

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Factores socioculturales que determinaron la decisión  
de mujeres de dos generaciones de Cuetzalan del  
Progreso Puebla respecto a los tipos de  
atención durante el proceso reproductivo**

TRABAJO RECEPCIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

**DEISY ENRIQUETA FALCON IBAÑEZ**

D I R E C T O R A

**Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois**

Ciudad de México, enero 2018

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo fue posible gracias al apoyo de cada una de las mujeres que compartieron sus experiencias e historias; que me abrieron la puerta de su hogar, lo cual me permitió conocer parte su vida y la confianza brindada.

Gracias a la familia García Diego por la amistad brindada, especialmente a la señora María Juana Diego Sánchez y a su hija Josefina García Diego.

Gracias a la familia Álvarez Contreras por la amistad brinda, especialmente a la señora María Esperanza Contreras Vázquez y a su hija Micaela Álvarez Contreras.

Gracias a mi directora de tesis la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois por darme un acompañamiento cordial, de calidad, por su buen trato, por los regaños que me hicieron crecer en mi formación académica y sobre todo por compartir conmigo su conocimiento.

A cada una de mis lectoras la Mtra. Alma Nora Nava Martínez, la Mtra. Érica Carlota Merino González, la Mtra. Natividad Almanza Beltrán y Mtra. Patricia Huerta Encarnación que me guiaron en el proceso de construcción del conocimiento y por sus comentarios para el mejoramiento de este trabajo

A mis padres y hermanos, en especial a mi madre Benita Ibañez Muñoz por todo su apoyo y amor; por haberme enseñado que con tenacidad y compromiso los proyectos florecen. A cada uno de mis amigas/os que me brindaron su amistad incondicional, por mostrarme su solidaridad cuando la necesite y haberme acompañado en esta etapa de mi vida.

## CUETZALAN DEL PROGRESO, SIERRA NORTE DE PUEBLA



Fuente: Iglesia de San Francisco de Asis, centro de Cuetzalan del Progreso, tomada de [https://www.facebook.com/CuetzalanMagico.mx/photos/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/CuetzalanMagico.mx/photos/?ref=page_internal)

*"No existe una única realidad,  
sino múltiples realidades  
interrelacionadas"*  
*(Pérez Serrano 1990)*

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Justificación</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I.- Marco Teórico</b>	<b>5</b>
1.1.- Definición de salud materna - Salud reproductiva	5
1.2.- Comportamiento reproductivo	7
1.3.- Perspectiva de género	8
1.4.- Enfoque intercultural en salud	10
1.5.- Modelos de atención a la salud	12
1.5.1.- Modelo hegemónico	12
1.5.2.- Modelo de autoatención	13
1.5.3.- Modelo alternativo subordinado	14
1.6.- Aspectos sociales y culturales en la salud materna	16
<b>Capítulo II.- Programa Nacional en Atención a la Salud Materna</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo III.- Panorama de la Región: Cuetzalan, Puebla</b>	<b>22</b>
3.1.- Breve historia	28
3.2.- Aspectos administrativos y políticos	33
3.3.- Servicios de Salud	34
3.3.1.- Unidad médica de Cuetzalan del Progreso	36
3.3.2. Unidad médica de San Miguel Tzinacapan	40
3.3.3.- Mortalidad	41

<b>Capítulo IV.- Abordaje Metodológico</b>	<b>42</b>
4.1.- Planteamiento del problema	42
4.2.- Preguntas de investigación	43
4.3.- Objetivo general	43
4.3.1.- Objetivos específicos	43
4.4.- Población	44
4.5.- Técnicas de investigación	44
4.5.1- Recolección de datos	45
4.5.2.- Entrevistas semi-estructurada	46
4.5.3.- Aspectos éticos	47
<b>Capítulo V.- Resultados y Discusión</b>	<b>48</b>
5.1.- Comportamiento reproductivo	49
5.1.1.- Familia García Diego	50
5.1.2.- Familia Álvarez Contreras	53
5.2.- Prácticas de atención en el embarazo	57
5.3.- Prácticas de atención en el parto	62
5.4.- Parto tradicional	68
5.5.- Prácticas de atención en el puerperio	73
5.5.1. Atención tradicional en el puerperio	78
5.5.2. Atención hospitalaria en el puerperio	79
<b>Conclusiones</b>	<b>83</b>
<b>Reflexiones Finales y Propuesta</b>	<b>86</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>89</b>
<b>Anexo. N°1</b>	<b>94</b>
<b>Anexo.N°2</b>	<b>96</b>

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar los factores socioculturales que determinaron la decisión de las mujeres indígenas de dos generaciones de dos familias, respecto a los tipos de atención al cual acudieron durante el proceso de embarazo, parto y puerperio; las experiencias de las mujeres entrevistadas respecto a los tipos de atención a los cuales acudieron durante su proceso reproductivo me permite hacer un acercamiento al comportamiento reproductivo de las mujeres de Cuetzalan, principalmente al cuidado y atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Desde la Promoción de la Salud fue posible reflexionar los diversos factores socioculturales que intervinieron en el proceso reproductivo de las mujeres entrevistadas, estos factores fueron la generación, el género y la interculturalidad. Así mismo la propuesta teórica sobre los modelos de atención a la salud de Menéndez me ayudaron a identificar y comprender el tipo de atención al cual acudían las mujeres entrevistadas, ya que cada práctica de atención a la salud conlleva una serie de saberes culturales que caracteriza a cada grupo social.

Desde la perspectiva de género se consideró que las prácticas y roles de hombres y mujeres pueden determinar o influir respecto a la manera en cómo las mujeres llevaron su proceso reproductivo. El estudio de la salud desde la interculturalidad da un acercamiento a las prácticas tradicionales colectivas que caracterizan a las mujeres del lugar y puede ayudar a la mejora de su salud en el embarazo, parto y puerperio. En la generación puede haber una continuidad de algunos significados en las prácticas de cuidado en el proceso reproductivo esto a través de los usos y costumbres de las mujeres. Todo lo anterior se describe con mayor precisión en este trabajo que consta de seis capítulos.

En el primer capítulo se exponen brevemente estudios en torno al tema que me ayudaron a comprender las teorías y sobre todo observar cómo estas están vinculadas.

El segundo capítulo da a conocer los esfuerzos que ha llevado a cabo el gobierno de México para mejorar la salud reproductiva, nombrado los diversos programas y estrategias.

El tercer capítulo contextualiza el Municipio de Cuetzalan, lugar donde se realizó la investigación de campo. Aquí se rescatan aspectos generales como: ubicación, clima, historia de la comunidad, población, economía y servicios de salud.

En el cuarto capítulo se presenta el diseño metodológico, aspectos y técnicas utilizadas para el diseño de la investigación. Esta investigación es cualitativa, basada y sustentada en las experiencias de las mujeres, las técnicas para recolección de la información son entrevistas semiestructuradas y notas de campo.

En el quinto capítulo se dan a conocer los resultados y discusión de la información obtenida; se hace una descripción general del comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas participantes y el tipo de atención en salud, según la generación a la que pertenecen.

Por último se incluye la conclusión de esta investigación, mencionando reflexivamente los hallazgos encontrados sobre comportamiento reproductivo del grupo de informantes.

## JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tuvo como finalidad conocer desde los factores socioculturales las percepciones de mujeres sobre la atención durante el embarazo y parto. La investigación se realizó en una Junta Auxiliar de Cuetzalan del Progreso Puebla; San Miguel Tzinacapan.

Como promotora de la salud me interesa trabajar el tema, ya que el embarazo, parto y puerperio son etapas que están determinadas, entre otras cosas, por los usos y costumbres de cada grupo social para la conformación de la familia, así como las decisiones que se toman respecto a los tipos de atención a los cuales acuden y los cuidados que se tienen en cada etapa. El campo de la promoción de la salud PS abre la posibilidad de trabajar con las necesidades de las mujeres en la comunidad con respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales en este proceso. En este sentido, la salud es comprendida:

Como un campo de conocimiento y de prácticas sociales complejas donde convergen diversas miradas que explican el proceso reproductivo, desde distintos planos de análisis; por ejemplo, desde el proceso biológico (que tienen que ver con el proceso de fertilización, desarrollo fetal y parto) hasta las formas de dar significado y sentido a todos estos procesos que tienen lugar en el organismo, sin olvidar las acciones y comportamientos que se llevan a cabo individual y colectivamente. (Almanza, 2010:3).

El campo de la PS ve más allá del padecimiento mismo, ve otras implicaciones que afectan a la salud integral de las personas, por ello es importante conocer los alcances de la salud y su relación con su campo cultural, capital humano, capacidades humanas, economía y medio ambiente y lo más importante es que se “conoce al otro”. El papel de la promoción de la salud en el proceso reproductivo es que se reconozca como un evento social en que las mujeres se ven afectadas por el entorno donde se desarrolla, no se puede hablar de condiciones para las mujeres en forma general ni de la misma medida, debido a que existe una gran diversidad de situaciones a las que se enfrentan las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, las cuales determinan el actuar y las decisiones que se toman en este proceso.

La salud materna es importante para el campo de la promoción de la salud ya que como se menciona anteriormente, la PS ve más allá de lo biológico. Las acciones que lleva el Estado para este tema están centradas en la medicina hegemónica, además que las acciones están centradas en cuestiones negativas buscando reducir la mortalidad materna, restado importancia a los factores sociales y culturales; no ponen énfasis en lo positivo que es mantener la salud materna de las comunidades indígenas a través de las prácticas tradicionales del lugar y las redes sociales que se crean en esta etapa de la vida de una mujer. En este sentido la promoción de la salud habla de la construcción de experiencias como acto deliberado que realiza el sujeto individual y colectivo para generar aprendizajes de su vivencia las cuales se transmiten de generación a generación.

La trascendencia de trabajar con las mujeres indígenas es que están estrechamente relacionadas con la pobreza, la exclusión y la marginación de grandes sectores de la población indígena y que en conjunto tiene como consecuencia que sea el eslabón más débil frente a la cadena de factores que ponen en riesgo su vida y salud, durante el proceso reproductivo (CDI, 2010:2).

Al reconocer el entorno social como un factor en la salud reproductiva de las mujeres, es necesario considerar la perspectiva de género y el enfoque intercultural como categorías de análisis, ya que el trabajo con mujeres indígenas, hace visibles las diferencias en las prácticas reproductivas de un lugar a otro, o tan sólo de una familia a otra; sin descartar que se pueden tener similitudes debido a que interviene el conocimiento y prácticas de la zona de origen y de la comunidad en sí. Estas características engloban el enfoque sociocultural que plantea una diversidad de modelos de atención a la salud de las mujeres y su interacción con el medio.

Durante el proceso reproductivo es importante priorizar la salud, para ello es necesario conocer las prácticas culturales del lugar que pueden ayudar a tener un embarazo saludable, partos exitosos y puerperios de calidad. Esto permitirá a la promoción de la salud llevar acciones en salud materna desde un entendimiento intercultural reconociendo que hay diferentes maneras de entender la salud y las prácticas de atención que se llevan para mantenerla.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO

Esta investigación se llevó a cabo desde la perspectiva de género e interculturalidad, ya que la salud se puede estudiar desde lo sociocultural, debido a que en el proceso de salud-enfermedad-atención existen factores sociales, culturales y económicos que pueden propiciar la enfermedad y en casos extremos llevar a la muerte de mujeres indígenas durante el proceso reproductivo.

De acuerdo con Eduardo Menéndez, “el proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente por supuesto que en forma diferenciada en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994:72). Es por ello que para la realización de esta investigación fue importante diferenciar el proceso reproductivo entre generaciones. Ya que “la respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad” (Menéndez, 1994:71); no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que se buscara la forma de convivir y posible solución al padecimiento.

#### **1.1.- Definición de salud materna - Salud reproductiva**

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “el embarazo, alumbramiento y la maternidad, cuando se presenta en un entorno en el que se respeta a la mujer puede contribuir de forma importante a afianzar los derechos y la condición social de la mujer sin poner en peligro su salud” (UNICEF, 2008:2). Es por ello que es importante conocer cómo se está definiendo la salud materna, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto”. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia agradable, para algunas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. Es decir, la salud materna consiste en atender con calidad a la mujer y al hijo/a, procurando hacer un diagnóstico y tratamiento correcto de problemas que puedan presentar durante el embarazo, parto y puerperio.

Estas características de salud materna van de la mano con la salud reproductiva, ya que, como se mencionó antes, se busca el cuidado óptimo de la madre y el hijo/a. De acuerdo a la OMS (como se citó en OPS, 1996), la salud reproductiva es definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”.

Para que estos procesos de la vida de una mujer se lleven a cabo exitosamente es importante que se tenga un entorno adecuado para la reproducción y se llegue a una maternidad segura, es decir que la mujer y pareja estén informadas, tengan los cuidados y atenciones correctas en la familia y comunidad; para que esto sea posible el personal médico debe de estar preparado, contar con instalaciones, medicamento y equipo necesario. Es importante que en población indígena rural se considere la medicina tradicional de la comunidad debido a que juega un papel significativo en la atención y cuidado durante el proceso reproductivo. Lo cual depende de la cultura del lugar ya que sus prácticas responden al orden simbólico, a las normas y la forma de entender la vida en la comunidad (Mercado, 2010).

De acuerdo a la UNICEF (2008) es importante durante el proceso reproductivo un planteamiento orientado a la mejora de la salud materna y neonatal, basado en los derechos humanos, centrado en la prestación de mejores servicios de atención sanitaria, abordar la discriminación por motivos de género y las desigualdades existentes en la sociedad a través de cambios culturales, sociales y conductuales. Estos aspectos son importantes en todas las mujeres ya que tienen el derecho a vivir la maternidad como una experiencia dichosa, acompañada de su familia y pareja, además de segura para su vida y la de sus hijos.

## 1.2.- Comportamiento reproductivo

Este apartado es trascendental pues esta categoría es central para esta investigación, con ello se hace un acercamiento al comportamiento reproductivo de las mujeres de Cuetzalan, principalmente al cuidado y atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Esta categoría comprende diversos aspectos de la vida social y cultural del lugar. Hay una serie de investigaciones del comportamiento reproductivo desde el género como la de Araya (2000), donde menciona que el comportamiento reproductivo se puede entender como un proceso complejo de dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales que se relacionan con la procreación, desde el comportamiento del cortejo, la relación sexual, la unión en pareja, proceso de la natalidad, actitud y relación con la pareja durante el embarazo, parto y cuidado de los hijos (Figuroa y Liendo, 1994, citado por Araya 2000).

Araya (2000), menciona tres ejes estructurales para la interpretación del comportamiento reproductivo para un análisis empírico. Los cuales son:

1. Estructuras de fecundidad por edad
2. Patrones reproductivos. Esto tiene que ver con el inicio de las relaciones sexuales; inicio de la vida conyugal, edad a la primera gesta; número total de gestas y espaciamiento de ellas
3. Patrón conductual. En este se manifiesta los determinantes culturales de la reproducción social, lactancia, alimentación, redes de apoyo familiar, planificación familiar y atención de salud en el embarazo, parto y puerperio.

Este último punto está marcado por el contexto sociocultural del lugar y tiene relevancia para esta investigación ya que se entrevistó a mujeres para conocer la experiencia de su proceso reproductivo y los factores socioculturales que intervinieron.

Otra investigación es la de Berrio (2013), donde menciona que la trayectoria reproductiva está regulada, parcialmente, por la cultura reproductiva y forma parte de las prácticas y significados asociados con el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el espaciamiento, el trabajo reproductivo y la división del trabajo al interior del

grupo familiar y de parentesco. Esta definición no está alejada a la de Araya, ya que ambas mencionan que el comportamiento reproductivo está socialmente regulado, es decir, este proceso corresponde a factores socioculturales específicos del lugar.

Es sustancial mencionar que durante esta etapa del proceso reproductivo, se crean redes que involucran varios actores sociales, por ello es importante conocer y analizar quienes participan, apoyan y cuidan a las mujeres, “en ciertos escenarios en los que las redes de apoyo pueden ponerse en marcha para resolver sus problemas de salud reproductiva” (Freyermuth, 2003:223). Ya que dicho proceso va acompañado de diversos factores mismos que determinan las maneras de vivir el embarazo, parto y puerperio.

El análisis de redes se describen y estudian las estructuras relacionales que surgen cuando diferentes organizaciones o individuos interactúan, se comunican, coinciden, colaboran, etcétera. A través de diversos procesos o acuerdos que pueden ser bilaterales o multilaterales; desde modo la estructura que emerge de la interrelación se traduce en la existencia de una red social. (Menéndez, 2003:22)

### **1.3.- Perspectiva de género**

Es importante comprender la salud materna desde la perspectiva de género ya que este concepto cambia dependiendo la interpretación y contexto social en el que se presenta, es decir, nos permite acercarnos a la cultura del lugar ya que a través del conocimiento de los valores, costumbres, tradiciones e ideas de cómo ven el mundo, podemos acercarnos a la forma en cómo las mujeres sienten y expresan su comportamiento reproductivo. Se han hecho investigaciones académicas desde esta categoría de análisis que le han dado variación al concepto. Por ejemplo.

Para Scott (1996) el término género implica dos conceptualizaciones, una ligada a las relaciones sociales basado en la diferencia sexual y otro campo donde se articula el poder. La autora planteó que en las relaciones sociales el concepto género comprende cuatro elementos interrelacionados:

1. Símbolos y mitos que evocan representaciones múltiples y, a menudo, contradictorias Eva y María, por ejemplo como símbolos de la mujer en la tradición cristiana occidental, pero también mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación, inocencia y corrupción.
2. Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de hombre y mujer.
3. Instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género. El género no sólo se basa en el sistema parentesco sino es más amplio que incluye el trabajo, educación, economía y política
4. La identidad subjetiva

La autora menciona que el género como unidad de análisis se puede ocupar para indagar cualquier proceso social, donde se pueda articular el poder, aunque esta categoría varía según la época, lugar e historia en que se desarrolla esto genera desigualdad de género que favorece a uno de los dos grupos.

Para Elú (1993) el género ayuda a interpretar las actitudes y comportamientos que van adquiriendo según sea el sexo mujer u hombre. “Una de las características en la construcción de género, es que en la mayoría de las culturas, se esconden valoraciones diversas hacia las personas, según hayan nacido de uno o de otro sexo” (Elú, 1993:146). Desde que se nace o antes a las personas se le han adjudicado una serie de comportamientos que se deben de aprender para desarrollarlos a lo largo de la vida, por ejemplo cosas tan simples y cotidianas que tienen que ver con los aseos en el hogar y el cuidado de los hijos, que por el hecho de ser mujer es algo que sólo le corresponde a la mujer. Esto se adecua a las interpretaciones de Berrio (2013) donde menciona que las relaciones de género van marcando normas en la construcción de los roles asignados a hombres y mujeres. Y asimismo son expresadas a través de las prácticas reproductivas.

Como se menciona en el apartado anterior el proceso reproductivo de la mujer y las decisiones que se toman con base a los tipos de atención a los cuales acudir, va a depender muchas veces de las creencias que se tenga y la forma de ver la vida, no sólo

de la mujer y pareja, sino del medio en el que se vean envueltos, esto de acuerdo al tiempo y espacio en el cual se encuentren. Es por ello que el hecho de analizar desde el “género” no implica considerar a todas las mujeres como iguales.

Aunque las mujeres comparten experiencias, fuerzas y obstáculos que les otorgan necesidades e intereses comunes, los cuales pueden en determinadas circunstancias, propiciar su unidad como grupo, las formas de subordinación social y económica, y de vulnerabilidad son tan complejas y están tan individualizadas como las personas que las sufren. (Murgibe, 2001:5)

Cada mujer vive sus procesos en la etapa de la vida y experiencias de diferente manera, es por ello que esta investigación tomó en cuenta las experiencias de cada mujer en diferente generación ya que aunque sean de la misma familia, y hayan tenido varios hijos, las experiencias son diferentes por las formas en que se presentan.

