

La salud perinatal de la mujer en una comunidad indígena

Cleotilde García Reza* y Sabina de la Cruz López*

Recepción: 26 de enero de 2006

Aceptación: 29 de enero de 2008

* Facultad de Enfermería y Obstetricia,
Universidad Autónoma del Estado de México.
Correo electrónico: coty592000@yahoo.com
y sabinacruz2000@yahoo.com

Las autoras agradecen al Lic. Tonatiuh Sosa García por el apoyo en la traducción, así como la revisión de estilo y ortografía.

Resumen. La salud perinatal es una parte de la salud reproductiva que favorece la maternidad saludable y sin riesgo, por medio de estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad. Se describe la experiencia de la mujer en su etapa reproductiva y la influencia en la salud perinatal. Este estudio es de naturaleza cualitativa y exploratoria y fue desarrollado con siete mujeres. Los datos se obtuvieron por medio de la entrevista semiestructurada y observación participante. Los resultados resaltaron las creencias y costumbres durante el embarazo, parto y posparto. El conocimiento adquirido en ese contexto cultural de manera cotidiana promueve el bienestar de la familia y la capacidad de la mujer para autocuidarse.

Palabras clave: cuidado, cultura, salud perinatal, mujeres indígenas, enfermería.

The Perinatal Health of Women from an Indigenous Community

Abstract. Perinatal welfare is one of the elements in reproductive health that promotes a healthy maternity without any risks through the use of strategies to reduce cases of death. This study aims to describe women's experience in their reproductive phase and the influence on perinatal welfare of an Indigenous community in the state of Guerrero. It is a qualitative –exploratory study, carried out in seven native women. The data were obtained through a semi structured interview and participant observation. The results show the importance of beliefs and customs during pregnancy, delivery and postpartum. These customs influence women to take care of their health and give them stronghold for their own growth, development and survival. This cultural knowledge promotes welfare in the family and in women's capacity for self care.

Key words: cultural care, perinatal welfare, native women.

Introducción

La salud reproductiva es un elemento integral para mejorar la salud de la mujer; propicia la maternidad saludable y sin riesgo; establece estrategias, con tendencia a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatales (SSA, 2001).

La salud reproductiva incluye la reproducción de forma satisfactoria por medio de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo sano del lactante. El objetivo actual es que

la mujer viva con seguridad su embarazo, parto y posparto; logre la regulación de su fertilidad sin riesgo para alcanzar una mejor calidad de vida durante esta etapa reproductiva (Pérez, 1997; Sepúlveda, 2000).

El embarazo, a pesar de ser un acto fisiológico natural, es una etapa especial en la vida de la mujer, que habitualmente se desarrolla dentro de un contexto social y cultural. La maternidad es regulada por reglas sociales de su contexto y es de suponerse que éstos influyen en la evolución del embarazo.

La mujer gestante es por naturaleza una figura activa, consciente de las acciones y decisiones que tendrá que llevar a cabo durante las 24 horas del día para su cuidado en el embarazo, parto y posparto, como resultado de su experiencia cotidiana (Herrero, 1989).

Datos estadísticos muestran que los servicios obstétricos básicos de atención perinatal son escasos y ocasionan tasas innecesarias de alta morbilidad y mortalidad maternas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año mueren 500 mil mujeres por causas obstétricas, y que el 50% de estas muertes son porque las mujeres no tienen acceso a los servicios de salud (SSA, 2001).

Al realizar una revisión estadística de la mortalidad materna en la comunidad correspondiente a la jurisdicción sanitaria 06, en Ometepec, estado de Guerrero, durante los meses de enero a agosto de 2001, se encontró un registro de 14 muertes maternas ocurridas durante el periodo perinatal; mujeres de 20 a 35 años de edad, que representan el 1.8% de la población en edad fértil. En nuestro país, el estado de Guerrero, ocupa el primer lugar en muertes maternas, resultado de una escasa o nula consulta prenatal (SSA, 2001).

