha tenido complicaciones en sus embarazos lo consideró innecesario; no obstante llegó a Perinatología aconsejada por un médico particular con que ocasionalmente iba a revisarse ya que su caso como mujer múltipara, con edad materna avanzada y con embarazo gemelar era muy riesgoso, y además su condición socioeconómica no le daba la posibilidad de pagar una institución privada.

El trayecto que hace desde su casa hasta el Instituto es de 3 horas aproximadamente y siempre utiliza el transporte público, transbordando tres veces.

Considera que para las mujeres es muy importante tener hijos para no sentirse solas, y si los hombres quieren tener hijos hay que permitirlo.

Para cerrar este capítulo, pudimos dar cuenta que tanto las mujeres de Cuetzalan como las mujeres que viven en la Ciudad de México experimentan su embarazo en condiciones socioculturales de riesgo, ello a partir de los contextos donde se desenvuelven, la situación en que surge el embarazo, el acceso a servicios de salud, su nivel económico y sus historias particulares de vida.

De esta manera, se destaca la necesidad de trascender la conceptualización médica del embarazo de riesgo, que no deja de ser importante, pero que a partir de un acercamiento más cercano con los actores que viven el problema de estudio (mujeres embarazadas) se evidencia la necesidad de mirar aquellos determinantes de carácter sociocultural que permean en gran medida las condiciones en las que se lleva a cabo la gestación.

## ✓ PERCEPCIÓN DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE LAS MUJERES

*“Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas, el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer: sujetos de su propia sociedad portadores de su cultura, cobijados por las tradiciones religiosas de su grupo familiar, ubicados en la nación y en la clase que han nacido, envueltos en procesos históricos de los momentos y de los lugares en que su vida se desarrolla” (Cazés, 1994:336, citado por Rodríguez, 2010)*

El propósito de este capítulo es presentar las narrativas de las mujeres entrevistadas respecto a su percepción acerca de los riesgos durante el embarazo que cada una ha construido; estos discursos han sido elaborados -principalmente- a partir de sus experiencias respecto a: condiciones biológicas (padecimientos previos, diagnóstico) y a condiciones socioculturales (relacionadas al contexto donde residen), incluyendo la relación con los servicios de salud, complicaciones en el embarazo actual, experiencias en embarazos previos, situaciones que identifican a partir de la experiencia de otras mujeres que residen en su mismo contexto, todo ello se presenta en los dos primeros apartados de este capítulo.

### **.1 Percepción del riesgo durante el embarazo: aspectos biológicos**

Es importante destacar que muchos de los argumentos que las mujeres han interiorizado para explicar los riesgos durante el embarazo vienen dados por el contacto con los médicos; ellas han afianzado conocimientos a partir de la orientación que se les ha brindado acerca de los signos de urgencia obstétrica y de las condiciones que pueden complicar un embarazo, asimismo, retoman lo que saben de las experiencias de otras mujeres de sus localidades y/o de su familia.

De acuerdo a las percepciones que las mujeres refirieron respecto a lo que podría complicar el embarazo, se describirán en primer lugar las que tienen que ver con las

condiciones de naturaleza biológica, que hacen referencia a esas que atraviesan concretamente al cuerpo de la mujer.

✓ *La edad*

Las mujeres toman en cuenta la edad en la que se presenta el embarazo, pues consideran que generalmente en los extremos del periodo reproductivo de la mujer (en la adolescencia o después de los 35 años de edad) puede haber mayores riesgos tanto para la madre como para el hijo, coincidiendo con el discurso médico estipulado como lo refiere Conde (2001) en el primer capítulo de este trabajo.

Por una parte, comentan las embarazadas, durante la adolescencia o cuando se es *muy chamaca o joven* el cuerpo no se encuentra completamente desarrollado y preparado para gestar un bebé y esta condición puede poner en peligro la vida de madre; por otra, consideran que cuando una mujer ya se encuentra en edad avanzada (mayor de 35 años) también resulta peligroso la presencia del embarazo, pues este se vivirá en un cuerpo cansado, con mayores probabilidades que se encuentre enfermo.

*“Riesgo es cuando uno se embaraza ahora sí que a edad temprana (...) porque si eres menos de los quince, menos de los veinte dicen que uno todavía no se desarrolla bien para ser mamá...”* (Casilda, 21 años, Cuetzalan)

*“Empecé a ir al centro de salud y de ahí fue cuando me mandaron para acá porque como tenía 40 años que era de alto riesgo y ya me dijeron ‘la vamos a mandar allá a Peri porque allá hay más -o sea- más atención, los especialistas que te pueden ver y puedes salir bien porque ya para la edad es mucho riesgo’* (Irma, 40 años, Ciudad de México)



Lo anterior nos muestra cómo es que existe una apropiación por parte de las mujeres del discurso médico en el que la edad es uno de los primeros aspectos que se consideran para pronosticar complicaciones durante la gestación.

Entre las consecuencias que las mujeres nombran principalmente al presentarse el embarazo en estas condiciones de edad son: para las embarazadas jóvenes; cansancio y dolor durante la gestación, partos prematuros, desnutrición, Eustolia lo menciona de esta manera:

*“A veces dicen que no estamos bien preparadas para ser madres, puede ser que se siente... pues que nos duela la cintura, o el estómago a veces...”*  
(Eustolia, 18 años, Cuetzalan)

En el caso de las mujeres con edad materna avanzada, comentan que al embarazarse después de los 40 años, podrían tener consecuencias fatales como la muerte, pues su cuerpo ya no es tan resistente como cuando se es joven y muchas veces se tienen enfermedades que llegan a complicarse durante el embarazo.

*“Estoy casi casi pegándole al tostón (edad), este embarazo no es como el primero que tuve [...] ahora sí me siento más cansada, pero muy feliz, Dios no me ha dejado, ya estoy grande y sé que es peligroso y que todo puede pasar”* (Consuelo, 45 años, Ciudad de México).

*“Si pues por la edad pero pues no sé que pasé o sea no se si se me va a parar el corazón, me vaya a morir o no sé la verdad no sé...”* (Amalia, 42 años, Ciudad de México).

De ambos grupos de informantes, todas hicieron al menos una referencia en cuanto a la edad, aludiendo que esta es un aspecto importante para tener las condiciones óptimas y saludables del cuerpo para la gestación.

✓ *Número de ocasiones en las que ha estado embarazada la mujer*

Continuando con los aspectos biológicos, se retoma también los relacionados con el número de veces que la mujer se ha embarazado, es decir, se pone atención si es que la mujer es primeriza o si ya ha tenido varios hijos, asimismo se toma en cuenta el espaciamiento entre cada embarazo y si es que tuvieron complicaciones en embarazos previos.

Las mujeres refieren que las primerizas -independientemente de su edad- [en el grupo de embarazadas de Cuetzalan las primerizas son generalmente mujeres jóvenes-adolescentes y en el grupo de mujeres embarazadas de la Ciudad de México son mujeres mayores de 35 años], no cuentan con la experiencia suficiente para cuidarse durante el embarazo (desconocimiento de actividades que hay que modificar, eliminar e incluir en la vida cotidiana, por ejemplo: guardar reposo, no cargar cosas pesadas, alimentarse sanamente), del mismo modo para soportar el momento del parto (las expone a una situación de miedo y nerviosismo ante el desconocimiento de la experiencia de parir).

*“Para mí es una experiencia diferente, nueva... no sé me da miedo no saber qué hacer, si lo que hago le pueda hacer daño a mi bebé, si va a nacer bien, si yo voy a estar bien[...] a la mejor por un rato va a ser así como muy doloroso y preocupante con nervios, pero yo siento que ya cuando lo tenga en mis brazos va a ser hermoso, pero si por el momento va a ser con mucho miedo” (Karina, 17 años, Cuetzalan)*

Por otra parte, aluden que las mujeres que han tenido más de tres gestas tienen un cuerpo cansado, sin fuerza y con poca tolerancia a una emergencia; también se considera en este punto el espaciamiento entre embarazos, cuando las mujeres tienen hijos en muy corto tiempo (1 año) significa un desgaste importante para el cuerpo de la mujer, al igual que tener un espacio considerable entre embarazos, (tardar más de 10 años para volverse a embarazar), estos aspectos –como lo mencionan las mujeres- representan un riesgo para que la mujer presente algún tipo de complicación durante el embarazo y parto, asimismo también puede tener consecuencias para la salud del bebé.

*“¿Cómo cuanto tiempo pasó?”*

*Un año, lo tuve un año, si porque nació mi niña y enseguida siguió la otra, fueron 4 años para que tuviera la otra niña. He tenido sangrados y dicen que por eso se adelantaron” (Inés, 25 años, Cuetzalan)*

*“Tengo 7 hijos (...) mi hija la más pequeña ya va a cumplir 15 años, nunca tuve complicaciones, ahora mi embarazo es de riesgo (...) por la edad pero pues no sé qué pasó” (Amalia, 42 años, Ciudad de México)*

Tras lo anterior, se puede observar que el número de hijos y su espaciamiento dan pauta al surgimiento de complicaciones, según la experiencia de las mujeres. Esto ha sido documentado por la medicina pues siguiendo a Domínguez (2005), el espaciamiento óptimo entre embarazos es de dos a cuatro años, y con ello se logra evitar complicaciones tanto maternas, como aquellas que comprometen en gran medida la vida del bebé. Las mujeres reconocen que pueden estar propensas a tener complicaciones; sin embargo, algunas de ellas siguen estando dispuestas *a recibir los embarazos que les toque vivir*; considerando que algunas mencionaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos, existen motivos de otro orden que las lleva a decidir la continuación de sus embarazos, ello se explicará más adelante.

#### ✓ *Estado nutricional de las embarazadas*

Otro aspecto percibido por las mujeres como riesgo durante el embarazo se identifica el mal estado nutricional de la embarazada. Las mujeres de Cuetzalan hacen referencia a que la mayoría de las mujeres tienen problemáticas de desnutrición y anemia derivadas de su condición económica, pues la mayoría cuenta con bajos ingresos y en ocasiones se privan de los alimentos o de una alimentación adecuada para cubrir otras necesidades por ejemplo, gastos de la escuela de hijos mayores, transporte; por otra parte, algunas mujeres mencionaron que en sus localidades no hay lugares para comprar comida refiriendo una dificultad de acceso a los alimentos; finalmente la problemática en el estado nutricional de las embarazadas también está dada por el hecho tener familias grandes, las porciones se reducen y se da preferencia al marido, quien es el que *trabaja y aporta el ingreso familiar* y a los hijos.

*Eustolia (18 años) tiene problemas de anemia y desnutrición* debido a su situación económica y sobrecarga de trabajo [Nota de Campo: información proporcionada por enfermera que la atiende en el Centro de Salud de Tepetita]

*Inés (de 25 años) tiene problemática de desnutrición, debido a su situación económica, ya que su familia es grande (4 hijas, su pareja y ella) y las porciones de comida se reducen, así también la sobrecarga de trabajo juega un papel importante en esta problemática de nutrición.* [Nota de campo: información proporcionada por enfermera que la atiende en el Centro de Salud de Tepetita]

Con respecto a Cecilia (32 años), sin ser un caso muy distinto a los dos ejemplos anteriores, tiene *problemas de bajo peso y anemia*, igualmente dadas debido a su situación económica baja y la reducción de porciones al tener una familia grande.

Y Karina (17 años), refiere que *debido a su trabajo a veces no se alimenta adecuadamente* ni oportunamente, y aunque no sabe exactamente cuál es su condición con respecto a su alimentación durante el embarazo, ella considera que el hecho de no comer bien y a sus horas está influyendo en que se sienta delgada y preocupada porque nadie le ha recetado vitaminas ni ácido fólico para mejorar sus condiciones, asimismo, su baja económica y no contar con Seguro Popular la ha limitado para conseguir dichos suplementos [Nota de campo: entrevista con Karina, 17 años, Cuetzalan]

Por otra parte, las mujeres de la Ciudad de México identifican que muchas mujeres inician el embarazo en condiciones de sobrepeso y obesidad (Irma, Julia y Amalia) derivadas de su estilo de vida y sus condiciones laborales que les implica una vida sedentaria.

Irma (40 años) menciona que siempre ha estado gordita y ello se debe en gran medida a su trabajo, el cual la obliga a permanecer mucho tiempo sentada y sin actividad física; en estas condiciones inició su embarazo y por ello uno de sus diagnósticos de riesgo dados por el INPer fue el de Obesidad.

*“Desde que llegaba estaba sentada cosiendo [...] luego llegaba con dolor de espalda...”* (Irma, 40 años, Ciudad de México)

Julia (29 años) al respecto mencionó que siempre ha tenido problemas de obesidad, comenta que una de las complicaciones que vivió en su primer embarazo derivadas de su peso, fue que su bebé nació pesando 3,800kg y ella desarrolló diabetes gestacional que posteriormente se convirtió en diabetes mellitus, la cual le ha costado mucho esfuerzo controlarla al grado que actualmente es insulino dependiente. Así pues, su trabajo en sí mismo, es un riesgo para ella pues trabaja haciendo paletas y figuras de chocolate y es muy antojadiza.

*“J: Siempre he sido gordita, siempre, siempre; cuando me dio el azúcar sí bajé muchísimo, tuve hasta 4-5 kilos de menos, cuando me dio la diabetes, pero siempre he sido gordita.*

*¿Recuerda usted cuánto pesaba antes de embarazarse?*

*J: De esta última pesaba 80 kilos y ahorita ya peso 90*

*¡O sea que ha subido 10 kilos en el embarazo!*

*J: Sí, pero con mi hijo, me alivié pesando 120 kilos”* (Julia, 29 años, Ciudad de México)

Y finalmente Amalia comenta que no ha hecho esfuerzos para tener una mejor alimentación durante el embarazo, se define como *garnachera*, refiere que no ha cambiado su estilo de alimentarse puesto que en todos los estudios *“sale bien ella y las niñas”*.

*“Pues no, pues yo sé que no es adecuada (la alimentación), porque lo ideal es comer verdura, más verduras, verduritas y todo eso para que las nenas y yo y yo esté bien, ¿no?, pero pues dice el doctor que están grandes (risas) que están bien, quién sabe...”* (Amalia, 42 años, Ciudad de México)

La alimentación de la mujer durante el embarazo es uno de los aspectos que debe cuidarse para la buena evolución del embarazo y la prevención de complicaciones tanto en la mujer como en el bebé; así pues, tras conocer las experiencias de las mujeres respecto a este tema, damos cuenta que la situación de vulnerabilidad social en la que

viven, siguiendo a Salas y Torre (2006), nos muestran las desigualdades de acceso a una alimentación saludable derivadas de problemáticas económicas, y no sólo durante el embarazo, sino en general porque también debe considerarse la situación nutricia en la que se inicia el embarazo. Asimismo, hay que resaltar que los roles de género en el tema de la alimentación también vulneran a las mujeres en tanto que ellas como cuidadoras de “los otros” (Lagarde, 2003 y Esteban, 2006) priorizan siempre la alimentación de su familia hijos y pareja, antes que la suya y de esta manera, se incrementan condiciones desfavorables que pueden acarrear complicaciones durante la gestación y en el nacimiento del nuevo hijo.

✓ *Padecimientos malestares y/o diagnósticos médicos durante el embarazo o previos a éste.*

Para finalizar la percepción de aspectos biológicos que pueden acarrear riesgos en el embarazo, las mujeres toman como referencia los padecimientos que ellas tenían antes del embarazo (médicamente diagnosticados o no) o los que desarrollaron durante el mismo, así como los malestares considerados “propios” del periodo de gestación.

En este sentido, los padecimientos médicamente diagnosticados para el grupo de mujeres de Cuetzalan fueron: la desnutrición, la anemia y la presencia de hemorragias durante el embarazo actual y en previos. En tanto que para las mujeres de la Ciudad de México, fueron: la Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensión Arterial, Obesidad, así como, el presentar un embarazo gemelar y antecedentes de aborto.

Los síntomas o malestares físicos percibidos durante el embarazo tales como: vómitos, mareos, hinchazón de pies, cansancio excesivo, infección vaginal, infección en vías urinarias, para ambos grupos de mujeres fueron señal de que “algo no estaba bien” y que de no ser tratados podrían complicar el embarazo.

De manera particular, cabe destacar que la mención de enfermedades o padecimientos fue más frecuente con las mujeres de la Cd. de México y ello es precisamente, porque están insertas en la dinámica del servicio de salud institucional y que saberse con un

diagnóstico adverso es requisito para la admisión en la Institución donde se atienden. En cuanto a las experiencias de las mujeres de Cuetzalan, -aunque ellas no se encuentran diagnosticadas médicamente con embarazo de riesgo- se retoman aquellos aspectos mencionados por ellas respecto a su salud, (padecimientos, malestares y complicaciones en el embarazo actual y en anteriores) y los recabados de información del personal de salud institucional con el que ellas llevan el cuidado prenatal (en general, se hace referencia a malestares derivados del cansancio por sus actividades diarias, algunos signos de urgencia obstétrica y complicaciones en embarazos previos).

*“Una pérdida fue en el 2003, otro fue en el 2008 y el otro en el 2010 creo u 11, ese fue hace poquito [...] en el 2006 me dio un infarto cerebral consecuencia de la diabetes y en 2008 me volví a embarazar, por eso tengo que cuidarme de este que ya vamos saliendo”* (Julia, 29 años, Ciudad de México)

*“Pues hay molestias, o luego dicen que está al revés el niño, me duele aquí a veces (torso), tengo un dolor o no puedo dormir, dormir porque te duele”* (Ángela, 24 años, Cuetzalan)

Es importante rescatar que las informantes de la Ciudad de México, sí muestran preocupación a partir del conocimiento de la gravedad de sus padecimientos y de los consecuencias que podría traerle (a ellas o a sus hijo(a) s) la continuación del embarazo.