#### **1.4.- Enfoque intercultural en salud**

De igual manera me interesó abordar la salud materna desde un enfoque intercultural ya que son los grupos indígenas quienes enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2014), “promueve un enfoque intercultural en los servicios de salud que asegure que todos los grupos étnicos y raciales puedan acceder a los cuidados que necesiten, y que integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones indígenas y étnicas/raciales”. En el campo antropológico Beltrán (como se citó en Lerín, 2004), define la salud intercultural como “la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud indígena” (Lerín, 2004:117). Otra definición es “la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...), es decir potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena y ser capaz de respetar y mantener la diversidad.” (Memoria del “Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas”, 1996)

Estas definiciones son muy amplias respecto a la interculturalidad en salud ya que es importante que se tome en cuenta y respete las creencias de las personas, de esta manera habrá una mejor relación entre los prestadores de salud y los usuarios; esto ayudara a una mayor equidad y calidad en la atención a la salud.

De acuerdo con Lerín (2004), la mayoría de veces en los servicios de salud no hay contacto intercultural ya que se descalifica las prácticas tradicionales y populares de la atención a la salud y enfermedad; además de que la población indígena lleva el estigma de marginación y pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social. Para que esto deje de suceder sería importante que las políticas en México se desarrollen desde un marco intercultural y se lleven a la práctica.

Fue necesario abordar esta investigación desde una visión intercultural ya que se trabajó con mujeres indígenas donde se buscó comprender cuáles fueron los tipos de atención y cuidados que tuvieron en el proceso reproductivo. Pues la cultura del lugar “es un proceso dialéctico, en la medida en que a través de la interacción se generan repertorios de ideas, que los individuos materializan en sus comportamientos” (Mercado, 2010; 241), es decir, cada práctica para cuidar la salud tiene un significado para la cultura del lugar.

Es fundamental considerar la cosmovisión de las mujeres de la comunidad, cómo vivieron el proceso reproductivo y cómo se vive dentro del espacio donde se desenvuelven. “La cosmovisión permite describir y explicar la relación entre los seres humanos y la naturaleza, así como todo lo relacionado con el mundo espiritual. Se puede decir que la cosmovisión es el elemento filosófico básico que permite organizar las explicaciones acerca de la organización y funcionamiento del mundo en que vive y se desarrolla una cultura” (Velasco, 2009:12). De esta forma se comprende el actuar de las mujeres de la comunidad de Cuetzalan, ya que la promoción de la salud busca el respeto y el derecho a la salud ejerciendo las prácticas para el cuidado de la salud.

## **1.5.- Modelos de atención a la salud**

Es trascendental conocer los tipos de atención a la salud para reconocer el tipo al cual acuden las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio ya que cada grupo social tiene diferencias en atender la salud y enfermedad, dependiendo del contexto sociocultural y geográfico en el que se encuentran. Laurell (1982), menciona que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, ya que a este proceso se le adscribe historicidad a partir de sus determinantes externos; además guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta, es decir esta socialmente determinado. Si retomamos los tipos de atención a los cuales las mujeres indígenas deciden acudir durante el proceso reproductivo, se acierta en lo que dice la autora que el proceso salud-enfermedad tiene carácter histórico, ya que la “naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos” (Laurell, 1982:2).

Lo anterior tiene que ver con la manera en que las personas atienden su salud y enfermedad ya que dicho proceso está determinada por el tiempo, lugar y espacio; donde se han diferenciado modelos de atención a la salud la cual adquiere una dinámica y diferenciación específica en cada contexto.

De acuerdo con Menéndez (1992), por modelo se entiende que “es un instrumento metodológico que su pone una construcción propuesta a partir de determinados rasgos estructurales” (Menéndez, 1992: 887), esta definición es importante para comprender los modelos de atención, los cuales son construcciones a partir de las prácticas ideológicas y saberes manejados no sólo de los curadores, sino de la población que actúa en dichas prácticas tanto curativas como preventivas. A continuación se expone cada uno de los modelos de atención con sus características específicas.

### **1.5.1.- Modelo médico hegemónico**

Para Menéndez (1992) el Modelo Médico Hegemónico (MMH), es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica, el cual está basado en el diagnóstico y tratamiento dentro de un establecimiento de salud ya sea público o

privado, como puede ser hospitales, centros médicos, clínicas o consultorios. Este modelo de atención se centra en lo biológico, dejando de lado lo social y cultural que interviene en el proceso salud-enfermedad de una comunidad.

**Tabla N° 1. Características del Modelo Hegemónico**

Características	
•	Biologicista
•	Positivista
•	Ahistórico
•	Individualista
•	Eficacia pragmática
•	Salud = Mercancía
•	Relación asimétrica entre médico y paciente
•	Participación subordinada y pasiva de los “usuarios”
•	Excluyente
•	Profesionalización especializada

Fuente: Elaboración propia a partir de Menéndez (1992), La antropología medica en México

Muchas veces el “lenguaje utilizado por los médicos, uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación, empatía y confianza con el usuario” (Lerín, 2004:113). Es aquí donde se puede mostrar la relación asimétrica entre el médico y el paciente, ya que el paciente no cuestiona el saber médico y su proceso curativo durante la consulta o si cuestiona su opinión no es tomada en cuenta por eso es que en ocasiones prefieren no volver a una revisión porque no se sienten comprendidos.

### **1.5.2.- Modelo de autoatención**

De acuerdo con Menéndez (1992), este modelo está basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatos de sus grupos comunales, y en cual no actúa un curador profesional. Las funciones curativas del

modelo se basan en la estructuralidad socioeconómica del grupo social y la experiencia a la práctica de los otros modelos de atención los cuales se adoptan dándole una interpretación.

**Tabla N° 2. Características del Modelo de Autoatención**

Características	Factores que la determinan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia pragmática</li> <li>• Participación simétrica</li> <li>• Legitimación comunal o grupal</li> <li>• Basado en la experiencia</li> <li>• Apropiación de las prácticas médicas</li> <li>• Opera en todos los estratos sociales</li> <li>• Actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica o social a partir de la unidad doméstico-familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el perfil epidemiológico</li> <li>• Medios de comunicación</li> <li>• Condiciones de la cobertura de la atención médica</li> <li>• Eficacia de los medios existentes</li> <li>• Condiciones socioeconómicas e ideológicas</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Menéndez (1992), La antropología medica en México

El hogar es uno de los principales escenarios donde se da la autoatención, por ejemplo, cuando algún miembro de la familia tiene gripe es más fácil tomar un té para el padecimiento que ir al médico, ya que en ocasiones funciona de la misma manera que el medicamento.

### 1.5.3.- Modelo alternativo subordinado

Este modelo integra las prácticas reconocidas tradicionales, como la acupuntura, herbolaria, medicina tradicional indígena, etcétera. En este modelo entra lo que conocemos como medicina tradicional indígena, las personas que ofrecen este servicio

lo hacen para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual, colectiva y comunitaria, basada en su práctica y conocimiento de su cultura.

**Tabla N° 3. Características del Modelo de Alternativo Subordinado**

Características
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tendencia al pragmatismo</li><li>• Diversas prácticas no homogéneas</li><li>• Concepción globalizada de los padecimientos y problemas</li><li>• Relación asimétrica entre curador y paciente</li><li>• Legitimación comunal o grupal</li><li>• Tendencia a la mercalización</li><li>• Eficacia simbólica</li><li>• Tendencia a excluir a otros de su saber</li><li>• Ahistórico</li><li>• Sociabilidad</li></ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Menéndez (1992), La antropología medica en México

De acuerdo a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera medicina tradicional indígena, al conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y enfermedad que diferentes pueblos indígenas han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión). La medicina tradicional indígena predomina en las comunidades indígenas, las personas ofrecen algún servicio para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual, colectiva y comunitaria del lugar.

Otra definición sobre medicina tradicional es la de Zolla (2004) citado en Pérez (2011).

(...) sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas, pero que, como toda institución social, ha variado en el curso de los siglos, influida por otras culturas médicas (española, africana, moderna), por los cambios en el perfil

epidemiológico de las poblaciones y por factores no médicos de diversa índole (económicos, ecológicos, religiosos) (...). (Pérez, 2011:11)

Esta definición se acerca más a lo investigado en trabajo de campo donde el proceso salud-enfermedad vista desde un proceso sociocultural ha cambiado con el tiempo y las prácticas de atención se ha ido modificado.

### **1.6.- Aspectos sociales y culturales en la salud materna**

En torno a la salud materna se han hecho una serie de investigaciones desde una metodología cualitativa y cuantitativa, en los estados más marginados del país, ya que en estos estados la mala atención y cuidado en el proceso reproductivo puede llevar a la mortalidad de la mujer o del hijo/a.

Para conocer más sobre el tema es importante estar al tanto de investigaciones que se han realizado en torno a la salud materna y el comportamiento en el proceso reproductivo de mujeres indígenas, en los hallazgos presentados a continuación, se puede observar cómo el género y la etnia están entrelazados en la obstaculización del desarrollo de una maternidad saludable y pone en peligro la vida de la mujer indígena trastocando los derechos humanos de estas mujeres.

Una investigación de tipo cualitativo en torno a las trayectorias reproductivas en mujeres indígenas, es la tesis de Berrio (2013), *Entre la Normatividad Comunitaria y las Instituciones de Salud. Procesos Reproductivos y Salud Materna en Mujeres Indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Buscó comprender las prácticas de atención y cuidado del proceso reproductivo entre mujeres indígenas a través de sus historias reproductivas, lo que encontró es que en la región donde se llevó el trabajo de campo, existe desigualdad étnica y de género pues la maternidad no se vive como opción sino como imperativo social; en cuanto al comportamiento y prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio aparecen una serie de saberes tradicionales y recomendaciones los cuales tienen presencia generacional durante todo el proceso reproductivo, pero en las mujeres jóvenes tienen menor impacto ya que se atienden en

un sistema de salud institucional donde se vive un cambio en el comportamiento reproductivo.

Otra investigación de campo de tipo cualitativo en torno al proceso reproductivo y realizando entrevistas a profundidad es de Saavedra (2014), quien realizó la tesis *Red de actores del Programa Arranca Parejo en la Vida en contexto indígenas de la Región de Costa Chica del estado de Guerrero. Análisis desde la perspectiva de género y el enfoque intercultural*. La autora encontró que los usos y costumbres de la comunidad de Costa Chica en el estado de Guerrero se ven influenciados en la atención de la salud, ya que los hombres son los que deciden lo que se debe de hacer en cuanto al número de hijos que van a tener y el uso de métodos anticonceptivos. Sobre la atención del embarazo, parto y puerperio encontró que las mujeres no asisten tempranamente a servicios médicos, sino al último trimestre del embarazo. Este punto se relaciona con las demoras de atención durante la maternidad. En esta investigación se aplica la interseccionalidad<sup>1</sup> para analizar el problema de salud pública que viven las mujeres indígenas de la región de Guerrero e invita a visualizar que las desigualdades y la discriminación son problemas complejos que se componen de varios factores de forma diferente en cada grupo social.

En el artículo de Freyermuth (2009), *Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*, se presenta un estudio cuantitativo sobre la forma en que las estructuras de desigualdad socioeconómica, étnica y de género contribuyeron a la mortalidad materna en México entre 2003 y 2007. Muestra cómo las estructuras de desigualdad determinaron el acceso limitado a los servicios de salud de mujeres que fallecieron por complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio. Las inequidades institucionales se analizan a través de la muerte diferencial asociada a la seguridad social, al tipo de institución de salud en el que fueron atendidas las mujeres fallecidas, a su adscripción al programa Oportunidades y a la distribución geográfica de las instituciones de salud. Este análisis hace evidente que las mujeres indígenas están en desventaja social en cuanto a sobrevivir a complicaciones del embarazo, parto o

---

<sup>1</sup> McCall (2005), el término interseccionalidad se refiere a estudios cuyas perspectivas rechazan la separación de categorías analíticas y de identidades y consiguen hacer que el análisis abarque las varias dimensiones de la vida social, visto en: <http://www.oie-miseal.ifch.unicamp.br/es/que-es-interseccionalidad#sthash.FPHvWTZ8.dpuf>

puerperio, y hace hincapié en la presencia de desigualdades de género y edad en el entorno social de estas mujeres.

Es importante mencionar otros estudios relacionados con la mortalidad materna y género, ya que la muerte materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. En este sentido, las causas de muerte son variantes debido a que las experiencias de la vida reproductiva de cada mujer son diferentes, así como los aspectos biológicos. (Chávez-Courtois y cols. 2010)

Se puede mencionar el trabajo de Elú (1993), quien considera que para comprender a las mujeres es importante conocer su vida desde las relaciones de poder entre los géneros, la sexualidad y reinterpretar sus estructuras familiares. La autora hace una reconstrucción de la vida de 16 mujeres fallecidas por muerte materna a partir de relatos de personas cercanas.

También encontramos el libro de Freyermuth (2003), *Las Mujeres de Humo, Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, hace un estudio cualitativo y eligió casos de mujeres cuya muerte había ocurrido de dos a cinco años atrás, lo que permitió entrevistar a familiares y amigos que pudieron hacer una reflexión de la vida y muerte de las mujeres fallecidas; el trabajo de campo permitió reconocer la manera en que las condiciones de género, generacional y etnia, se entrelazan para posicionar a la mujer en un determinado riesgo de morir, así como también permitió reconocer cómo el contexto comunitario y familiar coloca a las mujeres en una posición particular. En el comunitario actúan relaciones genéricas, generacionales y étnicas; el familiar se construye a través de las relaciones genéricas y generacionales que se verán matizadas por cuestiones de orden económico y religioso, estos factores están vinculados en las formas de ver la vida. También identificó dos elementos que matizan las complicaciones durante la maternidad; uno es la violencia de género que pone en riesgo la salud de la mujer otra es la generación.

Las investigaciones antes presentadas me dieron un acercamiento a como las mujeres en comunidades indígenas viven su proceso reproductivo.

## CAPÍTULO II

### Programa Nacional en Atención a la Salud Materna

Es importante conocer el programa de salud materna que se llevó a cabo en este sexenio ya que la salud es un derecho constitucional que todos tenemos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la principal norma que protege la salud de las personas en sus artículos primero y cuarto. El artículo primero, habla de la igualdad en derechos fundamentales en su primer párrafo donde se menciona: En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la constitución establece. El artículo cuarto, habla del Derecho a la salud párrafo cuarto donde dice que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En la ley General de Salud, establece la forma de organización y atribuciones de los servicios de salud, pero fundamentalmente, especifica la forma en que todas las personas deben de ser tratadas, para solucionar cualquier problema de salud, independientemente de la edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular. La atención médica es un servicio que se proporciona al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud; esta ley se debe de cumplir, así como también las normas desprendidas de esta, para el mejoramiento en la calidad del servicio a la salud.

Por su parte la Observación General 14 especifica que la frase “alcanzar el más alto nivel posible de salud” incluye “tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado”(párrafo 9); y debe interpretarse como la exigencia de hacer posible, por todos los medios, que todos los seres humanos puedan disfrutar de salud física y mental en su máximo grado, el cual

debe permitir garantizar una vida digna y no solo los mínimos indispensables para la vida.

El Estado Mexicano está instrumentando acciones para mejorar la Salud Materna de las mexicanas. El PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, es uno de los programas más importantes en el tema cuyo objetivo es contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de las Metas del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000.

El Programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. Coordina y articula las acciones que permitan a los Servicios de Salud del país brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información y atención en:

- Atención pregestacional, prenatal integral , efectiva, oportuna y programada, a toda mujer en edad fértil
- Acceso y atención prenatal de calidad
- Atención del parto y puerperio seguro y respetuoso
- Atención integral del neonato
- Atención Preventiva Integrada a la Salud Materna y Perinatal en la Atención Primaria
- Aborto seguro

Las mujeres en edad reproductiva están en un periodo de su vida en el que el acceso a la atención a la salud materna se vuelve altamente relevante. Ninguna situación previa vincula a las mujeres con el sistema de atención a la salud de una forma más sostenida como el embarazo, (Juárez, 2010; 17). Es evidente que la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de los servicios de salud son un factor importante en la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios que necesitan para una salud materna. Pero el Estado no ha sabido focalizar los programas implementados hacia las distintas comunidades indígenas, se alejan de sus verdaderas necesidades y se va perdiendo el respeto de las prácticas tradicionales de salud en las instituciones. El modelo de atención si bien resuelven parcialmente algunos problemas de salud, excluye otras

prácticas de atención alternativa que forman parte de la identidad cultural de la comunidad.

Es por ello importante buscar dar respuesta a las problemáticas del proceso salud-enfermedad-atención en caminados a hacia la salud materna, a través de la profesionalización de un campo teórico y práctico que va más allá de la prevención. Buscando que los individuos y comunidades tengan un mayor control de su salud; y la toma de decisiones de cómo mantener su salud a partir de los recursos con los que cuentan.

Así generando programas para el mejoramiento de salud materna que se alejen del paradigma biomédico, dando importancia a las prácticas alternativas donde se distingan las diferentes prácticas de atención a la salud y se respeten para mejorar la salud de las personas, tomando en cuenta el entorno sociocultural donde se desarrollan.

## CAPÍTULO III

### Panorama de la Región: Cuetzalan, Puebla

Es importante este apartado para contextualizar la comunidad donde se hizo el trabajo de campo para así entender la forma de actuar de cada uno sus miembros.

De acuerdo al Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal de la Secretaría de Gobernación (INAFED), el municipio de Cuetzalan del Progreso es uno de los 65 municipios que conforman la Sierra Norte de Puebla. Sus coordenadas geográficas son los paralelos 19° 57'00" y 20° 05'18" de latitud norte y los meridianos 97° 24'36" y 97° 34'54" de longitud occidental.

Limita al norte con Jonotla y Tenampulco, al este con Ayotoxco de Guerrero y Tlatlauquitepec, al sur con Zacapoaxtla y oeste con Zoquiapan (Ver Figura N°1). Ocupa una extensión territorial de 135.22 km<sup>2</sup>, misma que representa el 0.40% de la superficie del Estado.

**Figura N° 1. Delimitación del municipio de Cuetzalan del Progreso**



Fuente: INEGI (2009), Imagen tomada de Prontuario de información geográfica municipal Cuetzalan del Progreso, Puebla

Cuetzalan del Progreso se encuentra dividido por ocho Juntas Auxiliares y una cabecera municipal (Ver Tabla N°4). Las cuales cuentan con su propia forma de organización comunitaria que incluye a las autoridades civiles y religiosas; Cuetzalan es la cabecera municipal donde se concentra el poder político y económico de todo el municipio, es donde vive la mayor parte de la población mestiza. (Castillo, 2007:32)

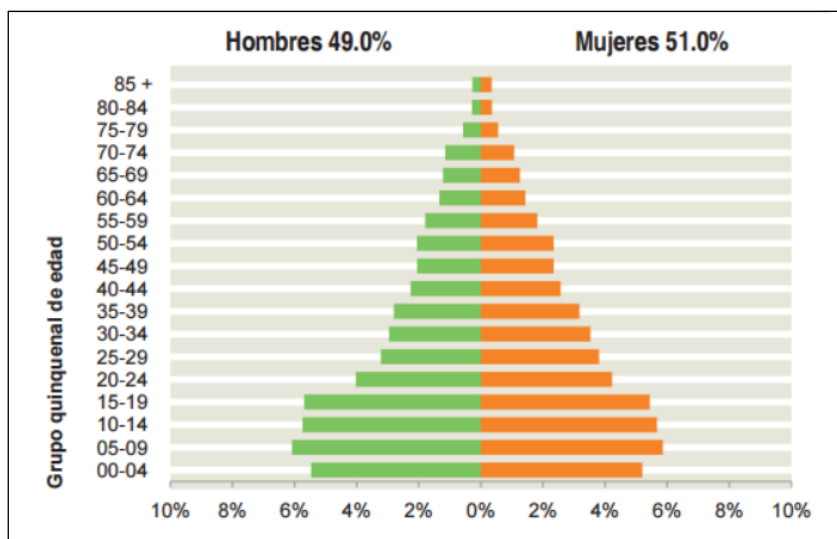
**Tabla N°4. Principales localidades de Cuetzalan del Progreso**

Nombre	
Ciudad de Cuetzalan	Cabecera municipal
Cuauhtamazaco	
San Andrés Tzicuilan	Junta Auxiliar
San Miguel Tzinacapan	Junta Auxiliar
Xiloxochico de Rafael Ávila Camacho	Junta Auxiliar
Xocoyolo	Junta Auxiliar
Santiago Yancuitlalpan	Junta Auxiliar
Yohualichan	Junta Auxiliar
Zacatipan	Junta Auxiliar
Tepetitán Reyeshogpan de Hidalgo	Junta Auxiliar

Fuente: Elaboración propia a partir de  
<http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=zap&ent=21&mun=043>

La población total de Cuetzalan de acuerdo al INEGI en el 2010, era de 47 433 habitantes, el 0.8% de la población de la entidad, de los cuales 23 240 (49.0%) hombres y 24 193 (51.0%) mujeres (Ver Gráfica N°1); en su mayoría la población es indígena con un 70%, formando así un municipio pluriétnico.