A través del tiempo, la enfermería ha tenido que sustentar cambios que van desde una profesión meramente técnica hasta ser una disciplina científica (Leininger, 1978; Giraldo, 2007). Ante estos cambios el profesional de enfermería ha enfrentado nuevas expectativas y desafíos en el área del conocimiento, especialmente en el cuidado del ser humano. La enfermería transcultural, de acuerdo con Leininger, es un área formal de estudio, su trabajo está centrado en el objeto de estudio y basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a cuidar o recuperar su salud (Boehs, 2002).

Leininger (1999) plantea que la cultura estipula la forma en que las personas de cada sociedad puntualizan lo que es salud, enfermedad, vida, muerte; igualmente la necesidad de buscar atención y decidir a quién solicitarla. Los conceptos de salud y enfermedad son una construcción social que responde a una forma particular de ver y vivir la vida. No hay formas universales de construir y experimentar los conceptos. Todo individuo construye sus conceptos tácita o explícitamente de acuerdo con su cultura y su propio saber (Leininger, 1999; Boehs, 1990).

De esa forma, con el modelo Madele Leininger en el Modelo del Sol Naciente, permite al profesional de enfermería aproximarse a las mujeres en edad reproductiva, tomando en cuenta los aspectos culturales, los valores y aquellas prácticas de cuidado que realizan durante el embarazo, parto y puerpe-

La enfermería transcultural es un área formal de estudio, su trabajo está centrado en el objeto de estudio y basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a cuidar o recuperar su salud.

rio, con la finalidad de comprender la experiencia que viven durante la etapa reproductiva.

1. Metodología

Es un estudio con abordaje cualitativo, exploratorio y descriptivo que busca conocer las diversas situaciones y relaciones, así como el comportamiento en la vida social, política, económica y aspectos de comportamiento humano, tanto del individuo como de los grupos (Álvarez, 2004).

El estudio fue realizado en mujeres en edad reproductiva, de una comunidad rural de la región de la Costa Chica del estado de Guerrero, localizado a 19 kilómetros de Ometepec, Guerrero.

La comunidad tiene una población de 2 596 habitantes, de los cuales 774 son mujeres en edad fértil. El 85% de esta población es analfabeta y el 100% habla la lengua materna amuzga; 97% trabaja en el campo, el cual constituye la fuente principal para el sustento económico de la familia.

El material de construcción que predomina en las viviendas es el adobe, no cuentan con servicio de drenaje y sólo 75% tiene agua potable intradomiciliaria; sólo 62% tiene luz eléctrica (Secretaría de Salud, 2000).

Los sujetos de estudio fueron siete mujeres en edad reproductiva que habían tenido hijos en alguna etapa de su vida.

Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semiestructurada y la observación participante, aplicadas durante un periodo de 6 meses en el año 2001. La opción por la técnica de observación participante se sustenta en el referencial teórico de Leininger (1978), pues este referencial aborda aspectos culturales que necesitan de esta técnica.

Para que el estudio pudiera ser realizado fue necesario obtener, primero, la autorización de los líderes y autoridades de la comunidad (delegado, sacerdote y el profesor) para tener acceso a la comunidad, además, se les explicó el objetivo de la investigación.

Una vez autorizado el acceso fue necesario invitar a las autoridades, líderes y a las mujeres participantes del estudio a la primera reunión, con la finalidad de dar a conocer los objetivos y las preguntas que orientaron la investigación. A esta reunión asistieron 24 personas, entre ellas las mujeres participantes y sus esposos, así como los líderes y el sacerdote.

Durante el embarazo las mujeres acuden con la partera, como parte de su cultura: “Puedo cuidarme sola durante mi embarazo. Además de que nunca estoy sola, me ayuda la experiencia de la partera y mi esposo. Todos somos responsables de ayudar a cuidar al niño”.

En la segunda reunión –a la que asistieron 10 mujeres– se solicitó la autorización por escrito para el desarrollo de la investigación, también se pidió ayuda al líder de la comunidad para la traducción de la lengua amuzga durante el proceso de las entrevistas.