Tres de las mujeres de este grupo tocaron el tema de la muerte, reflexionando acerca de una trayectoria reproductiva adversa, en el caso de Julia de 29 años quien sufrió un infarto cerebral a causa de su diabetes en descontrol y que ha tenido tres pérdidas gestacionales debido a ese padecimiento; también lo menciona Amalia de 42 años, quien vive su 8va. gesta y que es gemelar, expresa su incertidumbre ante lo que pudiera pasar en el parto, aunque nunca tuvo complicaciones en sus otros embarazos, pues según menciona –ella nació para ser madre- considera que su cuerpo está cansado y desgastado

y que *“todo puede pasar incluso que se le pare el corazón”* y por último, Consuelo, quien tiene 45 años y está embarazada por 2da vez (sufrió un aborto espontaneo en su 1er. Embarazo) refiere que ella está dispuesta a “arriesgarse” por tener un hijo, aunque muera en el intento, dar a luz a un hijo y convertirse en madre será su gran satisfacción.

*“Uno puede pensar así, el decir ¿y si se me muero? ¿Y si no puedo ser mamá porque no sirvo para eso? [...] hay que hacer las cosas y no pensarlas nada más ¡hacerlas!, arriesgar la vida para sentir en realidad qué es ser madre”* (Consuelo, 45 años, Ciudad de México)

Durante el embarazo, este grupo de informantes procura seguir las indicaciones del médico para evitar complicaciones (reposo absoluto, pocos esfuerzos y buena alimentación); sin embargo, hay mujeres que por razones económicas (las que son madres solteras) les resulta complicado seguir dichas indicaciones.

*“Pues si uno está embarazada así tiene uno que hacer sus cosas, aunque uno esté embarazada va por leña, cuando está uno cerca del parto pues ya no, pero 3 meses 4 meses 5 meses sí todavía trabaja uno...”*

*¿Todavía hacen tortillas las que están embarazadas?*

*I: Si, hasta el último día del parto, todavía...”* (Cecilia, 32 años, Cuetzalan)

De este grupo, sólo una mujer cuenta con los recursos económicos para cuidarse, incluso, se da el tiempo para buscar información y leer sobre cuidados durante esta etapa, asimismo, tiene oportunidad de acudir a un médico privado en caso de una emergencia, a diferencia de las demás que su única opción es el INPer.

*“Estoy tratando de leer más de cosas de bebés porque pues no sé, como madre primeriza apenas empezando pues quiero estar como que lo más informada posible pues no, tener más idea de lo que me enfrento. Me gusta salir a caminar porque sé que es importante hacer ejercicio...”* (Jazmín, 25 años, Ciudad de México)



Para las mujeres de ambos contextos, el re-conocimiento de sus padecimientos y/o complicaciones a lo largo de su trayectoria reproductiva no resulta suficiente para tomar decisiones respecto a sus embarazos (tomando en cuenta que algunos son no planeados), no se puede concluir que a las mujeres no les interesa su vida y su salud pues a pesar de tener experiencias de complicaciones en embarazos previos (hemorragia obstétrica, pérdidas gestacionales, entre otras ) o vivir su actual embarazo en condiciones adversas de salud (anemia, desnutrición, adolescencia, diabetes, obesidad, etcétera) la exigencia cultural de la maternidad, las obliga a afrontar los embarazos que se les presenten sin importar los riesgos, como lo menciona Lagarde (2003) la reproducción se marca como un destino femenino, en el que aun en condiciones adversas se debe cumplir ese mandato y así, la mujer se sentirá realizada como tal, coincidiendo con el estudio de González (2008) donde destacó que las mujeres con embarazo de riesgo viven este proceso como un estado de logro y realización.

A pesar de que hay una evidente dificultad para seguir las recomendaciones médicas para cuidar su embarazo debido al factor económico (para realizarse estudios, alimentarse mejor, comprar suplementos) las mujeres se valen de algunas estrategias que les permite cuidarse “en la medida de sus posibilidades” durante el evento reproductivo; por ejemplo, muchas mujeres tanto de Cuetzalan como de la Ciudad de México mencionaron que para trasladarse a sus trabajos, a la escuela de sus hijos o para ir al centro de salud, optan por caminar para ahorrarse el pasaje del transporte público que puede ayudarle a complementar gastos para la comida; en algunas ocasiones, esto también les acarrea dificultades pues se cansan más o están más propensas a un accidente como caídas o resbalones.

Las mujeres de Cuetzalan refieren que una mujer saludable, joven (pero no adolescente) y alimentada adecuadamente, nunca tendrá complicaciones si decide embarazarse, por el contrario de una mujer mayor de 30 años, quien independientemente de la paridad se encuentra a una edad en la que el cuerpo “*ya está resentido*” por el trabajo cotidiano, y donde posiblemente comienzan a presentarse enfermedades como “*el azúcar*”-como lo expresan ellas refiriéndose a la diabetes- tiene más probabilidades de vivir una experiencia que la ponga en peligro al igual que a su hijo, pueden presentar sangrados o

puede nacer su bebé antes de tiempo. Asimismo, las mujeres de la Ciudad de México, comentan que las mujeres deberían embarazarse jóvenes, pues el cuerpo se encontraría en las mejores condiciones y sería menos cansada la gestación y podrían disfrutar esta etapa pues ya en edad avanzada –comentan 3 de las informantes- las mujeres viven preocupadas por saber si podrán terminar su embarazo sin dificultades, tienen que cuidarse mucho, dejan de hacer su vida como cotidianamente lo hacen, las mandan a tener reposo absoluto; también mencionan que las mujeres jóvenes tienen más oportunidad de seguir embarazándose en caso de que tuvieran pérdidas (abortos).

*“Sí, es distinto, este (embarazo actual), luego que he sentido varios síntomas que digo ‘ay por qué’ si yo de siete (embarazos previos) que tuve no sentía nada de esto, pero también estamos hablando de la edad, son...mi a niña a más chiquita ya casi va a cumplir 15 años, luego la edad, debo cuidarme más...”* (Amalia, 42 años, Ciudad de México).

De esta manera, todas ellas muestran la importancia que otorgan a las condiciones en las que se encuentra su cuerpo y la salud del mismo para la identificación de posibles situaciones que las pudiera poner en riesgo durante la gestación o después de ésta.

## **.2 Aspectos socioculturales en la percepción de riesgos durante el embarazo**

Dentro de los discursos de las mujeres entrevistadas tanto del grupo de Cuetzalan como del grupo de la Ciudad de México se encontraron algunos aspectos de orden sociocultural que podrían representar peligros y/o complicaciones durante la gestación.

### **✓ Enfermedades culturales**

Comenzaré con un aspecto que permite dar continuidad a lo abordado en el apartado anterior, ello tiene que ver con *“las enfermedades culturales o culturalmente delimitadas”*. *“Se trata de enfermedades que son percibidas y vividas como tales por*

*millones de personas, no sólo entre los grupos indígenas sino en la propia población urbana y suburbana; se consideran culturalmente delimitados porque aunque las denominaciones sobre estas enfermedades varían de acuerdo al grupo étnico, existen elementos de identidad cultural común que ponen de manifiesto una cosmovisión donde los procesos de salud-enfermedad están íntimamente relacionados con otros aspectos de la vida social”*(Arganis,2003:4). Toda sociedad posee una forma de entender la salud y la enfermedad; en este sentido, los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural donde se integran elementos diversos, así las enfermedades pueden ser clasificadas de acuerdo a sus manifestaciones patológicas, sus causas o por el ámbito de la demanda. (Almaguer y cols., 2005 y Arganis, 2003). Con respecto a cada uno de los contextos donde residen las mujeres que participaron en la investigación, existen algunas de estos padecimientos, malestares culturales y algunas que se identifican pueden aparecer o son más susceptibles de adquirirse durante el embarazo, principalmente son referidas en el grupo de mujeres indígenas, aludiendo padecimientos que tienen que ver con alteraciones de la fuerza vital (Tonalli, alma-espíritu), con la interacción con la naturaleza y con seres sobrenaturales; se mencionan males tales como: “el susto”, “mal de ojo”, “mal aire”, “mal de difunto” “malestares tras ver un eclipse de luna” “antojos no cumplidos”, “bebé mal acomodado”; todos estos padecimientos requieren ser tratados por un especialista, - en este caso con una partera o curandera- ya que de no ser tomados en cuenta, pueden tener consecuencias desfavorables; principalmente se reflejan en cambios de hábitos repentinos en la mujeres, “dejan de comer, se sienten cansadas, nerviosas” y pueden ocasionar partos prematuros, abortos o la resolución del embarazo a través de una cesárea, todo ello pone en riesgo la salud de la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio.

*“Tenemos que ir a curarnos del susto por la criatura más que nada, para que no tengamos problemas en el nacimiento, porque dicen que sí les afecta y si no lo vemos pronto, luego tienen que hacer la cesárea, porque no puede nacer”* (Ángela, 24 años, Cuetzalan)

*“Si me asusté, así como que no, como sabe me puse como sentimental, como que tronó muy fuerte muy fuerte y si me asusté, incluso yo creo que las nenas se asustaron porque se me empezaron a mover bien fuerte y yo así como que me empecé a chillar... yo creo que eso si le pasa a afectar a las niñas después no sé, no sé que por que digan yo por mi preocupación, mi estrés, sobre todo mi estrés...”* (Amalia, 42 años, Ciudad de México)

En los discursos fue muy común encontrar referencias hacia la presencia de los signos de urgencia obstétrica/durante el embarazo, pues éstos los han ido apropiando a partir de la información recabada en la relación con los servicios institucionales de salud a los que acuden (Centros de Salud/INPer)

*“De repente tenía como dolorcito en el vientre y me decían que es normal, porque va creciendo y el útero se va estirando, pero ya después sentía los piquees y ya no era un ratito sino lapsos prolongados y ya después lo que me dijeron es que ya no estaba bien, si me preocupé porque dicen que en los primeros meses es donde puede haber mayor riesgo de aborto”* (Jazmín, 25 años, Ciudad de México).

De esta manera, podemos señalar que tanto los aspectos biológicos, los culturales y los sociales están íntimamente relacionados, y que en ellos se concentran significados, creencias, saberes y prácticas<sup>13</sup> en torno al embarazo propias del contexto en el que cada una de las mujeres viven.

---

<sup>13</sup> Los *significados*, son los sentidos que los sujetos le otorgan a una cosa o un evento específico, proviene de la experiencia y de juicios personales. Las *creencias* son los sentimientos de certeza sobre el significado de algo, nos permite dar coherencia a nuestro modelo del mundo. (Defez y Martín, 2005) Los *saberes*, tienen que ver con aquellas prácticas, comportamientos, creencias que nosotros nos apropiamos y aprendemos de las personas que nos rodea. Las *prácticas*, aluden a las acciones que están dotadas de algún significado y que explican nuestro comportamiento ante algún evento (Torraza, 2000).

Para rescatar las charlas con médicas tradicionales, parteras y personas de las localidades de Cuetzalan con base a aspectos relacionados con los riesgos locales durante el embarazo, es decir, aquellos males que desde su cosmovisión pueden poner en peligro el evento reproductivo, he agrupado en la Tabla 4, algunos saberes culturales de situaciones particulares que pueden originar complicaciones durante la gestación, repercusiones en la salud tanto de la madre como del hijo, situaciones que también pueden desencadenar en una Muerte Materna.

Una parte importante es que para estos males –en algunos casos- se hace referencia a la situación que origina este mal, cuales son las consecuencias inmediatas o lo que pudiese indicar que se tiene el mal y sugerencia del qué hacer para contrarrestar los efectos de esas situaciones que ponen en riesgo el embarazo.

**Tabla 4 Situaciones que pueden poner en riesgo a las mujeres durante el embarazo según el Personal de Salud Local en Cuetzalan, Puebla.\*, \*\***

	<b>Origen</b>	<b>Consecuencias inmediatas</b>	<b>Sugerencia para su atención</b>
<b><i>Enfermedades culturalmente delimitadas</i></b>			
<b>Susto</b>	Caídas, impresiones fuertes, miedos.	Apatía general, falta de apetito Dejar de comer	Curada de espanto, llamada o recogimiento del espíritu.
<b>Coraje</b>	Enojos, Discusiones Violencia por parte del esposo. Hombres buscan a otras mujeres para tener relaciones sexuales durante embarazo de sus esposas	Lapsos prolongados de tristeza. Dejar de comer	Tesito xikpaktil (5 hojas de café, canela y azúcar)]
<b>Venteada</b>	Mujeres que pasan de un ambiente caliente a un ambiente frío sin precaución, sucede regularmente cuando las mujeres echan tortillas	Cansancio	Bañarse con agua caliente, regresar el calor al cuerpo.
<b>Mal de ojo</b>	Cuando una persona te ve con envidia, rivalidad	Cansancio, llorar Los ojos se ponen color rojo	Limpia con hierbas, ponerse listón rojo y alfileres en la ropa.
<b>Mostrar la pancita</b>	No tener discreción durante el embarazo y ser vista por personas no agradables.	Mal de ojo para mujer o para el bebé	Amarrar listón rojo en la cintura, poner un alfiler en la ropa a la altura de la cintura, usar ropa para disimular el embarazo
<b>Bebé atravesado</b>	Actividades cotidianas que desacomodan al bebé dentro del vientre.	Dolor en el vientre y molestias para caminar.	Acudir con la partera para que por medio de sobadas acomode al bebé. Acudir a la clínica
<b>Luna llena</b>	Ver la luna llena, salir en noche de luna llena, no cubrirse su vientre y quedar expuesta a la luna llena.	Los bebés pueden nacer con labio leporino.	Listón rojo, alfiler en ropa de la mujer embarazada.
<b><i>Referencia a síntomas o malestares Directamente relacionados con el embarazo</i></b>			
<b>Vómito Fiebre</b>	Actividades diarias Alimentación	Malestar general	Acudir a la clínica inmediatamente
<b>Sangrado vaginal</b>	Cargar cosas pesadas, realizar actividades que requieren de mucha fuerza, tener relaciones sexuales	Los bebés nacen moraditos	Ir a la clínica inmediatamente
<b>Falta de movimiento del bebé</b>	Preocupación de la mujer	No hay percepción de movimientos fetales	Acudir al médico

<b>Dolor general</b>	Rutina laboral pesada	Cansancio, apatía, tristeza	Reposo
<b><i>Situaciones derivadas de la trayectoria reproductiva</i></b>			
<b>Tener muchos hijos</b>	Los esposos quieren tener muchos hijos	Desgaste del cuerpo de la mujer múltipara.	Consejería planificación familiar
<b>Edad</b>	Mujeres que no saben cómo cuidarse de un embarazo no planeado. (Cuerpos no desarrollados y aptos para la maternidad o cuerpos cansados)	Embarazos adolescentes y en edad avanzada	Consejería planificación familiar
<b><i>Acceso a servicios de salud Institucional</i></b>			
<b>No se ponen vacunas</b>	No saben que deben solicitar las vacunas, no se les oferta por parte del PSI.	Enfermarse continuamente	Búsqueda de información. Oferta por parte del PSI
<b><i>Actividades cotidianas de riesgo</i></b>			
<b>Mala higiene personal</b>	Poca orientación al respecto, tiempo, baja economía	Infecciones que pueden complicar el embarazo.	Orientación
<b>Mala alimentación</b>	Familias numerosas, baja economía, poco acceso a alimentos. Consumo de alimentos ricos en harinas y grasas saturadas. Uso de la manteca de cerdo y panela para endulzar alimentos.	Desnutrición, Anemia	Sembrar verduras para consumo familiar.
<b>Violencia</b>	De los hombres a las mujeres, culturalmente. Asimismo en la relación con la suegra.	Depresión, falta de apetito, desnutrición.	Conocimiento de sus derechos.
<b>Relaciones Sexuales durante el embarazo</b>	Disponibilidad sexual de las mujeres aún durante el embarazo.	Sangrados y/o alguna molestia	Evitarlas
* Elaboración propia a partir de información proporcionada por el Personal de Salud (PS) Local en el Municipio de Cuetzalan, Puebla: Sra. Rita, Auxiliar de Salud de Tacuapan, Reyeshogpan; Sra. Nora, Partera Tradicional de San Miguel Tzinacapan, Sra. Vicenta, Partera tradicional de la cabecera municipal; Sra. Rosa Médica Tradicional de Santiago Yancuictlalpan; Sra. Oliva, Partera Tradicional Zuapilalco Santiago Yancuictlalpan y Sra. Carmela, Enfermera / Partera de Santiago Yancuictlalpan.			
**.Agradecimientos a: Dra. Mayra Chávez, Pamela Chavarría, Lic. Mónica Hernández, Mtra. Irma Romero, Lic. Manuel Espíndola, Moisés García, Lic. Viviana Negrete, Lic. Roberto Caro. Quienes colaboraron también en el proceso de recolección de esta información.			

✓ *Demanda sociocultural para embarazarse*

Con respecto a la demanda sociocultural que ha recaído históricamente en las mujeres en cuanto a la reproducción, se observa que ambos grupos de mujeres tanto las de Cuetzalan como las de la Ciudad de México coinciden en la idea de que parir es su destino y no sólo se centra en el hecho biológico sino en la construcción social de la maternidad donde, como menciona Lamas (2009), se adopta un rol de cuidadora del “otro”. De esta manera, las mujeres incorporan esas normas culturales para la construcción de sí mismas, es decir, se valora el ser mujer a partir de que pueden dar vida, además de que realizan actividades centradas en la crianza y cuidado de los hijos (Sánchez, 2009). Coincidiendo con el argumento de Lagarde (2003) quien menciona a la maternidad como un conjunto de hechos de la reproducción social y cultural por medio de la cual las mujeres deben crear y cuidar a “los otros” de manera permanente. En este sentido, la mujer deja de ser dueña de su cuerpo y adopta el destino de la maternidad.

*“Para mi tener un hijo es importantísimo, es una necesidad que sentimos como mujeres, yo digo a la mejor esos zapatos los quiero no porque me hagan falta sino porque ¡los quiero! me gustan, pero una mujer que va a tener un bebé no es porque le falte sino porque quiere sentir lo que es ser madre y yo creo que las que no quieren aceptar a veces la maternidad es porque les da miedo, no quieren sentir responsabilidades” (Consuelo, 45 años, Ciudad de México)*

*“Ser mamá es cuestión de, se podría decir, no sé cómo qué, cuidar algo muy valioso que te compras, no sé por ejemplo algo de oro que tu sabes que te costó muy caro y que te costó tanto para tenerlo obviamente lo tienes que cuidar y lo mismo, para mi ser mamá es así como que una responsabilidad y más que nada es echarle más ganas, es un esfuerzo, todas las mujeres deberíamos vivir la experiencia” (Karina, 17 años, Cuetzalan)*



*“Ser madres es una necesidad que sentimos como mujeres”* (Consuelo, 45 años, Ciudad de México)

Como vimos, las mujeres han interiorizado esa demanda hacia la reproducción como un estado de logros, a partir del cual se da sentido a su vida de ser mujer. Por otra parte, hay que reconocer que pocas veces las personas se detienen a pensar en el momento más adecuado para que surja el embarazo, es decir, si la mujer tiene las condiciones físicas y emocionales para estar embarazada. Ello tiene como consecuencia embarazos no deseados o no planeados, que precisamente son los que ponen en peligro la vida de la mujer, pues se dan en momentos poco oportunos, por ejemplo en la adolescencia o en una edad materna avanzada, o cuando las mujeres no tienen las condiciones de salud propias para llevar a cabo una gestación libre de riesgos, lo mismo sucede cuando las mujeres tienen muchos hijos en un periodo muy corto.

La interiorización de estas ideas se ven reflejadas en las mujeres con las que se trabajó, al menos siete de las doce participantes en esta investigación refirieron no esperarse la noticia del embarazo; asimismo, no sentirse físicamente preparadas y/o saludables o en condiciones para asumir esta vivencia; sin embargo, continuaron el embarazo pues *“es el destino de las mujeres”*; en palabras de Amalia (40 años, Ciudad de México) *“Las mujeres nacieron para ser madres”*

*Con 18 años de edad se hace cargo de sus hermanos pequeños, tras la muerte de su abuela quien era su único soporte. Tiene que hacer trabajos muy pesados en el campo en tiempos de cosecha de pimienta y café, come poco y se siente cansada la mayor parte del tiempo. Se siente contenta con el embarazo pero no se lo esperaba-* [Nota de Campo Eustolia, 18 años, Cuetzalan].

*Estaba terminando su carrera, había encontrado un buen trabajo, tenía planes de boda y “llegó el embarazo”, por una parte su familia se decepcionaría de ella porque no aprovechó el esfuerzo de sus padres por darle una profesión, y por otra, ¡No puedo abortar! (expresión de ella) También decepcionaría a la familia. Acepta el embarazo y cuida su hipertensión para evitar cualquier imprevisto.* [Nota de campo Jazmín, 25 años, Ciudad de México)

*“No esperaba el embarazo, fue una sorpresa... se lo dije a él pero no lo volví a ver [...] ya me dijeron que son 2 niñas, me da miedo pero estoy feliz, ya pensé en sus nombres [...] me harán cesárea, ya me dijo mi doctor que cuando son así (gemelar) tienen que operar a fuerza” (Eloísa, 24 años, Ciudad de México)*

La maternidad como un rol de género obliga a las mujeres a ser madres sin importar el momento en que surge el embarazo; en este sentido, resulta indispensable, retomando a Graciela Hierro (1985), que las mujeres recuperen el poder de decisión sobre su propio cuerpo y que la maternidad se viva como un proyecto y no como una función natural.

✓ *Aspectos religiosos en la continuación del embarazo*

La maternidad, forma parte de un sistema de creencias que vulneran a la mujer y la reducen a su capacidad reproductiva, en este sentido, la religión al ser una institución que controla las acciones de sus adeptos, reafirma también la valoración de la maternidad y criminaliza a las mujeres que no desean ser madres o que piensan en un aborto.

La religión Católica, que es la que profesan la mayoría de nuestras informantes (diez), expone un discurso muy claro acerca de la reproducción en cuanto que *la mujer debe parir todos los hijos que Dios le mande, de no ser así, estará en pecado*. Dos de

las mujeres entrevistadas que profesan religión diferente, cristiana y evangélica, refirieron ese mismo argumento para justificar sus embarazos. Santo Tomas de Aquino



Ilustración 4 Virgen Madre, atuendo típico de Cuetzalan

expresó: *"Yo no veo la utilidad que puede tener la mujer para el hombre, con excepción de la función de parir a los hijos"* (Colussi, 2013).

Muchas de las mujeres justifican el embarazo a partir de su religión, en lo que "Dios dispone" como destino de la mujer y la idea del pecado si se renuncia al mandato divino de ser madre. La mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación tras sus creencias religiosas- se han apropiado de la idea con respecto a la reproducción de nunca negarse a ser madre, aceptar con amor sus embarazos, cuidarse durante la gestación, incluso algunas justifican la nula utilización de los métodos anticonceptivos por cuestiones religiosas.

*"Bueno en mi caso pues abortar o no embarazarse es pecado, sí y pues con que los niños traen alegría y eso, y sí yo para mi opinión es bueno"* (Cecilia, 32 años, Cuetzalan)

La señora Inés (25 años, Cuetzalan) menciona que *las mujeres deben seguir el ejemplo de la Virgen María quien se sacrificó para tener a su hijo, y de esta manera, todas las mujeres deben sacrificarse en ser madres, continuando con los deseos de Dios.* [Nota de Campo]

Tras lo anterior, se observa que los embarazos también han resultado de la presión ejercida desde instituciones como la religión, las cuales ejercen una influencia muy importante que coloca a las mujeres en riesgo, en cuanto viven con miedo si en algún momento se llegara a pensar en un aborto o se tuviera uno espontaneo.

#### ✓ *Presión para embarazarse por parte de la pareja*

Algunas de las mujeres entrevistadas mencionaron como uno de los motivos que las llevó a embarazarse fue porque su pareja así lo dispuso. En este sentido, podemos dar cuenta que efectivamente existe una presión sociocultural para la maternidad y que esta viene dada en varias dimensiones; primeramente por el contexto social en el que se vive; asimismo, a través de instituciones como la religión que ya se mencionó en el apartado anterior y también viene dada por actores específicos, en este caso la pareja. El cuerpo de

la mujer ha sido dominado por el contexto sociocultural y la pareja, en el tema de la reproducción, toma un papel importante, Como menciona Ruiz (2010) los individuos –en este caso las mujeres- quedan expuestas a ser reguladas y a ejercer sobre ellas control que las obligue a comportarse según normas ya establecidas, en este caso, a ser madres. De esta manera se vulnera el cuerpo de la mujer y se justifica la persistencia a la reproducción.

Para los casos de Cuetzalan, las mujeres narran que hay una necesidad por parte de sus parejas por tener hijos, *pues es el destino y base de cualquier matrimonio*; y para el caso de las mujeres de la Ciudad de México, también se da esta presión por parte de las parejas -en dos casos, justo en las mujeres que tienen más de 2 hijos-, teniendo la particularidad de haber vivido en sus anteriores embarazos situaciones que pusieron en riesgo su vida, deciden continuar sus embarazos.

*-Ha tenido 4 pérdidas, y en condiciones bastante complicadas, asociadas a su Diabetes en descontrol; sin embargo, busca el bebé por no perder a su pareja, pues él ya no viven juntos, él es alcohólico tras la pena de no poder tener otro hijo- [Nota de Campo Julia, 29 años, Ciudad de México]*

Otra de las justificaciones que surgen para tomar la decisión de continuar el embarazo tiene que ver con la preferencia de la pareja en el sexo del bebé (se busca que se tenga por lo menos una mujer y un varón) y si no se consigue, se presionará a la mujer a que se embarace tantas veces sea necesario hasta cumplir “la ilusión de la pareja”; asimismo, también interiorizan la idea de que tener hijos ayuda a garantizar que haya un acompañamiento, además de que serán quien los cuide (al matrimonio) en la vejez.

*“Bueno, a mí me gustaría que fuera niña, pero si Dios no quiere ¿ya que le hago?, ya no lo puedo formar como niña. Quiero niña porque como te digo, se me murió una y me quedan 4 hombres y ellos y mi esposo quieren niña”* (Cecilia, 32 años, Cuetzalan).

*“Pues también se siente alegría de tener hijos, porque como dice mi esposo p cuando uno está enfermo y uno no tiene hijos pues también piensa ¿quién nos va a ver?”* (Ángela, 24 años, Cuetzalan)

*“Pues yo hubiera querido, pues como nada más tengo 2 niños yo hubiera querido que fueran un niño y una niña ¿no?, pues un niño, aparte es porque para que yo tuviera otro niño aparte de los que yo tengo y por él (su nueva pareja quien nunca ha sido padre), para que tuviera esa experiencia de niño y niña ¿no?, pero bueno fueron dos niñas y digo, no importa porque las niñas son más cariñosas que los niños, los niños se casan, y ya se van y se olvidan de la mamá, bueno claro algunos pero casi la mayoría y ya las niñas siempre están ahí contigo siempre están ahí con la mamá y con el papá, siempre están ahí, es raro la que se va” (Amalia, 42 años, Ciudad de México)*

A manera de síntesis, en la Tabla No. 5 se presentan los casos de cuatro mujeres que refirieron situaciones de presión social para embarazarse y la justificación que se da a ésta.

<b>Tabla 5 Presión Social: Exigencia por parte de las parejas a la multiparidad</b>			
<b>Mujer</b>	<b>No. de embarazos</b>	<b>Antecedentes Obstétricos de Riesgo</b>	<b>Presión social de la pareja</b>
Inés, 25 años Cuetzalan	5	Antecedente de Hemorragia Obstétrica	“Sacrificarse como la virgen María”, Búsqueda del hijo varón
Cecilia, 32 años Cuetzalan	6	Bajo peso durante el embarazo	Aceptar con alegría los hijos que Dios manda, Buscar remplazo a la hija recién fallecida. Búsqueda de hija mujer.
Julia, 29 años Ciudad de México	5	Antecedente de pérdidas gestacionales recurrentes, DM tipo II y Obesidad	Su esposo se volvió alcohólico tras las pérdidas gestacionales recurrentes. Él anhela otro hijo y ella quiere que su pareja esté bien.
Amalia, 42 años Ciudad de México	8	Embarazo Gemelar por inseminación in vitro	Darle un hijo a su actual pareja, ya que él nunca ha sido padre. Se sometió a fertilización in vitro, con óvulos y espermatozoides donados, gasto económico fuerte con respecto a su nivel económico.

*Elaboración propia a partir de los datos recabados en el trabajo de campo*

✓ *Presión del embarazo por parte de familia y amigos*

La presión del embarazo por parte de familia y amigos: se da por las siguientes condiciones o circunstancias: para el caso de las mujeres de la Ciudad de México, la exigencia hacia la maternidad se da en mujeres adultas que nunca han sido madres; aquellas mujeres que tienen 40 años o más y que son catalogadas como “solteras”. La familia y amigos ejercen presión para que ellas tengan “al menos” un hijo, argumentan que *“hay que buscar un motivo para vivir, una compañía para el futuro y un cuidador para la vejez”*.

*“Uno de mis hermanos me decía, ‘te vamos a rifar, y que quien sabe qué, o ya ten un hijo’ me decían” (Irma, 40 años, Ciudad de México)*

Son principalmente las mujeres casadas y las mujeres mayores de 35 años que aún se encuentran en edad reproductiva y que no han tenido hijos a quienes esta demanda sociocultural hacia la maternidad recae en mayor medida. Para tres de ellas la elección de ser madres solteras, buscar la maternidad sin importar los medios antes de ser juzgada por “los otros” como “solteras” o “quedadas” fue una constante, tal es el caso de:

*Consuelo de 45 años: quien no se esperaba quedar embarazada a su edad y aunque el padre de su bebé la dejara al enterarse la noticia del embarazo ella decidió continuarlo, pues Diosito le había mandado un compañero para toda la vida. Muchas veces se ha sentido criticada pues pareciera que a su edad ya no debería estar permitido tener hijos; pero ella vive su embarazo con mucha dignidad y orgullo y piensa que pase lo que pase (refiriéndose a que pueda morir o su bebé pueda nacer con Síndrome de Down) ella va sentirse feliz de haber vivido la experiencia. [Nota de Campo, Ciudad de México]*

*Irma de 40 años: tras la presión recibida por parte de hermanos y amigos a que tuviera un hijo porque sino “la rifarían” ella pensó que era buena opción cambiar de opinión con respecto a sus aspiraciones, mucho tiempo su mayor anhelo fue comprarse un carro y ser independiente; pero después pensó que un hijo le traería mayores satisfacciones a ella y a su familia,*

*razón por la cual, ella solicita a su pareja que no se cuiden para lograr el embarazo, Irma al poco tiempo se embarazó y su pareja la abandonó. Hoy en día comenta que no le importa que el papá de su bebé no esté con ellos, ahora ella tiene un motivo para vivir. [Nota de Campo: Ciudad de México]*



Ilustración 5 Mujeres Indígenas de Cuetzalan

Por otro lado, tenemos el caso de las mujeres de Cuetzalan, aunque del grupo de mujeres que se entrevistó no mencionaron alguna presión por parte de familias y amigos, si relataron experiencias de otras mujeres de su comunidad aquellas quienes no han sido madres, comentan que son mal vistas y criticadas por personas de la misma localidad; llegan a ser violentadas, las *“regresan a sus casas porque no sirven*, refieren que en el caso de mujeres casadas que no pueden tener hijos -por razones biológicas- deben tolerar que sus esposos busquen a otra mujer que pueda darle hijos, incluso, ambas mujeres llegan a vivir bajo el mismo techo.

*“Es difícil cuando no pueden embarazarse, les dicen que ya se quedó o que está seca por dentro, le pegan, se enojan porque ya quieren el hijo”*

(Cecilia, 32 años, Cuetzalan)

Tras lo anterior, se puede constatar nuevamente, la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de la comunidad, y la violación constante a sus derechos sexuales y reproductivos, ya que la comunidad no concibe a una mujer sin hijos y hace comentarios para persuadir a que las mujeres busquen el embarazo, de no ser así, se ejerce una violencia constante hacia ellas, que comprenden insultos en la calle, críticas o la infidelidad por parte de las parejas.

✓ *Situación económica desfavorable*

Las condiciones de pobreza y marginación en las que viven las mujeres, tanto de Cuetzalan como de la Ciudad de México también son percibidas por las informantes como situaciones que pueden desencadenar riesgo durante el embarazo, pues aunado al bajo nivel educativo que las obliga a tener trabajos precarios y mal pagados (*cosecha de pimienta y café para las mujeres Cuetzaltecas y empleadas domésticas en Mujeres de la Cd. de México*), con bajos ingresos, alimentación limitada, viviendas en condiciones insalubres, asimismo, sus bajos ingresos les impide, en muchas ocasiones, buscar atención médica, realizarse estudios de rutina y tomar medicamentos y/o suplementos que beneficien el curso de su embarazo. Muchas mujeres tanto de la Sierra como de la Ciudad de México, llevan a cabo estrategias para administrar sus ingresos, para que estos puedan aprovecharse de mejor manera y puedan priorizar en sus cuidados durante el embarazo: hay mujeres que optan por caminar largos trayectos para ahorrar dinero para el parto, para poder hacerse un estudio o poder comprar fruta de la cual se recomienda mucho el consumo para la buena evolución del embarazo. Dicha actividad (caminar largos trayectos) les implica peligros por la situación de los caminos, en los que pueden resbalarse y caerse.



*“Cecilia va siempre caminando al centro de salud (40 minutos) pues sus ingresos no le alcanzan para tomar la camioneta”* [Nota de Campo, Cecilia, 32 años. Cuetzalan]

*“Eustolia camina de Caxaltepec hasta Tepetitán para llegar al Centro de Salud (1-2 horas, según se sienta físicamente), por lo común va sin desayunar”* [Nota de Campo, Eustolia, 18 años, Cuetzalan]

*“Pues, bueno ahorita tengo lo de oportunidades y tengo un ingreso, pero pues ahorita en tiempo de pimienta nos apoyamos de eso”* (Eustolia, 18 años, Cuetzalan)

Algunas mujeres expresaron su preocupación con respecto a los gastos del parto, quienes muestran su preferencia al *parto natural*, pues saben que es más rápido, menos costoso y que pueden incorporarse con más facilidad a realizar sus labores cotidianas.

*“Me dijeron que tengo que estar en cama porque me dijeron que es de alto riesgo, pero pues yo trato de hacer mi vida normal, porque también no quiero que el bebé me de trabajo que nazca y eso, porque yo quiero que nazca normal porque voy a pagar menos, voy a pagar menos y me voy a recuperar más pronto”* (Consuelo, 45 años, Ciudad de México)

Uno de los aspectos que desfavorecen la vivencia de un embarazo es la situación económica de la mujer; esta es una de las razones por las cuales retomar el tema de los determinantes sociales de la salud cobra sentido ya que se debe comprender al evento reproductivo como una vivencia que no está aislada del contexto donde se presenta, que las condiciones sociales en las que viven las mujeres, como menciona Menéndez (2009) tienen influencia activa en su salud. También a través de los determinantes sociales de la salud, permiten evidenciar las desigualdades de género que se presentan en la sociedad y que pone en desventaja a las mujeres, con respecto a los hombres y con respecto a otras mujeres, recordando la postura de Corral y cols. (2010) que refiere la importancia de la mirada de los DSS desde una perspectiva de género, pues este condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios y la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

✓ *Acceso a los servicios de salud Institucional y Local (parteras)*

En cuanto al acceso a los servicios de salud, las mujeres perciben dificultades desde que empiezan con el trámite para darse de alta en el seguro popular, manifiestan que suele ser complicado pues exige un trámite burocrático desgastante; por otro lado, la lejanía de los centros de salud, los costos y la atención que no logra cubrir sus necesidades constituyen elementos que pueden poner en situación de riesgo el embarazo.

Con relación a estos aspectos, una de las mujeres de Cuetzalan comenta que –hasta el momento de la entrevista- no había podido darse de alta en el seguro popular, debido a su condición de adolescente y aunado a que es huérfana; se le negó el servicio dejándola a la deriva. Asiste con una partera para el seguimiento de su embarazo, se encuentra preocupada por no tener la atención de un médico y no tomar ácido fólico –que según le dijeron- es fundamental durante el embarazo.

*“...ahorita se supone que iba yo a ir al doctor pero como trabajé y entonces aparte económicamente no he andado nada bien, entonces espero tener el seguro, de hecho por eso fui para que me hicieran lo que es mi trámite del seguro pero como ese día me pusieron mucho “pero” de que tenía que ser mayor de edad...”* (Karina, 17 años, Cuetzalan)

En Cuetzalan, el servicio de primer nivel de atención en algunas ocasiones se encuentra lejano; aunque se supone que la ubicación de cada uno de los centros de salud y unidades médicas rurales está dada estratégicamente para que el acceso sea *fácil* para la comunidad, generalmente están en las Juntas Auxiliares, hay que considerar que muchas de las localidades que dependen de los servicios de esos centros están muy alejadas, ello implica que las mujeres se pongan en peligro durante los traslados por una parte, y por otra, hay que reconocer que en el servicio de primer nivel de atención hay mucha demanda y el personal médico resulta insuficiente para cubrir las necesidades de la población, derivando a que los tiempos de espera para la consulta sean demasiado largos, las mujeres entrevistadas comentan que a veces *esperan más de 4 horas para pasar a consulta* (a ese tiempo habrá que sumarle el tiempo del trayecto para llegar al servicio); ello les implica ayunos prolongados, posturas incómodas, a veces permanecen paradas.

Esta problemática también se refleja al momento de la consulta ya que a veces por haber mucha gente esperando a recibir atención, los chequeos a las embarazadas son muy rápidos.

*Pues todo depende, si es que vas temprano, pero si es que vas ya como a las 7 o las 8 ya te tocará pasar como a las 12. Sí, porque como se juntan (más personas), no nada más es de aquí sino vienen de lugares cercanos que pertenecen aquí, aparte las mujeres que tienen Oportunidades les pusieron su cita familiar y ahorita ya no se puede porque hay familias que vienen con 5-6 niños y pues en una hora no pasan todos, y entonces ahora no es por hora, si es que quieres pasar primero tienes que llegar muy temprano, yo llego me miden, me dan el fumarato y ya, me dicen que estoy bien”*  
(Casilda, 22 años, Cuetzalan)

En cuanto al acceso de los servicios de salud locales, especialmente parteras, las mujeres comentan que son más accesibles, dado que las parteras siempre tienen disposición para atender a las mujeres; consideran que la atención es de buena calidad en tanto la empatía en la relación partera-mujer, pero en términos de la calidad de atención reconocen que las parteras no se encuentran capacitadas para atender emergencias y eso también puede poner en peligro la salud de la mujer y el bebé; además, por ser un servicio alternativo, el desembolso económico para solventarlo les implica gastos; sin embargo, las parteras son flexibles y siempre consideran la situación económica de la mujer y les dan oportunidad de pagar en especie o un pequeños pagos.

Por otra parte, para las mujeres de la Ciudad de México la situación no es muy diferente, debido a que la lejanía de la Institución donde se atienden las lleva a hacer trayectos de más de 2 horas; aunque cabe mencionar que ellas cuentan con servicios de salud más cercanos a su domicilio –centros de salud, clínicas y hospitales- sin embargo; dada la complejidad de su embarazo (diagnóstico de alto riesgo) son referidas a atención de tercer nivel. En el INPer los costos para la atención son accesibles, se realiza un estudio socioeconómico previo, la mayoría de las informantes se encuentran en el nivel económico más bajo y pagan cantidades moderadas, con relación a lo que tendrían que pagar en un servicio más cercano a su domicilio ya sea público o privado.

Amalia comentó que *tras la Inseminación In Vitro a la que se sometió para la lograr el embarazo, ella y su pareja quedaron muy mal económicamente. Desde que supo que “sí había pegado” (se había logrado el embarazo), dejó de ir al centro donde se había realizado este procedimiento y fue hasta el 2 trimestre del embarazo que buscó atenderse en un centro de salud cercano, donde fue referida al INPer y dónde actualmente continua su seguimiento prenatal debido a que es el lugar donde le “sale más barato” todo lo relacionado a la atención y al parto* [Nota de Campo, Amalia, 42 años, Ciudad de México]

A manera de resumen presento la Tabla No. 6 que sintetiza la percepción del riesgo durante el embarazo de acuerdo a los aspectos, biológicos, culturales y sociales.

**Tabla 6 Percepción del riesgo durante el embarazo: Mujeres de Cuetzalan y Mujeres Cd. de México**

A S P E C T O S	<b>Biológicos</b>	<p>Condiciones del cuerpo de la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad (&lt;15 años &gt; de 35 años), mal alimentado, cansado, obeso, flaco, pálido, no desarrollado.</li> <li>▪ Número de embarazos (Primigestas-multigestas)</li> <li>▪ Espaciamiento entre embarazos</li> <li>▪ Padecimientos, malestares y/o diagnósticos médicos durante el embarazo (cuerpo enfermo)</li> <li>▪ Complicaciones derivadas del embarazo (en el actual o previos)</li> </ul>
	<b>Socioculturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades Culturalmente Delimitadas: “susto”, “mal de ojo”, “mal de difunto”, “mal acomodamiento del bebé en el vientre materno”, etcétera.</li> <li>• Demanda Sociocultural a las mujeres para embarazarse</li> <li>• Aspectos religiosos para la continuación de embarazos</li> <li>• Presión por parte de la pareja para embarazarse</li> <li>• Presión por parte de familia y amigos para embarazarse</li> <li>• Baja escolaridad, poca información sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar.</li> <li>• Situación económica desfavorable</li> <li>• Problemáticas para el acceso a servicios de salud (Institucional/Local (parteras)</li> <li>• Aspectos geográficos del contexto donde reside la embarazada</li> <li>• Vida cotidiana, actividades pesadas</li> </ul>

*Elaboración propia a partir de la información proporcionada por las mujeres participantes.*

### 4.3 El territorio y vida cotidiana como causales de riesgo durante el embarazo

Uno de los hallazgos más relevantes de las experiencias de las embarazadas entrevistadas respecto a las percepciones de riesgo durante el embarazo está relacionado con las características del lugar donde viven y con sus actividades cotidianas; aunque estas situaciones forman parte de los aspectos socioculturales expuestos en el apartado anterior, quise otorgarles un espacio por separado debido a que uno de los ejes de esta investigación fue la comparación entre ambos contextos en los que el aspecto geográfico, ubicación, clima y características en general que por sí mismas son percibidas como escenario adverso para las mujeres embarazadas.

#### ✓ *Territorio: aspectos geográficos y climáticos como causales de riesgo durante el embarazo*

Dentro de los discursos de las mujeres se hicieron presentes percepciones de riesgo que consideran a los aspectos geográficos y climáticos del lugar donde radican.

Desde la percepción de las mujeres de Cuetzalan, consideran que la geografía del lugar (caminos sinuosos, resbalosos, pendientes, terracería, piedras sueltas) representa un riesgo para la mujer embarazada aunado a que el clima - que la mayor parte del año es lluvioso- pone los caminos en condiciones todavía más



Ilustración 6 Caminos Sinuosos, Localidad Texochico, perteneciente a la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlapan, Cuetzalan

desfavorables. Recorrer trayectos con estas características es parte de su vida diaria, ya sea para ir a dejar a sus hijos a la escuela, comprar las cosas para la comida, ir al médico, acarrear agua o leña, ello conlleva un peligro durante el traslado en las inmediaciones de la Sierra, así como caminar por zonas solitarias, con poca oportunidad de ayuda en caso de una emergencia. Al menos cuatro de las entrevistadas de ese grupo verbalizan este tipo de inconvenientes en el traslado.

*“A las mujeres se les complica, unas porque se caen, a veces así como está lloviendo salen y se caen”* (Casilda, 21 años, Cuetzalan)

*“Pues sí, me ha tocado ver como las señoras se resbalan acá arriba, (refiriéndose a la vereda para llegar al centro de la junta auxiliar) pero estando o no estando embarazadas, siempre pasa que nos caemos porque la subida está resbalosa”* (Cecilia, 32 años, Cuetzalan)

Otra característica importante es resaltar el tipo de transporte público disponible en Cuetzalan, el cual son autobuses, combis y camionetas “Huantiknemis”<sup>14</sup>; este último es el más utilizado por las personas de la región, especialmente por las personas que viven en localidades de más difícil acceso. Las Huantiknemis son camionetas de redilas acondicionadas con asientos, de uso “rudo”, pasan



Ilustración 7 Huantiknemi, "Caminemos Juntos"

<sup>14</sup> *Huantiknemi* palabra Náhuatl que significa: Vamos o caminemos juntos, así son nombradas las camionetas que pertenecen a una sociedad de Transporte público y de uso privado en Cuetzalan del Progreso.

por tramos de terracería y pedregosos. Trasladarse en estas camionetas resulta incómodo, doloroso y arriesgado para las mujeres embarazadas, algunas de las entrevistadas que viven lejos de los centros de salud prefieren caminar largos trayectos que la utilización del transporte; siendo esta una estrategia para reducir los riesgos durante el embarazo.

Para las mujeres de la Ciudad de México, las condiciones del territorio también son expuestas como un riesgo latente, pues, refieren que por razones de su trabajo tienen que hacer trayectos muy largos que les implica caminar largos tramos para abordar transporte, lo mismo sucede cuando tienen que trasladarse para llegar al Instituto donde reciben la atención del embarazo, haciendo trayectos no menores a dos horas en el transporte.



Ilustración 8 Sistema de Transporte Colectivo Metro, Línea 1, Dirección Observatorio 8am.

Cinco de las seis mujeres entrevistadas para este grupo viven en alguna delegación del DF y podría pensarse que podrían tener más facilidad en el acceso a los servicios no sólo de salud, sino en general (escuelas, mercados, centros de salud, trabajo, etcétera), pero

dadas las condiciones de la movilidad en la Ciudad de México, los trayectos se hacen largos debido a las zonas donde hay mayor tráfico vehicular, así también hay que destacar que en algunos servicios de transporte como es el caso del “Metro y metrobus”, la demanda en general es bastante y el transporte no es suficiente.

Principalmente las mujeres mencionan el uso del Servicio de Transporte Colectivo Metro, que a pesar de ser un transporte “barato”, rápido y de fácil acceso para las mujeres, resulta peligroso el transportarse en el debido a las incomodidades pues en la mayoría de los casos tienen que abordarlo en “horas pico”, se exponen a empujones, y a venir apretadas y en una sola postura por trayectos de aproximadamente una hora; comentan que en dicho transporte no se respeta los señalamientos de ceder el asiento a las mujeres embarazadas y casi siempre viajan a pie y cuidándose de un mal golpe.



**Ilustración 9 Asientos mal ocupados en el transporte público**

De esta manera se puede argumentar que la falta de educación cívica en el transporte público por parte de la sociedad en general, vulnera a las mujeres durante el embarazo, al



no respetarse los lugares destinados para ellas y exponerlas a empujones y golpes que pueden ocasionarles un peligro en su condición de gestante.

Asimismo, refieren también el uso del transporte público como autobuses, microbuses y combis, en las que pasan una gran parte de su trayecto (ya sea para acudir al INPer o para trasladarse a sus sitios de trabajo) son incómodos en su estado, así como el tiempo invertido es mayor pues el tráfico imposibilita acortar las distancias así pues refieren que en caso de una emergencia las posibilidades de llegar a tiempo al hospital a recibir atención se reducen debido a estos inconvenientes.

Aunque cinco de las mujeres viven en la Ciudad de México, las delegaciones de residencia suelen estar lejos del lugar donde se encuentra ubicado el Instituto. Asimismo para la mujer que vive en el Estado de México, es la que hace el trayecto más largo, aproximadamente hacen de 2 a 3 horas de camino, además, las informantes también salen a trabajar todos los días y la distancia hacia sus trabajos también es muy larga.

*“Lo menos que pueda yo andar en la calle, porque ahorita que venía en el metro me vine en el lado de las mujeres y todas quieren agarrar su lugar y me ven que estoy embarazada y me empujan, digo “yo salgo por necesidad, me tengo que venir sola”, pero ¡qué tal si me tiran!, no les interesa si estoy embarazada [...] ¿y si me pongo mal en ese momento?, las caídas son muy delicadas, todo lo que puede pasar en un ratito”*(Consuelo, 45 años, Ciudad de México).

El aspecto geográfico en donde se desenvuelve la mujer embarazada debe ser considerado como uno de los principales focos de atención para prevenir los riesgos durante la gestación, es por ello que las políticas públicas que están destinadas a asegurar “embarazos saludables” deben retomar el contexto sociocultural en el que viven las personas.

✓ *Vida cotidiana*

Con respecto a las actividades que realizan de manera cotidiana, las mujeres de la Sierra Norte de Puebla expresan que el estar embarazadas no les exime de sus obligaciones que -socioculturalmente como mujeres- tienen en el ámbito doméstico, es decir, procurar la comida para la alimentación de la familia, lo que implica desde ir a comprar los alimentos, contemplar que siempre haya leña para hacer el fogón y si no hay ir a buscar y cargarla hasta sus viviendas, mismo procedimiento para el agua potable; salen a moler el maíz para las tortillas (de las seis informantes cinco *echan* diariamente tortillas en casa), también tienen que lavar la ropa de la familia, barrer, etcétera. Fuera de casa, también realizan actividades pesadas<sup>15</sup> en el caso de las que tienen trabajo (Eustolia y Karina) que les implican hacer otro tipo de esfuerzos posturas incómodas durante la cosecha de la pimienta (Eustolia) y cargar cosas pesadas en el caso de Karina que trabaja en una tienda de abarrotes.



Ilustración 10 Mujer cargando leña, San Miguel Tzinacapan, Cuetzalan

*“Pues si uno está embarazada así tiene uno que hacer sus cosas, aunque uno esté embarazada va por leña, ya cuando está uno cerca del parto pues ya no, pero 3 meses 4 meses 5 meses sí todavía trabaja uno...Hacemos*

---

<sup>15</sup> Como se señaló previamente, en la temporada de cosecha del café y la pimienta, las mujeres se emplean para hacer dicha actividad, sumando a su jornada de ama de casa una labor pesada, donde tienen que trasladarse a pie a los huertos que generalmente quedan lejos de sus casas, y donde tienen que permanecer por mucho tiempo en posturas incómodas.

*tortillas hasta el último día del parto, sí, todavía”* (Cecilia, 32 años, Cuetzalan)

En cuanto a las mujeres de la Ciudad de México, la mayoría de ellas de bajos recursos (cinco mujeres), son mujeres que trabajan fuera de casa como empleadas domésticas, costureras, trabajo de oficina y que cuentan además con una doble jornada pues al llegar a casa, deben cumplir con las labores domésticas como lavar, hacer de comer, la limpieza del hogar y atender a los hijos mayores y/o a familiares –generalmente los padres- (dos de las mujeres viven con sus padres quienes ya son personas mayores de 70 años y que necesitan cuidados especiales). Refieren que su actividad diaria también las expone a tener riesgos durante su embarazo, cabe destacar que dos de ellas son empleadas domésticas y argumentan que su trabajo les implica trabajos pesados como barrer, trapear, mover sillones para realizar de mejor manera la limpieza, cargar cubetas con agua, lavar a mano. Asimismo, otra mujer que se dedica a la costura, comenta que la postura en la que trabaja (generalmente sentada largas jornadas) le causa mucho cansancio e incomodidad.

*“Ya me canso mucho, ya no puedo hacer gran cosa, hasta para barrer tengo que ir despacito porque ya me canso o hasta para caminar tramos largos tengo que ir despacito”* (Eloísa, 24, Ciudad de México)

Hay un aspecto dentro de las actividades cotidianas de las mujeres de Cuetzalan que -aunque no es identificado por las mujeres como algo que pudiese ocasionar algún evento desfavorable durante la gestación- tiene que ver con su participación en actividades dentro de la comunidad, principalmente la asistencia a las pláticas del programa Oportunidades dado que ellas son quienes reciben el apoyo económico que brinda ese programa y se encargan -en teoría- de administrar el recurso dentro del hogar, son ellas a quienes se les exige cumplir con una serie de actividades con las cuales se ve condicionada la llegada de su dinero. Dichas actividades las someten a grandes esfuerzos (hacer faenas, recoger basura, pintar) y su embarazo no las exime de cumplir con estas tareas.

*“La señora Yolanda<sup>16</sup> de la Junta Auxiliar de Santiago Yancuictlapan, menciona que las mujeres que cuentan con el apoyo del programa Oportunidades tienen que ir con frecuencia a pláticas que se otorgan en las casas de salud, así como hacer actividades de limpieza en sus localidades y escuelas de sus hijos, les pasan lista, se hace registro de asistencia y con base a ello entregan completo el apoyo económico o no. Las mujeres embarazadas acuden a las pláticas aun en su condición, pues el ingreso económico del programa es el sostén principal de la familia” [Nota de Campo, Yolanda, 27 años, Cuetzalan]*

Podemos ver de manera general, cómo las condiciones geográficas y de vida cotidiana pueden reflejar escenarios adversos en los que se viven los embarazos, poniendo en peligro la seguridad y salud de la madre y el hijo. Estas condiciones no son más que la punta del iceberg de una sociedad que vive bajo condiciones de desigualdad e inequidad y en tanto no sean contemplados estos aspectos para generar estrategias que permita que las personas tengamos una vida más digna y se podamos decidir libremente con respecto a la reproducción no habrá un cambio sustancial. Por ello la importancia de no perder de vista los Determinantes Sociales de la Salud.

La tabla 7 muestra una síntesis de las condiciones territoriales y de vida cotidiana como causal de riesgo durante la gestación.

---

<sup>16</sup> El caso de la Sra. Yolanda no se utilizó totalmente para este trabajo de investigación, es una entrevista realizadas por la Mtra. Irma Romero dentro del proyecto “Propuesta de un modelo sociocultural para prevenir las muertes maternas”, yo estuve presente en dicha entrevista y tomé notas de campo.

**Tabla 7 El territorio y vida cotidiana como causales de riesgo durante el embarazo**

	<b>Territorio</b>	<b>Vida cotidiana</b>
<b>CUETZALAN, PUEBLA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sierra, veredas, camino resbaladizo, subir y bajar pendientes, lejanía de los servicios básicos (tienda, escuela, centro de salud), caminar largos trayectos, camino sinuoso, incomodidad en el transporte público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar y cargar leña.</li> <li>• Hacer tortillas todos los días, permanecer junto al fogón</li> <li>• Levantarse temprano para preparar desayuno de la pareja</li> <li>• Labores del campo: cortar café, pimienta.</li> <li>• Elaboración de artesanías</li> <li>• Cuidado y crianza de los hijos.</li> <li>• Actividades domésticas como barrer, lavar ropa y trastes</li> <li>• Asistir con frecuencia a platicas de oportunidades</li> </ul>
<b>CIUDAD DE MÉXICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomodidad en el transporte público, empujones, largos trayectos, tráfico, lejanía del Instituto y de sus lugares de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleos pesados (empleada doméstica, costurera, conserje)</li> <li>• Actividades domésticas: barrer, trapear, lavar.</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Doble jornada</li> </ul>

#### **4.4 Expectativas reproductivas: referentes socioculturales en la continuación del embarazo**

En este apartado se abordarán aquellos referentes socioculturales que permean la decisión que las mujeres toman para continuar un embarazo en condiciones de vulnerabilidad, por un lado, retomar lo que instituciones como la familia, la religión aportan para respaldar esta decisión y por otro, las demandas de género y presión social que rodean a las mujeres desde tiempos inmemorables.

Siguiendo esta discusión, se retomará la idea de opción de la interrupción del embarazo y la percepción que las mujeres tienen de este procedimiento, las razones por las cuales no se toma en cuenta aunque se reconozca que el embarazo pone en peligro la vida de la

madre y el bebé y que la causal salud para la interrupción del embarazo es admitida abiertamente.

#### *4.4.1 Presión social a la reproducción: familia, instituciones, género*

Es de esencial importancia considerar las expectativas reproductivas que atraviesan la vida de las mujeres que permiten dar cuenta de los referentes socioculturales que ellas retoman para continuar sus embarazos cuando éstos no han sido deseados o planeados, o que le representan una posibilidad de atentar contra su salud.

La presión social hacia la reproducción fue una constante en ambos grupos de embarazadas: Para las mujeres de Cuetzalan, queda asentado que para ser considerada una buena mujer y una buena esposa se tiene que parir los hijos que Dios mande; todas las mujeres que estén unidas (casadas o unión libre) asumen la obligación de tener hijos; el principal trabajo que se le adjudica a la mujer es la reproducción de la familia y la crianza de los hijos. Es muy común oír en esta población en particular que el nacimiento de un hijo “varón” le representa la compañía y ayuda del padre en las actividades cotidianas, “Necesito quién me ayude en las labores del campo, tener un hijo”.

*“Las que no quieren tener hijos pues toman pastillas o se operan, si, y eso no es bueno operarse porque Dios nos mandó aquí en la tierra que tengamos hijos y que nos multipliquemos pero no mucho, una cosa normal...” (Cecilia, 32 años, Cuetzalan)*

Por otro lado, para la población de la Ciudad de México, encontramos que la mayoría de la mujeres se embarazan a edades avanzadas y sus motivaciones son: el no quedarse solas, tener un compañero (a) de vida, no ser juzgadas como “quedadas”; al igual que en el caso de las mujeres rurales donde expresan que un hijo garantiza que alguien cuide de ellas en la vejez, asimismo, será el o la futura ayuda en las labores del campo con el papá, si es un varón o en las labores domésticas con la madre si es una niña.

*“Vale la pena cuando uno dice ‘bueno ya viene mi bebé, ya me estoy haciendo grande y no me embarazaba ¿no? ya no me voy a quedar solita en mi vida ya los hijos como vengan, como sean, lo importante es que se realice uno como madre’. Porque hay personas que yo veo aquí (INPer) que vienen y les hacen y les hacen y les hacen y años y años y nada, Diosito me está dando la oportunidad de tener un bebé como haya sido, en la situación que sea o haya sido pero bueno, sin tanto que me hagan y me hagan ¿verdad?, porque también yo cuando estuve casada yo si deseaba tener un bebé y bueno, las situaciones cambian ahora que estoy sola ya me lo concedió Diosito (risa nerviosa) la situaciones son diferentes pero también vale la pena lo que pase, aunque este uno muriéndose de la angustia de muchas cosas pero dice uno bueno Diosito aprieta pero no ahorca y aquí estamos echándole ganas...” (Consuelo, 45 años, Ciudad de México)*

La demanda social hacia la maternidad queda asentada en ambos grupos de entrevistadas, cada una con sus matices, con sus contextos; pero siempre vulnerando los derechos reproductivos de cada mujer, en el que se resignifica la decisión “personal” de embarazarse, y se le deja como una decisión que un externo toma en nuestro cuerpo.

La familia –al igual que la pareja- también ejerce presión a la mujer, pues hay que demostrar que ella está sana y que puede reproducirse sin problemas.

Una de las instituciones que ejerce presión social hacia la reproducción es la iglesia; principalmente la iglesia católica, que se fundamenta en el hecho que “debemos aceptar los hijos que Dios mande”, la no aceptación de los métodos anticonceptivos y sobre todo, la intolerancia hacia el aborto, la mayoría de las mujeres participantes tiene como referente sus creencias religiosas para justificar sus trayectorias reproductivas.

*“Pues, regularmente nunca usé, métodos, o sea no, prácticamente no usaba por eso me embarazaba muy rápido ¡ay!, Dios me mandó para ser madre” (Amalia, 42 años, Ciudad de México)*

#### 4.4.2 *¿Es opción el aborto?*

En México el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que en determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción. Estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa. El Distrito Federal (DF) es la única donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Asimismo, la interrupción del embarazo en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país. Sin embargo, el acceso depende del lugar de residencia, del grupo socioeconómico al que pertenezcan, del nivel de información que tengan y del estigma en su entorno social. En Puebla, si bien el aborto es un delito, las leyes estipulan razones específicas que están despenalizadas; I. cuando sea causado solo por imprudencia de la mujer embarazada, II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación, III. Cuando de no provocarse el aborto la mujer embarazada corra peligro de muerte y VI. Cuando el aborto se deba a causas eugenésicas graves, según dictamen que previamente rendirán dos peritos médicos (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012a)

En ninguno de los casos de las mujeres entrevistadas -algunas con peligro evidente que atenta contra la propia salud (mujeres con padecimientos previos o el caso de las multigestas)- se pensó en renunciar al embarazo; el tema del aborto, para las mujeres de Cuetzalan no fue opción en caso de sentir que continuar con el embarazo podría llevarles a consecuencias adversas tanto a ellas como a sus bebés. Aun el aborto en Puebla es considerado un delito, un procedimiento ilegal, cuando no se justifiquen sus razones para llevarlo a cabo; sin embargo, aunque sea por causal de la salud de la mujer o el hijo, las mujeres no lo consideran opción y “corren todos los riesgos”, primeramente por no tener problemas legales, así como por la manera en que serán vistas por la sociedad, de la misma forma, las mujeres de la Ciudad de México tampoco tomaron como opción el aborto a pesar de que ya se encuentre despenalizado hasta las 12 semanas de gestación, ninguna mujer –luego de conocer que su embarazo estaba diagnosticado como de alto riesgo- quiso o vio como opción elegir el aborto.



*“No [...] de hecho incluso me comentaban que si yo no quería es un derecho que si yo no quiero no lo puedo tener, pero no, mi idea nunca fue de hecho yo siempre he dicho ‘si estoy embarazada no me importa lo que pase’, que se caiga el mundo, voy a salir adelante nunca fue mi idea de no tenerlo”* (Karina, 17 años, Cuetzalan)

*“La causal salud es uno de los supuestos de permisión legal para la interrupción del embarazo, se refiere a la posibilidad de la interrupción cuando se pone en riesgo la salud de la mujer”* (González, 2008:15). El tema del aborto estuvo presente en las entrevistas a las mujeres de ambas poblaciones; ninguna de las mujeres entrevistadas –a pesar de encontrarse en una situación vulnerable de salud- consideró abortar, principalmente porque con el embarazo cumplen la expectativa social como mujeres. En el grupo de las mujeres de la Ciudad de México, en su mayoría tienen alguna enfermedad crónica -como diabetes e hipertensión- se nota un enorme rechazo por la opción del aborto.

Consuelo de 45 años afirma que *¡hay que correr el riesgo!*, en tanto que Julia de 29 años con su historia nos corrobora la misma idea, después de que ella ha tenido pérdidas gestacionales a causa de su diabetes en descontrol y ha sufrido un infarto cerebral aun así decidió intentar por quinta ocasión un embarazo sabiendo que podría tener consecuencias fatales. Tampoco es opción el aborto con las mujeres de Cuetzalan, mujeres que *nacieron para dar vida*, como lo menciona Ángela, que ponen por delante la vida de un hijo antes que la propia y que consideran que el aborto te estigmatiza para toda la vida y puede tener repercusiones en la convivencia con la gente de su localidad.

Cecilia comentó que *la comunidad es muy dura para criticar a las mujeres, ya sea porque tienen hijos o porque no los tienen, o si supieran que alguien no quiso el bebé y abortó, se le señala a la mujer y no se le toma en serio*  
[Nota de campo: Cecilia, 32 años, Cuetzalan]

Por lo anterior, la concepción que se tiene respecto al tema del aborto en ambas poblaciones es diferente; sin embargo, se encamina hacia un mismo punto “la no

aceptación”. Para las mujeres entrevistadas de Cuetzalan la interrupción del embarazo por causales de salud no se reconoce, probablemente se deba a que su idea de ser mujer implica la maternidad a cualquier costo, incluso a enfermar o morir. Desde otro punto de vista, para las mujeres de la Ciudad de México, comparten esta idea; sin embargo, también la continuación del embarazo responde a la presión social a la que se enfrentan dadas las dificultades para lograr llevar a término un embarazo (en el caso de quienes tuvieron alguna pérdida gestacional) y mujeres que tienen edad avanzada y son primerizas.

*“Cuando supe que estaba embarazada, sentí ¡ay ganas de todo!, de llorar, de echarme a correr de felicidad de muchas cosas, es tan bonito [...] y más cuando uno no ha podido tener después de tantos años, pues lo espera uno con más felicidad [...] yo hasta cuando me dijeron en prenatal que hasta Síndrome de Down podría tener mi bebé, ‘no me importa, yo lo voy a tener, no me importa lo que tenga el bebé o que tuviera, ojala y Dios quiera que este bebé esté bien, pero si tiene algo, yo no me voy a desprender de algo que es mío”* (Consuelo, 45 años, Ciudad de México).

#### **4.5 ¿Diferencias y/o similitudes?: comparación de las experiencias**

El hecho de que este estudio se haya realizado en dos contextos geográficamente y socioculturalmente diferentes, ha permitido vislumbrar que lejos de existir diferencias se encuentran concordancias y similitudes con respecto a la percepción de los riesgos durante el embarazo.

De inició se distinguió la presencia de dos aspectos diferenciados que causaban el riesgo en estos dos grupos de mujeres, por un lado para las mujeres de la Ciudad de México el diagnóstico biomédico de “embarazo de riesgo”, otorgado tras el conocimiento de las trayectorias reproductivas de las mujeres, complicaciones y padecimientos desarrollados en el transcurso del embarazo actual, les representa la vivencia del embarazo dentro de un

marco médicamente vulnerable. Para el caso de las mujeres de Cuetzalan, aunque propiamente no estaban diagnosticadas médicamente con embarazo de riesgo, la manera en que surge el embarazo actual, las condiciones de salud en las que se encuentran antes y durante el embarazo, así como un marco socioculturalmente vulnerable, las coloca en una situación de riesgo. Sin embargo, se encontró que ambos grupos de mujeres comparten el mismo riesgo y este es de orden sociocultural que las vulnera y las encamina a presentar complicaciones en su embarazo; dicho riesgo viene dado a través de las demandas de género que se le endosan a las mujeres y que las presiona a ser madres.

Es necesario considerar, en este sentido que el embarazo es un evento que no sólo la mujer lo vive, sino que es un evento comunitario, ya que en sí mismo quedan plasmados aspectos culturales, sociales, políticos del contexto donde surge. Desde la exigencia a la reproducción, la decisión de “los otros” sobre el cuerpo de la mujer con respecto a cuántos hijos tener y cuándo, la elección del servicio de salud para llevar a cabo el cuidado prenatal, la manera en cómo cuidarse.

Desde este panorama surge la interrogante de ¿por qué se continúa un embarazo de alto riesgo?, para lo cual, conviene reflexionar acerca de ese papel histórico que ha jugado la mujer en tanto a la exigencia de convertirse en madre y cómo es que esta idea sigue presente aún en nuestros días, sin hacer distinción entre clases sociales, lugar de residencia, antecedentes obstétricos, acceso a servicios de salud, nivel educativo, entre otros aspectos. Es por ello que resulta necesario reconocer que la inequidad de género tiene una trascendencia importante y como menciona Chavez (2012), deben tomarse en cuenta como un factor de riesgo que eventualmente pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio.

Las razones nombradas para la continuación de un embarazo en condiciones de riesgo no son distintas o divergentes entre ambos grupos de informantes, tanto aquella mujer que vive en la ciudad de México, de clase social alta, con educación profesional, que tiene acceso a servicios de salud privados y públicos, que está informada de los peligros en la continuación del embarazo, que conoce sus derechos como aquella mujer que vive en la Sierra Norte de Puebla, en condiciones de pobreza extrema, que estudió sólo hasta 3er. año de primaria, con 4 hijos que tiene que procurar, cuyo acceso a los servicios de salud

es limitado, de baja calidad y que tiene poco conocimiento de los riesgos que le implica una sexta gesta. Ambas mujeres, como casos opuestos, viven con la convicción que el parir a un nuevo ser es la más grande alegría que una mujer puede experimentar, no importando las condiciones en las que se presente el embarazo, corriendo cualquier riesgo por cumplir esa ilusión, ilusión que puede ser propia o fundada por otra persona (presión social de la familia, presión de la pareja) pero que es adjudicada como propia para justificar la continuación de la gestación.

Cumplir la expectativa de mujer igual a madre, explica la continuación de los embarazos aún en condiciones adversas. No siempre es por convicción de la propia mujer generalmente involucra la presión social del “otro”, la sociedad y de las instituciones alrededor de ella.

Hay que reconocer que somos parte de un sistema complejo y machista, de desigualdad de género, donde las normas socioculturales dadas a los géneros en el caso de las mujeres la exigencia a la maternidad las coloca en una situación vulnerable dentro de sus contextos específicos con sus matices particulares.

## 5 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### *Redefinición del concepto de riesgo durante el embarazo a través de la experiencia de 12 mujeres*

Tras retomar la vivencia de estas 12 mujeres que experimentaron un embarazo en condiciones muy particulares, se ha permitido lograr una redefinición del concepto del “riesgo durante el embarazo” que abandona en un sentido, esa connotación meramente biológica y medicalizada para retomar concepciones que surgen de la experiencia social - ello de gran importancia dentro del pensamiento Médico Social- tomando en cuenta el entramado cultural en el que nos desenvolvemos, de un proceso histórico y político, de la movilidad de nuestro entorno, de la ubicación geográfica, de creencias y saberes populares.

La lectura de este bagaje y abanico de posibilidades que conforman un escenario de vulnerabilidad social que antecede a la presencia del riesgo durante el embarazo, se abre paso a una propuesta para redefinir este concepto, lo cual fue el objetivo principal de este trabajo: “La elaboración de una lectura sociocultural del riesgo durante el embarazo a partir de las percepciones de dos grupos de mujeres en zonas rurales y urbanas”; en este sentido, las mujeres expresan que el riesgo durante la gestación se puede presentar toda vez que:

- La mujer tenga algún padecimiento previo al embarazo y que pueda agravarse durante la gestación o que la gestación haya provocado el surgimiento de un padecimiento, que eventualmente pueda poner en peligro la salud y la vida de madre e hijo.
- Que las condiciones del cuerpo de la mujer no sean las idóneas para el embarazo. Considerando la edad en la que surge el embarazo (los extremos), ser primeriza o tener más de tres hijos. El espaciamiento entre cada embarazo que sea muy corto o largo, que el cuerpo no se encuentre nutrido adecuadamente. Hablamos de cuerpos enfermos, cansados, cuerpos desgastados y cuerpos no desarrollados.

- Las características de la zona geográfica donde la mujer embarazada se desenvuelve de manera cotidiana, representen situaciones de peligro, largos trayectos, caminos sinuosos, movilidad social caótica, asimismo, la falta de educación cívica por parte de la comunidad para la protección de las mujeres embarazadas en el transporte público.
- Las actividades cotidianas que la mujer embarazada realiza sean consideradas como un peligro durante el embarazo por ser pesadas, incómodas, requerir mucha fuerza, etcétera. La división del trabajo dentro de las unidades domésticas, la doble jornada y la sobrecarga de trabajo de las mujeres.
- Aunado a lo anterior, que políticas públicas como “Oportunidades” soliciten a las mujeres –independientemente si se encuentran embarazadas- a realizar faenas pesadas y acudir constantemente a pláticas, lo cual son condiciones que pueden agravar su salud en el embarazo.
- Cuando el acceso a los servicios de salud esté limitado, cuando no se ajuste a las necesidades de la población, que esté lejano, que sea de baja calidad, que no cuente con personal de salud suficiente y capacitado, con infraestructura adecuada para la atención médica y hospitalización (si se requiere), así como capacitación y apertura para brindar información sobre planificación familiar, anticoncepción e interrupción del embarazo.
- Haya un reconocimiento de que las prácticas culturales de género, - especialmente la exigencia a la maternidad- vulneran a las mujeres en cuanto a la multiparidad, embarazos no deseados y no planeados; incluso la ponen en peligro de enfermar y/o morir.
- No se tomen en cuenta los males o “enfermedades culturalmente definidas” y se reciba atención al respecto (por ejemplo: susto, mal de ojo, venteada) por parte de los profesionales de salud tradicional (parteras, curanderas)
- Los recursos económicos con los que cuenta la mujer para llevar a cabo el cuidado del embarazo sean escasos; permeando en un alimentación inadecuada, desconocimiento del consumo de vitaminas y ácido fólico, no tener acceso a chequeos constantes médico/partera por el costo de los servicios, al igual que los estudios de rutina de costos que sobrepasan los ingresos económicos familiares.

- Así también, se considera un riesgo, cuando existe un desconocimiento de las mujeres con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, y a los derechos humanos en general. Permeando esto en la decisión de cuántos hijos tener y cuándo, así como la exigencia de una atención digna y libre de violencia durante el embarazo, parto y puerperio.

Es necesario complementar y trascender la idea de riesgo desde la conceptualización médica que es abstracta, inflexible y totalizadora, más aún si se considera que en nuestra sociedad, la gran mayoría de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y que se embarazan comparten uno o más de las situaciones de riesgo enumeradas, se hace necesaria la incorporación de criterios de determinación más amplios, permisivos e integradores, que permitan comprender los criterios de devenir de una realidad compleja y en constante movimiento (Mendoza, 2010).

Considero que fue acertado hacer la comparación de experiencias de dos grupos de mujeres de contextos distintos, pues reflejan la situación de muchas mujeres en el país; asimismo, permite mostrar el escenario adverso en el que muchas mexicanas se embarazan. Gracias a ello se logró hacer una lectura desde el aspecto sociocultural de algunas circunstancias que pueden complicar la salud de las mujeres durante el evento reproductivo.

Inicialmente el propósito de hacer la distinción entre la experiencia de mujeres residentes de dos contextos diferentes fue para evidenciar la mayor vulnerabilidad social de las zonas rurales-indígenas frente a la experiencia de las mujeres de zonas urbanas; sin embargo, este estudio trascendió la limitación de este supuesto y permitió mostrar que lejos de encontrar diferencias en las experiencias y percepciones de las mujeres se encuentran similitudes; y que ambas se encuentran en un riesgo sociocultural en el que sus contextos, su vida cotidiana, su vida particular, la pobreza, la presión social, su salud permean en gran medida para generar complicaciones durante el evento reproductivo.

Así pues, vemos que conocer situación de salud en la que se inicia y evoluciona el embarazo es de gran importancia para generar intervenciones médicas oportunas que se

encaminen a proteger la salud de la madre y el hijo; sin embargo, es de vital importancia considerar también que el contexto sociocultural donde la mujer se embaraza también la vulnera y la pone en riesgo y es precisamente en esos aspectos donde hace falta generar estrategias para garantizar contextos más saludables y culturalmente más amigables que permitan reducir los riesgos socioculturales durante el embarazo.

La situación geográfica, sociocultural, económica y las actividades de la vida cotidiana para ambos grupos, muestran un claro ejemplo que el rezago social, la pobreza, el grado de marginación y la desigualdad de género, son focos importantes de considerar al momento de la atención del embarazo, pues son condicionantes de los cuidados que las mujeres realicen y busquen durante la gestación.

Con respecto al Sistema de Salud a nivel nacional, esta investigación permitió evidenciar que en general la atención que se brinda a la mujer durante el embarazo no está adecuada a sus necesidades, que no se contemplan las diferencias socioculturales, ni tampoco la dimensión del aspecto geográfico, pues tanto en la ciudad como en la Sierra existen dificultades en el acceso al servicio de salud, así mismo, la calidad de atención no logra ser adecuada a la experiencia personal de las mujeres, todo ello también contribuye a tener un riesgo.

Algunas propuestas:

En este sentido, es relevante hacer un alto para reflexionar en el sistema de salud, sus aciertos y desaciertos y sobre todo incidir para que éste se encuentre comprometido con el contexto local. De esta manera, adecuar las políticas públicas con respecto a los temas de salud sexual y reproductiva considerando factores socioculturales. Asimismo, se debe priorizar la atención dentro del marco de derechos humanos, libre de violencia; así como asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de planificación familiar, que se ofrezca una gama completa de métodos anticonceptivos incluyendo anticoncepción de emergencia, y que respondan a las necesidades y estilos de vida de sus usuarios y permitan a hombres y mujeres el libre uso de sus derechos sexuales y reproductivos en cuanto a la toma de decisiones de cuántos hijos quieren tener, en qué momento o si desean tenerlos, así mismo de que se proteja la salud sexual y reproductiva para ambos.



También es importante, retomar los conocimientos de la medicina tradicional ejercidos por las parteras, que hoy en día han sido relegados por la medicina institucional, pues en zonas como el contexto de la Sierra, donde es difícil el acceso a los centros de salud y hospitales, ellas juegan un papel fundamental en la atención y cuidado del embarazo; asimismo, son personas que entienden la cosmovisión de la zona con respecto al embarazo, identifican males culturalmente delimitados que pueden complicar la salud de las mujeres y los bebés y pueden atenderlos.


En este sentido, también es necesario que se procure el trabajo con líderes comunitarias, que puedan incidir en el empoderamiento de las mujeres, que tengan mayor libertad para que elijan por si mismas sobre su vida y salud: animarlas a que cuestionen prácticas culturales injustas (en el caso de la violencia ejercida por sus parejas) y darles la oportunidad de conocer sus derechos y saber cómo exigirlos no solamente durante el embarazo, sino toda la vida. Hay que mencionar que el embarazo es el resultado de un desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de la influencia de las exigencias socioculturales de género, reconociendo que dentro de los temas de salud sexual y reproductiva afectan potencialmente a las mujeres.

Considero acertada la elección de la metodología cualitativa para una investigación como ésta, pues esta mirada permite tener un acercamiento más estrecho con los actores sociales involucrados en la problemática; especialmente en este estudio ayudó a rescatar de viva voz las experiencias de las mujeres y sus percepciones, a su vez, esto permite hacer una lectura más fina con relación al objeto de estudio. Desde este punto de vista, considero que la utilización de este enfoque metodológico resulta necesario para las investigaciones en salud, en tanto que ayuden a la comprensión de necesidades específicas en la atención de la población y esto, es un aspecto urgente para mejorar la calidad de los servicios en la atención materna.

Como todas las investigaciones cualitativas, el objeto de estudio de esta investigación derivó un tema emergente, entre ellos, la percepción de la muerte, tema del que varias informantes retomaron como una consecuencia importante del riesgo durante el embarazo; así pues, sería muy interesante la búsqueda de casos de muerte materna (principalmente en esta zona rural) que permita acercarnos a familiares de las fallecidas

para la reconstrucción de la historia de “adversidad” de los embarazos que tuvieron como consecuencia la muerte de la mujer, de esta manera, tener una versión post mortem de aquellos aspectos que propiciaron el riesgo durante la gestación que desencadenaron en el desenlace de la mujer. Todo ello también permitirá alertar a Secretarios de Salud y tomadores de decisiones con respecto a temas de salud en general para retomar los aspectos socioculturales y así priorizar una atención adecuada a las necesidades de la población, y principalmente dar pequeños pasos que permitan trascender la idea que la medicina tiene la explicación de todos los problemas de salud/enfermedad, al igual que este estudio pretendió visibilizar.

## ANEXO 1 Ficha de Identificación y trayectoria reproductiva

	<b>Universidad Autónoma Metropolitana</b> <b>Unidad Xochimilco</b> <b>Maestría en Medicina Social</b>	
---	---	--

Proyecto: *“Lectura Sociocultural del riesgo durante el embarazo: la experiencia de dos grupos de mujeres en México”*

Georgina Sánchez Miranda

FOLIO: \_\_\_\_\_

### Ficha de Identificación

Nombre o seudónimo:		Edad:	Ocupación:
Escolaridad:	Religión:	Derechohabiencia:	Idioma:
Estado civil:		SDG:	
Lugar de nacimiento:			
Situación de salud:	Enfermedades previas:		
Pareja:	Edad:	Situación de Salud:	
Escolaridad:	Ocupación:	Derechohabiencia:	

¿Con quién vive?

Parentesco	Edad	Ocupación	Derechohabiencia:
1			
2			
3			
4			
5			

#### Situación económica

¿Cómo se siente con su situación económica?

¿Quién aporta el ingreso del hogar?

Vivienda: Propia ( ) Prestada ( ) Rentada ( ) Otra ( )

No. De cuartos ( ) Baños completos ( ) ½ baños ( )

¿Con cuáles de estos servicios cuenta su vivienda?

Agua potable ( ) Drenaje ( ) Piso firme ( ) Recolección de basura ( ) Luz eléctrica ( ) Teléfono ( )

Observaciones:

¿Cómo es su cocina? (Descripción)

¿Cómo es su baño? (Descripción)

¿Cómo es el lugar donde comen? (Descripción)

¿Cómo es la habitación donde duerme? (Descripción)

Observaciones:

### Ficha de Trayectoria Reproductiva

No. De hijos:

Edad primer embarazo:

Periodo intergenésico:

¿A qué edad inicio su vida en pareja?

¿A qué edad se casó o unió?

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Cuántos hijos vivos tienen?

No. emba.	1	2	3	4	5	6	7
Edad							
Resolución							
Complicaciones							
Lugar de atención							
Embarazo planeado							
Anticonceptivos previo emba.							
¿Quién tomó la decisión?							
Anticonceptivos posterior emba.							
¿Quién tomó la decisión?							

#### Datos sobre los hijos:

Edad	Año de nacimiento	Sexo	Escolaridad	Situación de salud	Derechohabencia

Actual Embarazo:

Situación de riesgo

Tiempo del diagnostico

Padecimiento previo

Tiempo de padecimiento

¿Participación de la pareja en los eventos reproductivos?

Acompañamiento en el embarazo

Participación en el parto


Cuidados en la cuarentena

Cuidado del recién nacido

Cuidado de los hijos mayores

Observaciones:

## ANEXO 2 Guion de entrevista

 <p>Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Maestría en Medicina Social</p>	
---	--

Proyecto: *“Lectura Sociocultural del riesgo durante el embarazo: la experiencia de dos grupos de mujeres en México”*

Georgina Sánchez Miranda

### Preguntas introductorias

- ~ ¿Quién es usted, a qué se dedica, con quién vive, dónde vive, cómo es un día común para usted?
- ~ ¿Cómo se ha sentido (física y emocionalmente) en estos últimos meses?
- ~ Me gustaría que me platicara acerca de algunos aspectos relacionados con su embarazo...

#### ❖ Procreación

- ~ Para una mujer, ¿qué significa poder embarazarse y tener hijos?
- ~ Para usted, ¿Qué significado tiene poder embarazarse y tener un hijo?
- ~ ¿Cuántos hijos debe tener una mujer? ¿Quién decide cuando hay que tener un hijo?
- ~ ¿En qué circunstancias han llegado sus embarazos? (Se planean, por sorpresa, con dificultad)
- ~ ¿En algún momento usted o su pareja han pensado en no continuar este embarazo? ¿por qué?

#### ❖ Maternidad

- ~ Para usted ¿Qué es ser madre? ¿Cómo es ser madre? ¿Qué sentimientos y/o emociones le provoca ser madre? ¿Qué significa para usted sus hijos/as?

#### ❖ Significados embarazo

- ~ ¿En qué momento se dio cuenta que estaba embarazada? ¿Esperaba estar embarazada?
- ~ ¿Qué sintió, qué pensó cuando se enteró que estaba embarazada?
- ~ Platíqueme ¿qué significa para usted su embarazo?
- ~ ¿Cómo describiría su embarazo? ¿Qué sentimientos y/o emociones le provoca su embarazo?

#### ❖ Embarazo y riesgos

- ~ ¿Cómo han sido sus embarazos? ¿Ha tenido algún problema, síntoma, dolor, molestia durante alguno de sus embarazos, en el parto o después de él?
- ~ ¿Cuáles? ¿Por qué cree que los tuvo? ¿Qué hizo para sobrellevarlos o curarlos?
- ~ ¿Le preocupa algo respecto a su embarazo? ¿Ha tenido alguna molestia?
- ~ ¿Usted cómo siente que va su embarazo?
- ~ ¿Qué le ha dicho su médico, o persona que vigila su embarazo acerca de su salud, el embarazo?
- ~ ¿Cómo se daría cuenta usted que su embarazo no va bien?
- ~ ¿En qué momento usted buscaría ayuda por sentir que su embarazo no va bien?
- ~ ¿Tiene usted algún miedo respecto al embarazo, usted, su hijo o su familia?
- ~ ¿Tiene usted algún miedo que esté relacionado con la experiencia de sus embarazos anteriores? ¿Por ser su primer embarazo, tiene algún miedo?
- ~ ¿Usted cree que el continuar su embarazo puede afectarle a su salud?
- ~ ¿En qué circunstancias usted no continuaría con el embarazo?

#### Cuetzalan

Aquí en Cuetzalan, ¿bajo qué circunstancias las mujeres no continúan con el embarazo o todas continúan?

- ~ ¿Usted ha sabido de casos en los que las mujeres no han continuado con su embarazo?
- ~ ¿Por qué lo han hecho? ¿Qué hacen esas mujeres? ¿Cómo terminan con el embarazo? ¿Quiénes son esas mujeres?
- ~ ¿Cuándo un embarazo puede considerarse malo, peligroso?
- ~ ¿Qué características tienen los embarazos que ponen en peligro salud (vida) de las mujeres?
- ~ ¿Usted por qué decidió continuar este embarazo?
- ~ ¿Después de que nazca este bebé, le gustaría volverse a embarazar?

#### INPer

- ~ ¿En qué momento le dijeron que su embarazo es de riesgo? ¿Quién y cómo se lo dijo?
- ~ ¿Qué tipo de riesgo tiene? Me puede contar lo que le explicaron...
- ~ ¿Estaba usted sola o con alguien más?
- ~ ¿Qué pensó, que sintió cuando se lo dijeron?
- ~ ¿Cómo es que toma la decisión de continuar el embarazo?
- ~ ¿Por qué decidió continuar su embarazo?
- ~ ¿Usted sabía que si se volvió a embarazar corría algún tipo de riesgo?
- ~ ¿Qué sentimientos le provoca esta decisión?
- ~ ¿Qué le dicen su pareja, familia, conocidos?
- ~ ¿En algún momento pensó no tener a su bebé? ¿Por qué? ¿Lo platicó con alguien?
- ~ ¿Le platicaron la opción del aborto?

- ~ ¿Qué pensó acerca de esta opción? ¿Lo platicó con su pareja o alguien más? ¿Qué le dijeron?
- ~ ¿Después de haber decidido continuar el embarazo, tiene alguna preocupación o miedo?
- ~ ¿En algún momento ha querido desistir de su decisión? ¿Por qué?
- ~ Finalmente usted ha decidido continuar ¿Cómo se siente con su decisión?
- ~ ¿Qué le dice su pareja o familiares-amigos?
- ~ Estando en las últimas semanas de embarazo ¿qué sentimientos o emociones tiene?
- ~ Después de que nazca su bebé, ¿le gustaría embarazarse de nuevo?

#### ❖ **Cuidados del embarazo**

- ~ ¿Cómo se ha sentido con su embarazo (físicamente)?
- ~ ¿Realiza las mismas actividades que antes de saber que estaba embarazada? A partir de su embarazo ¿qué actividades ha tenido que cambiar? ¿Esos cambios de actividad qué sentimientos le causó? ¿Qué actividades son las que más extraña?
- ~ ¿Conversa sobre su embarazo con otras personas, con quiénes, cómo lo hace, de qué hablan?
- ~ ¿hay alguna actividad que no tengan que hacer las embarazadas? ¿Cuál? y ¿Por qué?
- ~ Platíqueme ¿qué hace para cuidarse en esta etapa de embarazo?
- ~ ¿Tiene alguna preocupación respecto a los cuidados que ha llevado durante su embarazo?

#### ❖ **Creencias durante el embarazo**

- ~ ¿Ha tenido síntomas o molestias durante el embarazo? ¿Cuáles? (mareos, vómitos, ascos, desmayos) ¿Por qué cree que se presenta los anteriores síntomas?
- ~ ¿Cómo se siente cuando se presentan las molestias?
- ~ ¿Qué hace para controlar o evitar las molestias?
- ~ ¿Cómo se daría cuenta que algo anda mal en su embarazo?
- ~ ¿Qué haría si algo anduviera mal? ¿A quién le diría? ¿Con quién iría?

#### ❖ **Parto**

- ~ Usted, ¿Ha pensado en el parto? ¿Cómo se lo imagina? ¿Cómo le gustaría que fuera?
- ~ ¿Dónde le gustaría dar a luz? ¿Con quién? ¿Por qué?

#### ❖ **Pareja**

- ~ ¿Cuál fue la reacción de su pareja al saber que estaba usted embarazada? ¿Qué le dijo?
- ~ ¿Cómo se siente con ese trato de su pareja?

#### ❖ **Familia**

- ~ ¿Qué le han dicho acerca de su embarazo?

- ~ Platíqueme, ahora que está embarazada ¿cómo es el trato que recibe de los miembros de su familia?
- ~ Cuénteme ¿cómo se relaciona con su suegra? ¿Cómo la trata su suegra?
- ~ Platíqueme, ¿cómo se relaciona con sus amigas o amigos o personas cercana? Ahora que está embarazada

#### ❖ **Servicios de salud**

##### **Atención del último parto (si es que existió)**

- ~ ¿En dónde y con quién se atendió su último parto?
- ~ ¿Platíqueme cuál fue el trato que recibió durante la atención de su último parto?
- ~ ¿Le dio confianza la persona que la atendió (médico- atención alternativa)? ¿Habla la misma lengua que usted? ¿Le respondió sus dudas? ¿Sabe explicar? ¿Le entendió?
- ~ ¿Cuénteme si usted tuvo algún tipo de complicación durante el parto o hasta 42 días después? (preeclampsia, hemorragia, infección, le hicieron cesárea)
- ~ ¿Platíqueme cómo nació su bebé en su último parto? (peso, talla, complicación, etc.)
- ~ ¿Cuándo la dieron de alta, le recetaron algún medicamento o recomendaron algún remedio?

#### ❖ **Asistencia a consulta**

- ~ ¿Acude a cuidado de su embarazo? ¿Dónde acude? ¿Desde cuándo? ¿Cada cuándo acude a su cita?
- ~ Cuando va a consulta ¿la acompañan? ¿Quién decide que la tienen que acompañar?
- ~ ¿Quién la acompaña? ¿Usted por qué cree la acompañen a consulta?

#### ❖ **Accesibilidad y tipos de servicios de salud**

- ~ Cuénteme, ¿con quién acude para el cuidado de su embarazo? (médico, partera, curandero... etc.) ¿Le recomendaron ese servicio? ¿Por qué decidió acudir a ese servicio? ¿Cómo se siente al acudir a ese servicio?
- ~ Platíqueme, ¿cómo llega al lugar donde le llevan el control de su embarazo? (cuánto tiempo hace, cómo se traslada, cuánto paga, etc.)
- ~ Una vez que llegó a donde recibió la atención ¿Cuánto tiempo más tuvo que esperar para que la atendieran? ¿Cuánto tiempo duró la consulta que recibió? ¿es suficiente?
- ~ ¿Platíqueme acerca del trato que recibió de la persona que la atendió? ¿Le dio confianza el médico que la atendió? ¿Le respondió a todas sus dudas?
- ~ ¿Le cobraron por la atención que recibió? (¿Quién pago? ¿Fue mucho? ¿Qué le pareció lo que le cobraron?)

#### ❖ **Calidad de atención en la consulta**



- ~ ¿Cuénteme en qué consistió la consulta que recibió?
- ~ Desde su percepción ¿cómo describiría el trato del médico o persona? ¿Le dio confianza la persona que la atendió?
- ~ ¿Le cobraron por la atención que recibió? (¿Quién pago? ¿Fue mucho? ¿Qué le pareció lo que le cobraron?)
- ~ ¿De poder elegir, usted volvería a atenderse en el mismo lugar y con la misma persona? ¿En qué tipo de servicio le agrada más atenderse (médico o alternativo)? ¿Por qué?

¿Le gustaría contarme alguna otra cosa respecto a lo que venimos platicando?

Muchas Gracias ☺

### ANEXO 3. Libro de códigos para análisis cualitativo

<b>Libro de Códigos para análisis de entrevistas</b>	
<i>Código</i>	<i>Definición</i>
<b>RIESGO DURANTE EL EMBARAZO</b>	Hace referencia a los riesgos que se pueden detectar y/o percibir durante el embarazo, ya sean obstétricos, relacionados con el territorio, o por alguna creencia en la región.
<b>Riesgo Sentido/percibido</b>	Cómo perciben y sienten las mujeres que hay posibilidad de estar vulnerable a algo que pueda ocasionar una complicación en su embarazo
<b>Definición de riesgo</b>	Cómo se define el riesgo, qué palabra ocupan y cuál es el contenido que le dan.
<b>Prevención de riesgo</b>	Cómo se puede evitar el riesgo o complicación, lo que se hace para no estar en riesgo.
<b>Descripción del riesgo</b>	Retomar adjetivos que puedan describir la noción de riesgo en la población en particular.
<b>Riesgo invisible</b>	Situaciones de riesgo o que podrían ocasionar riesgo o complicaciones, que no son nombradas por las informantes, y que la investigadora considera que hay que retomar.
<b>Riesgo Diagnosticado</b>	Quien tiene algún padecimiento previo al embarazo que pueda poner en riesgo la salud del hijo o de la madre, o padecimiento que surja del embarazo. (Causas directas o indirectas)
<b>Víctima de riesgo</b>	Quién recibe las consecuencias del riesgo, la madre, el hijo, ambos, otros.
<b>Preocupaciones durante el embarazo</b>	Miedos, temores, angustias: preocupación ante mal pronóstico durante embarazo
<b>Identificación de SUO</b>	Cuáles son los signos de urgencia obstétrica que pueden detectar
<b>Síntomas frecuentes y soluciones</b>	Síntomas y malestares durante su embarazo y qué hace para apaciguarlos
<b>Trayectoria reproductiva</b>	Gestas y complicaciones
<b>EMBARAZO</b>	Refiere emociones, reacciones y actitudes que la mujer presenta con la noticia del embarazo, los significados y la descripción del mismo
<b>Darse cuenta embarazo</b>	Cómo las mujeres se dieron cuenta del embarazo

<b>Yo embarazada</b>	La reacción ante la confirmación del embarazo, sentimientos, emociones, preocupaciones
<b>Deseado y planeado</b>	Este embarazo se deseó y se planeó, o qué se dice al respecto.
<b>Significados del embarazo</b>	Hace referencia a la concepción que la mujer tiene sobre su embarazo”.
<b>Descripción del embarazo</b>	"Refiere a emociones, actitudes y acciones que les permiten a las mujeres expresar su sentir sobre su embarazo”.
<b>Mujer y embarazo</b>	Tiene que ver con la concepción que la mujer tiene sobre su embarazo desde su posición como MUJER”.
<b>Maternidad</b>	Definición de lo que es la maternidad, descripción e importancia para las mujeres en general y para ella en particular.
<b>CUIDADOS DURANTE EMBARAZO</b>	"Se refiere a los cuidados que la mujer adopta durante el embarazo: cambio de actividades, contacto con el bebé, redes sociales, auto cuidado y preocupación sobre su embarazo”.
<b>Cambios en la rutina</b>	Se refiere a las actividades que la mujer embarazada suspendió o agregó a su rutina durante el embarazo”.
<b>Costumbres cuidados</b>	Actividades que por costumbre en la región, familia realiza para cuidar su embarazo
<b>Apoyo familiar</b>	Cómo la cuida su familia durante el embarazo
<b>Apoyo de la comunidad</b>	Cómo la cuida la comunidad durante el embarazo.
<b>Alimentación ideal embarazo</b>	Cómo es la alimentación que debe tener una mujer embarazada
<b>Posibilidad de tener una alimentación ideal</b>	Acceso a los alimentos, situación económica, síntomas y malestares que no le permiten alimentarse de esa manera.
<b>Alimentos benéficos</b>	Enumerar alimentos que ayudan a mejorar el embarazo
<b>Alimentos peligrosos</b>	Los alimentos que no debería consumir la embarazada
<b>Mi alimentación es...</b>	Cómo se alimenta la mujer embarazada, y la calificación que le da (buena, mala, regular)
<b>Relaciones sexuales</b>	Es bueno o es malo tener durante el embarazo, ellas

<b>embarazo</b>	como viven esta área.
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	Hace referencia a la atención que la mujer ha recibido en partos anteriores, la asistencia a consulta, la accesibilidad y tipos de servicios a los que acude, así como la calidad de los mismos”.
<b>Atención del último parto</b>	En este código se engloban las referencias que las mujeres hacen en relación a la atención que recibieron en su último parto: servicio al que acudieron, trato recibido, entre otros”.
<b>Inicio del cuidado prenatal</b>	En qué semanas se inicia el CP y a quién acude
<b>Servicio de salud Institucional SSI</b>	Clínica, centro de salud, hospitales, médicos particulares a los que acude, cercanía, acceso, posibilidad económica de solventar este gasto, motivo por el que acude al servicio.
<b>Servicios que se brindan en SSI</b>	Los servicios a las que ellas tienen acceso
<b>Servicio de salud tradicional</b>	Curanderos, hueseros, parteras, creencias de las “madres de la familia”. Cercanía, acceso, posibilidad económica de solventar este gasto, motivo por el que acude al servicio.

## ANEXO 4. Carta de consentimiento informado

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Proyecto:

*“Lectura Sociocultural del riesgo durante el embarazo: la experiencia de dos grupos de mujeres en México”*

La Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud a través de su programa de posgrado en Medicina Social, se han interesado en hacer investigaciones que permitan comprender mejor las situaciones sobre la salud de las personas, tratando de comprender cómo viven ellas su salud y su enfermedad, así como su estado reproductivo.

Por este conducto, nos permitimos invitarla a participar en un pequeño estudio que ayudará a la realización de una tesis de la Maestría en Medicina Social sobre *la identificación de percepciones y prácticas acerca de la maternidad y el riesgo durante el embarazo*; dicho estudio derivado de la investigación: “Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir las muertes maternas” a cargo de la Dra. Mayra Chávez Courtois investigadora del Instituto Nacional de Perinatología.

La intención de la invitación a participar es el poder conocer más sobre sus percepciones, opiniones y experiencias que tiene sobre el cuidado de su embarazo. En ningún momento se le juzgará por su forma de pensar o de actuar ya que se trata de un trabajo científico que busca comprender conductas para desarrollar estrategias sociales que traten de ayudar a las personas en circunstancias particulares como las suyas

Este trabajo se llevará a cabo por personal calificado y entrenado que le realizarán entrevistas en profundidad, en las que se tratarán temas relacionados con el embarazo y maternidad y percepciones de riesgo durante esta etapa. Dichas entrevistas serán audiograbadas con la finalidad de poder capturar todo lo que se presente durante la entrevista. Es importante aclararle que por ningún motivo se entregará la grabación a ninguna persona ajena que no sea parte del equipo de trabajo. Toda la información se manejará confidencialmente y por lo tanto no implica un riesgo a su privacidad. Es importante aclarar que la presente investigación tiene entre otros fines la divulgación de los resultados a través de artículos y tesis, manteniendo y respetando el anonimato de cada persona participante. Usted tiene la libertad de decidir si participa o no, en el estudio y puede

usted retirarse de la investigación en el momento en que lo desee (sólo se le pide que avise) y su decisión no afectará en ningún momento su atención presente o futura.

Si tiene cualquier duda en cualquier momento puede llamar a:

Lic. Georgina Sánchez Miranda (Tesisista de la Maestría en Medicina Social)  
044-55-39-71-74-59

### **Consentimiento**

Al firmar la presente carta, yo \_\_\_\_\_ acepto que se me han explicado adecuadamente los objetivos, procedimientos y riesgos mínimos del proyecto. He tenido la oportunidad de plantear mis dudas, temores, expectativas respecto al estudio, mis preguntas han sido respondidas y me han dado tiempo para tomar mi decisión. Consiento en participar en este proyecto.

Firmo la presente y conservo un original con la presente información

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### **Testigos**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012

## ANEXO 5. Glosario

**Anemia durante el embarazo:** “La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumentan el consumo de hierro elemental. Se manifiesta más al final del embarazo en multíparas, en gestantes jóvenes, en las que no reciben atención prenatal y en las que no toman suplemento de hierro. Existe mayor prevalencia de anemia en las poblaciones rurales, donde las infecciones, las pobres condiciones sanitarias, el parasitismo y la desnutrición son más comunes. Se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación” (Farnot, 2004).

**Edad Materna Avanzada:** “Se refiere al embarazo en mujeres mayores de 35 años. Se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida. Se asocia a alteraciones preexistentes que se incrementan con la edad. En este período de tiempo aparecen enfermedades como la prematuridad, hipertensión arterial crónica (HTA), fibroma uterino, malformaciones congénitas y alteraciones genéticas, entre otras, que afectan sensiblemente la morbimortalidad materno infantil, ya que estas mujeres cursan un embarazo donde se observa mayor frecuencia de afectaciones médicas obstétricas, favorecen las complicaciones en el parto y aumentan las intervenciones quirúrgicas, registrándose un incremento en muerte fetales y recién nacidos (RN) de bajo peso” (Amaro, Ramos, Mejías, Cardoso y Betancourt, 2006).

**Embarazo Adolescente:** “Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. El embarazo en esta edad se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad. Las adolescentes presentan en muchos casos: Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé, un mayor número de abortos espontáneos, partos prematuros, bebés con peso bajo” (Guía infantil, s/f), “(...) hemorragias, esterilidad a futuro e incluso mortalidad materna” (Caraballo, s/f y Sola, 2015).

**Embarazo múltiple:** “Un embarazo múltiple es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Los embarazos con tales características deben tener en cuenta algunos posibles riesgos: El desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia posparto, el nacimiento prematuro, presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional, predisposición a la cesárea debido a la posición de los bebés, aborto espontáneo, principalmente” (Netmoms, s/f y Nuevo, s/f).

**Hemorragia obstétrica:** “Es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml post-parto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. En México, la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna” (González, 2013)

**Intervalo o periodo intergenésico:** se define como el “espaciamiento entre embarazos”. Es el período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual. De acuerdo con Domínguez (2005) el período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años [...] haciendo énfasis que en períodos extremos (menor de 24 y mayor de 49 meses) el riesgo de complicaciones maternas y fetales es mayor (Conde, 2001).



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero M, Ernesto F, Del Valle F, & Gálvez E. (2004). ¿Maternidad forzada?: El embarazo precoz en el contexto neoliberal. Aproximación desde el trabajo social a la temática del embarazo precoz en Tucumán. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 22, 295-303.
- Almaguer J. A., Vargas V, & García H. (2005). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. *Campaña Nacional por la diversidad cultural de México*. México, DF: Secretaría de Salud, 20p.
- Alvarado M, Solís J, & Hernández C. (2007). Prevención y remediación de problemas debido al cambio climático provocado por la emisión de contaminantes en el Valle de México. *Centro de Investigación de Estudios Avanzados CINVESTAV*.
- Amaro F, Ramos MY, Mejías NM, Cardoso O, & Betancourt R. (2006). Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. *Archivo Médico de Camagüey*, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906006>, 10.
- Arganis. (2003). Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. *Servicios de Salud con calidad Intercultural en Pueblos Amerindios, YACHAY TINKUY*, 231p.
- Aristazábal J, Gómez G, Lopera J, Orrego L, Restrepo C, Monsalve G, et al. (2005). Paciente Obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? *Revista Colomb Obstet Ginecol*, Vol. 56(2), 45-50.
- Arredondo, G. (2009). Cuetzalan del Progreso. Estado de Puebla. H. Ayuntamiento de Cuetzalan del Progreso. *Enciclopedia de los Municipios y de Delegaciones de México*, Disponible en: [www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM21puebla/municipios/21043a.html](http://www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM21puebla/municipios/21043a.html)
- Ballesté, M. (2003). Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género, 3ª Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México.
- Brofman, M., López, S., & Magis C. (2003). Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública México*, Vol. 45, 445-454.

- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública, Vol. 76(5)*, 473-482.
- Caraballo, A. (s/f). Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. Guía infantil. <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>.
- Casini, S., Sáinz, G., Hertz, M., & Andina E. (2002). Guía de control prenatal. Embarazo normal. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá Vol. 21(2)*, 51-62.
- Chávez, M. (2011). Infertilidad y Reproducción Asistida: Una mirada antropológica: Dimensiones de cuerpo, género y parentesco. *Editorial Académica Española*. 277p.
- Chávez, M. (2012). Género y procreación. Una combinación en la presencia de la Muerte Materna. *Disponible en: [http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT11/GT11\\_ChavezCourtoisM.pdf](http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT11/GT11_ChavezCourtoisM.pdf)*
- Colussi, M. (2013). El papel de las mujeres en las religiones. *Rebelión. Disponible en: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=171808>*
- CONAPO. (2001). Índices de Marginación, 2000. *Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/2000.htm>*.
- Conde V, Fernández M, Guevel C, & Marconi E. (2001). Intervalo interembarazo o intergenésico. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina, Vol. 20(1)*, 20-23.
- Conde, A. (2001). Embarazo de alto riesgo. *Carta de la Salud Fundación Clínica Valle del Lili, Vol. 61*, 1-4.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol., Vol. 18*, 209-232.
- Cordero, C. (2010). San Miguel Tzinacapan: Cuna de las danzas indígenas de Puebla. *Disponible en: [http://www.e-consulta.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=59613&Itemid=282](http://www.e-consulta.com/index.php?option=com_content&task=view&id=59613&Itemid=282)*.
- Corral A, Castañeda I, Barzaga M, & Santana M. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 36(1)*, 66-77.
- De Barberi, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico metodológica. *En Fin de siglo. Género y Cambio civilizatorio, Isis Internacional, Ediciones de la Mujer., Vol. 17*.

- De Barberi, T. (1995). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Estudios básicos sobre derechos humanos IV. San José Costa Rica*, 1-30.
- Defez A, & Martín I. (2005) ¿Qué es una creencia? *LOGOS. Anales de Seminario de Metafísica.*, Vol. 38, 199-221
- Degante S, Cano G, & Zánchez L. (2008). Reporte y metodología del Proceso de Investigación Cuantitativa y Cualitativa sobre la Situación de la Violencia de Género en la Sierra Norte de Puebla. *Espacio Espiral*.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2014. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5328468&fecha=30/12/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328468&fecha=30/12/2013).
- Díaz M. (2002). El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Todo depende del cristal con que se mire. *Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina*. 75p.
- Domínguez A, & Vigil-De G. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Rev Clin Invest Ginecol Obstet. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social de Panamá. Panamá, Vol. 32(03)*, 122-126.
- Elú M. (1993). La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. *Fondo de Cultura Económica S. A. de C. V., México*, 197p.
- Enríquez P. (2011). El espacio urbano como lugar de marginalidad social y educativa. *Argonautas. No. 1, Argentina*, 48-78.
- Espinosa L, Mora J, & Salas M. (2013). Knowledge and health care trajectories in damaged population in Mexico: an interdisciplinary approach *Saúde e Sociedade, Vol. 22(2)*, 590-602.
- Esteban ML. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico feminista. *Salud Colectiva, Vol. 2(1)*, 9-20.
- Farnot U. (s/f). Anemia y embarazo. *Rigol. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; Disponible en: <http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%2520-%2520RIGOL/cap12.pdf.p.121-2>*
- Fica R. (2002). Investigación cualitativa: una forma diferente de hacer ciencia. Abordaje del método etnográfico desde el marco de una perspectiva cualitativa de la investigación.

- Foucault M. (1980). Historia de la sexualidad. *Editorial Siglo XXI. Madrid, España.*
- Freyermuth G, & Luna M. (2014). Numeralia 2012. Mortalidad Materna en México. *Centro de Investigación y Estudios superiores en Antropología Social (CIESAS)/World vision, México, Observatorio de Muerte Materna en México. México, 61p.*
- Freyermuth G. (2003). Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. *CIESAS, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Instituto Nacional de las Mujeres en México. Miguel Ángel Porrua, 431p.*
- Freyermuth G. (2012). Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. *CIESAS- Suereste, CNDH, CONEVAL. México, Disponible en: <http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/Mortalidad%20materna%20inequidad%20institucional.pdf>.*
- Freyermuth G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos. Vol.XII (2). 30-45*
- Garduño, M. (2007). La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión. *Temas y Desafíos en Salud Colectiva, Argentina. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1928/10103>. 189-215*
- Genolet A, Lera C, Schoenfel Z, Guerriera L & Bolcatto S. (2009). Trayectorias de vida y prácticas maternas en contextos de pobreza. *Rev. Ciencia, Docencia y Tecnología, No. 38 Año XX. 13-35*
- Godínez L. (2008). Muerte Materna una violación a los Derechos Humanos. *Comunicación e información de la mujer AC. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/49079>*
- González C, Gómez ME, López E, Aldana C, & Morales F. (2008). Auto concepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Méx Vol. 76(3), 143-150.*
- González V. Coord. (2008). Causal Salud. Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos. *FLASOG, La Mesa. Por la vida y la salud de las mujeres, Alianza Nacional ANDAR por el derecho a decidir, México, 285p.*

- González Z. (2013). Hemorragia Obstétrica. Presentación PPT. *Secretaría de Salud de Colima*. Disponible en: <http://es.slideshare.net/carlogonzalezandrade14/hemorragia-obstetrica-24263336>.
- Granda E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública* Vol. 30(2).
- Greco A. (2005). Las voces acalladas de la maternidad. Los controles prenatales ausentes o inadecuados en la perspectiva de las mujeres de los sectores populares. *Tesis de maestría en Ciencias Sociales y de la Salud. CEDES FLACSO*.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2012a). Capítulo 1: Aborto legal y seguro. *Gire-México*. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap1.pdf>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2012b). Capítulo 3: Mortalidad Materna. *Gire-México*. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap3.pdf>
- Grupo interagencial de género del Sistema de las Naciones Unidas en México. (2010). Género y derechos sexuales y reproductivos. *Ficha informativa sobre Género y Desarrollo* No. 5, Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/drechossexuales.pdf>
- Grupo LACE (2013). Los estudios de caso. Barcelona. *Universidad de Barcelona*. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/33367>.
- Gutiérrez E. (2003). Desarrollo económico y contrastes nacionales. Notas. *Revista de información y análisis* No. 21, 52-61.
- Hautecoeur M, Zunzunegui M, & Vissandjee B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, Vol. 49(2), 86-93.
- Hernández BV. (2006). Pobreza y condiciones laborales en zonas indígenas. *Revista Electrónica Tiempo y Escritura*, Núm. 9, Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/index9.htm>.
- Herrera JA. (2002). Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colombia Médica*, Vol. 33(1), 17-21.
- Hierro G. (1985). Ética y feminismo. *Universidad Autónoma de México*.
- IMSS. (2013) Atención Médica en Unidades Médicas Rurales y Hospitales Rurales del programa IMSS-Prospera. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03021>

- INEGI. (2010). Estadísticas de Mortalidad 1990-2008. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Demografía y Población México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.*
- Infante C. (1990). Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México, Vol. 32(4) 419-429.*
- INPer. (2008). Anuario Estadístico INPer 2008. *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. México, 133p.*
- INPer. (2010). Análisis de ejercicio del presupuesto programático devengado Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *México, 27p.*
- INPer. (2014). Instituto Nacional de Perinatología, Misión y Visión. *Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/quienessomos/misionvision.html>*
- IPAS México. (2014). La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres. *Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/mmrsipas.pdf>.*
- La página del médico. (2012) ¿De dónde viene la palabra paciente? *Blogs de la gente. Disponible en: <http://blogsdelagente.com/lapaginadelmedico/2012/04/09/%C2%BFde-donde-viene-la-palabra-paciente/>.*
- Labarca A. (2007). Técnicas de muestreo para educación. *UMCE. Facultad de Filosofía y Educación Departamento de Formación Pedagógica, Cátedra Métodos de Investigación. Disponible en: [http://www.umce.cl/publicaciones/mie/mie\\_modulo6.pdf.1](http://www.umce.cl/publicaciones/mie/mie_modulo6.pdf.1).*
- Lagarde M. (2003). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas putas, presas y locas. *UNAM, Dirección General de Estudios de Posgrado, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, PUEG, México, 884p.*
- Lamas M. (2002). La antropología feminista y la categoría de género. *Cuerpo Diferencia Sexual y Género. Editorial Taurus.*
- Lamas M. (2009). Maternidad voluntaria y aborto. *Géneros. Revista de Investigación y divulgación sobre los estudios de género, No. 6, Época 2, Año 16. México, 109-122.*
- Langer A, & Lozano R. (1998). Condición de la mujer y salud. *Figueroa JG, Compilador. La condición de la mujer en el espacio de la salud. El Colegio de México, 33-82.*
- Lankshear C, & Knobel M. (2000). Problemas asociados con la metodología de la investigación cualitativa. *Perfiles Educativos, UNAM, Vol. XXI, No. 87. México, 6-27.*

- López M (Coord.) (2013). Evaluación de los centros de salud con servicios ampliados y centros avanzados de atención primaria a la salud. *UNAM, Facultad de Medicina, UPEIS*. 273p.
- López O, Blanco J, Garduño MA, Granados JA, Jarillo E, López S, et al. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. *Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. Universidad Autónoma Metropolitana ALAMES, México*.
- Maine D, Akalin M, Ward V, & Kamara A. (1997). Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. *New York: Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia*. Disponible en: [http://amanece.carlosslim.org/archive/C%C3%B3digo%20M%20%20%20Herramientas/\[Herramienta%2010%20%20Articulo%20Dise%C3%B1o%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Programas%20para%20Mortalidad%20Materna.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/C%C3%B3digo%20M%20%20%20Herramientas/[Herramienta%2010%20%20Articulo%20Dise%C3%B1o%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Programas%20para%20Mortalidad%20Materna.pdf)
- Maldonado K, & Terven A. (2008). Los juzgados indígenas de Cuetzalan y Huehuetla: vigencia y reproducción de los sistemas normativos de los pueblos de la Sierra Norte de Puebla. *CDI. CIESAS, CONACYT. México*, 159p.
- Marshall C, & Rossman G. (1989). Designing qualitative research. *Beverly Hills; California: Sage*.
- Mendoza G. (2005). Determinación de los factores de riesgo más importantes en pacientes de alto riesgo, Hospital de la mujer de la ciudad de la Paz, año 2004. *Médica - Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz, Vol. 11(2)*, 41-46.
- Mendoza G. (2010). La muerte materna en México, Expectativas de solución más allá de los servicios de salud, elementos de comprensión teórica e interpretativa para un abordaje cualitativo necesario. *La Medicina Social en México I. Experiencia, subjetividad y salud. Florencia Peña Saint Martín y Beatriz León Parra (Coord.) ALAMES-México, ENHA, Programa del mejoramiento del Profesorado de la Secretaría de Educación Pública y la Universidad Autónoma de Tamaulipas*, 177-189.
- Mendoza R. (2006). Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones. *Ensayo, monografías. Perú*, 1-8.
- Menéndez E. (2009). Conferencia: “Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud”. *Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Cuarta Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Colombia*.
- Mesa A, Suarez C, Rodríguez G, Mayén B, & Santos S. (2005). Marco internacional y nacional de los derechos sexuales de adolescentes. *Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal/Afluentes, México*.

- Montaner M. (2009). Palabra y pensamiento. Mujeres Indígenas. *UNIFEM. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidad para la Mujer. México*, 157p.
- Montes M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. España, Vol. 17(1)*.
- Munarriz B. (2004). Técnicas y métodos de investigación cualitativa. *Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8533/1/CC02art8ocr.pdf><http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8533/1/CC02art8ocr.pdf>*
- Muñoz J. (2003). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. *Universidad Autónoma de Barcelona, España*, 89p.
- Nakano E. (1994). "Social Constructions of mothering: a thematic over view" en Nakano, E., Chang, G. y Rennie, L. (eds.), *Mothering. Ideology, experience and agency*, New York, Forcey. 1-29.
- Netmoms. (s/f). Riesgos en un embarazo gemelar. *Revista embarazo, gemelos y mellizos. Disponible en: <http://www.netmoms.es/revista/embarazo/gemelos-y-mellizos/riesgos-en-un-embarazo-gemelar/>*
- Nichiata I, Bertolozzi M, Takahaski R, & Fracolli L. (2008). La utilización del concepto de vulnerabilidad por enfermería. *Rev. Latino-am Enfermagem. Brasil, Vol. 16(5)*, 1-7.
- Norma Oficial Mexicana Núm-007SSA2-1993. (1995). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>*
- Nuevo M. (s/f). Riesgos del embarazo múltiple para la madre y para los bebés. *Guía infantil. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/multiples/el-embarazo-multiple-es-un-embarazo-de-riesgo/>*
- Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte de Puebla. (2008). Datos sociodemográficos de Cuetzalan, Puebla. *Disponible en: <http://observatorio.totalmanik.org/>*
- ODM. (2013). Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. *Disponible en: <http://200.23.8.30/irisweb-odm/odm.php>*
- OMS. (1998). Nota descriptiva n° 184, Campos electromagnéticos y salud pública. Percepción por el público de los riesgos asociados a los campos electromagnéticos. *Disponible en: [http://www.minetur.gob.es/telecomunicaciones/Espectro/NivelesExposicion/Aspectos%20sanitarios/5.%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud/OMS\\_percepcion\\_publica\\_riesgosEMF\\_Nota184.pdf](http://www.minetur.gob.es/telecomunicaciones/Espectro/NivelesExposicion/Aspectos%20sanitarios/5.%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud/OMS_percepcion_publica_riesgosEMF_Nota184.pdf)*



- ONU. (1994). Programa de Acción. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994. Nueva York. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>. .
- ONU. (1995). Declaración para la acción, Plataforma. IV Conferencia mundial sobre las mujeres, Beijing, China. Disponible en: <http://server6.parlamento.gub.uy/htmlstat/externos/derechosmujer/beijing.pdf>.
- OPS. (1986). Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil. . Washington D.C.
- OPS-OMS. (s/f). Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas. OPS, OMS, 1-2.
- Peláez A, Rodríguez J, Ramírez S, Pérez I, Vázquez A, & González I. (2008). La entrevista. UAM. España, Disponible en: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/Entrevista.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf)
- Puga J. (2010). Beneficiarios de Oportunidades, un potencial de 200mdp para WalMart en Cuetzalan. *La Jornada de Oriente. México*.
- Quevedo P. (2012). Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf), 314p.
- Rodríguez L. (2010). Género y etnia, los cruces de las inequidades en salud. . En Fernández G, (Ed.) *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Ministerio de Salud Pública, Ecuador*, 149-160.
- Romero I. (2012). ¿Quién cuida a los Hijos? Las redes familiares en el Trabajo reproductivo ante la Muerte Materna. Tesis para obtener el grado de Maestra en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, 173p.
- Ruiz C. (2010). Tema 11. Control social y salud. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12929/1/TEMA%2011.%20CONTROL%20SOCIAL%20Y%20SALUD.pdf>.
- Salas M, & Torre M. (2006). El Concepto de género en Documentos Gubernamentales sobre salud y nutrición en México. *Salud Colectiva, Buenos Aires, Vol. 2(1)* Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120104>.
- Sánchez A. (2003). Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México. *Universidad Autónoma Metropolitana, PUEG*, 285p.
- Sánchez J. (2009). Conflicto decisional en el fumador. *Enfer Tabac, Enfermería y tabaquismo*, 2-7.

- Sánchez L. (s/f). Cuetzalan el pueblo más mágico del Estado *Disponible en: <http://www.wikipuebla.com/cuetzalan-el-pueblo-mas-magico-del-estado/>*.
- Secretaría de Salud. (2014). Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2013. *Secretaría de Salud. Seguro Popular. Gobierno de la Republica. México, Disponible en: [http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2014/feb/Inf\\_SS-20140205.pdf](http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2014/feb/Inf_SS-20140205.pdf)*, 169p.
- Secretaría de Salud. (2014). Seguro Popular. *Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1>*.
- SEDESOL. (2013). Municipio: Cuetzalan del Progreso, Puebla. Datos Generales. *Unidad de Microrregiones. Cédulas de Información Municipal Dirección General Adjunta de Planeación Micro regional*.
- SEGOB (2014) CONVENIO Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Componente Salud), *Diario Oficial de la Federación. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5351877&fecha=10/07/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5351877&fecha=10/07/2014)*
- Sen G, Asha G, & Pisoska Ö. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *OPS, OMS, Harvard Center for Population and Development Studies*, 45p.
- Shah IH, & Say L. (2007). Maternal Mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. *Reproductive Health Matters, Vol.14*, 17-27.
- Sierra F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en la investigación social. En Galindo, Jesús (Coord.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación, Pearson, México*, 227-339.
- SierraT (editora). (2004). Haciendo justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas. *Sociedades historias y lenguajes. CIESAS, H. Cámara de Diputados. LIX Legislatura. Porrúa. México*.
- Sola B. (2015). Embarazo Adolescente riesgo para mamá y bebé. *Notimex Crónica. México. Disponible en: <http://www.cronica.com.mx/notas/2015/876036.html>*.
- Stake RE. (1998). Investigación con estudio de casos. *Editorial Morata, S. L., Madrid., 2da. ed*, 156p.
- Tamayo CT, Lee GM, Cisneros AR, Castolo MC, Darwich A, Queralt S, et al. (2004). Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex, Vol. 72* 295-331.
- Tamez S, Valle R, Eibenschutz C, & Méndez I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública México, Vol. 48*, 418-429.

- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. *Health and social organization. London: Routledge*, 71-93.
- Taylor SJ, & Bogdan R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. *Ed. Paidós Básica, España*, 343p.
- Torraza JZ. (2000). La estructura social. *Murcia Universidad Católica San Antonio*. Vol. 7, No. 4
- Torres, C., & Mújica, O. J. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Rev Panam Salud Pública*, Vol. 15, No. 6, 430-9.
- Turner BS. (1989). El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social. *Fondo de cultura económica*.
- Uribe M, Rodríguez K & Agudelo M. (2013) Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el seguro popular: Estudio de caso en el municipio de León-Guanajuato (México). *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales México*. 66p.
- Valles MS. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. *Capítulo 6: "Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad"*.
- Vázquez G. (2009). Conocimientos y prácticas sobre salud, enfermedad y su atención. Estudio de caso de beneficiarias y no beneficiarias del programa Oportunidades en San Pedro Nexapa, Estado de México. *Tesis para obtener el grado en Maestro en Medicina Social. UAMX División de CBS, México*, 74p.
- Villa SA. (2009). Perfil socioeconómico del Distrito Federal. *Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, México, Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0372009.pdf>*, 43p.