**Gráfica N°1. Pirámide poblacional de Cuetzalan del Progreso 2010**



Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010, "Panorama sociodemográfico de Puebla. Tomo I. 2011", Marzo 2016.

El municipio cuenta en total con 161 localidades; las localidades con mayor población hasta el 2010 es la Ciudad de Cuetzalan, Tzinacapan (comunidad donde se llevó a cabo el trabajo de campo) y Tepetitán Reyeshogpan de Hidalgo (Ver Tabla N° 5).

**Tabla N° 5. Localidades con mayor Población de Cuetzalan del Progreso, 2010.**

<b>Densidad de población (hab./km)</b>	<b>261.1</b>
Total de localidades	161
Ciudad de Cuetzalan	5 957
Tzinacapan	2 939
Tepetitán Reyeshogpan de Hidalgo	1 309

Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010, "Panorama sociodemográfico de Puebla. Tomo I. 2011", Marzo 2016.

Cuetzalan del Progreso se localiza en la transición de los climas templados de la sierra norte a los cálidos del declive del golfo; presenta un sólo clima semicálido subhúmedo con lluvias todo el año (INAFED). En ocasiones las lluvias son tan intensas que se presentan problemas de derrumbe en los caminos, caída de árboles y por tanto la salida

y entrada a las comunidades es imposible. Las personas que habitan el municipio y sus alrededores han buscado estrategias para sus actividades de la vida diaria, por ejemplo en la Imagen N° 1, se puede observar cómo las personas con hules de nilón siguen vendiendo a pesar de la lluvia.

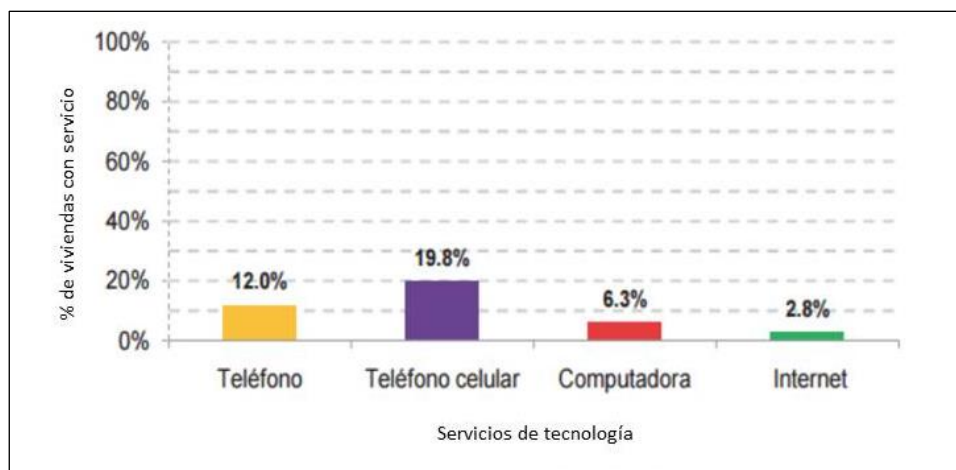
**Imagen N° 1. Clima de Cuetzalan del Progreso**



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

Los medios de comunicación son una herramienta importante, ya que nos permite comprender de qué manera influyen en la transformación de las relaciones sociales. En el municipio de Cuetzalan sólo el 12% de las viviendas cuentan con teléfono; el 19.8% de viviendas tienen teléfono celular; el 6.3% tiene computadora y el 2.8% internet, esto quiere decir que de 100 viviendas tres cuentan con internet (Ver Gráfica N°2). El uso de estas tecnologías crea nuevas formas de relaciones sociales, esto se puede observar entre generaciones ya que en los jóvenes el uso del internet los acerca a las nuevas redes sociales y se van creando formas de comunicación que antes no existían; el uso de teléfono celular es mayor que la telefonía fija en el hogar como se observa en la gráfica.

## Gráfica N° 2. Tecnologías de Información y Comunicación en Cuetzalan del Progreso, 2010



Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010, "Panorama sociodemográfico de Puebla. Tomo I. 2011", Marzo 2016.

Existen diferentes tipos de actividades económicas entre las que destaca la producción de café cereza y el maíz de grano (Ver Tabla N°6). Durante el trabajo de campo se encontró que en la cabecera municipal hay dos de los acopios de café y establecimientos fijos de venta de café de grano.

**Tabla N°6. Producción Agrícola de Cuetzalan del Progreso, 2010**

	Superficie sembrada (Ha)	Superficie cosechada (Ha)
Naranja /valencia	110 00	84.00
Pimienta/verde	15.00	15.00
Tomate rojo (jitomate)/ invernadero	0.10	0.10
Café cereza	4 489.35	4 219.35
Café cereza/ Orgánico	310.65	310.65
Maíz grano/Blanco	3 900.00	3 900.00
Mamey	13.00	13.00

Fuente: SEDESOL (2010), Unidad de Microrregiones Cédulas de información Municipal (SCIM), Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/Economia.aspx?entra=nacion&ent=21&mun=043>

Otras actividades económicas en la cabecera municipal son negocios de giro familiar y de servicios básicos como: tiendas de abarrotes, recauderías, electrodomésticos, renta de computadoras, panaderías, farmacias, negocios de vestido y calzado; hay otras actividades económicas de tipo turístico como hoteles, cabañas, restaurantes, discotecas, cafeterías, cocinas económicas, lavanderías, visitas guiadas (las visitas guiadas en su mayoría las dirigen jóvenes de las comunidades de alrededor), venta de artesanías (las artesanías son realizadas por mujeres y hombres de las comunidades indígenas que conforman el municipio de Cuetzalan). Además de que en los días jueves y domingos hay plaza en el palacio municipal donde venden verdura, comida, café, utensilios de cocina, ropa, zapatos, artesanías (las artesanías son blusas, vestidos, rebosos, collares hechos de semillas, bolsas, etcétera, que son fabricados por mujeres y hombres de las comunidades) en estas plazas las personas de las comunidades aledañas compran su despensa para la semana.

El Mercado de Artesanías es otro medio de ingreso económico para las y los artesanos de Cuetzalan, se encuentra en el centro de la cabecera municipal enfrente la casa de cultura. Este mercado cuenta con locales de artesanías, los artesanos son provenientes de las comunidades indígenas que conforman el municipio (Ver Imagen N° 3)

**Imagen N° 2. Mercado de Artesanías de Cuetzalan**



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

**Imagen N° 3. Artesana del Mercado de Artesanías de Cuetzalan**



Fuente: Macrina Fuentes en el Mercado de Artesanías, septiembre de 2016

### **3.1. Breve historia**

El municipio de Cuetzalan se ha transformado de ser un pequeño pueblo hasta convertirse en ciudad y en el 2002 obtuvo el nombramiento de Pueblo Mágico.

El significado de Cuetzalan en Nahuatl es “lugar donde abundan las plumas hermosas” apunta a un rasgo característico del sitio que es parte de sus danzas tradicionales cuya narrativa remite a su cosmovisión. Estas plumas que eran entregadas al pueblo azteca como tributo desde los tiempos del emperador Axayácatl 1475 forman parte de las danzas tradicionales como la de los Quetzales, en la que danzantes utilizan unos penachos multicolores elaborados a

base de caña, entrelazada con listones multicolores y plumas. (Cabrera, 2015: 134)

#### Imagen N° 4. Traje de Danza Tradicional



Fuente: Imagen tomada en casa de la cultura, septiembre 2016

#### Imagen N°5. Voladores de Cuetzalan



Fuente: Voladores de Cuetzalan, imagen tomada en trabajo de campo, septiembre 2016

Como lo menciona Manzano (2004), “El municipio de Cuetzalan del Progreso, es uno de los municipios del Estado de Puebla que se caracteriza por que ha presentado un desarrollo urbano y social a partir del año 1921 que obtuvo el grado de municipio, fue un pilar importante para que las personas que estaban bajo el mando procuraran darle un carácter urbanizado, así en el año de 1968 obtuvo el rango de ciudad” (Manzano, 2004:24). Este municipio ha luchado por adquirir un desarrollo y un carácter urbano; pero esta meta de urbanización ha traído diversas luchas entre indígenas y mestizos. Por ejemplo podemos mencionar la “Ley de Adjudicación de terrenos de 1905”<sup>2</sup> para poder entender mejor esta ley es necesario hacer una comparación de antes y después de la promulgación de dicha ley.

- Antes las personas indígenas podían ocupar pequeñas partes de diferentes terrenos para sembrar, el uso de estas partes de terreno era sin pagar renta alguna, después se levantaba la cosecha se abandonaba el terreno y se pasaba a uno nuevo.
- Después de la ley se comienza a promulgar las bases para la formación de Cuetzalan:
- Se formaran calles en dicho terreno y se repartirá en lotes de un cuartillo de sembradura de maíz a cada familia integrante que pase a vecinarse a Cuetzalan
- Para adquirir el dominio de propiedad los inmigrantes adjudicaran la fracción que les señale el P. Ayuntamiento de esta villa la cual será sin gravamen alguno, respetándose en todo caso las adjudicaciones hechas hasta hoy, en esas compresiones y conforme a la ley de la materia
- La edificación de casas tendrá por tejado, tejamanil o teja, y la adjudicación quedará conformada a favor de la familia inmigrante que cumpla el compromiso de edificación
- Prohibir el uso de yerba de anayo para tejado de las casas (...) el aprovechamiento del árbol queda extinguida la propiedad nominal de esos árboles han tenido hasta aquí entre indígenas y gente de razón

---

<sup>2</sup> Ley que hace referencia a la posesión de los terrenos, las indígenas quedaban sujetos a siembras fijas a un lugar determinado. Citado en Manzano (2004)

Estos puntos nos permiten reflexionar que desde principios de la formación del municipio de Cuetzalan se inicia un proceso de desigualdad, en donde las mejoras para la comunidad se concentran en el centro dejando de lado las comunidades de la periferia. Esto mismo menciona Castillo (2007) ya que quienes obtuvieron mayores beneficios en el desarrollo de la región fueron los mestizos, puesto que actualmente, la mayoría de ellos son quienes ocupan gran parte de los cargos públicos o son dueños de los principales comercios.

Los indígenas en cambio, además de resentir el despojo de sus tierras, han vivido una constante discriminación y un progresivo aislamiento económico, político y social (Castillo, 2007: 50). A pesar de todos los cambios que han vivido los indígenas han conservado ciertas tradiciones y costumbres propias, como es el caso de algunos actos rituales vinculados con la siembra, ceremonias religiosas y distintas danzas que realizan durante festividades (Castillo, 2007: 30). Estas tradiciones también tienen que ver con la vestimenta que utilizan mujeres y hombres que ha perdurado por años y es parte de su identidad.

De acuerdo a la INAFED, las mujeres usan falda de enredo, fajas con los extremos a los lados, un tocado con listones llamado maxtáhual enredados junto al pelo y un quechquémetl (en Cuetzalan llamado huipil) para cubrir el dorso, camisa de manta abotonada y amarrada o cruzada al frente, un pequeño cuello también de manta (Ver Imagen N° 6). El hombre viste calzón amarrado a los tobillos o debajo de la rodilla algodón de lana con escote redondo o cuadrado, mangas pequeñas que cuelgan sobre los hombros, faja de algodón blanco, adornado con un ancho y complicado macramé, y una serie de borlas de algodón blanco, sombrero tejido de palma, copa redonda y a la plana y ancha y una cinta de lana tejida, negra la anudan en la nuca y un morral de ixtle (Ver Imagen N° 7).

**Imagen N° 6. Traje tradicional de mujeres de Cuetzalan**



Fuente: Imagen tomada en casa de la cultura, septiembre 2016

**Imagen N° 7. Traje tradicional de Cuetzalan**



Fuente: Imagen tomada de [http://cuetzalanpueblomagico.mex.tl/frameset.php?url=/978705\\_Indumentaria.html](http://cuetzalanpueblomagico.mex.tl/frameset.php?url=/978705_Indumentaria.html), Pueblo mágico

### 3.2.- Aspectos administrativos y políticos

La organización del municipio de Cuetzalan está conformada según lo marca el capítulo V de la Ley organizada municipal, sección número I de la elección e integración de los ayuntamientos.

Artículo 46, *“Los ayuntamientos estarán integrados por un Presidente municipal, Regidores y Sindico, que por elección popular directa sean designados de acuerdo a la planilla que haya obtenido el mayor número de votos”*

De esta manera se cumple y se cubren los cargos que se establecen en el artículo 46. En el caso del municipio de Cuetzalan del Progreso el total de los regidores es de ocho, ya que según la misma ley menciona que el municipio que tenga setenta mil o más habitantes podrá tener ocho regidores. Según la INAFED, la caracterización del ayuntamiento es:

- Presidente municipal
- 1 sindico
- 6 regidores de mayoría relativa
- 2 regidores de representación proporcional
- Comisiones:
  1. Hacienda
  2. Gobernación, policía y tránsito
  3. Industria y comercio
  4. Obras públicas
  5. Salubridad y asistencia
  6. Educación y actividades culturales
  7. Ecología
  8. Agricultura y ganadería

La organización de las comunidades indígenas cuenta con un sistema de cargos que se va obteniendo por reconocimiento y prestigio dentro de la comunidad. Cabe mencionar

que en este tipo de organización los cargos desempeñados son sin ninguna paga económica a pesar que las juntas auxiliares son reconocidas en la Ley organizada municipal, el Juez de paz es de las Autoridades judiciales ubicadas en regiones con población indígena, este cargo ha sido ocupado por habitantes de la misma comunidad, lo que ha provocado su inclusión dentro de prácticas culturales locales, como el sistema de cargo, el cual conforma el sistema de autoridades tradicionales. (Terven, 2009)

### 3.3.- Servicios de salud

En el 2011 el municipio de Cuetzalan del Progreso, contaba con 17 unidades de consulta externa, una unidad de hospitalización (Ver Tabla N° 7); el municipio cuenta con cinco unidades médicas del IMSS-Oportunidades, una unidad del ISSSTE y 11 unidades de la Secretaria del Estado (Ver Tabla N° 8).

**Tabla N° 7. Unidades de Salud de Cuetzalan**

Tipo	N° de Unidades
Consulta externa	17
Hospitalización	1
Establecimiento de apoyo	0
Establecimiento de Asistencia social	0

Fuente: SEDESOL (2010), Unidad de Microrregiones Cédulas de información Municipal (SCIM), Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/salud.aspx?entra=zap&ent=21&mun=043>

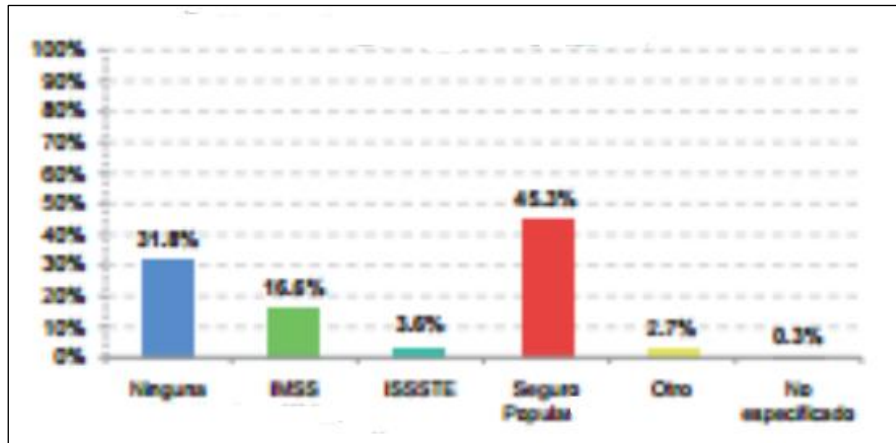
**Tabla N° 8. Tipo de Unidades Médicas de Salud**

Tipo	N° de Unidades
Unidades médicas del IMSS-Oportunidades	5
Unidades médicas del ISSSTE	1
Unidades médicas de la Secretaria de Salud del Estado	11

Fuente: INEGI, México en cifras: Cuetzalan del Progreso en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=>

De acuerdo al INEGI hasta el 2011 la población derechohabiente era de 67.9%, es decir, de cada 100 personas 68 tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada, y de cada 100 personas 17 tienen derecho a servicios médicos del IMSS (Ver Gráfica N°3).

**Gráfica N° 3. Distribución de la Población derechohabiente en Cuetzalan del Progreso 2011.**



Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010, "Panorama sociodemográfico de Puebla. Tomo I. 2011", pag.135, Recuperado de <http://www.reduitmanesco.info/puebla-municipios.pdf>, Agosto 2016.

En el municipio de Cuetzalan del Progreso en 2011, la población derechohabiente a instituciones públicas de seguro social es de 4 177 y la población usuaria de

instituciones públicas de seguridad y asistencia social es de 30 093, esto de acuerdo al INEGI. De acuerdo al personal médico con el que contaba el municipio en el 2011, es de cinco personal del IMSS-Oportunidades, 51 personal de la Secretaria de Salud del Estado y un personal de otras instituciones (Ver Tabla N° 9).

**Tabla N° 9. Personal Médico en el Municipio en el 2011**

Tipo de Personal	N° de Personal
Personal médico en el IMSS	0
Personal médico en el ISSSTE	1
Personal médico en PEMEX, SEDENA y/o SEMAR	0
Personal médico en el IMSS-Oportunidades	5
Personal médico en otras instituciones	1
Personal médico en la Secretaria de Salud del Estado	51

Fuente: INEGI, México en cifras: Cuetzalan del Progreso en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=>

### 3.3.1. Unidad médica de Cuetzalan del Progreso

Durante el trabajo de campo se pudo visitar el Hospital General de Cuetzalan el cual se abrió en el 2011, la unidad de salud de este municipio ha tenido una serie de cambios desde su creación por cual es importante mencionar brevemente cual ha sido su evolución donde se atendieron las informantes. La evolución consiste en seis etapas.

El primer hospital era Hospital Rural de 1958-1978; el segundo de 1978-1989 era Hospital de Campo del Instituto Nacional Indigenista (INI); en el tercer cambio dio como resultado el Hospital Mixto del INI de 1990- 2000, se hizo un programa regional de salud donde el “INI propicio la creación de una organización de médicos tradicionales como huesero/as, curandero/as y parteras de la zona a través de su programa de apoyo a la medicina tradicional dando como resultado la formación de una organización de cerca de 120 terapeutas y la creación de su centro de medicina tradicional “Masehualpajtí” en

1991” (Duarte, 2004: 393); después de 10 años surgió otro cambio que fue la entrega a la secretaria estatal de salud a su nueva denominación a Hospital Integral del 2000-2002 la coordinación nacional de atención a la población vulnerable fue quien gestionó el traslado, lo cual no resulto ya que no se tomó en cuenta el contexto cultural de la región y se vino abajo lo que había trabajado el INI (Duarte, 2004: 394); a medida que decaía el hospital el gobierno de Puebla gestionaba un nuevo centro de medicina tradicional, era el proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional de 2003-2011 el cual buscaría el aumento de personal biomédico y su sensibilización y capacitación para el trabajo intercultural (Duarte, 2004: 395). La unidad se encontraba en calle Miguel Alvarado s/n C.P. 73560, Cuetzalan del Progreso, Puebla, donde ahora se encuentra la radio XECTZ la voz de la sierra norte.