En la tercera reunión estuvieron presentes solamente siete mujeres con sus esposos, quienes estaban dispuestas a participar para la recolección de los datos, así que nuevamente solicitamos el permiso para visitar a las mujeres en sus domicilios y grabar las entrevistas. Sin embargo, las autoridades y también los esposos no aceptaron esta propuesta, por lo que se optó por realizar las entrevistas en la comisaría municipal y no grabarlas.

Durante las entrevistas, las mujeres estuvieron acompañadas por sus esposos o por sus suegras o abuelas, y en todos los casos se garantizó el anonimato y confidencialidad de los informantes. La duración de las entrevistas fue de entre 80 y 120 minutos, contando siempre con el consentimiento de las personas involucradas, para lo cual se recibió el apoyo de dos auxiliares, donde uno fue relator y el otro traductor.

Para el análisis de los datos, se realizó una lectura de las entrevistas, posteriormente seleccionamos las unidades temáticas relacionadas con los objetivos (Flick, 2004).

Como resultado de la interacción y a partir de los datos surgieron temas sobre la vida reproductiva de la mujer, relacionados con el embarazo, antes y después del mismo.

2. Análisis y discusión de los resultados

De la organización y análisis de las entrevistas a mujeres en edad reproductiva, surgieron datos culturales que permitieron tener una visión de la experiencia vivida de las mujeres desde la perspectiva de sus costumbres, tradiciones, creencias y valores relacionados con la salud perinatal. Para comprender el fenómeno, los datos se organizaron en categorías: periodo prenatal, embarazo, parto y puerperio (Potter, 1988).

2.1. Las creencias y costumbres en el periodo prenatal

El periodo prenatal comprende desde el inicio de la edad reproductiva hasta el embarazo. Los datos de las mujeres

entrevistadas mostraron lo siguiente: la edad de inicio de la vida sexual y reproductiva de las mujeres de esta región comienza a los 12 años, el primer hijo nace al año siguiente del matrimonio, esto va acorde con sus creencias, costumbres, tradiciones y valores practicados. El número promedio de hijos procreados es de ocho. También

aparecieron temas sobre los beneficios que les proporciona seguir estas creencias, en primer lugar, las mujeres refieren el reconocimiento de su comunidad, el cual es manifestado por el respeto al esposo (Schawarces, 1991; Medina, 2006).

Los padres de estas mujeres reciben una mayor dote, es decir una “compensación” por su hija que va a casarse, la cual puede estar conformada por animales, alimentos o tierras. Cabe aclarar que la retribución más alta es cuando la mujer tiene 12 años, esto es cuando se casa antes de que se la coma la luna, es decir antes de que aparezca su primera menstruación, lo cual indica que “llega inocente con el marido”, ese es el significado de esta creencia, por tanto, estas mujeres consideran que a esta edad se tiene suficiente edad para ser mujer. También afirmaron: “estoy preparada para ser madre”. Sin embargo, si la mujer se casa después de aparecer su primera menstruación, se cree que no sirve, esto significa que tendrá que enfrentar el rechazo de la comunidad donde vive.

De acuerdo con lo que refiere Potter (1988), la edad ideal para el inicio de la vida sexual y reproductiva es a los 20 años, por lo tanto, la edad de 12 años representa un riesgo mayor para el binomio madre-hijo.

Es evidente que estas mujeres cuidan su salud y la de su familia como resultado de su experiencia propia de cultura, a partir de las vivencias personales, lo que les permite mantener un estilo de vida y de salud durante esta etapa (Giraldo, 2007).

De acuerdo con el modelo transcultural de Madeleine Leininger, a través de los cuidados se puede obtener mayor conocimiento del mundo contemporáneo, el contacto cultural provoca modificaciones en el individuo. Este modelo une la práctica de enfermería con el conocimiento antropológico que permite la colección de datos para ver la realidad desde una visión holística, donde la cultura adquiere su dimensión auténtica para comprender las creencias y costumbres desde su propio contexto.

