

Factores socioculturales asociados a la morbilidad materna en Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, México

RESUMEN

Introducción: Los causantes de la morbilidad materna son multifactoriales, existen investigaciones desde de las ciencias sociales y humanidades, en las que se ha demostrado la importancia de la base sociocultural para entender el fenómeno y aportar evidencias que coadyuven a estrategias para disminuir la morbilidad materna. Objetivo: Analizar factores socioculturales en la atención y cuidado del embarazo a fin proponer indicios en la prevención de la morbilidad materna. Participantes: 93 mujeres indígenas embarazadas. Métodos: El trabajo se realizó en el Municipio de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, México. Se empleó metodología cualitativa y cuantitativa desde la perspectiva interdisciplinaria; se aplicaron encuestas socioantropológicas y de nutrición, evaluación antropométrica y entrevistas en profundidad. Resultados: El promedio de edad cronológica de las mujeres fue 24 años, su primer embarazo a los 19 años, la mayoría contó con Seguro Popular, y 37/93 con el Programa Oportunidades, pero a pesar de referir lo anterior no reciben una atención institucional favorable del embarazo, siendo lo contrario con las parteras. Se observó escaso apoyo de la pareja; condiciones geográficas e infraestructura desfavorables para encontrar un servicio médico oportuno. La mayoría de las mujeres saben qué alimentos les favorece, pero la inaccesibilidad a ellos determina su condición nutricia, tuvieron una ganancia de peso gestacional insuficiente y cerca del 30% tuvo una ganancia excesiva. Conclusiones: Las situaciones de pobreza extrema, sociodemográficas-climáticas y condiciones de servicios de salud permean en el cuidado del embarazo. La pobre calidad de la dieta observada puede favorecer la morbilidad materna y neonatal.

PALABRAS CLAVE

Morbilidad materna, factores socioculturales, mujeres indígenas, México

Sociocultural factors associated with maternal morbidity and mortality in Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, Mexico

ABSTRACT

Introduction: The causes of maternal morbidity and mortality are multifactorial, there is research from the social sciences and humanities, which have demonstrated the importance of the socio-cultural basis for understanding the phenomenon and providing evidence that contributes to strategies to reduce maternal morbidity and mortality. Objective: To analyze socio-cultural factors in the care of pregnancy in order to propose indicators in the prevention of maternal morbidity and mortality. Participants: 93 pregnant

indigenous women. Methods: The work was carried out in the Municipality of Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, Mexico. Qualitative and quantitative methodology was used from the interdisciplinary perspective; socio-anthropological and nutrition surveys, anthropometric evaluation and in-depth interviews were applied. Results: The average chronological age of women was 24 years, her first pregnancy at age 19, most of them had *Seguro Popular*, and 37/93 with the *Programa Oportunidades*, but despite the above mentioned do not receive favorable institutional care of pregnancy, being the opposite with midwives. Little support from the couple was observed; unfavourable geographical conditions and infrastructure to find a timely medical service. Most women know which foods are good for them but their inaccessibility determines their nutritional status, had insufficient gestational weight gain and about 30% had excessive gain. Conclusions: Situations of extreme poverty, socio-demographic-climatic and health service conditions permeate pregnancy care. The poor quality of the diet observed may favour maternal and neonatal morbidity and mortality.

KEY WORDS

Maternal morbidity, sociocultural factors, indigenous women, Mexico

Financiamiento

Los resultados del presente trabajo son parte de la investigación titulado “Propuesta de un Modelo Sociocultural para Prevenir Muertes Maternas”, la cual se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT SALUD-2011-C01-161907, y el Instituto Nacional de Perinatología INPer, registro 212250-08351.

Introducción

Mundialmente se estima que diariamente mueren unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se registraron 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, exponiendo que todas estas muertes se produjeron mayormente en países de ingresos bajos y la mayoría de los fallecimientos podrían haberse evitado (OMS, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), registró para 2017 el fallecimiento de 295 000 mujeres, quienes murieron durante y después del embarazo, y el parto por causas directas, siendo las más comunes la pérdida excesiva de sangre, la infección, la presión arterial alta, el aborto inseguro y el parto obstruido, así como causas indirectas como la anemia, la malaria y las enfermedades cardíacas (Indicadores OMS, 2022).

Con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la muerte materna se enfrenta a un gran compromiso mundial, apuntando a una tasa global promedio de menos de 70 muertes por cada 100 000 nacimientos para 2030 (OMS, 2022).

En México para la Semana Epidemiológica 52, la Dirección General de Epidemiología (DGE), calculó una Razón de Mortalidad Materna RMM de 53.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, dentro de las principales causas se encuentran COVID-19 confirmado (42.7%), COVID-19, virus no identificado (2.2%), edema, proteinuria y trastornos hipertensivos (11.6%). Lo anterior, arrojó un incremento del 18.7% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior (DGE, 2021).

Con lo anterior cabe resaltar el dato que el Observatorio de Muerte Materna (OMM) registró para 2016, que un 11.2% de las muertes maternas son de mujeres indígenas (OMM, 2016), en ese sentido resulta importante visibilizar las desigualdades que afectan los resultados de salud de las mujeres embarazadas, tomando en cuenta que los causantes de la morbilidad materna son multifactoriales, es decir, intervenga una amplia gama de factores sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos, que tienen una repercusión en las experiencias de las mujeres embarazadas indígenas (UNPFA, UNICEF and UN Women, 2018).

Existen investigaciones desde de las ciencias sociales, en las que se ha demostrado la importancia de considerar el contexto sociocultural para entender el fenómeno de la morbilidad materna, y aportar evidencias que contribuyan en la creación de estrategias para disminuirla.