**Imagen N°8. Hospital Integral de Cuetzalan**



Fuente: Imagen tomada de <https://www.google.com.mx/maps/@20.0206381,-97.5272838,3a,75y,216.07h,80.74t/data=!3m6!1e1!3m4!1syaFPoKMIfE-IRhVMuuRBCQ!2e0!7i13312!8i6656>

En junio del 2011 las autoridades de protección civil estatal y municipal de Cuetzalan ordenaron la inhabilitación del Hospital Integral por un derrumbe de este, el personal de salud tuvo que laborar de manera temporal en la casa de cultura, en el mes de septiembre se puso en marcha el Hospital General de Cuetzalan que se encuentra en la carretera Cuetzalan – Zacapoaxtla, Barrio Pahapatapan. Los servicios que tiene la unidad son urgencias, farmacia, hospitalización, toma de muestras, consulta general, especialidades de ginecología, pediatría, trauma y ortopedia, cuenta con 30 camas y 12 consultorios, los municipios a los que atiende la unidad son Cuetzalan, Zoquiapan, Nauzontla, Jonotla, Tuzamapan de Galeana, Ayotoxco (SS. Pue.). También se encuentra el Módulo de Medicina Tradicional hay consultorios que ocupan las mujeres parteras para atender a las usuarias.

**Imagen N°9. Hospital General de Cuetzalan**



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

### Imagen N°10. Módulo de Medicina Tradicional de Cuetzalan



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

En la cabecera municipal de Cuetzalan del Progreso, existe una Unidad de Medicina Familiar IMSS, durante el trabajo de campo se pudo observar que esta unidad se localiza a un costado de la iglesia Los Jarritos (Imagen N° 11), la unidad opera bajo el régimen Prospera la cual cuenta con un médico familiar, una enfermera, dos consultorios y una farmacia (Imagen N° 12). Esta unidad atiende a sus usuarios en un horario de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a sábado.

### Imagen N°11. Iglesia los jarritos



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

### Imagen N°12. Unidad de Medicina Familiar IMSS



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

### 3.3.2. Unidad médica de San Miguel Tzinacapan

San Miguel Tzinacapan localidad perteneciente al municipio de Cuetzalan del Progreso, es la Junta auxiliar donde se llevó acabo el trabajo de campo, se pudo observar que cuenta con un Centro de Salud que se encuentra a la orilla del poblado en calle Conocido N/A, Tzinacapan, Coapech, 73560 Cuetzalan del Progreso, Pue. El centro de salud tiene tres consultorios, una farmacia, un depósito de residuos tóxicos, un consultorio de urgencias; la unidad opera bajo el régimen prospera la cual cuenta con un médico familiar y una enfermera de lunes a viernes y el sábado hay dos médicos (Imagen N° 13)

### Imagen N° 13. Centro de Salud de San Miguel Tzinacapan



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre de 2016

### 3.3.3.- Mortalidad

Las defunciones generales registradas hasta el 2014 en el municipio de acuerdo a INEGI, son 308 de las cuales 175 ocurrieron a hombres, 133 mujeres, 28 menores de un año. 16 menores de un año hombres y 12 menores de un año mujeres. En 2010 se registraron casos por principales causas de defunción, según el grupo de edad en el municipio de residencia, en la Tabla N° 10 se puede observar que en los grupos donde se concentra el mayor número de defunciones es en los grupos de 20 a 64 y 65 y más.

**Tabla N° 10. Casos Registrados por Principales Causas de Defunción en 2010**

	N° de casos	Grupos de edad			
		0 a 9	10 a 19	20 a 64	65 y más
Causas externas de mortalidad	13	7.69	23.08	46.15	23.08
Diabetes	24			29.17	70.83
Enfermedades del sistema genitourinario	8			37.50	62.50
Enfermedades hipertensivas	18			16.67	83.33
Enfermedades infecciosas y parasitarias	8	12.50		12.50	75.00
Tumores	29	10.34	6.90	41.38	41.38

Fuente: SEDESOL (2010), Unidad de Microrregiones Cédulas de información Municipal (SCIM), Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/salud.aspx?entra=zap&ent=21&mun=043>

## CAPÍTULO IV

### ABORDAJE METODOLÓGICO

#### 4.1.- Planteamiento del problema

Desde la Promoción de la Salud es posible reflexionar los diversos factores socioculturales que intervienen en el proceso reproductivo, ya que este campo estudia entre otras cosas los aspectos sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención. Es importante trabajar desde este campo ya que muchos enfoques de la salud materna están centrados en la medicina hegemónica poniendo poca atención al trabajo en salud materna en las comunidades indígenas. Las prácticas tradicionales de atención a la salud indígena se les han restado importancia por las instituciones de salud. El propio Estado no reconoce la importancia de las mismas y lo que ha hecho es llevar a cabo un cambio en el sistema de salud de la comunidad sin considerar el contexto social y cultural.

Desde estos factores es importante conocer las experiencias de mujeres indígenas que han vivido el proceso reproductivo, para comparar los tipos de atención y cuidados que se tuvieron durante el embarazo, parto y puerperio en dos generaciones de dos familias, en una Junta Auxiliar del Municipio de Cuetzalan del Progreso Puebla: San Miguel Tzinacapan. Lo anterior exhibe cómo interviene el conocimiento y prácticas de cuidado del embarazo y parto en la zona de origen y de la comunidad.

La familia, pareja, comunidad, contexto social y económico de las mujeres son factores que influyen en la decisión de los tipos de atención y cuidados que tienen que elegir durante el proceso reproductivo. Es importante poner énfasis en el contexto cultural y época histórica con el propósito de reflexionar sobre las interpretaciones que las mujeres le van dando a “su” proceso reproductivo, y con ello comparar según la generación.

## **4.2.- Preguntas de investigación**

¿Cuáles son los factores socioculturales que contribuyeron a que las mujeres indígenas de Cuetzalan del Progreso Puebla, de dos generaciones en dos familias decidan el tipo de atención para su cuidado en el embarazo, parto y puerperio?

¿Qué percepciones tienen las mujeres indígenas de Cuetzalan del Progreso, Puebla de dos generaciones en dos familias sobre el tipo de atención recibida durante el proceso reproductivo: embarazo, parto y puerperio?

¿Cómo la promoción de la salud podría contribuir a promover la salud materna de las mujeres indígenas de Cuetzalan del Progreso, Puebla?

## **4.3.- Objetivo general.**

Identificar los factores socioculturales que determinaron la decisión de las mujeres indígenas de dos generaciones de dos familias, respecto a los tipos de atención al cual acudieron durante el proceso de embarazo, parto y puerperio; lo anterior en una Junta Auxiliar de Cuetzalan del Progreso Puebla: San Miguel Tzinacapan.

### **4.3.1.- Objetivos específicos**

Conocer factores socioculturales que contribuyeron en la toma de decisiones para acudir a algún tipo de atención en el proceso de embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de género y el enfoque intercultural

Conocer las experiencias respecto a los tipos de atención a los cuales acudieron las mujeres indígenas durante su proceso reproductivo: embarazo, parto y puerperio

Identificar algunos indicios desde el campo de la promoción de la salud para contribuir en la salud materna

#### **4.4.- Población**

Para llevar a cabo la investigación se hizo un acercamiento con las mujeres pertenecientes a dos familias de la comunidad de San Miguel Tzinacapan, Cuetzalan Puebla: la familia García Diego y la familia Álvarez Contreras, en ambas familias las informantes clave son mujeres que cuentan con las siguientes características:

- Mujeres adultas madres que ya han concluido su proceso reproductivo
- Mujeres jóvenes hijas que ya han comenzado y continúan con su proceso reproductivo

Para esta investigación se tuvo la oportunidad de entrevistar a la señora Francisca quien se interesó en la investigación, ella es partera perteneciente a la comunidad de Chicueyaco Xiloxochico, Cuetzalan, la señora fue una informante importante para entender el cuidado que tuvieron las mujeres que se atendieron en su proceso reproductivo con parteras.

#### **4.5.- Técnicas de investigación**

En el presente apartado se explica el método, las técnicas e instrumento que se utilizó para la obtención de información y la manera en la que ésta fue recopilada. Esta investigación se trabajó desde la metodología cualitativa, fue importante tomar en cuenta los relatos personales de las mujeres de San Miguel Tzinacapan, sobre su experiencia en la atención y cuidado en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

El trabajo de campo se realizó durante el mes de septiembre del 2016. La posibilidad de acceder a la comunidad fue gracias a que en el lugar se han realizado investigaciones académicas dirigidas por la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois<sup>3</sup>, lo cual me dio la apertura de establecerme en el lugar de estancia y tener mi primer contacto con personas pertenecientes a Cuetzalan, la señora Julia fue quien me ayudó dándome información sobre las rutas para una mejor movilización, los medios de transporte que podía utilizar y situar espacios como el Hospital, centros de salud, iglesias y centros de ayuda para la

---

<sup>3</sup> Investigadora en Ciencias Médicas - Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias del Instituto Nacional de Perinatología

mujer, lo cual facilitó el trabajo de campo. Otro contacto que pude tener gracias a la Doctora fue conocer a la señora Gema, este contacto hizo que no me sintiera sola en el lugar de trabajo y si tenía algún problema durante mi estancia podía contar con su ayuda además fue quien me presentó a la señora Francisca ella tiene su comercio en el mercado de artesanías.

Se tuvo un acercamiento con la Casa de la Mujer Indígena “Maseualsiuakali” (CAMI)<sup>4</sup>, con la intención de contactar a las informantes; fue en este lugar donde se contactó a la señora María Juana presidenta de CAMI quien accedió que se le entrevistara en su hogar al igual que a su hija Josefina, esto después de que se estableció confianza y una comunicación mayor; el establecimiento de la relación de confianza se dio porque me interesó el trabajo que se hace en CAMI para ello hice cuatro visitas al lugar, posteriormente acudí a su domicilio para poder comenzar a utilizar las técnicas cualitativas que me ayudaron en la investigación. Fue la señora María Juana quien me presentó a su comadre la señora María Esperanza para poder entrevistarla al igual que a su hija Micaela, fue aquí cuando se utilizó la técnica de la “bola de nieve”<sup>5</sup>.

#### **4.5.1.- Recolección de datos**

Una de las técnicas cualitativas que se utilizaron para la recolección de datos fueron las notas de campo, las cuales son empleadas durante la observación “la cual depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas. Se deben tener notas después de cada observación y también de contactos más ocasionales con los informantes, como encuentros casuales” (Taylor y Bogdan, 1987:74)

Cada día al regresar al lugar de estancia durante el trabajo de campo procuraba desarrollar de manera amplia y detallada una descripción acerca de las personas,

---

<sup>4</sup> Casa de la Mujer Indígena “Maseualsiuakali” (CAMI), Organización que otorga apoyo integral a las mujeres de la región, el apoyo integral que se les brinda incluye: apoyo emocional, apoyo en materia de salud, apoyo legal así como las mujeres que integran CAMI proporcionan apoyo ante la gestión de trámites ante las instituciones; canalizan a las mujeres de acuerdo a la situación en la que se encuentran para escoger el tipo de atención que se les brindara en grupos de reflexión, talleres con nivel de empoderamiento y talleres comunitarios. La casa de la mujer es coordinado por mujeres indígenas de la región, son mujeres bilingües hablan español y náhuatl, también se cuenta con el apoyo de profesionistas como abogadas, psicólogas u otra profesión. CAMI pertenece al proyecto nacional de: Casas de Mujeres Indígenas, coordinado y financiado por la Comisión para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI) y Secretaría de Salud (SSA).

<sup>5</sup> La técnica de la “bola de nieve” consiste en conocer a algunos informantes que nos acercaran a posibles informantes y estos a otros, esto a través de las redes sociales naturales

lugares y acontecimientos ocurridos durante el día. Al final del día comenzaba a recordar y escribir todo lo que tenía que ver con temas relacionados a mi investigación por ejemplo: nombre de las mujeres que iba conociendo, reflexionar sobre su comportamiento y lo escribía, de esa forma los datos se aguardaban en mis notas de campo y finalmente todo me sirvió para el análisis.

#### **4.5.2.- Entrevista semi-estructurada**

“Las entrevistas semi-estructuradas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (Hernández, 2003:597). Para la realización de las entrevistas semiestructuradas, se elaboró una guía de entrevista que fue dirigida a las cuatro mujeres indígenas de dos generaciones de dos familias, respecto a los tipos de atención al cual acudieron durante el proceso de embarazo, parto y puerperio; y una entrevista adicional a una partera de la comunidad quien se interesó en la investigación (Anexo. N°1).

Taylor y Bogdan (1987), definen la entrevista como “Reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987:101). Para poder elaborar las entrevistas ya había logrado establecer rapport<sup>6</sup> con los informantes, ya me encontraba integrada dentro de las familias de cada una de las informantes, la comunicación y la confianza era mayor, la invitación a sus hogares se presentó; por ello comencé a utilizar esta técnica cualitativa, siendo que la confianza era mayor pude pedirles de manera formal me permitieran grabar cada una de las entrevistas. Las consideraciones que se tomaron fueron las siguientes:

- Llevar a cabo una reunión individual con las personas entrevistadas para explicar el propósito del estudio

---

<sup>6</sup> Comunicar la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos la acepten como sincera (Taylor y Bogdan, 1987:55)

- Garantizar el uso discreto de la información obtenida
- Explicar que se tomarían notas del diálogo y se les pidió permiso a las personas entrevistadas para que se les pudiera grabar en la entrevista.

De esta manera pude guardar y transcribir cada una de las entrevistas y de esta forma poder sustentar la investigación con citas textuales de las mujeres. El total de las entrevistas fueron cinco, ya que pude conocer a la señora Francisca quien es partera y su entrevista me ayudó a entender el tipo de cuidado y atención que tuvieron las mujeres que se atendieron con parteras, cada una de las entrevistas tuvo una duración aproximada de una hora.

#### **4.5.3.- Aspectos éticos**

##### **Carta de consentimiento informado**

Antes de iniciar cada entrevista les pedí a las informantes que firmaran la carta de consentimiento informado ya que firmando dieron la autorización que se les grabara vía audio; esto después de haber explicado la finalidad de la investigación. Las participantes tuvieron el derecho de decidir participar en el estudio o no, ya que la intención de la invitación a participar es el poder conocer más sobre sus percepciones, opiniones y experiencias que tuvieron sobre el cuidado y atención de su embarazo, parto y puerperio. En ningún momento se les juzgó por su forma de pensar o actuar.

La carta garantizó el uso discreto de la información obtenida ya que sólo se utiliza para fines académicos. (Anexo. N°2)

En las entrevistas no fue necesario ocupar seudónimo debido a que las informantes fueron voluntarias para la investigación, cuando se les explicó los fines de la entrevista no vieron necesario ocultar su identidad ya que han sabido de otras investigaciones que se han hecho en el Municipio específicamente en CAMI.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El propósito de este capítulo es hacer una descripción general de la trayectoria reproductiva de las mujeres indígenas participantes pertenecientes a San Miguel Tzinacapan Junta auxiliar de Cuetzalan del Progreso, describiendo su comportamiento reproductivo y tipo de atención en salud.

A las mujeres se les hicieron entrevistas semiestructuradas durante el trabajo de campo. A través de cada una de sus experiencias se rescatan los temas principales; tipos de atención durante el embarazo, parto y puerperio, las categorías para el análisis son la generación, el género y la interculturalidad, ya que a través de estas categorías se hará un acercamiento al comportamiento reproductivo de las mujeres de Cuetzalan. Dos de las preguntas centrales del trabajo nos permiten indagar sobre cuáles fueron los factores socioculturales que contribuyeron a que las mujeres indígenas participantes en este estudio decidieran el tipo de atención para su cuidado durante el embarazo, parto y puerperio; así como el conocimiento de su experiencia sobre el tipo de atención recibida durante el proceso reproductivo: embarazo, parto y puerperio.

La atención en el proceso reproductivo es analizada como parte de la trayectoria reproductiva de las mujeres, las cuales permiten observar la manera en que las mujeres iniciaron su vida en pareja, el número de hijos, tipo de atención en el embarazo, parto, puerperio y los factores que influenciaron en la finalización de su ciclo reproductivo ya que algunas de las informantes terminaron su proceso reproductivo siendo jóvenes.

## 5.1.- Comportamiento reproductivo

### 5.1.1.- Familia García Diego

La familia García Diego es de tipo extensa, se compone por el matrimonio de la señora María Juana Diego Sánchez y el Señor Erasmo García, en el lapso de su matrimonio de 34 años tuvieron tres hijos, Josefina es miembro de la familia quien fue entrevistada al igual que la señora María Juana.

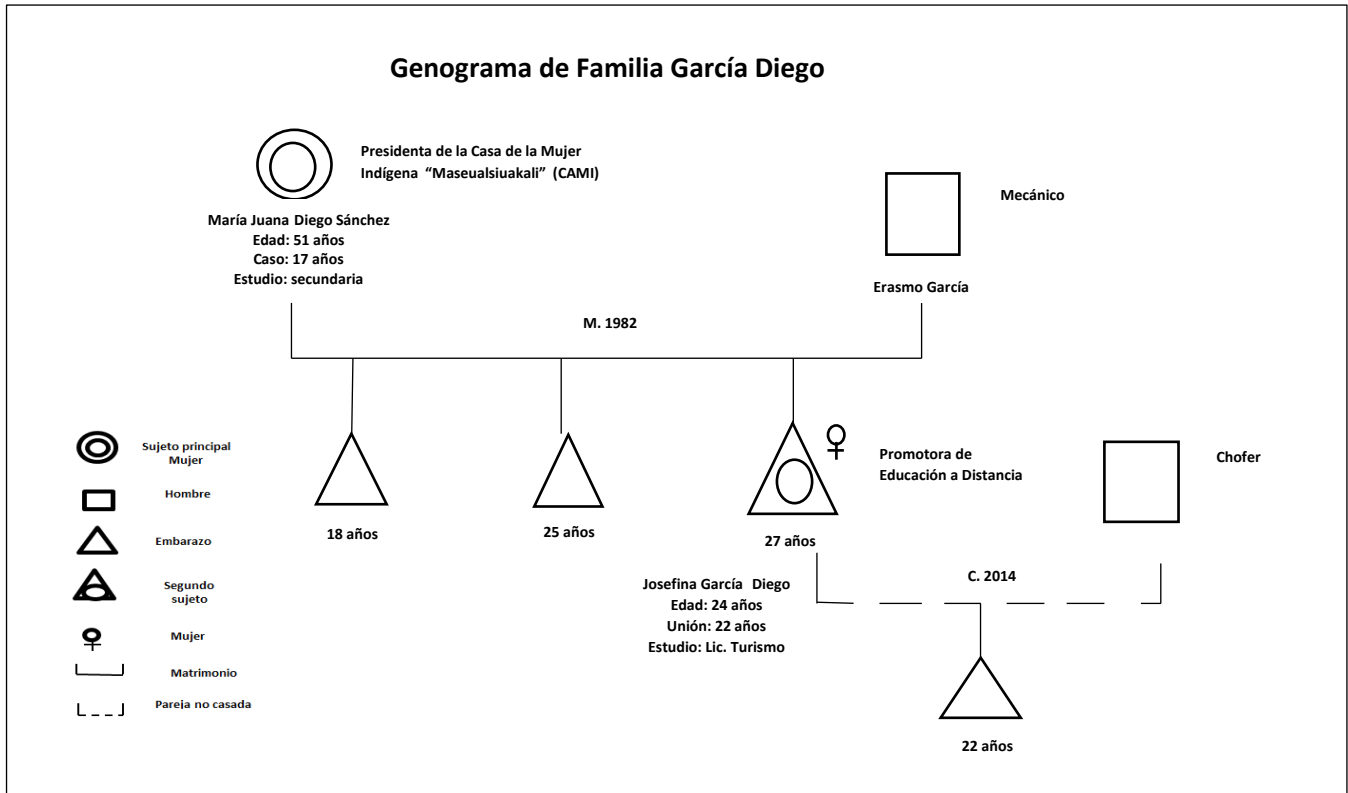
Las características sociodemográficas de la familia García Diego es que es tipo extensa, todos los habitantes del hogar laboran, la señora María Juana es presidenta de CAMI su esposo Erasmo es mecánico al igual que su hijo que también vive en la casa, Josefina es promotora de educación a distancia y su pareja es chofer de una combi, en su casa tienen una tienda de abarrotes con molino la cual atienden todos ya que se turnan para abrir el negocio. Todos los miembros de la familia son bilingües hablan castellano y náhuatl.

El domicilio cuenta con la planta baja y alta en la parte de enfrente se encuentra la tienda y el molino, hay una puerta en medio del negocio que da acceso a la casa, en las visitas que realice en el domicilio pude observar que en la planta baja se encuentra la sala, un baño, comedor y cocina, en la planta alta se encuentran las recamaras. El piso del domicilio es liso, toda la casa esta aplanada y con pintura.

**Imagen N° 14. Familia García Diego**



Foto: María Juana y su hija Josefina quien tiene en brazos es su hija Zeltzin, septiembre 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de las notas de campo

### María Juana Diego Sánchez

Empiezo el análisis con la señora María Juana ya que corresponde a mi población de estudio de mujeres adultas madres que ya han concluido su proceso reproductivo. Este grupo de mujeres me ayudaron acercarme a los comportamientos más tradicionales en materia reproductiva y de atención, así como entender, de mejor manera, cuáles son los cambios que ha habido entre las mujeres de menor edad.

La señora María Juana estudió hasta la secundaria, se casó por la iglesia católica a la edad de 17 años, un año después de su unión marital tuvo su primer embarazo; su segundo embarazo fue a los 25 años de edad y su tercer embarazo lo tuvo a los 27 años. Su último parto fue 1992 cuando era aun el Hospital Mixto del INI, la atención que recibió fue médica. Los factores que determinaron ya no tener más hijos fueron de salud

por complicaciones en su último embarazo, le tuvieron que quitar la matriz; por mutuo acuerdo entre su esposo y Doña María habían decidido tener nada más dos hijos y su último embarazo no lo esperaban.

### Imagen N° 15. María Juana Diego Sánchez



Foto: María Juana Diego Sánchez, en CAMI, septiembre 2016

Actualmente la señora María Juana tiene 51 años de edad, vive en San Miguel Tzinacapan con su esposo, su hija Josefina el esposo de ella y su hijo Carlos que vive con ellos, es presidenta de la Casa de la Mujer Indígena “Maseualsiuakali” (CAMI), trabaja en este lugar de lunes a viernes de 9:00 am – 6:00 pm muchas veces el horario de salida depende de la carga de trabajo. En este lugar la señora María y su equipo de trabajo brindan apoyo emocional, de salud y gestión de trámites ante instituciones; además canalizan a las mujeres de acuerdo a la situación en la que se encuentran para escoger el tipo de atención que se les brindará en grupos de reflexión, talleres con nivel de empoderamiento y talleres comunitarios.

### Imagen N° 16. Casa de la Mujer Indígena



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, septiembre 2016

### Imagen N° 17. Casa de la Mujer Indígena



Fuente: Imagen tomada en trabajo de campo, mujer participante de los talleres impartidos, septiembre 2016

Josefina García Diego

Josefina tiene 24 años es hija de la señora María, ella es la única mujer de los que conforman la familia, estudió la Licenciatura en Turismo en la Universidad de Puebla, donde vivió y conoció a su pareja, papá de su hija Zeltzin. Actualmente trabaja como Promotora de Educación a Distancia y vive en casa de sus padres con su pareja.

Sólo tiene una hija de dos años de edad, tuvo a su hija a la edad de 22 años, atendió su parto y puerperio en el nuevo Hospital General de Cuetzalan, se juntó con su pareja cuando se enteró que estaba embarazada, pero en los primeros meses no se dio cuenta del embarazo porque ella es irregular en su menstruación, se dio cuenta casi a los tres meses de embarazo

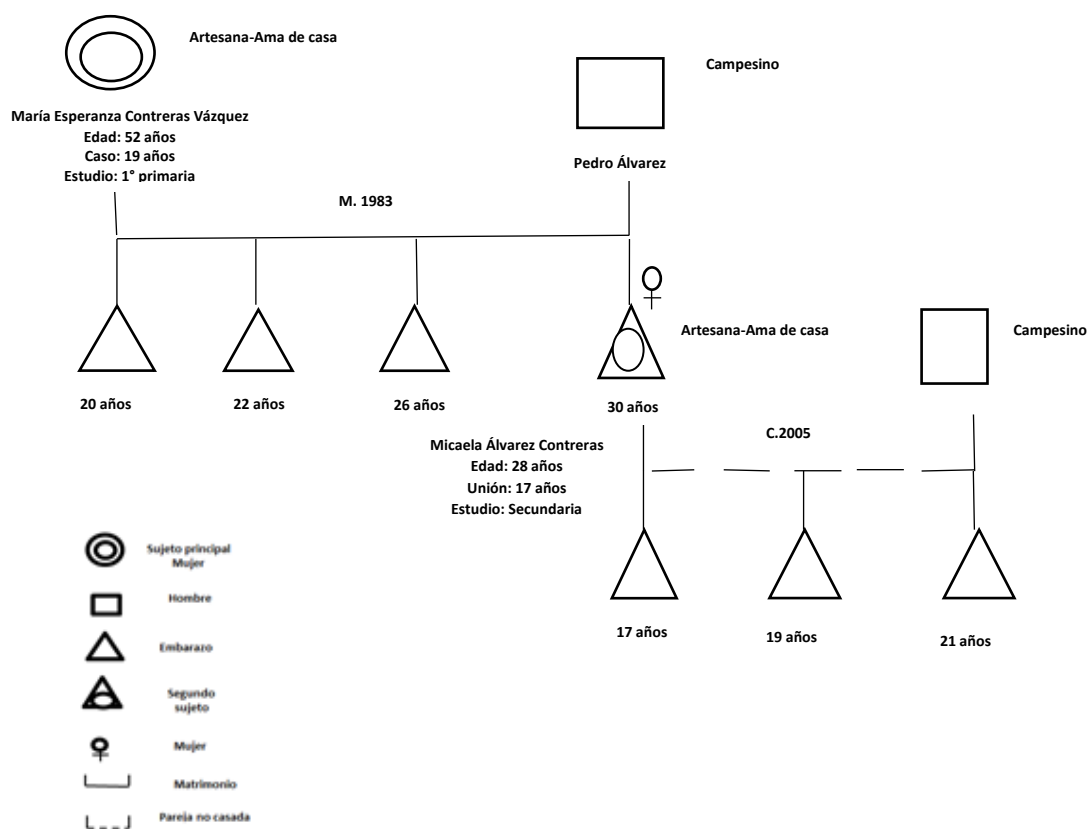
### **5.1.2.- Familia Álvarez Contreras**

La familia Álvarez Contreras es de tipo extensa, se compone por el matrimonio de la señora María Esperanza Contreras Vázquez y el Señor Pedro Álvarez, en el lapso de su matrimonio de 33 años tuvieron cuatro hijos, Micaela es miembro de la familia entrevistada al igual que la señora María Esperanza.

Las características sociodemográficas de la familia Álvarez Contreras es que solo el señor Pedro y su yerno son quienes laboran y quienes aportan ingresos a hogar, los dos son campesinos van a trabajar en tierras de patrones ya sea en el mismo municipio o en Veracruz, cuando son festividades del municipio es cuando la señora María Esperanza y su hija venden las artesanías que ellas mismas hacen en su hogar. Todos los miembros de la familia son bilingües hablan castellano y náhuatl.

Su vivienda cuenta con planta baja y alta, la construcción todavía se encuentra en obra negra, el piso es rustico, no tiene aplanado los cuartos, al entrar a la vivienda lo primero que se puede observar es un altar, la estufa y utensilios de cocina, de lado derecho esta un baño y un lavadero, en la parte izquierda hay un cuarto y la escalera queda a la planta alta la cual esta techada de láminas.

## Genograma de la Familia Álvarez Contreras



Fuente: Elaboración propia a partir de las notas de campo

## Imagen N° 18. Familia Álvarez Contreras



Foto: Micaela y su mamá la señora Esperanza, septiembre de 2016

### María Esperanza Contreras Vázquez

La señora María Esperanza se casó por la iglesia católica a la edad de 19 años, un año después de unión marital tuvo su primer embarazo; su segundo embarazo fue a los 22 años de edad; su tercer embarazo lo tuvo a los 28 años y el cuarto a los 30 años; dos de sus partos los atendió con la partera y dos en el hospital el cual fue el tercer parto en 1990 y el cuarto en 1994 cuando estaba el Hospital Mixto del INI. Los factores que determinaron ya no tener más hijos fueron por decisión propia y factores económicos, ella menciona que aunque su esposo se enojó por la decisión ya no alcanzaba el dinero para poder solventar los gastos de toda la familia.

La señora Esperanza no sabe leer ni escribir sólo estudió el primer año de primaria. Actualmente la señora Esperanza vive en San Miguel Tzinacapan con su esposo, su hija Micaela con su esposo y sus nietos, es ama de casa; aparte de sus labores domésticos

realiza artesanías con su hija Micaela para época de festividades que son los días que pueden sacar mayores ganancias.

### Micaela Álvarez Contreras

Micaela tiene 28 años es hija de la señora María Esperanza, estudió hasta la secundaria, se juntó con su pareja a la edad de 17 años, porque estaba embarazada de su primer hijo; su segundo hijo lo tuvo a la edad de 19 años y su tercer hijo a los 21 años; atendió sus partos en el hospital el primero en el 2005 por el médico cuando era el Hospital Integral con Medicina Tradicional, su segundo parto fue en 2007 se atendió con una partera del hospital y su tercer parto fue en el 2009 atendido por el médico. El factor que determinó ya no tener más hijos fue su propia decisión, ya que en la clínica de la comunidad recibió información sobre los métodos anticonceptivos que podía utilizar.

Actualmente vive en casa de sus padres con su pareja e hijos, a parte de sus labores domésticos realiza artesanías con su mamá para vender en las fiestas de Cuetzalan.

Con los datos anteriores, tuvimos un acercamiento al comportamiento reproductivo de las participantes, se pudo observar en los dos grupos elementos comunes. Los más importantes a señalar son la temprana edad de inicio de la reproducción, no hay cambios en la reducción del número total de hijos; es decir, se mantiene un rápido ejercicio de la maternidad, con periodos de dos a tres años entre las gestas y el uso de anticonceptivos permanentes o temporales se usan una vez que se alcanza el número de hijos deseados.

Asimismo se puede observar varias diferencias entre los dos grupos, ya que las mujeres mayores esperaron un año después del casamiento para empezar con la reproducción de hijos, y las más jóvenes se juntan con su pareja por estar embarazadas. Otra diferencia observada, es un significativo incremento de escolaridad entre las mujeres más jóvenes respecto a las mayores.

Otro cambio interesante fue en el tipo de uniones establecidas de tal manera que entre las jóvenes la presencia de uniones no son concretadas en matrimonios civiles y religiosos, al contrario de las mujeres de mayor edad donde existe un ritual religioso.

## 5.2.- Prácticas de atención en el embarazo

En lo que se refiere a este tema el cuidado de la salud que tuvieron las mujeres entrevistadas durante el embarazo, se concretan en recomendaciones y prácticas de atención que son impulsadas tanto desde la familia, la comunidad y desde el sistema de salud.

El embarazo así como todo el proceso reproductivo es un fenómeno bio-socio-cultural complejo que puede presentar complicaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres embarazadas. Estos riesgos difieren de acuerdo con el contexto que las rodea y según las condiciones de salud en que se hallan cuando se presentan dichas complicaciones (Collado, 2014:133). A continuación se describirá el proceso de embarazo y las complicaciones a que se enfrentaron las mujeres entrevistadas.

María Juana Diego Sánchez

La manera en que se enteraba la señora María Juana de sus embarazos era por la ausencia de la menstruación, mareos y para corroborar decidía con su esposo acudir al centro de salud de la comunidad donde los mandaban hacer su primer ultrasonido para confirmar el embarazo. Los ultrasonidos se los hacía en el municipio de Zacapoaxtla (cercano a Cuetzalan del Progreso) ya que el hospital en ese municipio estaba mejor equipado que el de Cuetzalan.

*“Esperaba mi regla y no me llegaba y le decía a mi esposo y ya íbamos aquí a la clínica (...), ya había pasado por el primero ya sabía de los otros que estaba embarazada porque ya empezaba a sentir raro el cuerpo; mis pechos se ponían sensibles y me sentía una bolita en el vientre y ya iba al doctor, de mi segundo embarazo ya fui a los dos meses y el tercero igual más o menos, también por el asco a mi casi no me daba pero si con mi segundo hijo me daba vómito y sueño”. (María Juana, 51 años)*

En el primer embarazo asistió al médico después de la ausencia de la menstruación, en el segundo y tercero tiempo después, ya que por intuición y experiencia sabía que estaba embarazada a través de cambios fisiológicos en su cuerpo; realizó tres ultrasonidos en el primer embarazo, dos en el segundo y en el tercero cinco por

complicaciones que se presentó en el desarrollo del embarazo. En todos los embarazos llevó una revisión médica en combinación con la medicina tradicional; veía a la partera para que la sobara con pomadas y checara si el bebé estaba en la posición correcta.

*“Venía a verme para ver cómo iba avanzando el embarazo y me acomodaba mi bebé, me sobaba con una pomada por lo de la hinchazón”. (María Juana, 51 años)*

En los dos primeros embarazos las actividades que realizaba en la cotidianidad las seguía llevando a cabo: limpieza en el hogar, comida y atención en su negocio de abarrotes y molino. No tuvo algún otro cuidado que no fueran los que brindaba la partera y el médico, atendía las recomendaciones de no moler en el petate y lavar ropa. A causa de levantar un bote de maíz en el séptimo mes de su tercer embarazo tuvo una hemorragia, lo que ocasionó que los cuidados se incrementaran, el doctor del hospital integral le mandó reposo absoluto durante el resto de la gestación.

*“Mi suegra ella me traía las tortillas, me ayudaba a lavar y hacer de comer, le daba de comer a mis hijos y a mí, a veces mi mamá me iba a dar mis vueltas para ver cómo estaba y si necesitaba algo pero no mucho porque ella no vive aquí ella es de Xiloxochico, entonces venía cada ocho días o dos veces a la semana y así, también me ayudaba mi esposo poco pero sí en esos días llegaba temprano de trabajar para estar con los otros niños y ayudarme a bañar” (María Juana, 51 años)*

El tipo de atención prenatal durante la mayor parte de sus embarazos fue con asistencia médica donde llevaba su control y evolución de éstos, llevaba una revisión mensual durante los primeros meses, ya para los últimos asistía a las citas cada 15 días; esto en combinación con la partera ya que tenía revisiones.

En cuanto al apoyo de la pareja durante el embarazo fue relevante e importante para ella, ya que durante este proceso el apoyo de la pareja determina el estado de ánimo de las mujeres. La señora María Juana menciona que siempre se sintió tranquila en sus embarazos ya que su esposo siempre actuó responsable y no tenía algún vicio por donde el dinero pudiera ser desviado.

*“Siempre me acompañó mi esposo a sacar los ultrasonidos de todos mis hijos pues él tenía que pagar” (María Juana, 51 años)*

Josefina García Diego

La atención prenatal de Josefina fue tardía ya que al enterarse de que estaba embarazada su primera reacción fue el querer abortar. A partir de los cuatro meses de embarazo empezó a ir al médico por una amenaza de aborto que tuvo, de los cuatro a los siete meses recibió la atención en el municipio de Huehuetla donde le dieron ácido fólico, vitaminas y se sacó un ultrasonido (del cuarto mes al séptimo empezó asistir a sus citas cada mes); en el séptimo mes de embarazo Josefina regresó junto con su pareja a vivir a la casa de sus padres en San Miguel Tzinacapan ahí se atendió en el centro de salud por un mes y se sacó otro ultrasonido.

*“Fui con el doctor a los cuatro meses de embarazo como tuve amenaza de aborto por eso fui ya a partir de ahí me empecé a tratar porque pensé que me había pasado eso por no tomar antes nada de lo que mandan para el embarazo, me dijo el doctor que si yo era de fiestas que me tenía que olvidar de eso, que si tomaba que no podía, ni fumar pues casi me dijo las cosas que uno ya sabe” (Josefina, 22 años)*

A partir de la aceptación del embarazo por parte de su pareja los cuidados que empezó a tener del cuarto al séptimo mes fueron por parte de la suegra quien hacía los aseos en el hogar, en ese momento su pareja no le proporcionaba apoyo en los aseos en el hogar ya que su trabajo no se lo permitía.

*“Los cuidados con mi suegra era que no cargara y no hiciera mucho esfuerzo porque podía provocar un aborto que tomara el medicamento que me mandaban y así, con mi esposo igual que comiera a mis horas y estaba al pendiente de que tomara lo que me mandó el doctor” (Josefina, 22 años)*

Para ella el que su pareja estuviera al pendiente de ella era importante y se sentía apoyada,

*“... Si me ayudaba siempre estaba al pendiente de nosotros hablaba para preguntar si habíamos comido a lo mejor no estaba ahí porque trabajaba pero lo sentía” (Josefina, 22 años)*

María Esperanza Contreras Vázquez

La señora Esperanza menciona que no tuvo atención prenatal, ella sólo se cuidaba por intuición y por vivencias que tuvo de joven ya que su madre era partera y veía como atendía a las mujeres que iban a buscarla. Sin embargo, la señora sí asistía al centro de salud para consultar el estado de su bebé y en los últimos meses de gestación tomaba la decisión de con quién se atendía el parto.

*“... Lo mismo que yo ya sabía que tenía que comer y no cargar, y me daba sus medicinas pero no me las tomaba, no confío en eso luego te acaban más y cargar pues lo tenía que hacer eso era nuestro ejercicio tenía que ir por leña, lavar si uno no se mueve por eso tarda pariendo y duele más, los doctores es lo que dicen que se haga ejercicio, iba con el doctor para que me revisara con sus aparatos y a escuchar las pláticas que daban iba luego con mi comadre Juana” (María Esperanza, 52 años)*

Los cuidados que hacía en casa eran basados en tener una buena alimentación, ella se sobaba y acomodada al bebé, la realización de labores del hogar: moler, echar tortillas, preparar nixtamal, lavado de ropa, trastes, ir por leña y la preparación de los alimentos seguían siendo los mismos, en sus cuatro embarazos.

*“ No tenía que cargar yo sola me sobaba y me acomodaba a mis hijos lo principal para cuando uno está esperando es la comida y si uno come bien y no siente mal, entonces la cría está bien, hasta eso lo dicen los doctores” (María Esperanza, 52 años)*

También menciona la señora Esperanza que no se sacó ningún ultrasonido porque no contaban con el dinero necesario para ello

*“... yo hacía lo que veía que las señoras de antes se hacían, además los ultrasonidos salían caros y no había de donde” ” (María Esperanza, 52 años)*

Micaela Álvarez Contreras

En el momento cuando Micaela empezaba a sospechar que estaba embarazada decidió acudir al centro de salud de Tzinacapan para confirmar los embarazos, desde el momento de la confirmación empezaba a tener atención prenatal que era las citas mensuales los primeros siete meses y los últimos meses cada 15 días, siempre tomó ácido fólico y vitaminas.

*“Los cuidados eran los normales que no tenía que cargar cosas pesadas, no comer comida picosa por las agruras pero en realidad yo no dejé de hacer cosas como me sentía bien no tuve que cuidarme mucho, con el primero si como mi esposo andaba muy contento no me dejaba hacer nada pero con los otros dos hacia mis cosas normal lavaba, hacia la comida me ponía a tejer y así” (Micaela, 28 años)*

En el segundo embarazo aparte de asistir con el médico también fue con la partera que estaba en la casa de salud de Cuetzalan. Su mamá fue quien le contó de la atención que daban. Las recomendaciones de la partera eran:

*“no cargara cosas pesadas, que me tenía que bañar diario, que yo me pusiera crema en mi panza después del baño, este muchas cosas que hiciera no me dijo igual, me dijo que fuera cada mes para que me acomodara el bebé y ya la señora me sobaba” (Micaela, 28 años)*

En el tercer embarazo igual llevó el control prenatal en el centro de salud, para ella la atención fue más fácil ya que había tenido la experiencia de sus otros dos embarazos y sabía las recomendaciones a seguir.

La información de campo muestra que existe una conjugación de las prácticas médicas y tradicionales presentándose así la salud intercultural en esta etapa y un incremento en el control prenatal. Aunque esto implica mayor inversión de tiempo y recursos económicos para las mujeres, ya que las mujeres mayores requirieron trasladarse a un hospital mejor equipado, al contrario de las mujeres jóvenes debido a que el hospital de Cuetzalan cuenta con el equipo necesario.

Para las mujeres entrevistadas su primer embarazo es el más recordado debido a que hay una serie de aprendizajes relacionados con su cuerpo, la alimentación y cuidados de médicos o parteras. Pude percibir que en la comunidad el embarazo es considerado

como un periodo natural que no requiere cuidados especiales, ya que las mujeres siguen con sus actividades cotidianas esto por cuestiones de género donde se marca los roles de la mujer y del hombre. Sólo cuando el médico lo indica es cuando los cuidados se intensificaron como en la señora María Juana y Josefina; lo que se encontró en los relatos es que las mujeres relacionan la salud en el embarazo con la ausencia de malestar o dolor ya que si no se sienten mal no tienen cuidados especiales.

Una diferencia que se encontró en los relatos es que las mujeres jóvenes siguen viviendo en casa de sus padres y no tuvieron una planeación de sus embarazos al contrario de las mujeres mayores quienes se embarazaron un año después de haberse casado, lo que hace suponer que el embarazo fue buscado. Lo que se puede observar que hay un cambio en los patrones culturales de las mujeres jóvenes para la conformación de la familia.

En la etapa del embarazo las mujeres entrevistadas ponen en práctica los modelos de atención medico hegemónico, alternativo y autoatención para el cuidado de la salud materna. Durante el embarazo se ve claramente que las corrientes de promoción de la salud se emplean desde saberes técnicos y experiencias para mantener la salud de la mujer y el producto.

### **5.3.- Prácticas de atención en el parto**

En el apartado anterior se analizaron algunas prácticas que se llevan alrededor del embarazo y la atención que se tiene durante este periodo. Observamos también cómo los diferentes modelos de atención se ponen en práctica.

A continuación hablaremos de la forma en que se presenta el trabajo de parto, así como las decisiones y prácticas de atenciones (tradicionales y médicas), que involucran a la familia, en relación con el cuidado de la salud durante esta etapa.

María Juana Diego Sánchez

La señora María Juana no tuvo complicaciones en el primer y segundo parto, estos se realizaron con la partera y fue atendida en su casa, la atención que le dio la partera era darle un té para aguantar el dolor y al mismo tiempo checar las contracciones y prepararse para recibir al bebé, después del parto limpiaba al bebé y a la madre, dejaba descansar a la mujer y la bañaba después con hierbas curativas para aminorar el dolor así era por quince días.

*“... la mandaba a llamar cuando ya sentía los dolores iba mi esposo avisarle y ya venía, me daba un té para los dolores y me iba checando las dilataciones para cuando estuviera lista, ya cuando me aliviaba me bañaba a mí y a mi bebé...”* (María Juana, 51 años)

En el tercer embarazo se atendió en el Hospital Integral de Cuetzalan, la señora María declara que la cesárea fue más difícil y dolorosa. En su experiencia la atención fue buena por parte de los doctores y enfermeras, a pesar que el cirujano no correspondía al hospital. En los momentos de los partos el esposo de la señora María, siempre estuvo al pendiente de todo lo que se necesitaba.

La señora María Juana menciona que sus partos no tuvieron ninguna complicación y su atención tanto por el médico como la partera siempre fue buena.

*“Pues la partera es mujer ya paso por lo mismo sabe cómo tocarnos y que cosas darnos pero si hay alguna complicación donde venga el bebé mal pues ahí se puede morir uno porque no tiene como atender si es el caso y ¿con los doctores? Pues ellos son estudiados saben mucho y hay aparatos para atender y unos son muy buenos y le tienen paciencia a uno para explicar las cosas”* (María Juana, 51 años)

En este relato María Juana hace un reconocimiento de la eficacia pragmática y la profesionalización especializada de los médicos que la atendieron. En los momentos de los partos el esposo de la señora María, siempre estuvo al pendiente de todo lo que se necesitaba.

Josefina García Diego

La atención que recibió Josefina en el parto fue en el Hospital Regional de Cuetzalan, declara que su parto fue angustioso y no se sintió cómoda con la atención.

*“Un siete de julio era a las nueve de la mañana y todavía estaba acostada, de repente me empezó a andar del baño ya cuando me levante estaba sangrando y me salía un líquido....(fue a la clínica y no la recibieron), ya en el hospital no me subían las dilataciones que tenían que subir a 10 o a 12 para que se pudiera abrir bien la pelvis, me dijo que todavía no estaba lista y así me tuvieron durante cuatro horas en observación ya los dolores no los aguantaba me doblaba del dolor y no me daban nada, de las 10:00 am que entre al hospital hasta como a las 2:00 pm de la tarde me fue a ver el doctor y me dijo que me preparara porque me iban a meter a quirófano, me seguía sin subir las dilataciones y que me iban hacer cesárea ya me metieron y mi hija nació como 2:40 pm” (Josefina, 24 años)*

Después del nacimiento de su hija Josefina tardó más tiempo en quirófano porque le extirparon un quiste que no sabía que tenía.

Josefina menciona que la atención que recibió durante la cesárea fue la necesaria, sin embargo, hubiese querido que por parte de las enfermeras hubiera tenido una explicación del procedimiento que le iban a practicar como madre primeriza y por las complicaciones que tuvo.

María Esperanza Contreras Vázquez

La señora Esperanza tuvo dos partos con el médico y dos con la partera. Los primeros dos embarazos fueron con la partera, el procedimiento que tuvo fue casi el mismo ya que no hubo complicaciones en los embarazos y siempre se sintió bien.

*“La partera venía a mi casa y aquí me atendía, mi esposo la iba a llamar cuando empezaba a tener los dolores, me tocaba la panza y me decía duerme si todavía no estaba lista ya cuando despertaba me tocaba otra vez y checaba los síntomas se ponía aceite para sentir la matriz si ya estaba dilatado, me decía que pujara para que naciera mi bebé, no tardaba mucho como 15 o 20 minutos ya que terminaba me limpiaba a mí y al bebé, porque si no lo hacía luego hace daño, aquí estábamos a*

*acostumbrados que la partera ya que nacía los hijos nos venía ayudar a bañar por una semana o más si uno se lo pide” (Esperanza, 52 años)*

En los años en que Doña Esperanza tuvo sus primeros partos era muy trascendental el papel de la partera ya que el traslado del hogar de la señora al hospital era a pie o caballo, ya que en ese tiempo no había transporte como en la actualidad. Las parteras realizaban partos con lo que estaba a su alcance y sus conocimientos.

Para sus dos últimos embarazos, la señora Esperanza se atendió los partos en el hospital, ya no con la partera porque resultaba caro por la paga que se le daba y en el hospital era más económico.

*“Esos días yo ya sabía que me iba aliviar porque ya me había dicho el doctor y por mi cuenta en esa semana tenía que estar preparada con mis cosas ya tenía lista mi ropa y ropa para el bebé, a mí me atendieron bien en el hospital no tarde mucho, fueron amables las enfermeras y los doctores, no son como ahora que ya cambiaron mucho (...). Los dolores son muy fuertes no se aguantan a mí me inyectaron algo en mi cintura para que aguantara el dolor de mi último hijo yo gritaba mucho, estuve en el hospital dos días nada más el doctor me dijo María te vamos a dar de alta porque tenemos mucha gente, y me regresé al otro día a mi casa fue por mi esposo, con mi tercer hijo que estuve en el hospital nada más tarde un día, fue normal” (Esperanza, 52 años)*

Menciona la señora Esperanza que la atención que se daba en el Hospital Integral era mejor que a la que se da ahora en el nuevo, en su experiencia los doctores eran amables.

Micaela Álvarez Contreras

El primer parto Micaela se lo atendió en el Hospital Integral de Cuetzalan, el segundo con la partera y el tercero, otra vez en el hospital.

La atención que recibió en su primer parto fue buena por parte del médico, pero la atención que las enfermeras dan, ella, la cataloga como mala de acuerdo a su experiencia.

*“Pues ahí fue muy diferente antes de que me aliviara me tenía que bañar y rasurar, como era la primera vez se me hacía todo difícil uno no*

*sabe nada sentía muchos nervios quería que me tranquilizaran, no sé así cosas y no, eran muy serios las enfermeras groseras por decir le dije a una enfermera que para que me tenía que bañar que me acababa de bañar en mi casa y me dijo molesta ¡pues de todos modos lo tiene que hacer!, mi esposo no podía estar conmigo, él afuera y yo sola pues me daba miedo no sé si miedo eran como nervios era algo nuevo, yo digo que son así por tanta gente que hay (....) la enfermera que me iba a ver estaba enojada yo la veía pero como tenía mis dolores no le hacía caso estaba más preocupada porque naciera ya, a mi si no me tardaron mucho le digo que entre a las ocho y a las 10 ya me había aliviado y al otro día me dieron de alta” (Micaela, 28 años)*

El segundo embarazo decidió atenderse el parto con la partera ya que era reconocida y le daba confianza, lo que influyó a tomar esta decisión fue la experiencias de otras mujeres que se atendieron con la partera.

*“Ese día estaba mi esposo y le dije que me llevara con la señora ya me llevó me recosté y ya pasó no tarde mucho como dos horas nada más, limpió a mi bebé a mí y ya al otro día me preguntaba si no me dolía mis piernas, si tenía cólicos, me bañó con unas hierbas para que se relajara el cuerpo y como no me sentía mal ya me fui a mi casa” (Micaela, 28 años)*

El tercer parto Micaela se atendió en el Hospital de Cuetzalan porque se operó de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia<sup>7</sup>, para no tener más hijos

*“Ya cuando me iba aliviar ya tenía programada mi consulta en el hospital en la mañana ya tenía mis cosas preparadas y mis hijos los chiquitos se los llevó mi hermana para cuidarlos, llegué al hospital me canalizaron ya estaba programada que iba hacer normal mi parto igual no tarde mucho mi hija nació un domingo entre a las nueve y las once ya había nacido, antes de que me pasaran a labor de parto le dije al doctor que me quería operar y me dijo que lo pensara bien porque todavía era joven, pero ya estaba decidida, me dijo que no había problema pero que no había cirujano que llegaba hasta el martes y me espere” (Micaela, 28 años)*

---

<sup>7</sup> Este método de anticoncepción permanente consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. A través de una pequeña herida efectuada en los sitios mencionados, se identifican las trompas uterinas, las cuales se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo. Consultado en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

Micaela tardó una semana más después del parto por la operación; posterior a la operación recibió más atención por parte de las enfermeras, antes de eso sólo recibió un baño con ayuda de su mamá y los demás era sola.

*“Me iban a ver a cada rato por la herida que me dolía, me daban medicamento para el dolor me pulsaba mucha la herida y mi suegra les dijo que si me podía bañar con árnica para que no se me infectara y dijeron que si, y los días que estuve ahí me iba a lavar la herida mi suegra y mi mamá” (Micaela, 28 años)*

Micaela siempre estuvo tranquila en sus partos porque fue atendida por personas preparadas, los dolores que tenía en el parto siempre los considero normales y para ella el apoyo de su pareja siempre fue importante

La mayoría de las mujeres entrevistadas optaron por acudir con el médico y partera donde vivieron un proceso paralelo de cuidado durante el embarazo, para el momento del parto fue necesario elegir con quién atenderse. Dependiendo con quien se atendieron definió la forma de atención que recibieron durante esta etapa. Ya que hay diferencias significativas en los partos atendidos por parteras y médicos, por ejemplo, las mujeres que decidieron atenderse con la partera tuvieron comodidades en su hogar y una dinámica familiar; en el hospital no se le permitió el acceso a la pareja o algún familiar en el momento del alumbramiento.

En los datos recopilados en el trabajo de campo se pudo observar que existen diferencias en cuanto el tipo de atención durante el parto de las dos generaciones, ya que las mujeres mayores en sus primeros embarazos tuvieron un parto tradicional. Cuando tienen atención hospitalario es por complicaciones en el desarrollo del embarazo o por dar finalización al ciclo reproductivo; las mujeres jóvenes optaron por atender su primer parto hospitalario y cuando decide Micaela atenderse en un parto tradicional es por influencia de una generación mayor que es la mamá.

Berrio (2013) menciona en su investigación que, una importante diferencia generacional es la mayor disponibilidad y accesibilidad de recursos de atención en la región, ya que en la actualidad se cuenta con carreteras y medios de transporte que antes no existían, lo que impedía el traslado oportuno al hospital y el recurso de atención se limitaba a la partería. Lo que menciona la autora coincide con los datos obtenidos en el trabajo de

campo debido a que las mujeres mayores entrevistadas no contaban con la accesibilidad con la que se cuenta en la actualidad ya que el medio de transporte era escaso.

Una coincidencia que hay entre las dos generaciones es que el primer parto es el más recordado debido a que se vive algo nuevo para la cual no se cuenta con la información necesaria para comprender lo que pasa; y aunque las mujeres jóvenes tienen mayor acceso a información por la transformación que ha vivido la comunidad como la construcción de escuelas y carreteras, y que cuentan con mayor escolaridad que sus madres como en el caso de Josefina el incremento de las condiciones económicas le permitió tener una licenciatura pero cuando vive la experiencia de la maternidad se llena de miedos y angustia por el proceso.

De acuerdo con lo que menciono la señora María Esperanza las cuestiones económicas influyen en el cambio de atención del parto, ya que para ella resultaba caro costear a la partera aun que forma parte de su cosmovisión en ese momento tenía hijos pequeños por lo cual los gastos en el hogar eran mayor y tenía más accesibilidad a una institución que no le cobraba.

En el parto institucional de muestra las características de la corriente dominante de promoción de la salud; así como el modelo hegemónico de Menéndez donde se deja de lado el contexto social de la mujer y se basa la atención en lo biológico, lo cual puede perjudicar la salud de las mujeres.

#### **5.4.- Parto tradicional**

La partería tiene una función importante que constituye la celebración de rituales relacionados con la fertilidad y el nacimiento. La partera se en carga de realizar ritos religiosos destinados a la protección de la madre y el hijo, es un proceso de significación a partir de una cosmovisión que ha perdurado con el tiempo, es decir la partera comparte las creencias e ideas con su comunidad o parte de su experiencia. Como la señora Francisca que es una partera empírica. Durante el trabajo de campo pude conocer a la señora Francisca Rivera Pérez quien me ayudó a comprender el procedimiento del parto tradicional.

A la señora Francisca la conocí en el mercado de artesanías de Cuetzalan, tiene 72 años de edad; se casó a los 16 años, tuvo cinco hijos, tres de sus partos se los atendió en casa con ayuda de su mamá y el último embarazo en el hospital por complicaciones de los gemelos.

**Imagen N° 19. Francisca Rivera Pérez**

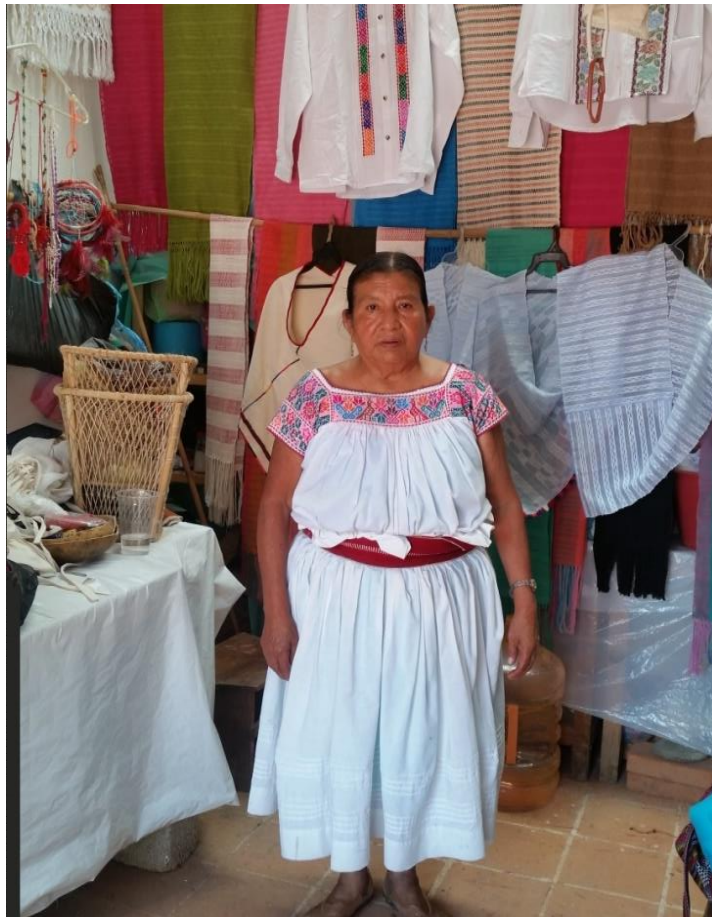


Foto: Francisca Rivera Pérez en su local del Mercado de Artesanías, septiembre 2016

La señora Francisca se volvió partera en 1971 cuando tuvo su cuarto embarazo que se logró ya que tres embarazos anteriores sufrieron de abortos. Su mamá era partera y ella veía la forma que atendía a las mujeres, de ahí aprendió el procedimiento que se debe de llevar en la atención del embarazo, parto y postparto.

*“ Las mujeres empezaron hablar y a decir esa mujer se cuida bien, se alivia muy bonito, ellas se garantizaron de lo que hacía y que era partera me metieron pero yo no quería, es mucho riesgo para que se meta uno de partera no nada más a lo tonto vas a recibir, te tienes que meter ante Dios nuestro padre para que no se te muera una mujer o la criatura, te tienes que ir cuidando igual cada 15, cada 20 y cada mes sobando siempre suave para que no vaya a lastimar a la criatura, por algo dicen que si no lo mueven esté se pega, como le dicen la placenta, por eso yo les decía cada mes te vas a sobar, cada mes para acomodarse al bebé y sentir como está” (Francisca, 72 años)*

Existen una serie de elementos que se hacen parte de la atención que brindan las parteras, como son la relación frío-caliente que tiene un significado a partir de la cosmovisión, la señora Francisca relacionó esto con su experiencia ya que menciona que no se lograron sus embarazos porque tenía el vientre frío. Otro elemento en la atención tradicional es la incorporación de la religiosidad como elemento de protección y ayuda a través de rezos de la religión católica.

*“...ya cuando te dice que está embarazada se tiene que ir viendo a la mamá para que no se le vaya a pasar a ella ni a la criatura, por eso en cuanto te dice que está embarazada le pides una veladora o un sirio, flores se le unta para que se vaya a presentar y le pides, eso es lo que anteriormente se hacía por eso nadie murió en la mano y por eso las muchachas no sufren más porque son ayudadas por Dios, porque si no es ayudada por Dios sufre bastante porque no tienen ningún apoyo” (Francisca, 72 años)*

## Imagen N° 20. Parroquia San Francisco de Asís



Fuente: Parroquia San Francisco de Asís, Cuetzalan, imagen tomada de Facebook /Cuetzalan Pueblo Mágico

Cuando se inicia el trabajo de parto se le da a la madre un té de hierbas que ayude a calentar el cuerpo y provocar que las contracciones sean más fuertes. La partera mide las dilataciones para verificar si la mujer está lista para la expulsión.

*“ Vas todo el camino rezando, llegando allá persignas a la persona, uno ya sabe a qué dios le estas pidiendo que te ayude, si todavía no es hora pues duerme la mujer ya cuando despierta tocas y ves los síntomas, palpito tocando la matriz, si no nace esa noche no nace bonito por eso ante dios se pide, no sé cómo lo hacen ahora pero yo no me echaba aceite si no crema para que se resbalara y no lastime, por su parte metía dos dedos y decía pújate para sentir la matriz es cómo voy calculando los golpes de dolores y que tanto de sangre hay para saber cómo van los síntomas si es poquita todavía no está, si está abierto ya puede nacer; yo nunca ponía a caminar a las mujeres por qué se cansa y se a floja el bebé, yo le decía acuéstese, los doctores así le hacen que camine se cansa la mujer ya cuando va a parir por eso las*

*mujeres están con que ya no pueden porque están cansadas y, gritan ¡ay me duele!” (Francisca, 72 años)*

Una vez que nace el bebé la partera lo recoge, lo limpia y se lo pasa a la madre mientras esperan que caiga la placenta para poder limpiar a la madre, la señora Francisca preparaba un té para calmar el dolor y pudiera descansar la mujer.

Una diferencia en la atención del parto tradicional y médico que mencionan las mujeres, es que se sienten más identificadas con las parteras por el hecho de que son mujeres que han pasado por el mismo proceso y por ello el trato que dan es cuidadoso y comprensivo; el trato hospitalario lo califican de frío donde se presenta relaciones de poder, ya que los prestadores de servicios son los que saben, y ellas no se sienten escuchadas. Josefina quien en el parto solo se atendió con el médico se debe a que solo ha tenido una gesta.

*“La partera como es mujer sabe lo que uno siente y cómo son los dolores por eso te atiende con más cuidado para no lastimar, y en el hospital pues depende mucho del estado de ánimo de las enfermeras y los doctores a mí nunca me hicieron eso pero veía a otras mujeres”.*  
(María Juana, 51 años)

Las parteras con el uso de las costumbres en la atención perinatal le dan identidad de la mujer con su comunidad, es la vivencia de la maternidad la que permite comprender mejor a las demás mujeres (Luengas A. 1999:261). Sin embargo la práctica de la partería depende de la región y contexto cultural, existen una serie de características por las cuales se vuelven parteras o parteros ya sea por experiencia, herencia o creencia de poseer un don.

Por ejemplo en la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana se describe como dependiendo de la zona de origen es como se le da reconocimiento a la partera o partero.

“Por lo general, esta especialidad es practicada por mujeres de edad avanzada, en cuya iniciación parece fundamental el haber experimentado varios embarazos, con algunas excepciones, como los mixes de Oaxaca que registran la presencia de parteros. En algunas regiones del país, la iniciación de las parteras está dada por una señal divina, revelada a través de los sueños; tal es el caso de las

parteras nahuas de San Luis Potosí, huaves de Oaxaca y totonacas de Puebla. En otras comunidades el saber y la función se transmiten oralmente en el seno familiar por generación alterna, directa o a través de un pariente paralelo. La adquisición de los conocimientos técnicos y el adiestramiento tradicional lo obtienen a través de la observación y la práctica como asistentes de una partera experimentada”

En esta atención por parte de la partera se puede observar las características del modelo alternativo según Menéndez, la práctica de la medicina tradicional indígena está basada en el conocimiento de su cultura, también se presenta una relación asimétrica entre curador y paciente, ya que la partera es quien tiene el conocimiento y sabe el proceso de atención durante el parto, con el cual ha adquirido un reconocimiento en la comunidad.

#### **5.5.- Prácticas de atención en el puerperio**

El puerperio es la última etapa del proceso reproductivo. En este apartado se analizan las prácticas de atención y cuidado tanto en casa como en el hospital ya que existen una serie de procedimientos diferenciados desde la perspectiva médica y tradicional. Así lo relatan las mujeres entrevistadas de Cuetzalan.

María Juana Diego Sánchez

Los cuidados que recibió la señora María durante el puerperio en dos embarazos fueron proporcionados por la partera, su esposo y su suegra.

Uno de los cuidados durante el puerperio fueron los baños con hierbas medicinales que la partera conseguía, los baños se daban por 15 días, durante ese tiempo la partera ofrecía su ayuda o servicio de lavar la ropa de la familia, hacer de comer y aseos del hogar por el cual en ese lapso de tiempo recibió un pago monetario por parte del esposo.

*“Por quince días venía diario a bañarnos, ese era su trabajo ya si yo quería que me lavara o me hiciera de comer le decía y lo hacía, yo si me cuide mi cuarentena con mis hijos me tenía que cuidar, me paraba hacer cosas fáciles como hacer de comer pero me traía todo ya no salía y eso hacía de comer porque a mi esposo no le gustaba su comida de la partera como que no tenía buen sazón, pero ella lavaba, mi suegra molía y me traía mis tortillas ya echas”.* (María Juana, 51 años)

Su esposo, después de cada uno de los partos le ayudaba a bañarse y en el último embarazo le ayudó en el cuidado de los otros hijos. La suegra se hacía cargo de la comida cuando podía, ya había una aceptación de la suegra hacia la señora María, lo que permitió que la suegra ayudara a los cuidados de la nuera.

Josefina García Diego

Las atenciones que tuvo Josefina en el hospital después de la cesárea fueron malas ya que declara que algunas enfermeras no tienen el tacto de tratar a los pacientes.

Los incidentes que tuvo en el hospital fueron el maltrato hacia su persona ya que su pezón no estaba bien formado y el castigo de dejarla sin desayunar.

*“Las enfermeras piensan que hacen bien las cosas o que uno no siente, no sé pero sí me maltrataron en ese aspecto porque me jalaban el pezón con una bombilla para que se saltara yo le decía es que si siento que tengo leche nada más que no sé por qué no sale y me decían es que así se tiene que hacer, yo le decía pero me duele me están lastimando y me dijo pero así se hacen las cosas quien sabe más usted o yo, nada más le dije por experiencia usted pero no se está poniendo en mi lugar en cómo me estoy sintiendo y me dijo no está cooperando y si sigue así le tenemos que dar formula a su hija porque no se llena”.* (Josefina, 24 años)

Josefina menciona que no producía leche después del parto por lo cual la enfermera tuvo que hacer que saliera la primera leche (calostro)<sup>8</sup> para su hija, este tipo de procedimiento puede ser doloroso pero necesario por bien del hijo/a que acaba de nacer, sería importante tener un poco de tacto por parte de las enfermeras para dirigirse

---

<sup>8</sup> El calostro (o primera leche), es una secreción espesa, que puede ser transparente o amarillenta, se empieza a producir en la mama de la mujer a mediados del embarazo y se excreta durante los primeros días post parto. El calostro es un nutriente ideal y se considera como la *primera vacuna* que recibe el niño/a, por la protección inmunológica que asegura la transición exitosa del ambiente intra-uterino a un ambiente extrauterino no estéril.

a las pacientes. El acompañamiento de la pareja y familiares en el hospital es importante ya que pueden suceder injusticias por parte del personal en el hospital. Los cuidados que recibió Josefina en el hospital fue el medicamento para el dolor; ella se bañaba sola.

### María Esperanza Contreras Vázquez

Los cuidados que tenía la señora Esperanza eran a base de fajarse bien, tomar té de zoapa para aminorar el dolor, baños en Temazcal y plantas medicinales. Ella siempre realizó estas prácticas tradicionales por que le gustaba como lo menciona.

*“... lo que ya sabía y creía y para mí era bonito tomar los tés, bañarme en el temazcal eso siempre lo hice...”* (Esperanza, 52 años)

La señora Esperanza no consideraba importante guardar reposo ya que tenía que seguir encargándose de sus labores domésticas de lavar, cocinar y moler. Ella se quería operar para no tener más hijos pero no pudo porque en el hospital de Cuetzalan no lo hacían sino hasta Zacapoaxtla, pero tomaba té para no quedar embarazada

### Imagen N° 21. María Esperanza Contreras Vázquez



Foto: María Esperanza Contreras Vázquez en su casa, septiembre 216

*“son varias plantas que se ponen juntas por decir la hierba santa, tanaceto, osha y así varias se toma en los primeros días y ya no quedaba embarazada” (Esperanza, 52 años)*

La decisión de no tener más hijos fue propia ya que considera que la economía era escasa.

*“No, no estaba de acuerdo ni sabía que lo iba hacer y cuando le dije se enojó mucho, pero le dije que no quería tener más hijos si así no podíamos mantenerlos con más, que si quería tener más que se fuera yo ya no, a mí nunca me ha gustado ser de esas mujeres que hacen todo lo que el hombre pide, ya no me opere no porque mi esposo no haya querido sino porque tenía que ir a Zacapoaxtla hacerme la cesaría, pero tomaba tés para ya no quedar embarazada” (Esperanza, 52 años)*

Micaela Álvarez Contreras

Los cuidados que recibió Micaela después del primer parto fueron proporcionados por su mamá, su suegra, su hermana y principalmente de su esposo, los cuidados que recibió de su primer hijo fueron:

*“No tenía leche para mi hijo y la gente me decía qué tomar, más las señoras grandes y también mi mamá, me dieron un montón de cosas para que según tuviera leche pero no resultó lo que se nos hizo raro es que en el hospital no me hayan dicho nada de por qué no tenía y así me dieron de alta yo creo que ni se dieron cuenta siempre me cuidaron bien todos más de mi primer hijo ya de los otros yo sola, bueno y de mi niña ya cuando me regresé a mi casa me bañaron con las hierbas medicinales y baños de vapor y me tomaba tés para el dolor por lo de la operación”. (Micaela, 28 años)*

## Imagen N° 22. Micaela Álvarez Contreras



Foto: Micaela en casa de su mamá, septiembre 2016

Micaela decidió que ya no quería tener más hijos por eso se operó, se enteró del método de planificación familiar OTB en el centro de salud en las pláticas a las que asistía. Ella menciona que no le informo a su esposo de que se iba a operar sino que tomo la decisión sola.

*“...ya no quiero tener más, nunca le pregunte si quería más hijos, bueno yo pienso que ya porque la situación ahorita es muy difícil si uno le quiere dar lo mejor a los hijos con mas ya no se puede...”* (Micaela, 28 años)

*“Ese día llego el cirujano y me paso a ver que si estaba segura le dije que sí, pues es mi cuerpo y yo decidía, y firme el consentimiento...”* (Micaela, 28 años)

### 5.5.1. Atención tradicional en el puerperio

Después del parto, casi inmediatamente, la partera realiza una serie de cuidados para garantizar una adecuada recuperación de la mujer que consiste en la alimentación, baños con hierbas o temazcal y reducción de las labores domésticas.

*“ (...) ya cuando me aliviaba la partera me bañaba a mí y a mi bebé, así era por quince días venía diario a bañarnos, ese era su trabajo ya si yo quería que me lavara o me hiciera de comer le decía y lo hacía, yo si me cuidé mi cuarentena con mis hijos me tenía que cuidar, me paraba hacer cosas fáciles como hacer de comer pero me traía todo ya no salía y eso hacía de comer porque a mi esposo no le gustaba su comida de la partera como que no tenía buen sazón, pero ella lavaba, mi suegra molía y me traía mis tortillas ya hechas”. (María Juana, 51 años)*

La función del temazcal y los baños de hierbas es la misma, consiste en ayudar en la recuperación por el esfuerzo realizado en el parto y mantener el cuerpo caliente. Las dos generaciones entrevistadas usaron el agua con hierbas para su recuperación, las mujeres que vivieron las dos experiencias de atención tradicional y médico mencionan que ya estando en casa se bañaban con las hierbas.

Algunas hierbas que utilizaban para los baños eran crizanta, vallepia, hoja de aguacate tafiate, asquerosilla, zacapoa, las mujeres más grandes mencionan que son 20 hierbas que se ponen a hervir para los baños y esas mismas son utilizadas para el temazcal. Las mujeres jóvenes se bañaron con las hierbas por recomendación de la mamá o en caso de Josefina aparte de los baños se lavaba la herida de la cesárea con agua de árnica para evitar una infección.

La señora Esperanza después de los baños se untaba espinocillo para evitar que le diera temperatura.

*“Todos nos bañábamos con el agua de hierbas, mi esposo, yo y mis hijos, me sentía mejor ya terminándose de bañar con el espinocillo ese lo comprábamos y lo poníamos al aguardiente para que se fermente, se bañaba uno y después con eso se untaba uno en todo el cuerpo para que no me pase nada, eso servía para que no me diera calentura y así para que no se enfriara el cuerpo”. (Esperanza, 52 años)*

Otro cuidado que hacen es fajarse la cadera después del parto ya que la cadera se abre, esta práctica ayuda a que la cadera se acomodara y a que la panza no se les

cuelgue, según las parteras, además de taparse la cabeza que es por donde les puede entrar el frío a las mujeres. En caso de Josefina aparte de estos cuidados se desparasito por recomendación.

*“Lo que me acuerdo muy bien que por creencias me desparasitó con un aceite mi mamá a mí y a mi niña que por que nos quedan residuos de la placenta y los bichos que tenemos, a mí no me hizo pero a mi hija si se soltó de la pancita me decía mi mamá no le des de comer aunque llore hasta que saque todo y así lo hice”. (Josefina, 24 años)*

Es en esta etapa donde los cuidados por parte de la partera, la ayuda de los familiares y la pareja son significativos en la recuperación del postparto ya que son quienes juegan un papel importante en las acciones del cuidado. Debido a que en los primeros días son estos quienes facilitan los quehaceres del hogar.

En la atención tradicional en el puerperio se puede identificar las características que menciona Menéndez del modelo de autoatención, debido a que este tipo de atención está orientada a asegurar la salud materna a partir de la unidad doméstico-familiar. Menéndez (1992), menciona que las funciones curativas del modelo se basan en la experiencia a la práctica de otros modelos de atención los cuales se adoptan dándole una interpretación, esto se puede observar ya que la atención que reciben las mujeres en el hogar está basada en la medicina tradicional y que por experiencia las mujeres se han apropiado de la práctica y le han dado un significado cultural.

### **5.5.2. Atención hospitalaria en el puerperio**

La atención del puerperio en el hospital de acuerdo con las informantes fue rápido, esto por la cantidad de usuarias que tienen internadas, tanto el baño de la mujer como del recién nacido se realiza al siguiente día sino hay un familiar se hace sin ayuda de familiares y con una temperatura del agua que no coincide con las prácticas tradicionales.

*“Pues como no pueden entrar familiares solo en horas de visitas yo sola me bañaba nada más la enfermera me ayudaba a bajar y subir a la cama y con mis cosas y me daban medicina para el dolor”. (Josefina, 24 años)*

En el caso de las mujeres mayores el tiempo que estuvieron en el hospital en el puerperio fue menor, porque se atendieron en el hospital viejo de Cuetzalan, este no tenía la infraestructura para mantener a las mujeres internadas.

*“Estuve en el hospital dos días nada más el doctor me dijo, “María te vamos a dar de alta porque tenemos mucha gente” y me regresé al otro día a mi casa fue por mí, mi esposo, con mi tercer hijo que estuve en el hospital nada más tarde un día fue normal”. (Esperanza, 52 años)*

Las mujeres jóvenes entrevistadas durante el trabajo de campo se quejaron de la atención de las enfermeras en el nuevo hospital ya que lo califican de frío, sobre todo las primerizas se sienten agredidas porque no saben el procedimiento en el hospital. El relato de Josefina muestra la agresión que recibió en la atención hospitalaria.

*“Lo que no me gustó ya después del parto es que se suponía que a los días me iban a dar de alta y le pregunté a la doctora que hacía las rondas, ¿qué si ya me iban a dar de alta?, y me dijo que no, le dije que porque si el doctor me había dicho que en la tarde salía, que nada más me iba a quedar dos días, que ya me quería ir a mi casa, y me dijo, que no que ahí mandaba ella, ¡yo no! y que si decía que me tenía que quedar otro día lo hacía, ya al otro día no sé qué habrá pasado, una como madre y que está amamantando le da hambre y veo que a todas las demás mamás que estaban en el cuarto les empiezan a dar de desayunar ya era el horario del desayuno y a mí no, me dijo el encargado que daba los desayunos ¡a usted no le vamos a dar por que está castigada!, yo le dije, ¿porque no me va a dar? y ¿porque dice que estoy castigada?, si soy mamá como todas las demás, me dijo, ¡ya le dije que no y no me esté alegando!, nada más le dije no le estoy alegando le estoy preguntado qué, por qué no pero si para usted el preguntar es alegar discúlpeme pero valórelo yo también estoy amamantado como todas las demás y se fue no me dio nada. Como a las 11:30 am que eran las visitas entró mi esposo y le dije que tenía hambre que pidiera permiso para salir a comprar algo, ya me dice que no te dieron de desayunar, y le dije que no porque no habían querido dar de desayunar que porque según estaba castigada, se acercó a una enfermera y le comentó, ya fue ella y le dijo a la doctora, la doctora me fue a ver después y me dijo porque no nos has dicho nada madre si nosotros estamos aquí, le dije el encargado de cocina me dijo que no me iba a dar porque usted le dijo que yo estaba castigada, voltió a ver a mi esposo, - le dijo que no que ella nunca dijo nada de eso, que era a la señora de a lado, porque antes de que me despertara ya había desayunado la señora- y que iba hacer a ella que no le iban a dar, y*

*todavía me dice la doctora, - quiere el desayuno todavía o ya se espera al almuerzo que ya casi lo sirven-, nada más le dije pues yo si tengo hambre pero como decidan ustedes y me dieron el almuerzo pero con un poco de más, ya cuando fue el encardo me dijo ¡ay madre como da lata! ya no contesté nada”. (Josefina, 24 años)*

En el relato de Josefina se puede observar algunas de las características de Menéndez del Modelo Médico Hegemónico, donde hay una relación asimétrica y abuso de poder de los servidores de salud que la atendieron en ese momento, su opinión no fue tomada en cuenta ya que las enfermeras eran las que tenían el conocimiento, esto se puede ver en otro de sus relatos.

*“Mi hija no estaba aceptando mi leche como debía ser, al principio cuando nació si comía, pero de una chichi nada más del otro lado no quería porque mi pezón no estaba bien formado, las enfermeras piensan que hacen bien las cosas o que uno no siente, no sé, pero si me maltrataron en ese aspecto, porque me jalaban el pezón con una bombilla para que se saltara, - yo le decía,- es que si siento que tengo leche, nada más que no sé por qué no sale,- y me decían,- es que así se tiene que hacer,- yo le decía.- pero me duele me están lastimando,- y me dijo,- pero así se hacen las cosas quien sabe más usted o yo, nada más le dije por experiencia usted pero no se está poniendo en mi lugar en cómo me estoy sintiendo,- y me dijo,- no está cooperando y si sigue así le tenemos que dar formula a su hija porque no se llena. (Josefina, 24 años)*

Sin embargo la participación que tuvo Josefina en la atención no fue pasiva ya que emitía su malestar del trato que estaba recibiendo, esto puede ser por el hecho de que sea una persona con licenciatura, lo cual le da la confianza de exigir un trato respetuoso y justo ya que está en el marco de sus derechos. Este tipo de actitudes agresivas en la atención por parte de los servidores de salud no contribuyen a la salud materna de las mujeres de la comunidad, lo cual dificulta la relación y confianza entre las usuarias y las instituciones.

Para Micaela en su primer parto la atención durante el puerperio no la experimentó ya que la dieron de alta al otro día del parto; en su tercer embarazo menciona que las enfermeras no le ponían atención después del parto por la cantidad de pacientes en el hospital, se esperó una semana más del parto porque se hizo la OTB, después de la operación fue mejor la atención ya que la enfermera permitió que la herida se la fueran a

lavar con árnica los días que estuvo internada. Esto se permitió en el viejo hospital donde la atención era mejor de acuerdo a Doña Esperanza y Micaela.

Es evidente que el puerperio no se vive de la misma manera entre las diferentes generaciones, como se muestra al referirse el tiempo de reposo, actividades realizadas y apoyo de otros familiares en el cuidado de la madre y el recién nacido. Las mujeres jóvenes guardaron más tiempo de reposo en comparación con las más grandes, ya que mencionan que no toman mucho reposo porque tienen quehaceres en el hogar y no les gusta estar sin hacer nada en su casa.

De acuerdo a los datos obtenidos es en el hogar donde los saberes tradicionales juegan un papel central. Los cuidados familiares durante esta etapa, fueron influenciados por la edad de la mujer, el número de hijos ya que cuando fueron primerizas recibieron más atención y si tuvieron cesárea. Una similitud que se encontró es cuando fueron primerizas los cuidados estuvieron a cargo de la mamá, la suegra y el esposo; a medida que tienen más embarazos ya se cuidan solas con ayuda del esposo.

Es interesante observar como las mujeres que le han dado término a su proceso reproductivo lo han hecho por decisión propia como es en el caso de la señora María Esperanza y de Micaela, ya que ambas mencionan que toman la decisión sin consultarlo con su pareja aunque se puedan molestar. En los relatos se encuentra como en las dos mujeres las cuestiones económicas influyen en la toma de decisión de no tener más hijos, además de que influye las redes sociales ya que tienen una relación muy estrecha con la señora María Juana la cual les proporciona información de CAMI y eso es una herramienta para la toma de decisiones. La señora María Juana menciona que tomó la decisión con su esposo de no tener más hijos ya no profundiza en el tema ya que por una complicación de salud le quitan la matriz y menciona que aun que hubiese querido más hijos ya no podía.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos por las informantes dan un acercamiento al comportamiento reproductivo de las mujeres de Cuetzalan y principalmente a la atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Se formularon dos preguntas las cuales se responden gracias a la información brindada por las entrevistadas. Una de las preguntas gira en torno a los factores socioculturales que contribuyeron en la decisión de las mujeres respecto al tipo de atención para su cuidado en el embarazo, parto y puerperio. La segunda pregunta hace referencia a las percepciones que tienen las mujeres sobre el tipo de atención recibida durante el proceso reproductivo. Las categorías para el análisis fueron la generación, el género y la interculturalidad.

A través de los datos se pudo observar que la generación fue un factor determinante en el inicio de la vida reproductiva, ya que en las mujeres jóvenes se observó un cambio en el comportamiento reproductivo en comparación con las mujeres mayores quienes primero tenían que estar casadas por la iglesia católica para poder iniciar su vida reproductiva. El inicio de la reproducción en las mujeres jóvenes fue el motivo para unirse en pareja y tener que vivir en casa de sus padres por el poco recurso económico con el que se cuenta. La construcción del género se presentó de una forma socialmente normalizada donde la relación hombre y mujer se ve marcada por la labor doméstica que no se han modificado con el tiempo, ya que la mujer es quien realiza estas labores a pesar de que trabaja fuera del hogar, por ejemplo los casos de la señora María Juana quien labora en CAMI o la señora María Esperanza y Micaela quienes realizan actividades fuera del hogar que les permite realizar actividades independientes a sus esposos, pero aun así las tareas del hogar recaen en ellas.

Es interesante observar cómo las mujeres que le han dado término a su proceso reproductivo lo han hecho por decisión propia como es el caso de la señora María Esperanza y de Micaela, ya que ambas mencionan que toman la decisión sin consultarlo con su pareja aunque se puedan molestar. En este grupo de informantes se observó como las cuestiones económicas también influyen en la toma de decisión de no tener más hijos, así también las redes sociales ya que tienen una relación muy estrecha con la

señora María Juana la cual les proporciona información de CAMI y eso es una herramienta para la toma de decisiones.

La salud interculturalidad está estrechamente relacionada con las prácticas de atención a la salud en el proceso reproductivo de las informantes, siendo el tema principal de esta investigación. Esto se puede observar en todo el proceso reproductivo ya que las mujeres entrevistadas hacían una combinación en la atención no sólo reconocieron el saber hegemónico sino que siguieron realizando sus prácticas tradicionales con las cuales se sentían a gusto. Se puede concluir que durante cada una de las etapas del proceso reproductivo, embarazo, parto y puerperio siempre estuvieron presentes las creencias de la zona de estudio.

Para las mujeres mayores la responsabilidad de la salud materna recaía en las parteras, eran quienes cuidarían de la mujer desde la confirmación del embarazo hasta el nacimiento del bebé y la recuperación de ella después del parto, además era quien ayudaba en el hogar con actividades para una mejora en la recuperación de la parturienta. Es claro que las mujeres mayores se sintieron más identificadas con las parteras, preferían la atención con ellas, se sentían en confianza por el hecho de que la partera es mujer y comprende el proceso. A medida que se incrementó el número de hijos hubo un acercamiento a la atención médica institucionalizada la cual fue buena durante la existencia del “Hospital Integral de Cuetzalan”, era en ese nosocomio donde se presentaba la atención intercultural en salud

En las mujeres jóvenes son quienes cuentan con mayor infraestructura de los servicios médicos, consideran que el medico es la persona capacitada para atender su proceso reproductivo, además que en la atención al cuidado del embarazo se les proporcionan suplementos alimenticios, ácido fólico y sulfato ferroso, igualmente pueden realizarse ultrasonidos en el hospital cercano a su hogar, tal vez este contexto las ha llevado a preferir los servicios médicos como opción principal. Es con estas mujeres donde se ve claramente las características del Modelo Médico Hegemónico en el parto y puerperio, son ellas quienes experimentan la relación asimétrica, abuso de poder y desigualdad por los prestadores de salud; lo cual se relaciona con la corriente dominante de promoción de la salud desde una atención biologicista pero este tipo de actitudes agresivas en la

atención no contribuyen a la salud materna. Sin embargo a pesar de dicha preferencia de las mujeres jóvenes y reconocimiento del saber médico, llevan a cabo paralelamente la atención tradicional en los cuidados domésticos esto se observa en la etapa del puerperio o en el caso de Micaela quien decidió incluso atenderse uno de sus partos con la partera.

Con las historias, se puede observar como a partir de la presencia del primer hijo dentro en la etapa del puerperio se involucran las redes familiares y sociales tanto para las mujeres mayores como en las jóvenes. Las mujeres son las que sobresalen para el apoyo, en ellas se encuentra la madre, la pareja, la suegra y la partera son quienes juegan un papel importante en la recuperación de la mujer y recién nacido. Es en esta etapa donde hay mayor presencia de la medicina tradicional y autoatención que se emplea a través de los baños con hierbas medicinales.

Se puede decir que es evidente la diferencia generacional que se ve en el inicio de la gestación y cómo se da, sin embargo existe una continuidad entre las dos generaciones que marca la atención y cuidado en el proceso reproductivo dentro del campo de la atención tradicional lo que hace referencia a la pertenencia cultural que está presente en cada una de las etapas.

Para cerrar podemos ver que los hallazgos encontrados desde un enfoque sociocultural no sólo permiten hacer un acercamiento al comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas de Cuetzalan sino también identificar algunos indicios desde el campo de la promoción de la salud para contribuir en la salud materna. Lo cual implica potenciar los recursos con los que cuentan las mujeres, es decir desde la salud intercultural el campo de la promoción de la salud podría contribuir a generar condiciones para una salud materna de calidad. En otras palabras la promoción de la salud materna promueve la salud materna, y previene la mortalidad materna desde la interculturalidad. Esto sólo se llevará a cabo si realmente se respetan las prácticas tradicionales de la comunidad y se realiza un trabajo intercultural en el sistema de salud partiendo de las necesidades primordiales de las mujeres.

Hubiera sido enriquecedor conocer la opinión de la pareja en esta toma de decisión pero por falta de tiempo y cuestiones económicas para permanecer en el lugar de estudio no

se pudo conocer su opinión. Otra limitante a la cual me enfrente durante el trabajo de campo fue de cuestiones académicas por la falta de experiencia en este tipo de investigaciones.

## **REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTA**

De acuerdo a lo anterior, quisiera referirme en este apartado a los aprendizajes obtenidos durante la elaboración de este trabajo e identificar las limitantes con las cuales contamos en nuestra formación académica. Considero importante que se multipliquen las prácticas de campo para realizar este tipo de investigaciones durante la licenciatura. Además, es importante que se profundice en el manejo de las técnicas y herramientas que se pueden poner en práctica en campo ya que la asignatura de Metodología de la Investigación impartida en la carrera sólo toca cuestiones históricas de la metodología; las materias que dan las herramientas para poder trabajar en campo son el Seminario de Tesis, Epidemiología (I y II) y Salud Comunitaria, siendo pocas en comparación con la curricula de la licenciatura. Es trascendental que en la estructura del plan de estudios de la carrera se integren materias donde se trabaje la salud desde la interculturalidad ya que el campo de la Promoción de la Salud busca el respeto a la salud desde la cultura de cada grupo social, lo cual permitiría el reconocimiento de distintos saberes y demostraría el compromiso social de los estudiantes.

No hay que olvidar que esta casa de estudios y la licenciatura están en desarrollo, por lo cual, es importante la adecuación y actualización del plan de estudios e instrumentos para el aprendizaje, considerando que el trabajo en comunidades es una de las principales área de desarrollo para las/os promotores de salud. Para ello hay que mirar a otros países de Latinoamérica en donde la promoción de la salud es ejercida y tiene el reconocimiento necesario, es responsabilidad de la universidad poner atención en la formación de esos promotores/as y adecuar sus fortalezas en nuestras debilidades existentes para la formación de profesionistas capaces de enfrentar nuestra realidad social.

El fortalecimiento y aprendizajes en lo académico, la investigación y lo personal que tuve durante la elaboración de este trabajo fueron múltiples, como lo describo a continuación:

Académico. A lo largo de nuestra formación se llevan a cabo una serie de trabajos e integración de información, pero una investigación requiere de conocimientos y habilidades básicas que van desde la redacción y paráfrasis del documento hasta el manejo de cuestiones metodológicas.

Investigación. La investigación de campo fue algo nuevo para mí. Es cierto que durante la formación académica se realiza pero es algo totalmente diferente estar sola en un lugar desconocido que trabajar en equipo. Tuve la fortuna de encontrarme con personas comprensibles que accedieron a participar en mi investigación, además de que mi directora haya realizado trabajos en el lugar lo cual me fue de gran ayuda ya que tuve la oportunidad de leer otras investigaciones que se han realizado, esto me abrió la puerta en la comunidad para establecer contacto con personas pertenecientes con las que podía acudir si se me presentaba algún problema durante mi estancia. Fue importante llegar al lugar con una serie de instrumentos realizados con anticipación, como fue la carta de consentimiento informado, sin su realización es difícil que me hayan dado la información necesaria, otro documento que se realizó con antelación fue la guía de entrevista, esta fue importante para no desviarme de los temas a investigar. Durante el trabajo de campo se ponen en práctica una serie de técnicas y herramientas para el acercamiento con las informantes como fue la observación, la bola de nieve y el uso de instrumentos como la libreta de campo. El poder grabar las entrevistas me ayudó hacer el análisis y plasmar la información obtenida, antes de cada entrevista entregaba y explicaba la carta de consentimiento informado.

Personal. Lo que me quiero referir son a las habilidades con las que se cuenta para obtener la información de los participantes, ya que la inexperiencia jugó un papel importante en la apropiación de las herramientas para ponerlas en práctica; pero aprendí que cada uno tiene habilidades que permiten interactuar con otras

personas como es la empatía, respeto, el poder ganarse la confianza de las personas y permitan acceder a su hogar, además de que cuenten aspectos de su vida. Estas habilidades nos permiten formarnos como profesionales ya que el respeto hacia los informantes se debe de ver reflejado en la transcripción de la información obtenida, es prioritario mantener la realidad de las personas sin hacer prejuicios y su de valores de acuerdo a nuestra forma de actuar. En este tipo de trabajos es necesario no obviar nada. Es la ética profesional la que nos debe de guiar para poder obtener mejores resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almanza B. Natividad, Huerta E. Patricia y Merino G. Érica (2010), Propuestas de Trabajo Recepcional para la Obtención del Título en Licenciado en Promoción de la Salud, Recuperado de <http://www.uacm.edu.mx/uacm/Portals/9/Titulacion/MODALIDADES/TitulacionPromocionSalud.pdf>
- Araya Umaña Cristina (2000), *Género y comportamiento reproductivo*, en Baca O. Laura, Bokser L. Judit (2000), *Léxico de la Política*, Facultad latinoamericana de ciencias sociales, CONACYT, México
- Berio P. Lina Rosa (2013), *“Entre la Normatividad Comunitaria y las Instituciones de Salud”*. Procesos Reproductivos y Salud Materna en Mujeres Indígenas de la Costa Chica de Guerrero, (Tesis de Doctorado), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM- I).
- Cabrera Becerra Virginia (2015), *Identidad, Territorio, Narrativa. Configuración, Refiguración y Desfiguración de un Pueblo Mágico*, Revista de Arquitectura, Urbanismo y Territorios, Vol. V, Número 1, Mayo.
- Carbonell Miguel (2010), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, edit. Porrúa
- Castillo Hernández (2007), *Mismo mexicano pero diferente idioma: identidades y actitudes lingüísticas*
- Collado Peña Susana Patricia (2014), *Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica*, en Sánchez Bringas Ángeles (2014), *Desigualdades en la Procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*, UAM-Xochimilco.
- Chapela M. Ma. del Consuelo; Jarillo S. Edgar C. (2001) *Promoción de la salud. Siete tesis para el debate*. Cuadernos médico sociales 79: 59-69. Abril
- Chávez Courtois M. y cols (2010), *Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social*, *Medigrafic, Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (1): 68. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101i.pdf>

- Elú M. (1993), *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Freyermuth E. Graciela (2003), *Las Mujeres de Humo, Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México, Miguel Ángel Porrúa
- Freyermuth E. Graciela (2014), *Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*, en Sánchez Bringas Ángeles (2014), *Desigualdades en la Procreación: Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, UAM-Xochimilco.
- Guzmán L., Angulo A., García D. y Gómez M. (2016), *Introducción a la promoción de la salud*, UACM, México.
- INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2010, "Panorama sociodemográfico de Puebla. Tomo I. 2011", en [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/pue/Panorama\\_Pue\\_T1.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/pue/Panorama_Pue_T1.pdf), Marzo 2016.
- INAFED, Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México, Cuetzalan del Progreso en <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/index.html>, Marzo 2016
- Juárez Fátima, Palma J. L., Susheela Singh y Akinrinola Bankole (2010), *Barreras para la Maternidad Segura en México*, p 17
- Laurell Asa Cristina (1982), *La Salud-Enfermedad como proceso social*, Cuadernos Médicos Sociales N°19
- Luengas A. María I. (1999), *La partería tradicional en la Sierra Norte de Puebla*. *Tramas* 14-15, UAM-X, México, pp. 255-268
- Lerín Piñón, S (2004), *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*. *Desacatos*, núm. 15-16, CIESAS, México, otoño-invierno, pp. 111-125.
- Manzano, E. (2004), *Cuetzalan 1861-1968 Testimonio de un legado cultural*
- Menéndez E. (1992), *La antropología médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.



Análisis desde la perspectiva de género y el enfoque intercultural, (Tesis de Maestría), Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales Sede Académica en México (FLACSO)

Sampieri, H. y cols. (2003). Metodología de investigación. México: McGraw Hill.

Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. (págs.265- 302). PUEG, México...

Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica.

Terven, A. (2009), Justicia indígena en tiempos multiculturales. Hacia la conformidad de un proyecto colectivo propio: la experiencia organizativa de Cuetzalan. Tesis doctoral en Antropología. México. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social

UNICEF (2008), Salud materna y neonatal, 3 United Nations Plaza Nueva York, NY 10017, EEUU.

Velasco Hurtado Oscar R. (2009), "Aún Nos Cuidamos Con Nuestra Medicina" Informe de Consultoría: Inventario Sistematizado de las Prácticas Sanitarias Tradicionales Existentes en las Poblaciones Originarias de los Países Andinos, Recuperado de <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20Aun%20nos%20cuidamos%20con%20nuestra%20medicina%20ORAS%20Oscar%20Velasco.pdf>, p. 12. Consultado 09 de junio de 2015

#### Páginas de Internet

- [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/es/](http://www.who.int/topics/maternal_health/es/), Salud materna, OMS.
- <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1175>, La salud materna-infantil un factor de incidencia en el desarrollo integral de las personas, 2011
- [http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional\\_indigena.pdf](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf), Medicina tradicional indígena, mayo 2016

- <http://www.spps.gob.mx/arranque-parejo-en-la-vida>, Consultado septiembre de 2016.
- <http://www.programassociales.org.mx/sustentos/Guerrero852/archivos/Programa%20de%20Acci%C3%B3n%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar%20y%20Anticoncepci%C3%B3n%202007-2012.pdf>, Programas Sociales, Consultado septiembre de 2016
- <http://www.omm.org.mx/index.php/programas>. Observatorio de mortalidad Materna, Consultado mayo 2016
- [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf). Ley General de Salud, consultado septiembre 2017
- [https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14](https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14
- <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>, Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana

## **Anexo. N° 1**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Perinatología INPerIER, está interesadas en hacer investigaciones que permitan comprender como viven su estado reproductivo desde un enfoque sociocultural. Por este conducto, nos permitimos invitarla a participar en un estudio sobre factores socioculturales respecto a los tipos de atención/es durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. La intención de la invitación a participar es el poder conocer más sobre sus percepciones, opiniones y experiencias que tuvo sobre el cuidado y atención de su embarazo, parto y puerperio. En ningún momento se le juzgará por su forma de pensar o actuar, ya que se trata de un trabajo académico para la obtención de grado de Licenciatura de Promoción de la Salud.

Este trabajo de campo se llevará a cabo por la alumna **Deisy Enriqueta Falcon Ibañez** de la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, quien tiene como responsable y directora de tesis a la **Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois**. La alumna, le pedirá contestar una entrevista semi-estructurada respecto al cuidado y atención/es que tuvo durante su proceso reproductivo. Dicha entrevista será grabada 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. 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 una tesis, manteniendo y respetando el anonimato.

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).

Si tiene cualquier duda en cualquier momento puede llamar al INPer al teléfono:

55-20-99-00 ext. 430 de las 9:00 AM a 3:00 PM de lunes a viernes

**Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois**

Al firmar la presente carta, yo acepto que se me han explicado adecuadamente los objetivos, procedimientos y riesgos mínimos del proyecto. Firmo la presente y conservo un original con la presente información.

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

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Testigos

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

\_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con la participante \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con la participante \_\_\_\_\_

## Anexo. N°2

### Guía de entrevista

#### Datos del Informante

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Junta auxiliar: \_\_\_\_\_

#### Atención en el proceso reproductivo

1. ¿A los cuantos años se embarazó o tuvo su primer hijo?
2. ¿Cuántos hijos tiene?
3. ¿Usted decidió cuantos hijos tener?
4. ¿Cómo ha sido su experiencia en su/s embarazo/s?
5. ¿Usted decidió dónde y con quién atender su embarazo y parto?
6. ¿Por qué decidió atenderse con el médico, partera o curandero?
7. ¿Cómo se sintió entorno a la atención que recibió?
8. ¿Sólo se atendió con el médico o partera?
9. ¿Cómo fue la atención de la partera cuando acudió a consultarla?
10. ¿Cómo fue la atención del médico cuando la atendió?
11. ¿Cómo eran los cuidados que recibía durante en el embarazo?
12. ¿Durante el parto como se sintió con la atención que recibió?
13. ¿Después del parto que cuidados tuvo?
14. ¿Quién la cuidaba?
15. ¿Su opinión fue tomada en cuenta en la atención de embarazo, parto y puerperio?