Esto implica nuevas formas de atender a las mujeres en edad fértil; durante el embarazo, parto y puerperio, pues hasta ahora, el profesional de enfermería se ha preocupado por cuidar de una forma uniforme sin hacer ninguna reflexión. El modelo de Leininger ayuda a comprender el

**Las creencias de la familia se respetan, lo que da a la mujer confianza y seguridad:
La partera me da seguridad, apoyo para mi familia, no me aplica medicamentos,
tengo facilidad de pago y algo muy importante es que no me separa de mi familia [...]**

contexto real de la mujer para tomar decisiones y determinar acciones de cuidado que la beneficien (Leininger, 1978; Giraldo, 2007).

2.2. Las costumbres y creencias practicadas en el cuidado durante el embarazo

Durante el embarazo las mujeres buscan ayuda con la partera, y al respecto afirman:

Puedo cuidarme sola durante mi embarazo. Además de que nunca estoy sola, me ayuda la experiencia de la partera y mi esposo. Todos somos responsables de ayudar a cuidar al niño.

Las mujeres hacen uso de la medicina tradicional, pues el conocimiento lo han adquirido a través de la experiencia vivida con su familia, lo que les proporciona seguridad y capacidad para autocuidarse. Estas mujeres creen estar preparadas para el proceso del embarazo, los cuidados van enfocados a proporcionar seguridad, confianza y tranquilidad a la mujer, pero principalmente a la familia.

Leininger (1990) refiere que existen serias dificultades entre el conocimiento popular y el del profesional de enfermería, ya que al no tomar en cuenta las costumbres, creencias y valores, se abre una brecha tan grande que los individuos silenciosamente, rechazan la atención de las instituciones de salud (Boehs, 2002; Giraldo, 2007).

Una creencia muy arraigada que las mujeres tienen durante esta etapa es ofrecer al niño a un animal guardián que cuidará de él, le asignan como un compañero que siempre lo protegerá (denominado tona por los miembros de la comunidad).

Otra costumbre es el uso del “cinturón de seguridad”, llamado así por las mujeres de esta localidad, el cual consiste en una faja que ellas elaboran con telas propias de su región. Este cinturón se coloca en la cintura y lo usan durante el embarazo, parto y posparto. Además acostumbran no comer alimentos fríos como calabaza, sandía, aguacate y coco durante el embarazo.

Cuando las mujeres presentan alguna complicación, lo relacionan con un castigo divino, pero nunca piensan que sea una falta de cuidado durante este periodo.

Estos resultados mostraron que estas mujeres son activas en la solución de los problemas surgidos durante el embara-

zo y el parto, pues continuamente toman decisiones emanadas de los valores, creencias y costumbres vividas durante la convivencia cultural de su comunidad, Costa Chica. Por lo tanto no hay que olvidar que ellas son las res-

ponsables del cuidado de la salud familiar y que dependen del contexto las acciones de cuidado.

Con respecto a la respuesta que reciben de los profesionales de la salud cuando solicitan atención, ellas manifestaron vivencias negativas, ya que en primer lugar no son llamadas por su nombre, sino que a todas las llaman Marías. Ellas dicen: “No sabemos quién es esa mujer que [él llama] cuando vamos a consulta. Siempre está enojado, dice que me bañe, cuando ya me he bañado”. Además, creen que si él las atiende, pierden su fuerza, confianza y seguridad. Afirmaron: “Tengo miedo no sé qué me va a suceder”.

Como se puede ver, la atención derivada de los profesionales de la salud resulta ser compleja, así como la decisión y la selección del tipo de cuidado solicitado por estas mujeres durante el proceso de la salud perinatal. En este sentido, es importante que los profesionales de la salud perciban los relatos de las mujeres de esta comunidad y valoren las creencias, los significados que ellas le atribuyen a su cuidado. Pues para darse la relación de tratamiento entre las mujeres y ellos, la comunicación es un factor importante para reconocer el discernimiento que tienen las mujeres durante este proceso (Giraldo, 2007).

2.3. Las costumbres y creencias en la etapa del parto y puerperio

Los cuidados son brindados en la casa de la mujer y se cuenta con la colaboración de toda la familia, quienes le ofrecen apoyo emocional y espiritual. Las creencias de la familia se respetan, lo que da a la mujer confianza y seguridad. Las mujeres comentaron:

La partera me da seguridad, apoyo para mi familia, no me aplica medicamentos, tengo facilidad de pago y algo muy importante es que no me separa de mi familia. Con la partera uso cinturón de seguridad, no tomo alimentos fríos, me da baño de horno [temascal], baños con agua caliente, si hay complicaciones la partera las resuelve con ingesta de bebidas calientes para relajamiento muscular y té para el sangrado.