Trabajos como los de Juárez- Ramírez, et al (2020), expone el análisis de las barreras que enfrentan durante 2017 y 2018 mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud en Oaxaca, México; para esta investigación, entrevistaron a 30 mujeres indígenas hablantes de Mixteco, mayormente monolingües, usuarias de servicios obstétricos que presentaron complicaciones durante el proceso de embarazo y parto. Los autores dan cuenta de que un 20% de la mujeres no iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de su embarazo, y el 27.2% presentaron alguna complicación derivada de factores diversos, más allá de lo clínico, por ejemplo, la falta de disponibilidad de horarios de atención, situación geográficos desfavorables de la zona, carencia de recursos financieros, poco interés por parte de las mujeres en acudir a los servicios de salud por el contraste entre las prácticas ancestrales vs recomendaciones médicas. Entre los resultados, exponen la importancia que, dentro del primer nivel de atención, es necesaria la coordinación entre el trabajo de promotoras, madrinas obstétricas, brigadistas y parteras empíricas; debido a que su trabajo, entre otros, ayuda a identificar desde el inicio a mujeres embarazadas, para que comiencen su control prenatal de manera oportuna (Juárez-Ramírez, et al., 2020).

El trabajo de Yáñez (2017), da cuenta de las situaciones de vulnerabilidad, discriminación y maltrato que enfrentan mujeres indígenas embarazadas con riesgo de muerte prematura en el Estado de Oaxaca, ante los servicios de salud excluyentes y de mala calidad. Su objetivo, fue exponer factores culturales que no son considerados por las instituciones sanitarias en su intervención y tratamiento con las mujeres embarazadas. Dentro de los hallazgos, se visibiliza que al buscar las mujeres acceso a los servicios de atención obstétrica, reciben discriminación y maltrato, derivado de su condición étnica; lo que las lleva a atrasar su atención, y con ellos pone en riesgo su vida. Concluye, mencionado la importancia de considerar los factores socioculturales de las mujeres indígenas embarazadas para abonar en la

comprensión de las realidades cotidianas que requieren estrategias de atención, seguimiento y soporte (Yáñez, 2017).

A través de la perspectiva de los determinantes sociales Graciela Freyermuth, expone en sus diversos trabajos, las desigualdades que predominan en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en población mexicana, puntualiza las brechas e inequidades como resultado de la desigualdad, colocando paralelamente a los gobiernos como los principales responsables que deberían proteger a las mujeres de muertes tempranas y evitables. Asimismo, menciona que las poblaciones vulnerables son invisibilizadas, mayormente en los municipios con más analfabetismo, hablantes de lengua indígena, menor índice de desarrollo humano, y con mayor grado de rezago social, por lo que el riesgo de morir de las mujeres que viven en estas circunstancias, es de cuatro hasta siete veces más que sus pares nacionales. A lo anterior, se suman características sociodemográficas como tener más de 35 o menos de 15 años, ser viuda o separada, y sin escolaridad o con primaria incompleta (Freyermuth, 2016).

Las limitaciones que produce la desigualdad en salud de las mujeres embarazadas mexicanas, abarcan factores estructurales, institucionales y de características sociodemográficas que ocasionan mayores probabilidades de morir, sobre todo en población vulnerable como la indígena donde las brechas son existentes. Freyermuth, menciona que un 11% de las MM que ocurrieron en el país fue de mujeres hablantes de lengua indígena, sobresaliendo aquellas que habitan Estados como Chiapas, que representa uno de los Estados más pobres de la nación, en este grupo, se incrementa a 42%, que coloca a las mujeres en una situación particular que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse o morir (Freyermuth y Contreras, 2014), (Freyermuth, 2003).

Por su lado, Mejía, et al (2013), comenta que los factores sociales por parte del personal de salud paralelamente a los factores clínicos que inciden en la muerte materna, deben ser considerados por el personal de salud para el diseño e implementación de acciones para disminuir la morbimortalidad materna en todos los niveles de atención. Al analizar los aspectos sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México durante el periodo del 2006-2010, encontró que el 55% de las madres fallecidas con bajo nivel de estudios y que no contaban con algún tipo de derechohabiencia, incrementaron los riesgos de una muerte materna debido a las dificultades de acceso oportuno a las unidades de atención por la baja capacidad de decisión de la mujer para acudir al servicio médico. Por lo anterior, el autor concluye que para comprender el fenómeno de la morbimortalidad en población vulnerable, es necesario, además de las recomendaciones médicas, tomar en cuenta los causantes sociales y culturales en la atención clínica (Mejía M., et al., 2013).

Finalmente, leer la muerte materna vinculada al impacto de los factores socioculturales, como se retoma en el trabajo de Romero-Pérez, et al., da oportunidad de configurar una importante discusión analizando los posibles abordajes para la investigación de este problema de salud pública en zonas rurales y urbanas. Las autoras en su trabajo, reflexionan con base a la revisión de la literatura, sobre la importancia de integrar factores socioculturales en investigaciones de corte cualitativo, lo que permitirá obtener información que aporte en la creación de propuestas o estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad materna (Romero-Pérez, et al., 2010).

Metodología

El desarrollo del presente trabajo es parte de la investigación titulada “Propuesta de un Modelo Sociocultural para Prevenir Muertes Maternas”, la cual fue evaluado por los Comités de Investigación y Comité de Ética en Investigación del INPer, registro 212250-08351, y con el apoyo de CONACYT SALUD-2011-C01-161907.

El trabajo se desarrolló en el Municipio de Cuetzalan del Progreso, Sierra Norte de Puebla, México, que cuenta con un total de 49,864 habitantes de población rural indígena (INEGI Puebla, 2020). Para llevar a cabo el trabajo de campo, se consideraron seis de las ocho Juntas Auxiliares del Municipio:

Reyeshogpan de Hidalgo, San Andrés Tzicuilan, San Miguel Tzinacapan, Santiago Yancuictlalpan, Yohualichan, y Zacatipan.

Participaron 93 mujeres indígenas rurales embarazadas que acuden a los servicios de salud para el control de su embarazo, ya sea al Centro de Salud o Unidad Médica Rural. Se empleó metodología cualitativa y cuantitativa desde la perspectiva interdisciplinaria. Se aplicó una encuesta socioantropológica, en la cual se rescataron las características sociodemográficas y económicas de las mujeres y sus parejas, tipo de actividades laborales, características de la vivienda, prácticas de autocuidado y trayectoria reproductiva de la informante, y por último los tipos de servicios de salud con los que cuentan en la zona. También se empleó una encuesta sobre alimentación, en ella se obtuvo la información respecto a la cantidad de comidas realizadas al día, el tipo de alimentos que consumen, asimismo la percepción de aquellos alimentos que benefician o los prohibidos durante el embarazo, y el cambio o no de alimentación al saberse embarazadas.

Además de las 93 mujeres a 70 se les realizó una entrevista en profundidad, rescatando lo referente a, en qué momento se saben embarazadas; qué actividades modificaron o eliminaron durante el embarazo; conocimiento, percepciones y acciones de la presencia de los signos de urgencia obstétrica; con quién acuden para el cuidado del embarazo y parto, ya sea con el médico o partera; remedios tradicionales para el cuidado del embarazo; necesidad e importancia del apoyo de la pareja; y por último sobre cultura alimentaria.

A cada una de ellas se le entregó carta de consentimiento informado, con previa explicación del proyecto y de su participación.

Contexto situacional

El trabajo de campo se llevó a cabo en el municipio de Cuetzalan de Progres, Sierra Norte de Puebla, México. Este lugar se caracteriza por ser considerado pueblo mágico, debido a su conservación de sus tradiciones, la riqueza de su vegetación y paisajes. Son ocho las Juntas Auxiliares que conforman el municipio: Reyeshogpan de Hidalgo, San Andrés Tzicuilan, San Miguel Tzinacapan, Santiago Yancuictlalpan, Xilixochico de Rafael Ávila Camacho. Xocoyolo, Yohualichan, y Zacatipan.

Cuetzalan del Progreso en el 2020 tenía una población total de 49,864 habitantes, de los cuales el 51.6% son mujeres y el 48.4% hombres. La población menor de edad es la que concentra el 30.5% de la

población total, dividida en menores de 5 a 9 años, 5025 habitantes, de 10 a 14 años con 5,188 habitantes, y de 15 a 19, 4,985 habitantes. Los idiomas indígenas que más se hablan son, el Náhuatl, Totonaca y Tsotsil. Los principales grados académicos en el 2020, fueron la Primaria que representó el 40.6%, seguido de la Secundaria con un 27.9% y Preparatoria o Bachillerato General, siendo el 20.9% del total (DATAMéxico, 2022).

Respecto a la vivienda, las que cuentan con viviendas particulares habitadas son 12,565; disponen de agua entubada 57.37 %, y de drenaje 86.53 %. Las que tienen electricidad son el 96.28 %; y con piso de tierra 9.77% (CEIGEP, 2020). Las principales actividades económicas que se realizan en la zona son cultivo de café, maíz, frijol y otros productos destinados a la venta y autoconsumo; además se cuenta con ganadería, extracción de laja o piedra, turismo y venta de artesanía.

Características sociodemográficas de las participantes

En su mayoría las mujeres embarazadas viven en Unión libre, esto es de 66/93 se encuentran en ese estado civil. De 16/93 son casadas, y 9 solteras, una viuda y una *dejada*. La escolaridad en promedio es la básica, preponderando la secundaria 28/93, siguiéndola la primaria 26/93. La religión católica es la que más predicen.

Estado Civil	Mujeres embarazadas
	93
Soltera	9
Casada	16
Unión libre	66
Dejada	1
Viuda	1

Tabla 1. Información estado Civil de Mujeres Embarazadas. Cuetzalan, Puebla. Elaboración de las autoras

Escolaridad	Mujeres embarazadas
	93
No estudió	6
Primaria	26
Secundaria	28
Bachillerato	22
Carrera Técnica	3
Educación Superior	8

Tabla 2. Información Escolaridad de Mujeres Embarazadas. Cuetzalan, Puebla. Elaboración de las autoras

La ocupación que desempeñan las mujeres es variada, entre las nombradas se encuentran las siguientes: ser amas de casa, artesanas, bordadoras y costureras, actividades en el campo, trabajo doméstico remunerado, empleadas de tienda, papelerías y otros, profesoras y estudiantes. Los lugares donde desempeñan sus actividades son: de 68/93 en casa, dentro de su propia Junta Auxiliar 15/93, en la Cabecera Municipal 8/93, tanto en Municipio aledaños como el otros Estados de la república 1/93 respectivamente.

Respecto a los servicios médicos, de las 93 mujeres, 91 cuentan con seguro médico; el cual se divide en Seguro Popular¹ 86/93, una tiene IMSS, dos ISSSTE, y dos, seguro médico (privado). Cuando se les preguntó si contaban con apoyo gubernamental, solamente 38/93 mencionaron que sí cuentan con él, 37 de ellas con Oportunidades.

Apoyo Gubernamental	Mujeres embarazadas 93
	38
No	54

Tabla 3. Información Apoyo gubernamental a Mujeres Embarazadas. Cuetzalan, Puebla. Elaboración de las autoras

Qué Apoyo Gubernamental	Mujeres embarazadas 93
Oportunidades	37
Otro	1

Tabla 4. Información Tipo de Apoyo gubernamental a Mujeres Embarazadas. Cuetzalan, Puebla. Elaboración de las autoras

Cuidados en los Servicios de Salud Médico y Partería

Las mujeres al identificar su embarazo, deciden cómo, cuándo y con quién comenzar su cuidado prenatal, es decir a cuál servicio de salud acudir por primera vez: Personal de Salud Institucional PSI o Personal de Salud Local Tradicional PSLT. De las 93 mujeres, 79 (85%) acuden con el médico; las mujeres que acuden con la partera son 10 (11%), una con curandero, una con enfermera, una con auxiliar de salud, y una no quiso responder, estas últimas representan el 1% respectivamente.

Es importante mencionar que a pesar de que las mujeres en su mayoría acuden por primera vez con la o el médico, esto no excluye que en el proceso del embarazo decidan por la atención mixta (institucional y local tradicional) por ejemplo 91 mujeres de 93 deciden atenderse con la o el médico, siendo el espacio más inmediato el Centro de Salud (80%), seguido del Hospital (12%). Las mujeres que acuden con la partera son 40 casos (30 más de las 10 iniciadas), comúnmente se acercan a la casa de la partera, el 46%, la partera se acerca a la casa de la mujer embarazada, el 26%, y el 20% al Módulo de Atención Tradicional. Lo anterior, nos deja ver que la atención tradicional en esta zona sigue siendo importante para el cuidado prenatal.

La decisión de acudir con PSLT o PSI tiene como antecedente la percepción de las mujeres respecto a los servicios de salud, por ejemplo, tenerles confianza, el acceso y los recursos económicos. De las 91 mujeres que se atienden con PSI el 91% (80 mujeres) respondieron tener confianza con el personal médico. De ellas, 62 mujeres mencionaron las razones: capacidad del médico relacionado con los conocimientos, “están estudiados”; dan diagnóstico correcto del embarazo, recomendaciones para el cuidado, entrega de medicamentos, buena comunicación y atención; refieren preferencia por ser

¹ Con el gobierno actual (2018 -2024), se eliminó el Programa de Seguro Popular, sustituyéndolo por el Instituto de Salud por el Bienestar INSABI.

atendidas por una médica, “es mujer”. Además, saben que al acudir con el médico “deben” seguir reglas o recomendaciones, por ejemplo, chequeo mensual, tomar medicamentos y realizarse ultrasonidos. De las mujeres que respondieron no tener confianza al PSI fueron 8, siendo sus razones las siguientes: dan diagnósticos equivocados, maltrato de personal por ejemplo regañíos, infunden temor de muerte “le dijo que se iba a morir por la edad y el número de embarazos”, mala comunicación “no me preguntan bien”, “no responde” a las dudas e inquietudes.

“Aquí acuden más a la partera que al doctor, porque como igual dice mi mamá, el doctor tarda mucho en revisarlas, y aunque vayan con mucho dolor no las atienden luego, les dicen que se esperen y no les ayudan” (María Elena, 19 años).

En el caso del PSLT (parteras y curandero) se dijo que 41 casos acuden a este servicio, de ellos solo un caso se atiende con el curandero, las demás con parteras. De los 41 casos solamente 36 respondieron sobre su percepción de confianza; 83% indicaron si tener confianza. La razón principal del por qué acuden con la partera está relacionada con su capacidad, “conoce mucho”, “es mayor”, “acomoda al bebé”. También la confianza está relacionada con sentirse acompañadas “la partera es mi familiar”, o apoyadas por ejemplo cuando la partera intercede ante los médicos, “regaña a los médicos si no atiende”, ayuda durante el embarazo “fue la que me ayudó más”. Asimismo, es determinante la experiencia propia y de mujeres de la comunidad en la atención de embarazos y partos anteriores con el PSLT, saben que van para sobarse, acomodar al bebé y buscar soluciones por la presencia de un dolor, y que reciben buen trato son “amables”, “buena persona”.

Las razones por las que no acuden 6 de las 41 mujeres con la partera, es básicamente que no les tienen confianza a ciertos conocimientos, por ejemplo, cuando se percatan de las contradicciones respecto a recomendaciones o diagnósticos, “me dijo un día que me durmiera de un lado y luego me dijo que no, que del otro”, “me decía que tenía la cabeza abajo y ya en el ultrasonido me dijo que viene bien”. Entre otras razones, mencionan que no atienden bien “dice que atiende, pero luego no”; o no se establece una relación de confianza.

“E ¿Has pensado en aliviarte con una partera? ... I: No, no me gustaría...E: ¿Por qué? ...I: Que tal si se complica el embarazo o no sale todo bien, preferible mejor en el hospital que con una partera, eso creo... E: ¿Crees que si se complicara el embarazo una partera no podría resolver? ... I: No creo E: ¿Por qué crees que sea? I: Yo creo no contaría con los suficientes materiales o medicinas, es lo que yo pienso” (Luz María, 15 años).

Podemos ver que el servicio institucional a través de los Centros de Salud tiene mayor demanda, es decir para las mujeres es su referente inmediato para el cuidado de su embarazo; lo anterior nos deja ver la importancia de fortalecer la atención de primer nivel en términos de equipamiento, infraestructura, abastecimiento de medicamentos para lograr una atención perinatal y un parto imprevisto sin riesgo.

Signos de Urgencia Obstétrica SUO

Una de las acciones que se ha implementado con mayor énfasis en México para prevenir la mortalidad materna, es lo referente a la importancia de que toda mujer embarazada conozca los Signos de Urgencia Obstétrica SUO (CNEGYSR, 2009; Freyermuth y Sesia, 2009; Freyermuth, 2010; Rodríguez, 2012), y actué ante la presencia de algunos de ellos dirigiéndose al Centro de Salud u Hospital más cercano, los resultados en esta acción han sido positiva en algunas zonas de la República Mexicana.

En la población estudiada, se observó que el 71% reconoce que existen complicaciones durante el embarazo, entre ellos mencionan los SUO; a pesar de que tiene el conocimiento éste no se refleja de manera positiva en acciones para su atención por parte de ellas. En el caso de la presencia de hinchazón de pies y manos 21/93 mujeres lo presentaron (23%), solamente 8 acudió para su atención (7 al Centro de Salud y una con la partera). La presencia de dolor de cabeza la presentó 45/93 mujeres, de ellas 25 acudieron al servicio médico, en su mayoría 22/93 al Centro de Salud; por mareos 9 de 24 se atendieron; zumbido de oídos 10/93 mujeres y sólo 4 buscaron atención en el Centro de Salud; tuvieron vómitos 38/93 acercaron al servicio médico 16; presencia de sangrado vaginal 5/93 y las 5 acudieron al servicio médico, 3 de ellas al Hospital General; respecto al dolor de vientre 33 mujeres (37%) mencionan que lo presentaron, de ellas 23 acudieron algún servicio, 19 al servicio médico, 3 con la partera y una con el curandero; en relación con el poco movimiento del bebé 12/93 lo presentaron, solamente 5 se acercaron al Centro de Salud.

Signos de Urgencia según su Percepción SUP

En este trabajo, como hallazgo importante fue reconocer que las mujeres embarazadas identifican otros signos que los perciben también como signos de urgencia, pero que no son reconocidos por el personal de salud, pero para las mujeres, su presencia las coloca en un estado de vulnerabilidad y de alarma, a este tipo de signos los nombramos **Signos de Urgencia según su Percepción SUP**.

Dentro de los SUP, se encuentran: el coraje, 23/93 de ellas manifestaron haberlo tenido, 3 acudieron a atenderlo, una al centro de Salud, dos con algún familiar; otro signo es el susto, que lo presentaron 23 mujeres, solamente 7 fueron por atención, de éstas 2 al Centro de Salud, y 5 con el curandero y otros médicos tradicionales; las caídas también son consideradas como SUP, 20/93 tuvieron, pero solamente 7 buscó ayuda, 3 en el Centro de Salud, 2 con partera, 2 con curandero y otros médicos tradicionales; la presencia de tristeza es otro signo, 26/93 manifiestan haber tenido, 6 buscaron ayuda, una se acercó al Centro de Salud, una al curandero y otros médicos tradicionales, 4 con familiares; y por último la náuseas, que es considerada como signo y no como mero síntoma, 5 lo presentaron, y solo 2 se atendieron, una con el médico privado, y la otra no respondió.

“De susto si, cuando dicen, también es feo el susto, eso que te asustan porque es cuando empiezas a abortar, porque o sea si te asustan bien feo, feo, es cuando ya, uno empieza a sangrar, y de eso del mal de ojo según que si cuando las señoras fuertes, las señoras

casi ancianas tienen caras fuertes sangra fuerte, no sé cómo, es cuando te ven feo, te ven feo, y ya uno sueña feo y ya el bebé nace según mal” (María, 17 años).

Otros SUP, es la falta de cuidado durante el embarazo como son: cargar pesado, no cumplir un antojo, caída y mal golpe; lo relacionado con deficiencias en la salud: colesterol alto, preclampsia, eclampsia, diabetes, anemia, fiebre y tos. Asimismo, hacen referencia en acciones que pueden afectar al bebé, por ejemplo, la pérdida de éste cuando consideran que la “mala implantación”, “que no esté en el útero” lo que puede provocar que “se puede caer el bebé” o “mirar a la luna puede nacer mal (bebé)”.

Es importante tomar en cuenta que posiblemente las informantes de reacción inmediata, no relacionan situaciones biofisiológicas consideradas por el campo de la medicina como de riesgo, que las pueda llevar a una posible morbimortalidad materna. En ese sentido, el contenido de las vivencias de las mujeres embarazadas, es un determinante para percibir una situación de riesgo: a) la existencia o no de un posible riesgo, b) En el caso que se presente un riesgo, éste cómo es comprendido por la mujer; c) el conjunto de la existencia y comprensión de un posible riesgo, determina el actuar de la mujer embarazada (tipo y tiempo) preventivo o de intervención. Lo anterior lo podemos entender como el *Proceso de Comprensión ante un riesgo que conlleve presencia de morbimortalidad materna*, por parte de la mujer embarazada.

Actividades cotidianas

Las mujeres embarazadas realizan una serie de prácticas de autocuidado que conlleva modificar actividades cotidianas. Es importante mencionar que el 80% de las mujeres, es decir 74 de 93 modificaron sus actividades cotidianas al saberse embarazadas, solamente 19 no realizaron cambios. Se identificaron tres prácticas: 1) *Actividades eliminadas*: Las que consideran que les puede afectar. Se encuentra aquellas relacionadas con alzar pesado: no cargar leña, agua o cobijas mojadas; o lo relacionado con el esfuerzo físico, por ejemplo, no brincar; u otros como no tener contacto con gatos, y no usar el transporte público para evitar mareos y vómitos. 2) *Actividades modificadas*: Modificar actividades con menos grado de afección. Por ejemplo, no hacer muchas actividades domésticas, cambiar los días laborales, descansar más durante el trabajo (en el campo, pizca de café, cargar leña) bordar menos. 3) *Actividades incluidas*: Incluir nuevas actividades que garanticen el cuidado de su embarazo. Como sería caminar, hacer ejercicio y moverse.

Parte de las prácticas cotidianas, es la *alimentación*, cinco de ellas definieron lo que consideran deben comer para estar sanas durante la etapa del embarazo, la definen como *Comer bien*, en ella incluyen alimentos, bebidas, respetar horarios y tiempos de comida, por ejemplo, comer más, comer a la hora, comer más verduras, desayunar, tomar leche y té. Además, consideran importante incluir complementos o suplementos como el hierro y ácido fólico, vitaminas y el suero de la farmacia.

Es notorio que las mujeres tienen claro qué necesitan para su bienestar, es decir tiene el conocimiento del autocuidado alimentario e intenta llevarlo a cabo, pues 63 de 93 mujeres cambiaron su alimentación durante la etapa del embarazo.

Si bien más de la mitad de las mujeres modificaron su alimento, vemos que aún un 32% no lo realizó, lo cual es suficiente para reforzar la importancia de la alimentación durante la etapa del embarazo considerando sus alcances en cantidad y tipo de alimentos.

Autocuidados

Las prácticas de autocuidado son una de las soluciones a las cuales acuden las mujeres embarazadas para resolver malestares o enfermedades. Entre ellas se encuentra la autoatención, la cual se deriva de decisiones inmediatas nombradas *remedios* que tienen como referente el sistema de creencias culturales. La toma de tés es el remedio más común al cual acuden, y el tipo de té que ingieren depende del padecimiento que presenten

En este rubro también están los remedios relacionados con untarse “algo” en el cuerpo, por ejemplo, para quitar el dolor de estómago se untan aguardiente con sal o fomentos de árnica con sal; para la fiebre se colocan un trapo húmedo en la cabeza. Los baños de yerbas y el temazcal son las prácticas de autocuidado más representativas de la zona.

Entre otras prácticas de autocuidado, está el acudir con el especialista, como primera opción las mujeres se acercan al médico de cualquier servicio de salud, a la partera o la farmacia. Asimismo, tienden a delegar la responsabilidad del cuidado y atención a algún familiar: suegra, madre y esposo.

La importancia de conocer las actividades cotidianas y prácticas de autoatención que realizan las mujeres embarazadas, permite conocer acciones cotidianas de cuidado paralelas entre éstas y la atención médica, esto es, tener un panorama amplio del cuidado da pauta para proponer acciones concretas dentro de la atención institucional cuando se presenta una emergencia durante el embarazo, parto o puerperio.

Prácticas y percepciones alimentarias

Las prácticas alimentarias de las mujeres embarazadas tienen como antecedente histórico la cultura alimentaria de la zona, esto es, el consumo de alimentos durante el embarazo está relacionada con las costumbres dadas dentro de su comunidad. Considerando lo anterior, los alimentos aceptables o no que las mujeres embarazadas deciden consumir durante esta etapa reproductiva, está permeada por las percepciones alimentarias de su contexto sociocultural.

Para el caso del grupo estudiado, en su mayoría se presentaron cambios en sus patrones alimentarios en términos de la cantidad en el consumo de sus alimentos. Del conjunto de las Juntas Auxiliares, 80 mujeres embarazadas respondieron sobre las prácticas y percepciones alimentarias. De ese grupo de mujeres, cuando se enteraron de su embarazo solamente 14 de 80 no cambiaron ni su cantidad, ni calidad de comida; 10/80 comieron menos al enterarse del embarazo; y por el contrario 28 mejoraron la cantidad de comida, la misma cantidad de mujeres manifestaron mejorar la calidad de su alimentación. Su calidad aumentó comiendo quelites, alimentos no fritos y tomando jugos que dicen *le hacen bien al bebé*. Las mujeres embarazadas expresaron dos factores fundamentales que les ayudaría a tener una

buena alimentación: comer adecuadamente y contar con los recursos económicos para acceder a la cantidad y calidad de alimentos que favorezcan su embarazo.

Las mujeres embarazadas manifestaron que saben la importancia de consumir verduras, frutas y leche durante esa etapa reproductiva, asimismo están conscientes que deben evitar los cereales como sería: tortilla, pan, papa y camote. Para ellas, las principales fuentes de información son el personal de salud, la familia y ella misma, pues son quienes toleran los alimentos.

Para realizar una buena práctica alimentaria –desde sus conocimientos- consideran indispensable comer verduras y frutas, y alimentos de origen animal como el huevo o el pollo, éstos de dos a tres veces por semana por cada grupo. Realizar por lo menos dos tiempos de comidas: uno por la mañana, ya sea desayuno o almuerzo, y otro la comida. Lo cual no pueden cumplir del todo.

Los argumentos en los cuales se basan para definir por qué no pueden llevar dicha práctica alimentaria en su cotidianidad son los siguientes: 1) necesitan aguantar entre una comida y otra, por eso en el almuerzo consumen mayor cantidad de carbohidratos y azúcares (tortillas, pan, galletas y azúcar); 2) no les alcanza monetariamente para comprar diariamente alimentos sanos (verduras y frutas); 3) Y por último, aluden a las costumbres alimentarias, esto es, para ellas el consumo de ciertos alimentos como sería la tortilla o el pan, son parte de su dieta habitual, caso contrario con las verdura o frutas.

“Pues yo digo que deberían de comer bien que es lo principal, comer frutas y verduras. Pues aquí la gente es humilde, somos humildes, no tenemos para comer como usted dice diario carne o así, entonces se come al día o se vive al día, y pues sí como mucha fruta, verdura, carne pues no siempre y pues sí me cuido” (Mercedes, 19 años).

Es necesario reflexionar que existe una brecha entre la relación práctica y conocimiento alimentario, lo cual está determinada precisamente por factores sociales, pero sobre todo económicos con los que cuenta la población del estudio.

Redes de Apoyo

Pareja

De los 93 casos, solamente 79 respondieron sobre la participación de la pareja. El 95% de las mujeres mencionaron que su pareja sí se involucra en el cuidado del embarazo; pero si lo anterior lo analizamos en relación con las necesidades que precisan las mujeres, demandan mayor y tipo de apoyo, colaboración por parte de la pareja.

Casi todas las mujeres incluyendo a algunas solteras, esto es el 99% respondieron que es importante contar con el apoyo de la pareja durante el embarazo en diferentes aspectos. Entre las razones, está el tema de la responsabilidad, en él tienen claro que el hijo -refiriéndose al embarazo-, es de los dos, y por tal ambos obtienen compromisos. Consideran una serie de necesidades, entre ellas la importancia de sentirse acompañadas y cuidadas por su pareja dentro del hogar, por ejemplo, ayuda en actividades

domésticas, con traer leña, atender a los hijos (bañarlos y educarlos), trabajar para que se alimente la familia, para el pago de medicinas y pasajes, cumplirle antojos, ayudar a moverse, evitar problemas entre la pareja.

“De hecho él me dijo que la culpa fue mía porque yo no me cuidé, la del problema era yo ... que me las arreglara yo, como yo pudiera. Digo pues hora sí al principio sí me dio coraje, digo no pues cómo voy a creer si las cosas son de dos, no nada más de uno” (Yadira, 27 años).

También mencionan la necesidad de que su pareja dentro del ámbito de la salud, tenga información sobre los riesgos y cuidados del embarazo, saber pedir ayuda en caso de emergencia, estar dispuesto en acompañarla a sus consultas médicas, darle medicamentos, preguntar por el embarazo, buscar padrino o madrina obstétrica² y acompañarla durante el parto.

Otras personas de apoyo

El grupo de mujeres que están alrededor de la gestante es el principal actor de apoyo, donde la madre de la mujer embarazada ocupa el primer lugar, es quien la acompaña durante el embarazo, parto y puerperio, a las citas médicas, se informa sobre los cuidados del embarazo, realiza visitas, da remedios, evita discusiones, cumple antojos, apoyo en la alimentación: llevándole comida, frutas, y compran cosas para el bebé. Asimismo, da apoyo en el cuidado de otros hijos, en labores domésticas, préstamo de dinero, y es la consejera de los cuidados que debe tener la mujer embarazada: *que no haga mucho quehacer, que se alimente*.

Se puede observar que la mujer gestante está consciente del tipo de apoyo que recibe de las dos principales redes involucrados en el cuidado de su embarazo (pareja y madre), claramente se percibe que existe mayor apoyo de la madre que de la pareja. Es evidente que las mujeres embarazadas demandan claramente cuáles son las acciones de apoyo que necesitan de la pareja. Por tal, es imprescindible sensibilizar a este último, sobre la importancia de la responsabilidad de la paternidad desde de la gestación.

Contexto Geográfica – climático

Asimismo, las condiciones para un servicio de atención de salud oportuno, están permeadas por el *Contexto geográfico-climático*, debido a que algunas comunidades y localidades se encuentran a largas distancias de los servicios de salud primario.

² Las madrinas y padrinos comunitarios que brindan acompañamiento a la mujer gestante o puerpera para propiciar el control prenatal, la identificación de signos de alarma durante el embarazo, parto, puerperio o del recién nacido. (Secretaría de Salud, 2015).

Aunado a los trayectos, el clima de la zona de estudio es extremosa, en ocasiones se presentan lluvias intensas y prolongadas o presencia de altos grados de temperatura ambiental, dichas condiciones desfavorecen los caminos y recorridos para acudir a los servicios de salud para las mujeres embarazadas. Asociado a lo anterior, las rutas y horarios de transporte público complican las entradas y salidas de la comunidad a los servicios médicos.

Reflexiones finales

Podemos decir que existe un conjunto de factores socioculturales que permean en la condición de morbimortalidad materna de mujeres indígenas rurales, que se recapitulan en las situaciones de pobreza extrema, en una precaria condición socioeconómica, en un desfavorable escenario climático-demográfico, y por supuesto en las insuficientes condiciones de servicios de salud que permean en el cuidado del embarazo (CNEGYSR, 2009; Freyermuth y Sesia 2009; Freyermuth, 2010; Rodríguez 2012). Es importante señalar que, en este grupo, el proceso del embarazo y su cuidado recaen en la mujer, pues la ausencia de la pareja es evidente (Freyermuth y Sesia, 2009; Freyermuth, 2010); en ese sentido podemos decir que en esta zona indígena la responsabilidad de la salud materna es de la mujer, lo cual se refleja en las acciones de cuidado cotidiano, y en la identificación de los SUP como estrategias preventivas locales en el cuidado del embarazo.

Por tal, es necesario de manera urgente voltear a ver las necesidades y habilidades de atención de las mujeres según su idiosincrasia; las mujeres embarazadas saben qué acciones realizar y cuáles no, para tener un cuidado adecuado del embarazo, siendo sus principales razones evitar complicaciones y malestares, asimismo evitar abortos, con ello se apuesta a mejorar y aportar en la Salud Materna. Igualmente, es clara la necesidad de reforzar otras acciones como: una alimentación sana; involucrar más a la comunidad y en especial a la pareja en el cuidado de la mujer embarazada, además reconocer el trabajo, y espacios de las parteras como estrategia medular en el cuidado prenatal de las comunidades.

Es imprescindible crear y aplicar *Estrategias Comunitarias*, en las cuales se reconozca que el cuidado prenatal también es un compromiso de la comunidad, esto es, debe existir una corresponsabilidad en el cuidado para la mujer embarazada entre el personal de salud local tradicional e institucional, y sus familiares o personas cercanas. Por lo cual, es necesario trabajar con los diversos actores, involucrándolos en acciones concretas de cuidado dentro del sistema familiar y comunitario.

Para que se pueda lograr con éxito el cuidado prenatal desde la cotidianidad, es necesario reforzar las redes de apoyo (pareja, familia, personas cercanas) con el fin de reducir y/o apoyar en actividades cotidianas dentro del hogar y de sobrevivencia, como por ejemplo apoyo en el trabajo que realizan las mujeres en el campo o venta de artesanías.

Lo anterior refuerza la necesidad de proporcionar **Atención Integral Comunitaria en Salud Materna**, esto es, considerar en paralelo la atención médica, la atención de partería y las actividades cotidianas de cuidado del embarazo, de esta manera se aportaría en la prevención de la presencia de morbilidades

maternas en zonas socialmente vulnerables, proporcionando mayor justicia del cuidado del embarazo en población indígena rural.

Referencias

CNEGYSR (2009) *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México 2009* en https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/estrategia_integral.pdf

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla CEIGEP (2020). Gobierno de Puebla. Disponible en: http://www.coteigep.puebla.gob.mx/components/fich_mun.php?id=21043

DATAMéxico (2022). Cuetzalan del Progreso, Puebla. Disponible en: [https://datamexico.org/es/profile/geo/cuetzalan-del-progreso#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20de%20Cuetzalan,19%20a%C3%B1os%20\(4%2C985%20habitantes\).](https://datamexico.org/es/profile/geo/cuetzalan-del-progreso#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20de%20Cuetzalan,19%20a%C3%B1os%20(4%2C985%20habitantes).)

Dirección General de Epidemiología DGE. Secretaria de Salud México. (2021). Reporte semanal de vigilancia epidemiológica. Semana epidemiología 22. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf

Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. CIESAS, México.

Freyermuth G., Sesia, P. Coord. (2009) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Disponible en: https://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf

Freyermuth, G. (2010). Desigualdades en la vida, desigualdades para morir, la mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Documento de Trabajo 2010/1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estudios_relacionados/MMChs_19dejulio_GFE_VF_conGraficas.pdf

Freyermuth, G., Contreras, L. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Revista Internacional de estadística y geografía* 5(3): 44-61. Disponible en: https://scholar.google.com.mx/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=Q26_GZ4AAAAJ&citation_for_view=Q26_GZ4AAAAJ:SGW5VrABaM0C

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2020) Censo de Población y Vivienda, 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Freyermuth, G. (2016). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna. *Rev CONAMED*, 21(1):25-32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI Puebla (2020). Cuéntame. Información por entidad. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Pue/Poblacion/default.aspx?tema=ME>

Juárez-Ramírez, C.; Aremis-Villalobos, AL.; Saucedo-Valenzuela, GN. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit*, 34(6): 546-552. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>

Mejía M, Martha Leticia, Ortiz V, Roberto Carlos, Laureano E, Jorge, Alcántara H, Elizabeth Clotilde Guillermina, López Z, María del Carmen, & Gil H, Elisa. (2013). Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente: Jalisco, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78 (6): 419-424. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000600003>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2019). Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de la Salud OMS (2022). Salud materna. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la salud OMS (2022). Salud y envejecimiento de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Portal de datos. Indicadores. Disponible en: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/number-of-maternal-deaths>

Rodríguez, E., Andueza, G., Rosado, I., Ortiz, E. Hernández Bernardo (2012) Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. *Revista de investigación clínica*, 64 (2): 154-163. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn122f.pdf>

Romero-Pérez, I., Sánchez-Miranda, G., Romero-López, E., Chávez-Courtois, M. (2019) Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum*, 24 (1): 42-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101f.pdf>

Secretaría de Salud (2015). Programa de Salud Materna y Perinatal. CNEGSR (2013-2018) <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031#:~:text=Madriñas%20y%20padrinos%20comunitarios%20que,puerperio%20o%20del%20reci%C3%A9n%20nacido.>

UNPFA, UNICEF and UN Women. (2018). Salud y mortalidad materna de las mujeres indígenas. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/resources/salud-y-mortalidad-materna-de-las-mujeres-indigenas>

Yañez, M. (2017). Introducción a las intervenciones de una contraloría antropológica para reducir la muerte materna en Oaxaca, en *Marejadas rurales y luchas por la vida*. Coord. Keilbach, B., López Paniagua, EA., Herrera, T. AMER, 1(4): 67-80. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/104545/Marejadas%20Rurales%20y%20Luchas%20por%20la%20Vida%20Vol%204Permanencias%2C%20resistencias.pdf?sequence=3#page=102>