Sin embargo cuando solicitan ayuda al profesional de la salud, ellas manifestaron:

Significa inseguridad, tenemos miedo, muchas creemos que vamos a encontrar la muerte segura. Con ellos no, en primer lugar, son hombres, ellos no saben, varias mujeres y niños han muerto. Además con el profesional de la salud sentimos que no nos respetan, nos ponen en una postura que no nos gusta, también sentimos inseguridad porque somos separadas de nuestra familia, no nos dicen por qué, sólo dice: 'Se va a quedar María. No tenemos el apoyo familiar y mucho menos de la partera.

El presente estudio provocó un conflicto en aquello que caracteriza a la mujer de la Costa Chica: su identidad, su cultura en relación con el grupo de salud; pues es clara la posibilidad de inducir a la marginación, al no tomar en cuenta su realidad como algo distinto, los modos específicos y particulares que describen su diario vivir. El profesional de enfermería necesita considerar la forma de vida de los grupos para aplicar las técnicas de educación para la salud respetando la forma en que las mujeres de la Costa Chica se cuidan, lo cual implica responsabilidad, reciprocidad, preocupación, compañía y protección familiar. No es tarea fácil para las enfermeras, sin embargo, la teoría transcultural afirma que la enfermera necesita negociar, respetar, comprender, escuchar y sugerir el diálogo, a partir de la experiencia de otro, mediante la reflexión y la creatividad para facilitar la resolución de problemas de salud, de tal forma que se alcance la congruencia entre el cuidado que estas mujeres practican y el que propone el profesional de salud, sea médico, enfermera o trabajadora social (Boehs, 2002).

Estas mujeres perciben que existe una tendencia a cambiar sus creencias, cosa contraria a lo que ellas han vivido y creído. La mayor parte de los cuidados para su salud tienen lugar dentro de su familia, y éstos se basan en la medicina tradicional, conocimientos adquiridos a través de su experiencia y reafirmados por la práctica cotidiana que incluye tés, masajes, baños calientes, aplicación tópica de hierbas, ofrecimiento del niño a un santo y animales, etcétera.

Es así como ellas perciben que estos cuidados están directamente relacionados con la visión que han tenido en su contexto real de la comunidad, de ningún modo lo asocian con los programas emanados del sistema de salud o de algún miembro del centro de salud. Por lo tanto, es preciso que el profesional de enfermería comprenda que las acciones de cuidado de una población deben ser congruentes con la cultura, y de esta forma se podrá disminuir la brecha existente entre el profesional y la mujer gestante (Giraldo, 2007).

Conclusión

Es importante resaltar que el contexto cultural (creencias, costumbre, valores, prácticas) de la mujer de la Costa Chica durante el periodo perinatal influye de manera significativa para conservar su salud; le sirve como fortaleza, para su crecimiento, desarrollo y supervivencia. El conocimiento adquirido en ese contexto cultural de manera cotidiana promueve el bienestar de la familia, la capacidad para autocuidarse y enfrentar la enfermedad.

Es evidente que las costumbres y creencias elevan la autoestima de estas mujeres implicadas en el cuidado, también reafirman ese sentido de cooperación y solidaridad tan importante para el desarrollo de su vida cotidiana. Como resultado se genera el valor emocional de la madre que proporciona tranquilidad en el binomio madre-hijo, para que ambos gocen de bienestar. Cabe mencionar que el sentir de las personas de la comunidad es que el profesional de salud no les provee respeto, por el contrario, crea en ellas estrés, enojo y angustia, bloqueando su sentido de colaboración natural, situación que impide a estas mujeres solicitar un servicio de atención a este nivel, lo cual constituye un gran desafío para los profesionales de enfermería, ya que no es una tarea fácil, así que debemos hacer un esfuerzo por respaldar las actuaciones sobre un marco de referencia cultural que podría brindar sustento teórico para la investigación y la práctica de la enfermería, a fin de cambiar la forma rutinaria de proporcionar un cuidado.

El modelo de Leininger ayudó a tener un acercamiento, ya que es una propuesta para vencer estos desafíos, en ella encontramos conceptos amplios que dan respuesta a la visión antropológica de la enfermería. Sin duda esta teoría contribuye a que la enfermería se aproxime al conocimiento del contexto real de las mujeres indígenas amuzgas. De acuerdo con Leininger (1999), debemos usar las creencias, valores y estilos de vida como un despertar consciente para ayudar en el cuidado de estas mujeres en el periodo perinatal.

Este despertar debe generar una relación sensitiva entre el profesional de enfermería del sector salud y la comunidad, a través de un trabajo dirigido no sólo al enfoque educativo de las enfermedades, sino a conocer cuáles son las necesidades reales de estas mujeres. Por medio del diálogo podemos escuchar su sentir, sus temores, tristezas o algún otro sentimiento que impide alcanzar en determinado momento mejores condiciones de salud, reflejadas en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad durante el periodo perinatal.

Finalmente, es válido afirmar que existe una diversidad cultural en todos los humanos, es decir de los sujetos del cuidado de enfermería. En este sentido, la dimensión cultural de estas mujeres significa abrir una puerta y poner

ante nuestros ojos una realidad que transforma la práctica y la disciplina. Significa reconocer sus capacidades y las nuestras, las incongruencias de unas prácticas hegemónicas en los servicios de salud que han contribuido a negar la

diversidad cultural de pacientes y comunidades, buscando la homogenización, que lesiona a las personas, y sus valores que propician dolor, resentimiento y rechazo a los servicios de salud.

oble

Bibliografía

- Álvarez, J. L. y G. Jurgens (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Paidós, México.
- Boehs A. E. (1990). *Prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseada na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família. [Dissertação]*. Florianópolis(SC):Pós Graduação Enfermagem/UFSC.
- _____ (2002). "Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria transcultural de Leininger". *Rev. Latino-Am.* Vol.10, Núm.1 Ribeirão Preto Brasil. Vol. 10, núm. 1.
- Secretaría de Salud (2000). *Diagnóstico de Salud*. Jurisdicción Sanitaria 06, Ometepec, Guerrero.
- _____ (2000). "Arranque parejo en la vida", *Programa estratégico 2001-2006*, México
- Flick U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Paideia, Madrid.
- Giraldo-Montoya, D. I. (2007). "Meaning of Care During Pre-delivery", *Revista Avances en Enfermería*. Universidad Pontificia Bolivaria Medellín. Vol. xxv, Núm.1:115-121.
- Herrero, R. (1989). *De la medicina tradicional en México y supervivencia*. UNAM, México.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de cuidados*. Núm. 6, Alicante.
- _____ (1978). *Transcultural Nursing*. Nueva York, Jhon Wile.
- Medina I. A. y C. May (2006). "Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Aweyun y Wampis", *Méd. Exp. Salud Pública*, 23(1). Perú.
- Pérez-Palacios, G. (1997). *Los pilares de la salud reproductiva*. Año1. Núm.1, enero-febrero.
- Potter J. (1988). *Utilización de los servicios de salud materna en el área rural*. Salud Pública, México.
- Sepúlveda J. (Coord.) (2000). *La mortalidad en México*. Cuadernos de la Secretaría de Salud. Núm. 1.
- Schawarces, R. y A. G. Díaz (1991). *Atención prenatal y del parto de bajo riesgo*. CLAP-POPS/OMS. Publicación Científica del CLAP. núm. 234, julio.



La Revista CIENCIA ergo sum

CIENCIA
ergo sum



Felicita al

Dr. Francisco Lizcano Fernández

Coordinador del Centro de Investigaciones
en Ciencias Sociales y Humanidades

Por haber obtenido el premio Estatal de Ciencia y Tecnología en reconocimiento al impacto de su trabajo de investigación, su contribución al avance de la ciencia y su ejemplar trayectoria.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO