



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS INDIVIDUAL

**“FACTORES DE RIESGO QUE DETERMINAN EL EJERCICIO DE DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN MUJERES INDÍGENAS EN EL
MUNICIPIO DE COCHOAPA EL GRANDE, GUERRERO”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MONTSERRAT SAMANTA MORÁN CRUZ
NÚMERO DE CUENTA: 308258929

DIRECTORA ACADÉMICA

MTRA. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

MÉXICO, D.F.

MARZO 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis mujeres Margarita, Consuelo, Berenice, Yaneth, a hermanas, tías, primas, amigas, sobrinas por enseñarme que es y cómo ser mujer, fuerte, trabajadora, empoderada que lucha y defiende sus ideales.

A mi papá Félix Morán Ocampo y abuelito Eleno por enseñarme con su ejemplo humildad, esfuerzo, respeto y amor por mi trabajo.

A mis hermanos Alonso y Daniel por ser parte de mis desvelos, esfuerzos, apoyo y ayuda a la largo de mi trayectoria académica.

A mis amigos por todos los momentos de apoyo aprendizaje, diversión a lo largo de mi trayectoria como estudiante.

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater, la mejor y más grande casa de estudios a la Universidad Nacional Autónoma de México por enseñarme a aprender, por desarrollar mis capacidades y aptitudes para mi formación e integración a la sociedad como profesionista que demanda esta sociedad.

A mi asesora y maestra Margarita Cárdenas Jiménez por su tiempo, sus enseñanzas como profesionista y como ser humano.

A las mujeres, niños, recién nacidos y comunidad de Cochoapa el Grande que me ayudaron a darme cuenta de los problemas y sufrimiento de mujeres en poblaciones indígenas.

“Por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”

Rosa Luxemburgo

ÍNDICE

Introducción.....	4
CAPITULO I	
A. Planteamiento del problema.....	7
B. Delimitación de la investigación.....	11
C. Justificación.....	16
D. Limitaciones.....	34
E. Objetivos.....	36
CAPITULO II	
Fundamentación teórica.....	37
CAPITULO III	
A. Hipótesis.....	62
B. Variables.....	62
C. Indicadores de las variables.....	63
CAPITULO IV	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
A. Tipo de investigación.....	67
B. Población y muestra.....	68

C. Materiales y métodos.....	68
D. Técnicas aplicadas en la recolección de la información.....	69
E. Instrumentos de medición.....	71
F. Resultados y discusión.....	72
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA IMPLEMENTADAS DURANTE LA INVESTIGACIÓN.....	103
ANEXOS.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	129

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto del ser humano que se expresa a lo largo de toda su vida. Sin embargo, en etapas de edad reproductiva las mujeres deben de tomar decisiones importantes al respecto.

La educación de la sexualidad debe ser integral y basada en un enfoque de derechos para que contribuya al desarrollo de competencias para ejercer los derechos sexuales y reproductivos ya que favorece una mejor calidad de vida actual y futura.

Además de ser un derecho¹, es una herramienta fundamental para que las personas puedan tomar decisiones autónomas, informadas, responsables y saludables sobre este aspecto de sus vidas.

En México, sobre todo en poblaciones indígenas se inicia vida sexual activa a edades tempranas.² Tener acceso a educación de la sexualidad integral contribuye a posponer el momento de inicio de la vida sexual, así como a fortalecer la capacidad de prevenir embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/Sida. Para alcanzar la meta correspondiente de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mortalidad materna varía ampliamente entre los estados y es particularmente elevada en las entidades federativas más pobres y con una alta proporción de población indígena.

¹ "El Derecho es el conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la **sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia**" Pérez Nieto y Castro Leonel, Ledesma Mondragón Abel, Introducción al estudio de Derecho, segunda edición, editorial Harla, México, p.9.

² En México, el IRSP (Inicio de Relaciones Sexuales con Penetración) es de 15 años en las mujeres, y en los hombres de 16, los factores asociados en las mujeres son creencias de género tradicionales, sintomatología depresiva alta, autoestima familiar alta. Rivera Leonor, López Ahidé, Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP Cuernavaca, México. [Internet] [consultado 19 marzo 2016] Disponible en <http://www.sciencedirect.com/.../article/pii/S0213911115001727>

La importancia de Prevenir con Educación contribuye activamente a cumplir esta meta mediante: la promoción de iniciativas orientadas al fortalecimiento de la educación de la sexualidad incluyendo el conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos así como reconocer la necesidad de abordar las cuestiones de salud reproductiva teniendo en cuenta los aspectos culturales sigue siendo una preocupación fundamental.

En el planteamiento de problema se refiere el por qué las mujeres indígenas no pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos así como preguntas formuladas durante la investigación a las que se trata responder.

Delimitación de la investigación en este apartado se establecerá descriptivamente la cobertura que tuvo la investigación en lo relativo a espacio geográfico, es decir, sujetos que participaron y tiempo, especificando el periodo de tiempo en el que fue realizada la investigación.

Justificación en este apartado se refleja la importancia y relevancia de la investigación, exponiendo argumentos tales como los objetivos del milenio, la importancia y las causas de mortalidad materna para su disminución por la importancia de derechos sexuales y reproductivos.

En las limitaciones se reflejan las restricciones que se sobrellevaron durante la investigación, para poder expandir o generalizar los resultados.

Objetivos generales y específicos se especifican y definen los logros que se esperan obtener a partir de los resultados arrojados en la investigación.

Fundamentación teórica en este capítulo se exponen situaciones y contextos que son parte de la realidad de la población a estudiar por lo

que se describe el contexto en el que están inmersas las variables del problema, así como el marco social, cultural, legal, institucional.

La Hipótesis en este capítulo se expresa el supuesto básico que orienta la búsqueda de la información así como su relación esperada con las variables.

En las variables se exponen los indicadores que permitirán medir el comportamiento de las variables a evaluar, así como la identificación de aquellos aspectos medibles que nos muestran como es el comportamiento de las variables

Metodología de la investigación este capítulo se describe la estrategia a seguir a través del tipo y modalidad de la investigación, la caracterización del análisis, técnicas, procesos e instrumentos de medición a ser utilizados.

Se describe la población y muestra de mujeres participantes de la investigación.

En los resultados se describen las variables evaluadas así como su discusión y porcentajes mediante las gráficas mostradas.

En el penúltimo apartado se describen las conclusiones, recomendaciones e intervenciones de enfermería para la solución de la problemática principal. En los anexos se muestran las imágenes de intervenciones y problemática encontrada en la población.

Por último la bibliografía y autores citados para la fundamentación de la investigación

CAPITULO I

A. Planteamiento del problema

Las mujeres pertenecientes a los cuatro pueblos indígenas más grandes de Guerrero son: el Náhuatl, el Amuzgo, el Mixteco, y el Tlapaneco, sufren de una triple opresión: las injusticias de clase, la discriminación étnica y la subordinación e inequidad de género³, pues es bien sabido que en el orden simbólico del género femenino, es el papel social y culturalmente que le corresponde desempeñar según su cultura ya que parte del supuesto de que las mujeres con menor escolaridad y de zonas rurales tienen un pequeño y en la mayoría de los casos un nulo conocimiento sobre sus derechos universales, la reproducción, mucho menos de la sexualidad.

Las mujeres sujetas a este estudio son de la cultura mixteca en donde el amor no es generalmente una experiencia personal espontánea que puede llevar al matrimonio, por el contrario, éste se efectúa por convenio entre las respectivas familias o por medio de un agente matrimonial o esporádicamente sin la ayuda de tales intermediarios, cuando se fugan, se realiza sobre la base de consideraciones sociales, partiendo de la premisa de que el amor surge después de concertado el matrimonio.

El sistema familiar y social se sustenta en ideologías propias de la cultura mixteca, en la que los hombres por medio de factores físicos (el uso de fuerza, la capacidad de embarazar a las mujeres, complexión mayor al de

³ El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria. OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las Actividades de la OMS. Resolución de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2007. [Internet] disponible en <http://www.who.int/topics/gender/es/>

la mujer), la presión directa determinada por el predominio de la falocracia, los rituales, las tradiciones, la venta de mujeres para compromiso matrimonial solo por la iglesia la cantidad monetaria de la dote será de acuerdo a la edad de la fémina, si es antes de la menarca el valor será de 10 mil pesos para arriba, si los estudios de esta rebasan el primer año de secundaria el valor aproximado es de 60 a 200 mil pesos además del costo de la ceremonia y fiesta matrimonial, o en algunos casos dependerá de la situación de la familia llegan casos extremos de mujeres por cartones de cerveza, la elección del número de hijos será de los suegros, al momento de ser consumado el trato; la mujer pasa a pertenecer a la familia del hombre pues su familia consanguínea no puede volver a tomar parte de sus decisiones y en el momento que ésta, decida separarse de su esposo y regresar con sus padres, estos deben de regresar el dinero de la dote proporcionada al inicio del trato; los suegros tienen derecho a golpear a la mujer en caso de que el marido hubiese migrado, en algunos casos hasta es permitida la violación por parte del suegro; las decisiones acerca de los hijos: embarazo, parto, educación es de los suegros.

En esta comunidad indígena el Municipio y el Ayuntamiento Municipal están regido bajo normas, principios y costumbres tradicionales de su cultura, por lo que las autoridades electas, en su mayoría tienen baja o nula escolaridad y son oriundos de la comunidad, los cuales eligen su gabinete y secretarios mediante el charrismo⁴. Se permiten todos los tipos de violencia en contra de las mujeres: económica, patrimonial, física, psicológica, sexual, desigualdad y discriminación, incluso en el

⁴ La **figura de "charro" que caracteriza a los líderes de sindicato desde entonces con vaivenes y alternativas, con diferencias regionales y personales se ha campeado la arbitrariedad, la lucha por el poder y el control político, la utilización de puestos para el enriquecimiento personal, el ascenso en la escarpada cuesta de los puestos de "representación popular" en la burocracia política estatal.** Bazán Lucía. Cuando una puerta de cierra cientos se abren. Casa y familia: los recursos de los desempleados de la refinera 18 de marzo. México; 1999. Antropología Ciesas. P.145.

ayuntamiento se encuentra un letrero en donde textualmente se deslindan de estas denuncias: **“EN LA SINDICATURA YA NO SE ATIENDEN LOS CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR”** (Ver Anexo 1), y cuando tratan de denunciarse, el victimario termina como víctima y la responsabilidad de las acciones es porque las mujeres los provocan.⁵

La nula o escasa escolaridad de la mujer indígena la torna dependiente, a pesar de que existe en la comunidad la educación preescolar, primaria, secundaria y bachillerato intercultural y bilingüe pero la mayoría no accede a ella. (Ver Grafica 7 Escolaridad). El arraigo y conservación de la lengua materna (mixteca) aunado a la nula escolaridad las convierte en blanco fácil de discriminación y desigualdad. (Ver Grafica 5 de Idioma).

A pesar de la “igualdad de género y equidad” que se promueve hoy en día, la mujer solo puede aspirar a ser ama de casa, a cuidar de los hijos y en algunos casos se dedica a las labores del campo.

Las políticas públicas implementadas para el desarrollo social a nivel nacional (Prospera, IMSS Prospera, Seguro Popular) se implementan en la comunidad de Cochoapa el Grande, sin embargo, es evidente la insuficiencia, mal manejo y ausencia de control oficial de estos recursos económicos, pues son malgastados por los hombres en bebidas alcohólicas, fiestas patronales, migración principalmente a Sinaloa y la Unión Americana, aunque en su mayoría quienes son beneficiarias de estos apoyos económicos son las mujeres, las cuales son violentadas económicamente por sus esposos al adueñarse de este apoyo para todo fin excepto para el desarrollo familiar.

⁵ Agredieron sexualmente a una adolescente un grupo de chicos de la comunidad, el caso se dio a conocer en todo el pueblo ya que fue en fechas festivas por lo cual las autoridades principales y la comunidad culparon a la joven porque había ingerido bebidas alcohólicas, por su manera de vestir y comportarse. Los violadores siguen libres. Pues la denuncia jamás procedió.

En la mayoría de la comunidad prevalece la idea de que la única ley válida es la de Dios, la religión católica domina, con creencias que hacen de la mujer sumisa, abnegada, callada que tiene como única obligación el cuidar de los hijos, el número de hijos que dios decida mandarles, por lo que la satanización del uso de métodos de planificación familiar es cuestión de pecado, de ir en contra de la voluntad de dios, y las consecuencias según sus creencias van desde malformaciones genéticas en los siguientes hijos, el mal olor, y hasta la muerte de quien los utilice; el simple hecho de la atención de parto de manera institucional es la causa de enfermedades y muerte de los neonatos; pues la costumbre es la atención del parto en el hogar atendidos por familiares, suegros, madres, esposos, abuelos, tías, y parteras tradicionales.

Los factores de riesgo⁶ y estilos de vida de la mujer en poblaciones rurales las convierte en vulnerables para el aumento de morbilidad-mortalidad perinatal; el sistema de referencia y contra referencia a servicios sanitarios de segundo nivel es algo utópico pues la renuencia, idiosincrasia y falta de recursos les impide acudir a estas, solo lo hacen cuando las consecuencias son demasiado graves o irreversibles.

Ante estas consideraciones las mujeres son vistas como objetos de compra y venta, sin poder de decisión en cuanto a la relación matrimonial, la elección del número de hijos y el destino de los ingresos familiares percibidos por los programas de apoyo, situación que se agrava dado el nulo apoyo por parte de las autoridades municipales y por sus creencias religiosas y culturales, haciéndolas vulnerables ante la decisión de otros

⁶ Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Pita Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma; 1995.

(esposo y suegros) que le impiden ejercer libremente la decisión de cuidar su persona y ejercer sus Derechos Sexuales y Reproductivos, por lo que surgen los siguientes cuestionamientos a los cuales se les tratará de dar solución:

¿Por qué, según las mujeres indígenas no se ejercen sus derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuáles son los factores; biológicos, económicos, sociales, religiosos, culturales y patriarcales que impiden el ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos? ¿Es económicamente remunerable para los padres en poblaciones indígenas tener hijas?

¿Si el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos fuese dominio de la población femenina la morbilidad-mortalidad materna y perinatal sería diferente en la población?

¿Cuáles son las opciones que tiene el personal de enfermería para disminuir los factores de riesgo para que las mujeres ejerzan sus Derechos Sexuales y Reproductivos?

B. Delimitación de la investigación.

El municipio de Cochoapa el grande, Guerrero, pertenece a la región de La Montaña y se localiza al este de la capital del estado, entre las **coordenadas 16° 56' 57" y 17° 17' 43" de latitud norte, y los 98° 16' 58" y 98° 32' 16" de longitud oeste. Cuenta con una extensión territorial de 365 km², que representan el 4.3% de su similar regional y 0.6% de la estatal. Colinda al norte con Metlatónoc, al sur con Metlatónoc y Tlacoachistlahuaca, al este y al oeste con Metlatónoc. Su cabecera municipal, del mismo nombre, se ubica a una altitud de 2000 metro sobre el nivel del mar. (Ver Anexo 2).**

Los recursos hidrológicos más importantes son los ríos Grande y Chilistlahuaca o Piedra Parada, que nacen en el municipio, además de los arroyos Mixtecapa, Encarnación Ixtiacalaza, Encajonado, Barranca de Cabeza y El Verde.

Los climas predominantes son el subhúmedo cálido, semicálido y templado; los meses de abril y mayo son los más calurosos, y los más frescos, enero y febrero, con una temperatura media anual de 22 °C. La temporada de lluvias comprende de junio a octubre, con una precipitación media anual de 2400 mm.

Predomina una cubierta vegetal típica de las zonas templadas áridas. Existe selva baja caducifolia en donde se puede encontrar mezquite, matorral espinoso, nopaleras y pastizal; abundan bosques de pino, encino y mesófilo de montaña.

Esta es variada, y entre las especies existentes se pueden observar conejo, liebre, coyote, zorro, venado, alacrán, víbora de cascabel, águila, zopilote y gavilán.

Adicional a sus recursos suelo, agua, flora y fauna, se desconoce la existencia de yacimientos minerales aprovechables.

El II Censo de Población y Vivienda 2005 reporta una población de 15 572 habitantes, de los que 7445 son hombres y 8127 mujeres. Es una población predominantemente joven, en la que el 58.5% es menor de 20 años, y la que está en edad activa (12 a 64 años) representa el 53.1%.

El II Censo de Población y Vivienda 2005 reporta que 12 489 personas, el 98% de la población de 5 años y más, hablan alguna lengua indígena, siendo el mixteco el predominante. La mayoría de la población profesa la religión católica.

Al final de la época prehispánica, este territorio perteneció a Oaxtepec, que a su vez era tributario de los mexicas. Durante el periodo colonial, el pueblo de Xantetelco, al que perteneció Cochoapa El Grande, fue parte de

la alcaldía mayor de Cuautla de Morelos, del actual estado de Morelos. Por Decreto del 2 de enero de 1947, se le dio vida como municipio, pero fue nulificado el 2 de septiembre del mismo año por no reunir las condiciones para funcionar como tal. A través del tiempo, hubo nuevas peticiones al Congreso local; una de ellas, realizada por 55 ejidatarios de Cochoapa El Grande, y la LVII Legislatura, después de haberse cumplido todas las formalidades de ley, mediante Decreto número 588, aprobado el 10 de noviembre de 2002 y publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del estado, número 101, de fecha 10 de diciembre del mismo año, aprobó la creación del municipio de Cochoapa El Grande. En la misma sesión se aprobó la modificación del Decreto número 591 por el que se reforma y adiciona el artículo 5 de la Constitución Política del estado y se incluye la creación de este municipio.

Existen suelos chernozem o negros, aptos para la agricultura; y podzol, propios para la ganadería. Gran parte del municipio se halla asentado en suelos aluviales, sin roca; sólo al norte y noreste se observan afloramientos de caliza, así como riolita, basalto y toba. Predomina el litosol éutrico, al norte y noroeste; el xerosol háplico de textura media al oeste y sureste; y el feozem lúvico y castanozem lúvico de textura media y pendientes ligeras, menores del 8%, al norte.

El terreno, por lo montañoso, es de difícil acceso; el 65% es de topografía accidentada; el 23% es semiplano; y sólo el 12% son áreas planas. Destacan los cerros Gachupín, La Garza y Cuate.

Celebran fiestas religiosas dedicadas en su día al santo patrono de cada parroquia o capilla. Parroquia de Cochoapa El Grande. Cuenta con un

preescolar, dos Escuelas Primaria Yuku Sami, una Escuela Secundaria y un Bachillerato intercultural.⁷ (Ver Anexo 3).

Para la atención de la salud se cuenta con 2 unidades móviles y 2 establecimientos de primer nivel, que en conjunto disponen de 2 consultorios, una sala de expulsión y 2 camas no censables. Los recursos humanos están integrados por 4 médicos generales que representan una cobertura asistencial de un médico por cada 2704 habitantes. (Ver Anexo 4).

El Centro de Salud Rural para Población Dispersa de Cochoapa el Grande (C.S.R.P.D) dirección Avenida principal Vicente Guerrero sin número Colonia Centro Sector 1 Municipio de Cochoapa el Grande Guerrero. Está constituido por:

Recursos humanos

Médico General	4
Odontólogo	2
Nutriólogo	1
Enfermera general	7
PSSLEyO	1
PSSLE	1
Intendencia	1
Chofer	1

Recursos materiales

Almacén	1
---------	---

⁷Sánchez Garibay F. Enciclopedia Guerrerense. Guerrero Cultural Siglo XXI, A.C, 2012 [Internet] (consultado 12 Diciembre 2015) Disponible en <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/cochoapa-el-grande/>

Ambulancias	2
Archivo clínico	1
Cama sensible	2
Autoclave para esterilización	1
Farmacia	1
Red fría (refrigerador)	1
Consultorio medico	2
Consultorio dental	1
Sala de expulsión	1
Sala de usos múltiples	1
Sala de encamados	1

Al tratarse de una comunidad indígena rural el acceso a los servicios básicos de salud es escaso, y la atención en caso de embarazos de alto riesgo se trasladan al Segundo nivel de atención al Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense de Tlapa de Comonfort localizado a 2 horas y 39 minutos de distancia (87,8 km).

La escases de recursos humanos, materiales e insumos (medicamentos del cuadro básico, insuficientes, inexistentes y a punto de caducarse), la falta de ética, así como la nula capacitación científica y tecnológica del personal sanitario, aunado a la carga excesiva de trabajo, la incomunicación y falta de acceso a la comunidad hace de la atención de primer nivel precaria e insuficiente.

Muestra. Sujetos que participaron en la realización del estudio; Población indígena femenina en edad reproductiva del municipio de Cochoapa el Grande que curso alguna de las etapas reproductivas de embarazo, parto y puerperio en el periodo de 8 de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015. Con una Muestra total aleatoria de 155 mujeres que acudieron a consulta

de control prenatal, consulta puerperal y consulta de planificación familiar. Método estudio de corte transversal objetivo; Por medio de una serie de ítems correspondientes al expediente clínico (Historia Clínica, Historia Clínica perinatal, Historia Clínica de Planificación Familiar, Censo de puérperas y menores de dos años, censo de embarazadas, CEDIME **“Censo Digital de Mujeres Embarazadas”** y hoja de registro diario de pacientes en consulta externa), se recabaron datos Objetivos puesto que el contexto, es una variable cualitativa.

Cabe mencionar que las variables que se consideraron en el estudio son objetivas, pues todas las embarazadas; se manejaron como pacientes de alto riesgo debido a los factores de riesgo pre disponentes. La importancia del contexto social: ya que por cuestiones económicas y familiares; los sujetos de estudio, no acudían regularmente a sus citas de control de embarazo, parto y puerperio. Por lo que solo se considera la consulta de primera vez.

Periodo

Tiempo, especificado periodo de tiempo en el que fue realizada la investigación. Periodo de 4 a de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015.

C. Justificación

La sexualidad es un aspecto natural y precioso de la vida, es una parte esencial y fundamental de nuestra humanidad. Para que las personas logren el más alto estándar de salud, deben primero estar empoderadas para ejercer sus decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva; deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual. En la actualidad, la discriminación, el estigma, el temor y la violencia plantean amenazas reales para muchas personas. Estas

amenazas y las acciones que desencadenan que varían en su naturaleza desde el desaliento hasta las amenazas contra la vida impiden que muchas personas puedan ejercer sus derechos sexuales y alcanzar su salud sexual. Las Metas del Milenio y los Derechos Sexuales y Reproductivos están comprometidos a cumplir con sus fines a través de un enfoque que incorpora los principios de universalidad, interrelación, interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos. El asegurar que los derechos sexuales, como derechos humanos sean respetados a través de nuestra propia prestación de servicios y actividades de defensa y promoción, así como en el ámbito público en general.

Los derechos humanos; son un conjunto de derechos relacionados con la sexualidad, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas; y que no pueden ser ignorados. Tenemos que perseverar; tenemos que ser inflexibles y apasionados en nuestros esfuerzos por reducir el estigma y mejorar el acceso a los servicios, así como para aumentar el reconocimiento de la sexualidad como aspecto positivo de la vida humana. En especial, los grupos marginados como la población adolescente, población femenina indígena, las esposas menores de edad y las niñas que son madres, necesitan conocer sus derechos y autocuidado. La Declaración es aplicable igualmente para las niñas y mujeres que son vulnerables o que han sido víctimas de violencia basada en género, incluidas las normas tradicionales como la venta de menores femeninas y la discriminación de género basada en el analfabetismo.

Los derechos sexuales son derechos humanos relacionados con la sexualidad, presenta los diez derechos sexuales. Estos derechos están constituidos por un conjunto de beneficios relacionados con la sexualidad, que emanan del derecho a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas.

La sexualidad y el placer derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo.

La salud sexual se extiende a lo largo de la vida. La sexualidad es un factor integral en casi todas las decisiones reproductivas; sin embargo es un aspecto central del ser humano, independientemente de que decida o no reproducirse.

La sexualidad no es meramente un vehículo para que los individuos satisfagan sus intereses reproductivos. El derecho a experimentar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción, y de la reproducción independientemente de la sexualidad, debe ser salvaguardado, prestando especial atención a mujeres vulnerables.

La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño.

El derecho a estar protegido y de tener recursos contra toda forma de violencia y daño es un pilar de los derechos sexuales. El daño relacionado con la sexualidad incluye tanto la violencia como el abuso de naturaleza física, verbal, psicológica, económica y sexual; así como la violencia contra las personas debido a su sexo; edad; género; identidad de género; orientación sexual; estado civil; historia o comportamiento sexual, ya sea real o imputado; prácticas sexuales o la forma en que manifiesten su sexualidad.

El principio de la capacidad evolutiva combina el respeto por las personas, su dignidad y derecho a la protección de toda forma de daño, a la vez que también reconocen el valor de sus propias contribuciones hacia su protección. Las sociedades deben crear ambientes en los cuales las mujeres puedan alcanzar al máximo sus capacidades óptimas y en donde

sede un mayor respeto a su potencial para participar y responsabilizarse por la toma de decisiones sobre sus propias vidas.⁸

El aprendizaje muestra tendencias de temor relacionado con el desconocimiento de ejercer sus derechos manifestado por la inseguridad en la población femenina indígena aunado al contexto situacional y estilos de vida.

Con el cuidado holístico y atención de enfermería, se incorpora una nueva dimensión al acto de cuidar pues el cuidado debe estar encaminado a la enseñanza, prevención y autocuidado, y no solo a pacientes de alto riesgo, este debe de ser en conjunto con familiares, pues estos cumplen un papel determinante en las toma de decisiones de la mujer.

Si bien las personas experimentan su sexualidad en formas que varían dependiendo de factores internos y externos, los derechos humanos relacionados con la sexualidad, su protección y promoción deben de respetarse en todo el mundo. La sexualidad es un aspecto de la vida humana y social, la cual está siempre ligada al cuerpo, la mente, la política, la salud y la sociedad.

El Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico; Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales. Sin preferencia de dominios privados, públicos y políticos.⁹

⁸ Sharpe Jacqueline. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. Por la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Londres, Reino Unido. Publicada en octubre de 2008 [Internet] (Consultado 19 julio 2015) Disponible en www.ippf.org/system/files/ippf_sexual_rights_declaration_spanish.pdf

⁹ Ibid.

Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos. Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio.

Para comprender y explicar la condición de subordinación de las mujeres. Una vez más se vuelve a plantear la relación entre naturaleza-cultura y a revitalizar las hipótesis del determinismo biológico en la explicación de la desigualdad social y política. Y una vez más se llegó a la conclusión de que la variación de los comportamientos sociales están más allá de las diferencias biológicas, porque entre los seres humanos hasta la satisfacción de las necesidades más elementales de la sobrevivencia - alimentación, vivienda, vestuario, etcétera - están determinadas por construcciones sociales.

Los derechos sexuales y reproductivos están comprometidos a lograr sus metas dentro de un enfoque de derechos humanos, que incorpora los principios de universalidad, interrelación, interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos. Se reconoce y tiene la convicción de que los derechos sexuales son un componente de los derechos humanos, que son un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad y que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas. Las metas del milenio.

Meta 4

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015 Indicadores:

9) Relación entre niñas y niños en la educación, primaria, secundaria y superior

10) Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años

11) Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector agrícola

12) Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

Objetivo 3

Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Hacer especificidad al género e incluir información sobre las brechas de ingresos y violencia de género

Indicadores:

28) Relación entre la proporción de la población femenina y masculina de 15 años y más; perceptora de ingresos del trabajo o rentas

29) Brecha de género en autonomía económica

30) Relación entre ingreso global por mujer e ingreso global por hombre

31) Brecha de género en el ingreso global

32) Frecuencia de violencia contra la mujer

Gracias al incremento de la cobertura de la educación básica, la tasa del analfabetismo de hombres y mujeres se ha reducido considerablemente en las últimas décadas. No obstante, este comportamiento no toca a toda la población. El porcentaje de analfabetismo es notablemente mayor en localidades rurales (de menos de 2.500 habitantes), particularmente entre las mujeres donde casi una de cada cuatro es analfabeta (24.8%).

Entre la población que habla alguna lengua indígena la desigualdad por sexo se manifiesta, entre otros aspectos, en la educación, donde la mujer registra desventaja. De los hombres que hablan alguna lengua indígena, 73 de cada 100 saben leer y escribir; esto significa 14 casos menos que entre los hombres con esta aptitud en el país.

En cambio, 72 de cada 100 mujeres hablantes tienen esta aptitud, lo que representa una diferencia de 16 casos con respecto a las mujeres de esta edad en el país. Sólo el estado de Guerrero registra más de 50% de analfabetismo.

Participación de las mujeres en los espacios de toma de decisiones. La división sexual que coloca a las mujeres y a los hombres en esferas mutuamente excluyentes también determina la atención que se da a diferentes intereses y necesidades de unos y de otras en la esfera pública.

Durante mucho tiempo, a pesar de contar con el derecho formal al sufragio, a votar y ser votadas las mujeres han tenido un acceso restringido a los cargos de decisiones públicas y los asuntos que son de su interés como las cuestiones familiares, domésticas y sexuales, así como otras políticas y decisiones públicas que afectan el bienestar de las mujeres, han sido descuidados por el predominio de soluciones públicas

y/o políticas, basadas en los modelos masculinos de funcionamiento económico y político.

A fin de contrarrestar el hecho de que los asuntos privados no son vistos como una cuestión política, y contrarrestar la exclusión de las mujeres del ámbito público y político, La violencia doméstica no sólo es fuente de innumerables problemas de salud para las mujeres y sus hijos, sino también la más triste expresión de una profunda desigualdad de género.

En México en 2003, 35.4% de las mujeres de 15 años y más, unidas y conviviendo con su pareja, sufrían de violencia emocional ejercida por su compañero o cónyuge, 27.3% padecían violencia económica, 9.3% violencia física y 7.8% violencia sexual. De las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, sólo 56.4% declararon no padecer ningún tipo de violencia.

Objetivo 5

Mejorar la salud materna

Meta 6

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores:

16) Tasa de mortalidad materna

17) Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Mejorar la salud materna. La meta de género es específica pero se requiere tomar en cuenta la condición de vida de la mujer y otros

determinantes de su salud; en particular, el goce y ejercicio de derechos a la salud y acceso a salud reproductiva.

Indicadores:

36) Estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva

37) Autonomía para tomar decisiones.

38) Fecundidad observada y deseada

39) Planificación familiar

40) Capacidad de decidir sobre el uso de anticonceptivos

41) Muerte materna por abortos

42) Atención prenatal, por persona que proporcionó la atención

43) Atención del parto, por persona. Que proporcionó la atención

44) Lugar de ocurrencia del parto¹⁰

Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna es un indicador recomendado para dar seguimiento de los avances logrados respecto al bienestar de las mujeres pobres. De acuerdo a este indicador la muerte materna se ha visto reducida de 1990, cuando la tasa de mortalidad materna ascendía a 89 defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos, a 2003, cuando esa tasa llegó al nivel de 65,2 defunciones por cada 100.000 nacimientos.

Causas de mortalidad materna

La principal causa de mortalidad materna corresponde a los trastornos hipertensivos en el embarazo, seguida por la hemorragia obstétrica, las

¹⁰ONU. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de México. julio 2005, México Instituto Nacional de las Mujeres: S.05.II.G.83

complicaciones del puerperio y el aborto, problemas que son prevenibles en el control del embarazo.

Cuadro No. 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
MORTALIDAD MATERNA, 2001

Causas	Porcentaje
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	37.3
Hemorragias del embarazo, parto y posparto	20.8
Complicaciones del puerperio	7.2
Aborto	5.4
Causas obstétricas indirectas	8.5
Las demás causas	20,8
Total	POR 100,000

Fuente: INMUJERES-INEGI. Mujeres y Hombres, 2004.

Los niveles más altos de mortalidad materna se presentan principalmente en los estados del centro y del sureste del país que, en general, son los que cuentan con las menores coberturas de atención del embarazo y del parto por personal calificado.

Atención prenatal y en el parto, para el país en general, los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, muestran que 97.7% de las mujeres cuyo último hijo nació entre 1994 y 2000 recibieron atención prenatal por parte de un médico, enfermera, promotor de salud, auxiliar o asistente de salud. En su mayoría, la atención prenatal fue proporcionada por un médico (85.6%). No obstante, es importante señalar que sólo 70% de las

mujeres asistió a su control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.

Asimismo, 73% del total de los nacimientos registrados durante 2001 fueron atendidos por personal médico. Al considerar las enfermeras auxiliares, promotoras y parteras, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado se incrementa a cerca de 92.2%.¹¹

Ese mismo año todavía se registraba un porcentaje considerable de partos que se atienden en casas particulares (18%), muchas veces sin las condiciones adecuadas.

Tal es el caso de Chiapas, Guerrero, Puebla, Edo. De México, San Luis Potosí, Nayarit y Baja California Sur, Yucatán, Quintana Roo, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo y Zacatecas, donde la tasa de mortalidad es mayor a 62.5 defunciones por cada 100.000 nacimientos.¹²

Se puede reconocer que aún existen barreras económicas, culturales y de calidad que determinan la muerte prematura identificada oficialmente de alrededor de mil mujeres al año; en 2010, el número oficial fue de 992 muertes. En la Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010-12, da cuenta de las características sociodemográficas de quienes murieron por las principales causas de muerte materna, mediante el análisis de las bases de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y los expedientes resguardados en ella. Se ha elegido el

¹¹ . INEGI-INMUJERES. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares. 2013 México [Internet] Consultado 08 septiembre 2015. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf

¹² INEGI/SSA, Defunciones maternas y los nacimientos estimados por CONAPO. Dirección General de Información en Salud (Dirección General de Información en Salud y CONAPO, Proyecciones de Población, 2000-2050).

modelo de las demoras en la atención para organizar la exposición de los casos, ya que permite reconocer los procesos que intervienen en estos fallecimientos.

Los resultados se exponen en cinco apartados; cada uno de ellos aborda los aspectos clínicos más relevantes de las causas de muerte elegidas para este estudio: enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, aborto y sepsis, así como dos causas de muerte indirectas: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Influenza.

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)

La EHE es la principal causa de muerte materna con 25 % del total; de las 248 fallecidas por esta enfermedad, casi la mitad iniciaron la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo; asimismo, de todas las mujeres que recibieron atención prenatal, las fallecidas por EHE que recibieron más de cinco consultas representan el mayor porcentaje. En una gran proporción de ellas (206), la atención del parto fue realizada por un médico o una médica y tuvo lugar más frecuentemente en los Servicios Estatales de Salud (SESA) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De las mujeres fallecidas por EHE, en las mayores de treinta y cinco años se ubica la proporción más grande de las que no acudieron a recibir atención prenatal y arribaron a los servicios de atención con eclampsia, y 95% murieron en una unidad pública. También en este grupo, el porcentaje de solteras y de quienes no contaban con educación básica fue mayor. Aunque en general la atención prenatal no previno la muerte por EHE, las condiciones clínicas fueron de mayor gravedad en quienes no recibieron atención prenatal y presentaron, además, un perfil sociodemográfico más desventajoso.

De las 248 mujeres que fallecieron por EHE, 77% eligieron como primera opción de atención para su emergencia obstétrica una unidad de salud de primer nivel: centro de salud, consultorio, médico o unidad médica rural; el resto buscó atención en hospitales generales, regionales, de zona y de especialidad en obstetricia, aunque dos por ciento recurrieron como segunda instancia de atención, nuevamente, a unidades de primer nivel, es decir, tomando en cuenta la naturaleza de su padecimiento, su búsqueda de atención fue del todo errática. Las unidades de segunda opción fueron hospitales generales regionales y especializados o de alta especialidad.

Si la comparamos con las hemorragias, la EHE lleva a las mujeres a la muerte de manera más tardía, es decir, el periodo entre la complicación y el fallecimiento es más largo. Es importante señalar que, en general, las mujeres con EHE llegan a la tercera instancia en muy malas condiciones, prácticamente al borde de la muerte, esto es, son referidas para morir en otro sitio.

Aunque en la mayoría de los casos se asentaba en los expedientes que **“se enviaban hacia una unidad de cuidados intensivos”**, lo cierto es que sus condiciones ya no permitían su recuperación, ya que casi todas ellas presentaban muerte cerebral. Los casos paradigmáticos que serán analizados dan cuenta de ello. Todas murieron en unidades públicas; los expedientes consultados revelan que cuando una mujer sufre de complicaciones severas, los hospitales privados las refieren para morir en los hospitales públicos.

Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna (19.6%), con 194 defunciones, incluidas las mujeres fallecidas por

placenta previa con hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia del tercer periodo de parto, y hemorragias inmediatas y tardías. El porcentaje de mujeres sin estudios básicos completos fue de 54.7% y 11.9% no tenían escolaridad, 24.2% eran hablantes de lengua indígena, y 30.4% carecían de seguro médico o afiliación a alguna institución de salud; estas últimas presentaron mayores desventajas sociales en relación con las demás fallecidas. Las entidades federativas con mayor ocurrencia fueron Chiapas (22), Oaxaca (20), Puebla (17) y el Distrito Federal (14). El 68.6% de las defunciones sucedieron en algún establecimiento médico; 20.6%, en el hogar; y 6.2%, en la vía pública. Destaca que 18.6% de las mujeres muertas por hemorragia no recibieron asistencia médica. De las fallecidas, 60.3% habían tenido más de dos embarazos en un rango de una a quince gestaciones y con una media de 3.6. Sólo dos terceras partes de ellas (63.4 % de los casos) fueron atendidas por personal médico y 13.4, por parteras.

Como dato relevante debe mencionarse que 75.8% recibieron atención prenatal, y que 42.3 la iniciaron durante el primer trimestre del embarazo; se documentó un nulo control prenatal en 5.7% (once casos). La generalidad de las mujeres sin control prenatal era mayores de dieciocho años, de las cuales sólo tres tenían educación básica completa. La cuarta parte de las mujeres muertas por hemorragia obstétrica (25.8 %) asistieron a más de cinco consultas prenatales. De las complicaciones obstétricas, la hemorragia es la que requiere una atención expedita y depende de la disponibilidad de un banco de sangre. De lo anterior se deduce que la limitación para el acceso a un establecimiento con capacidad resolutoria para esta modalidad de emergencia obstétrica genera demoras en el inicio de la atención y contribuye a la ocurrencia de muertes maternas. Cerca de la quinta parte de estas mujeres no recibieron atención médica antes de morir, proporción elevada en

comparación con el resto de las fallecidas, por lo cual un alto porcentaje de certificados de defunción fue llenado por una autoridad civil, 3 casi tres veces más respecto a las otras causas, lo cual significa que en la localidad donde ocurrió la muerte no existían servicios de salud.

Abortos

Los abortos corresponden aproximadamente a 10% de todos los egresos hospitalarios por razones maternas de los servicios públicos de salud (sin considerar las atenciones brindadas en los servicios de urgencias y en las instituciones privadas).

Durante 2010, ocurrieron 92 defunciones a causa de abortos, lo que representó casi la décima parte del total de muertes maternas y resultó la tercera causa en orden de importancia, sin considerar a las vinculadas con otras complicaciones. La cuarta parte de estas mujeres (26.1%) eran solteras —rasgo demográfico más elevado respecto de las fallecidas por otras causas maternas— y 13% tenían estudios profesionales (El 80% de todos los certificados expedidos por una autoridad civil durante 2010 se realizaron en localidades de menos de 2,500 habitantes. En el caso que se menciona, 17 % vivían en localidades de 1,000 a 2,500 habitantes; 66%, en localidades menores de 500 habitantes; y 17% en localidades de entre 5,000 a 10,000 habitantes. El porcentaje más alto observado para este nivel de estudio en relación con las otras causas de muerte). Además, 6.5 % eran hablantes de lengua indígena. El 43.5% de las fallecidas por esta causa no contaban con algún sistema de protección a la salud o seguridad social; 38 % fallecieron en unidades de los SESA, 14.1, en unidades del IMSS y casi diez por ciento, en unidades médicas privadas, mientras que 5.4 murieron en la vía pública. Se advierte que 90.2 % contaron con asistencia médica antes de morir, 15.2 habían sido

sometidas a una cesárea y 20.7 jamás tuvieron un parto. Por otro lado, 42.4 % no tuvieron control prenatal (el más elevado respecto de fallecidas por otras causas).

Alrededor de 80% de las mujeres con un cuadro de aborto recurrieron para la atención de su emergencia obstétrica a los hospitales públicos. Un porcentaje importante de los fallecimientos por aborto se debió a embarazos ectópicos (42 de 92 casos). El análisis de las historias clínicas revela las dificultades para el diagnóstico y tratamiento oportunos de los embarazos anormalmente implantados. El perfil que destaca es de solteras, insertas en el mercado laboral, con un mayor nivel de estudios en relación con el resto de las fallecidas y con el más alto porcentaje de **“ningún tipo de afiliación o aseguramiento”**. Además, casi 35% de los certificados de defunción fueron llenados por un médico legista.

Por número de embarazos, las fallecidas por hemorragia y aborto tuvieron un mayor número de gestas; en las fallecidas por aborto, casi setenta por ciento tenían al menos tres hijos y en hemorragia se dio el caso con el mayor número de gestas (quince). Se documentó que en seis fallecimientos por hemorragia y aborto (cuatro y dos casos, respectivamente) el evento obstétrico no fue asistido por nadie. Por otra parte, el mayor porcentaje de las 18 defunciones ocurridas por sepsis corresponde al grupo de edad de treinta a treinta y cuatro años (33.3 %); 17 de las 18 mujeres carecían de empleo remunerado, ninguna tenía educación básica completa y siete eran beneficiarias del Seguro Popular. Las fallecidas por esta causa pertenecían a los grupos sociales más vulnerables. Cerca de una cuarta parte de ellas eran hablantes de lengua indígena (cuatro casos); poco más de sesenta por ciento de las mujeres contaron con control prenatal (casi la mitad asistieron a más de cinco consultas prenatales) y en la mayoría (catorce) la atención del parto estuvo a cargo de un(a) médico(a).

Sepsis

Tradicionalmente, se ha documentado que las muertes por sepsis ocurren en mujeres cuyos partos se dan en condiciones poco salubres. La primera demanda de atención en siete de los 18 casos ocurrió en los SESA, cinco en una unidad médica privada y dos terceras partes de ellas (12 de los 18 casos) fueron atendidas en una segunda unidad médica. Al igual que las fallecidas por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las mujeres que perecieron por sepsis no estaban insertas en el mercado laboral. Por otro lado, junto con las fallecidas por EHE, son las que tuvieron un mayor número de consultas prenatales (más de cinco). En 2010, por causas de mortalidad obstétricas indirectas, 26.3 por ciento de las mujeres embarazadas murieron (261 casos). El VIH-SIDA representó 4.6 por ciento (doce casos) y las enfermedades respiratorias, por su parte, contribuyeron con 13.4 por ciento (35 casos). Por lo anterior, en este trabajo se analizó 18 por ciento de las causas de mortalidad obstétricas indirectas.¹³

Tasa Global de Fecundidad (TGF)

La reducción de la fecundidad femenina ha sido el resultado de la política demográfica instrumentada por los gobiernos mexicanos a partir de la década de los setenta. Según estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2014. La TGF es de 2.89 el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (15 a 49 años de edad).

Utilización de métodos de planificación familiar

¹³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México, DF: CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012.

Evidentemente, la extensión del uso de métodos diversos de planificación familiar ha jugado un papel fundamental en el descenso de la fecundidad. Actualmente 70% de las mujeres en edades fértiles son usuarias de métodos anticonceptivos.

Si se observa la relación entre el nivel de instrucción de las mujeres y el uso de métodos anticonceptivos se corrobora la estrecha relación entre la educación y el control reproductivo que tienen las mujeres, ya que en el medio urbano 76,1% de las mujeres con al menos educación secundaria usan estos métodos mientras que este porcentaje es de 58% entre aquellas sin instrucción. No obstante esta diferencia, el hecho de que en el medio urbano, casi 6 de cada 10 mujeres sin instrucción sean usuarias de métodos anticonceptivos, indica que el entorno les permite tener conciencia de la necesidad de controlar su fecundidad. En cambio la situación de las mujeres rurales es muy distinta, sobre todo entre las que carecen de instrucción ya que sólo 37.4% de éstas usan algún método.

Los factores de riesgo que determinan la morbilidad y mortalidad materna son los; económicos (pobreza, desnutrición, RCIU, anemia, bajo peso al nacer, muerte perinatal, falta de atención de servicios básicos de salud), culturales (multiparidad, embarazo adolescente, patriarcado, periodo intergenesico corto, atención con familiares y/o parteras tradicionales), educación (analfabetismo, lengua materna, rezago educativo, idiosincrasia, ignorancia) fisiológicos (estatura, pelvis estrecha, DCP, desnutrición, edad materna) son los mismos aquí considerados para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Los cuales la mayoría son prevenibles y pueden ser disminuidos tan solo con educación, pues la desigualdad social es una condición determinante para la prevalencia de salud. Todo lo anterior es parte de los derechos

humanos universales los cuales deben ser indivisibles, progresivos, integrales. El sistema de salud debe de adoptar medidas para erradicar la discriminación contra la mujer, la violencia basada en género (incluyendo la violencia obstétrica), el matrimonio precoz, el embarazo forzado, adoptar medidas en suma, para garantizar la totalidad de los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva: para tener una visión integral de los derechos.

D. Limitaciones

En la Mixteca se hablan numerosas variedades del idioma mixteco, (se conocen alrededor de 69 variantes). Debido a la falta o nula escolaridad de la población femenina la prevalencia de la lengua materna fue una limitante para el interrogatorio directo, pues los traductores en la mayoría de las consultas eran enfermeras, esposos, hijos, suegros, familiares, y el personal de intendencia. Por lo tanto no se considera fiable la pregunta de si fueron vendidas o compradas pues por lo observado en el transcurso de la investigación, a personas extrañas a la comunidad niegan estos hechos o los justifican con los gastos que conlleva la ceremonia de religiosa o tradicional.

Al ser una extraña para la población; la confianza primordial entre enfermera-paciente se tuvo que trabajar en el transcurso de la investigación. Pues el desconocimiento y experiencias negativas previas de las mujeres en el centro de salud las predispone a no querer acudir a la consulta prenatal y atención de parto. Por lo tanto se les explicaba con lenguaje coloquial, comprensible las técnicas y procedimientos a realizar, (no realizar técnicas de rutina e innecesarias e incómodas para la mujer) insistencia en la importancia de estos para un buen diagnóstico y atención para su salud y la de sus hijos, además de especificar que dichas atenciones no tendrían costo alguno.

Otra limitante fue la información contenida en los expedientes de las mujeres investigadas, en algunos casos no era lo suficientemente precisa, se carecía de datos, algunos incorrectos por lo que no contribuyó a la obtención de información para la investigación. Las mujeres desconocen o ignoran sus antecedentes ginecobstetricos y de enfermedades previas.

Y por último, debido al patriarcado y falocracia como sistema único de organización política; la voz femenina solo es escuchada para ejercer labores domésticas y en el cuidado de los hijos la voz y decisión está a cargo de la suegra. Los casos de violencia sexual, física, emocional, económica no son identificados como tal, mucho menos reportados al personal de salud o las autoridades del ayuntamiento, las que se deslindan de la atención de cualquier tipo de violencia en contra la población femenina. Por lo que no se cumple la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril de 2009. Los casos registrados en la investigación nunca fueron registrados mucho menos denunciados por las mujeres sujetas al estudio.

E. Objetivo general

Determinar el número de mujeres en edad reproductiva que ejercen libremente sus derechos sexuales y reproductivos así como reconocer los factores de riesgo que intervienen en el ejercicio de estos. Paralelamente disminuirlos así como la morbilidad, mortalidad materna y perinatal de las mujeres del municipio de Cochoapa el Grande.

Objetivos específicos

Demostrar los factores socioeconómicos (empleo, ingresos, estado civil, lengua) que limitan el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Explicar cómo el embarazo en la adolescencia (factores y consecuencias) limita el ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Comprobar que la maternidad, embarazo de alto riesgo, el embarazo no deseado, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual son manifestaciones de violencia de género.

Identificar porque el uso de la metodología anticonceptiva es prohibido, mitificada, satanizada por costumbres patriarcales y machistas.

Sustentar como el analfabetismo femenino es una herramienta de discriminación de género.

CAPÍTULO II

Fundamentación teórica

Organización política y social de la comunidad étnica (mixteca)

En virtud de que la región hay población que habla castellano, además de tres grupos indígenas distintos entre sí, es natural, considerar que hay culturas diferentes. Sin entrar en detalles, la diferencia cultural se distingue principalmente entre la población de habla castellana y las que hablan lenguas indígenas. Consecuentemente, los indígenas tienen sus propias autoridades tradicionales y sus propios modos de impartir justicia. Junto a estas formas de organización tradicional se encuentran las autoridades constituidas de acuerdo con las leyes del país.

- a) Autoridades.- los grupos Náhuatl, Mixteco y Tlapaneco tienen sus autoridades civiles representadas en cada localidad por un grupo de personas de gran prestigio. Las autoridades constitucionales están representadas por los jueces de primera instancia, agentes de ministerio público, presidentes municipales, comisarios municipales, autoridades ejidales y representantes de bienes comunales, según la categoría política de la localidad correspondiente. En los pueblos pequeños y cuadrillas donde reside la mayor parte de la población indígena casi no hay personas mestizas y allí las autoridades que gobiernan son de tipo tradicional. Junto a este tipo de autoridades hay un comisario quien oficialmente representa a las autoridades municipales en la comunidad; pero la autoridad real de la comisaria es puramente nominal.

La autoridad real en los pueblos y cuadrillas indígenas la tiene el consejo de principales que en algunos casos tiene todas las características del

consejo de ancianos, tan frecuentemente encontrado como gobierno en las sociedades primitivas.

El consejo de principales de cada comunidad designa entre los habitantes del pueblo quien ha de ocupar el cargo de comisario. Las comisiones son impuestas al pueblo por el consejo de principales; aunque se hagan votaciones como la ley ordena, los habitantes de cada lugar votan por quienes los principales han dispuesto. En realidad, los comisarios de estos pueblos no son otra cosa que intermediarios entre las autoridades municipales de las cabeceras de municipio y el grupo de principales de una cuadrilla del municipio. Nada se hace en un pueblo de indígenas que no sea aprobado por la mayoría del consejo de principales. Los jefes de estos consejos son, en la mayoría de los casos, los principales más ancianos; en algunas excepciones, son lo que más se han distinguido por sus buenos servicios a la comunidad sin considerar su edad.

Con esta forma de gobierno casi no hay interferencia ni duplicidad de funciones en un pueblo de indígenas, porque los que constituyen el gobierno tradicional dirigen al representante del gobierno oficial, al menos dentro de la comunidad. Entre las autoridades municipales de una cabecera y los principales de una cuadrilla del mismo municipio hay en ocasiones discrepancias, sobre todo en cuanto a justicia.

Como representantes de la justicia, los comisarios de los pueblos hacen las veces de policía; en ocasiones algunos individuos de la comunidad son solicitados por las autoridades municipales de una cabecera para que respondan de ciertas faltas. El comisario consulta con los principales del lugar lo que deba hacerse; muchas veces estos, en consejo, llegan a la conclusión de que el acusado no debe ser apresado y el comisario no solo ha de encubrirlo, sino hasta de facilitarle la fuga. Esta es la última forma de interferencia entre las funciones de autoridades municipales y la

autoridad tradicional indígena. Cada vez que el comisario de un pueblo recibe un comunicado oficial de aviso a los principales del lugar para que estos reunidos en consejo decidan lo que deba de hacerse al respecto. Generalmente sus disposiciones son sabias, porque son adoptadas por un conjunto formado por personas entendidas y de experiencia.

Tomando en cuenta que en todos los pueblos nativos todavía interviene la iglesia o sus ministros en la designación de las autoridades municipales y estos rigen los destinos bajo el comisario municipal, se convierte en un servidor de la iglesia, viéndose obligado a que en varios festejos o actividades religiosas eroguen fuertes gastos de dinero en velas, cohetes, flores, misas, comida bailes, etcétera y por lo consiguiente el comisario debe de ser un individuo acomodado y anciano sin tomarse en cuenta si sabe leer y escribir, pues lo esencial es cumplir en dar de comer a los señores principales, comprar un castillo, etcétera, dejando a un lado la administración de la justicia, obras materiales, y su función como autoridad.

Los pueblos indígenas desde tiempos inmemoriales se gobiernan por medio de consejos de ancianos que se conocen con el nombre de **"principales"**: dichos señores son los que estudian, resuelven y tramitan los diversos problemas de índole jurídico, político y eclesiástico, a su modo, todos ellos son de ideas retardatarias o anticuadas y siempre depositarías a **la evolución social"**.

En las cabeceras municipales principalmente de aquellos municipios aislados, la justicia se imparte por los presidentes municipales, quienes muchas veces carecen de conocimientos legales y no pocos de ellos no tienen capacidad suficiente para levantar actas y hacer otros trámites legales; sin embargo, casi no hay quejas de los habitantes respecto de la justicia que imparten. (Ver anexo 5).

En los pueblos pequeños y cuadrillas, la justicia se imparte por los consejos de principales, lo que ordenan a los comisarios lo que deben de hacer con los reos: de la justicia impartida por los principales no hay quejas entre los habitantes de los pueblos; no obstante algunos jueces de primera instancia creen encontrar muchos defectos en esta clase de justicia.

Generalmente los castigos que imponen los principales consisten en multas, además de obligar por los medios a su alcance, principalmente consistentes en presión social, para que los infractores se corrijan. En esta cuestión no hacen otro papel que el de jueces de paz y su norma de conducta se apega a la ley natural consuetudinaria sin importarles la ley escrita por ignorarla.

Cuando se trata de faltas mayores, los acusados son remitidos a los jueces municipales; si estos no pueden hacerse justicia, los reos son remitidos a las cabeceras de distrito, donde se aplica la justicia constitucional que al aplicarla, los jueces de primera instancia encuentran algunas dificultades, porque tienen que basarse en los testimonios y actas que se les envía y a las que les dan poca validez por lo mal formuladas.

Hay algunas personas que ocupan cargos de jueces menores, comisarios municipales y síndicos municipales, que no saben hablar el castellano, leerlo ni escribirlo y los jueces de primera instancia no saben hablar Náhuatl, Mixteco o Tlapaneco. Como los jueces menores, síndicos y comisarios municipales son los encargados de practicar las diligencias en las cuadrillas, sucede con frecuencia que juez y comisarios tienen que valerse de traductores y sobre esta base se imparte justicia.

En las cuadrillas los comisarios actúan en representación del ministerio público; sucede que en la mayor parte de las veces los comisarios no saben escribir, los puestos son dados por elección popular en los que no

perciben salario alguno; los comisarios ocupan terceras personas para que escriban las actas quien muchas veces no tienen motivos para preocuparse en hacer una buena justicia y durante la redacción de las mismas perjudican a sus enemigos o benefician a sus amigos. Los jueces tienen que acatar lo dicho en esos expedientes y de esa manera ha sucedido que se encarcela a inocentes por el puro hecho de ser enemigos del que escribió las actas; los mismos jueces se encuentran con problemas semejantes cuando tienen que valerse de traductores.

Los comisarios no perciben salarios para poder subsistir, tienen que cuidar de sus sembrados y animales; a veces estos comisarios se encuentran lejos de los pueblos en que viven, cuando se les necesita se les trae y se debe esperar su regreso para que la justicia comience a funcionar, esto da tiempo a que escapen impunemente muchos culpables.

En los pueblos indígenas y cuadrillas cuyos habitantes son indígenas, los **partidos políticos y comisarios "electos"** tienen un poder puramente nominal, porque la política interna de esos lugares es controlada por el consejo de principales.

Para ser principal de un lugar se requiere una serie de cualidades entre las cuales se incluye las que se mencionan a continuación:

A.-Por ancianidad. Se considera que las personas que han vivido mucho tienen conocimientos sobre la vida y sus problemas, lo cual es beneficioso para la comunidad.

B.-Por haber desempeñado cargos municipales de importancia. Se considera que saben de los problemas de gobernar y de cómo tratar con las autoridades oficiales.

C.- Por haber desempeñado cargos religiosos. Se considera que las personas que han servido a poderes ultra terrenales pueden obtener sus

favores para la comunidad. Estos cargos no exigen mucho trabajo, pero si grandes desembolsos de efectivo.

D.-Por haber servido por mucho tiempo a la comunidad, aunque no desempeñan puestos de importancia. Estos cargos no son remunerados y **se considera que "quieren a su comunidad", o que "ha de pagárseles de alguna manera". No se puede obtener el cargo de principal por herencia.** Es decir, por el simple hecho de haber nacido hijo de principal, aunque todo el mundo tiene el derecho de serlo después de haber servido a su comunidad en una de las formas dichas. ¹⁴

El matrimonio tradicional indígena Mixteco

El matrimonio entre indígenas de los tres distritos, se lleva a cabo a una edad que, dentro de cánones es considerada como prematura, tanto hombres como mujeres lo hacen muy jóvenes de los 14 a 19 años. Tanto las autoridades civiles como religiosas de esos lugares se oponen a que los matrimonios se efectúen a tan temprana edad, pero encuentran poco eco entre los padres de los novios, que son precisamente los que quieren que así se haga, y de nada les vale. Los contrayentes son tan jóvenes que muchas veces no están preparados para ejercer sus funciones sexuales, **pero a sus padres no les importa esto y los acuestan a dormir juntos "para que se tomen cariño" o para que "se vayan encariñando desde chiquitos".**

La selección de la futura esposa o esposo la hacen los padres de los contrayentes, en muchos casos no toman el parecer de los hijos, sobre todo cuando se trata de los hijos varones, es decir son más bien los padres, los que seleccionan las futuras nueras o yernos; en algunos casos los contrayentes son tan jóvenes, que apenas si podrían distinguir por ellos mismos, a quien deseaban por compañera. En todos los casos, son

¹⁴ Muñoz M. Mixteca- Nahua- Tlapaneca. Memorias del Instituto Nacional Indigenista Vol. IX. 1963. México, D.F Ediciones del Instituto Nacional Indigenista. 174 p

los padres de los hijos varones los que escogen entre las mujeres que les gustarían para sus hijos; los padres de las hijas solo aceptan o impiden que sus hijas vayan con tal o cual familia, pero no acostumbran proponer a sus hijas.

Casan primero a los contrayentes según sus propias costumbres a la edad que ellos creen conveniente y después cuando la pareja ha alcanzado una edad, en la que no le es difícil pasar por trámites legales, los hacen casarse por lo civil y por la iglesia.

En casi todos los municipios hay mayor número de matrimonios religiosos y religioso –civiles que religiosos. Parece que los sacerdotes católicos se exasperan de ver tantas parejas contraviniendo las normas de la iglesia y hacen excitativas a sus feligreses para que se pongan al corriente, dándoles de paso facilidades, mientras las autoridades civiles no pueden hacer mucho al respecto.

Las esposas se obtienen por medio de una transacción económica; aquí no hay conquista o galanteo, pero antes de tener a una esposa hay que pagar a sus padres lo que ellos piden por ella. El pago se hace en efectivo y en especie o con trabajo.

El pago en efectivo se llama en algunos lugares "dote" en otros "pagada de pecho" (dando a entender que lo que se paga es el trabajo de amamantarla) y en otros lugares simplemente pago. El pago en especie que se hace con víveres y animales, se llama "presente", "palangana" y "presente de pie parado". "Palangana" se llama por que se da a entender que la medida es grande como esa clase de receptáculos y "presente de pie parado" cuando se trata de animales vivos. Cuando el novio es muy pobre y no puede pagar a su futuro suegro, ni en efectivo ni en mercaderías, tiene que trabajar para él, durante determinado tiempo y ese trabajo se le llama "motaquis" o "montis".

Cuando los individuos son muy pobres y no pueden proporcionar los presentes ni trabajar para sus suegros por tener que hacerlo para su propio familiares, no les queda otro remedio que reunir lo necesario para casarse, entonces solo se pueden casar cuando ya son muy viejos, de treinta o treinta y cinco años, eso es en parte un descredito para el hombre.

La suma que se ha de dar en efectivo varía según las pretensiones de la familia a que pertenece la muchacha. Muchas veces el aspirante a esposo, no es bien visto por la familia de la muchacha, entonces la negación de mano se hace simplemente pidiendo sumas demasiado elevadas por la chica. Cuando una muchacha ha tenido con anterioridad aventuras amorosas, su precio y condiciones disminuyen notablemente. Cuando una mujer ha enviudado o se ha separado de un marido anterior, sus padres tienen derecho a concederla a otra persona que la solicite, siempre mediante una transacción económica.

Debido a que resulta demasiado caro obtener una esposa, pues hay padres que piden como presente de pie parado hasta yuntas de bueyes entre otros animales, en la región es muy frecuente el raptor; aun así se presentan al juzgado los padres de las muchachas pidiendo no castigo para el raptor o la devolución de sus hijas, si no que se obligue al raptor a pagar la cantidad que ellos hubieran podido obtener en una transacción convenida de antemano.

Cuando la novia es bonita piden como presente hasta un novillo, pero todos los productos y animales son para consumir en la celebración de la boda. El novillo después de preparado, se ensarta en una estaca y es llevado en procesión a la casa de la novia por todos los asistentes de la fiesta.

Durante la fiesta las mujeres vírgenes no pueden bailar, porque de hacerlo **así estas son criticadas y dicen de ellas que "ya son mujeres hechas y derechas"**.

Con la celebración de la fiesta, la pareja ya queda casada. En general, la ceremonia de los matrimonios indígenas se reduce a una fiesta más o menos modesta, no forman parte de ellas ceremonias de tipo religioso, legal o de otra clase; lo que se persigue con ellas es que tanto los parientes de ambos contrayentes, así como sus amigos, sepan que las dos familias están no solo de acuerdo con que la pareja se una, sino hasta lo celebran.

Los padres hacen la selección de la muchacha con quien se ha de casar su hijo. Una vez escogida la futura nuera, van a pedirla personalmente o encargan a un pedidor para que así lo haga; llevan consigo una caja de cigarros, otra de cerillos y una botella de aguardiente, para convidar a los familiares de la muchacha mientras les dicen a lo que van.

Una vez enterado, el padre de la muchacha pide un plazo que varía entre 15 días y un mes para decidir al respecto. Al cabo de ese tiempo, van los padres del muchacho a saber el resultado, así si este es positivo, ese día **se fija otra fecha en que ha de ser el día del convenio o del "concierto"**.

El día del evento, se reúnen todos los parientes cercanos de la novia en la casa de ésta, a donde también llegan el novio y sus parientes. Una vez todos reunidos, el padre del muchacho toma la palabra y dice que quiere a la novia para su hijo; entonces los parientes de la novia toman la palabra y comienzan a **decir todo el "Tlacacahual" (presente o regalo) que la novia vale**, así como la cantidad en efectivo que debe ser entregada al padre, a **la que le dicen "dote"**. Los parientes del novio **tratan de hacer que tanto las cantidades del "dote" como de presentes disminuyan un poco**, es decir, ayudan a regatear.

El Tlacacahual consiste en dos o más guajolotes, pan, chocolate, mezcal; en fin, todo lo necesario para la celebración de la boda. Todo esto lo tiene que comprar el padre del novio.

En algunos casos el padre del novio no tiene para comprar todo lo solicitado, pero **esto se puede subsanar con "Montequio"** (del montle-yerno y tekio-trabajo) si es que el padre de la muchacha realmente desea la boda.

El día de la boda se reúnen los parientes y amigos del novio en la casa de este, se reparten todos los objetos que integran el presente y parten en grupo hacia la casa de la novia. En el trayecto van quemando cohetes y acompañados por música. Antes de entrar a la casa de la novia bailan alegremente mostrando cada uno el regalo que lleva en las manos.

Los padres de la novia regalan al novio una "mudada" nueva, completa, desde sombrero hasta guaraches. Luego se celebra la fiesta y la pareja queda unida conforme a las normas sociales.

Los padrinos de la novia han de regalar a la novia el traje con el que se va a casar y entonces ella baila con ese regalo. En estas ocasiones tanto los parientes como amigos del novio se regresan a la casa de éste, después de entregar los regalos y el dinero en efectivo y se dedican a beber mezcal, mientras tanto, los parientes y amigos de la novia hacen otro tanto en la casa de esta.

Las parejas de recién casados van a vivir a las localidades donde residen los padres de la muchacha. En la mayoría de los casos continúan viviendo por largo tiempo en la casa de los padres del marido, como hijos de familia.

El ciclo de la vida nacimiento tradicional en la Mixteca

Nacimiento, las mujeres indígenas dan a luz en posición hincada, durante el parto son asistidas por una comadrona que son personas que las sujetan mientras nace el niño, aquellos deben de tener mucha fuerza, el esposo se sientan en una silla de poca altura atrás de la parturienta que esta hincada en el suelo sobre un petate, le pasa los brazos por debajo de los de ella y con las manos deteniéndole el estómago **“para que no se altere el latido”**¹⁵.

Tan pronto como el parto ha terminado, es necesario envolver el abdomen de la madre con una faja apretada (entre más apretada mejor); a la faja **le dan el nombre de “batu” hay que estarla apretando** constantemente, el marido se encarga de hacerlo todos los días y cuantas veces es necesario, **porque si se deja flojo “es cosa de que con toda seguridad van al camposanto”**¹⁶. Las mujeres deben de portar la faja o ceñidor durante 15 días. (Ver anexo 6).

Una vez que se les ha ceñido la cintura se les acuesta y se les da a masticar yerbabuena con aguardiente, te de hoja de aguacate o de epazote.

Las propiedades medicinales de la Yerbabuena que popularmente se le atribuyen a esta planta están dirigidas a resolver trastornos del aparato digestivo como vómito, indigestión, estreñimiento en niños lactantes, empacho, dolores intestinales y estomacales. Sin embargo, su principal uso es contra diarreas y cólicos. Son las ramas, preparadas en cocimiento y administradas por vía oral, el tratamiento común para los padecimientos antes mencionados. En Oaxaca se utiliza contra

¹⁵ Muñoz M. Mixteca- Nahua- Tlapaneca. Memorias del Instituto Nacional Indigenista Vol. IX. 1963. México, D.F Ediciones del Instituto Nacional Indigenista. 174 p

¹⁶ Ibid

desórdenes ginecológicos como la dismenorrea y la menorragia. Se emplea para atender otros padecimientos como reumas, dolor de cabeza, presión arterial, en heridas y rasgaduras.¹⁷

La hoja de aguacate es muy recomendada en padecimientos ginecológicos, utilizando el cocimiento de las hojas, tomado cuando hay cólicos menstruales y para facilitar el parto, con sal. Se bebe este cocimiento en ayunas en caso de amenorrea, que es ocasionada porque las mujeres se bañan cuando andan reglando; o en el embarazo cuando hay ascos, sueño e hinchazón de los pies. El té de la planta combinada con raíz de tronador (*Ruellia albiflora*), bejuco guaco (*Aristolochiasp.*), epazote (*Teloxys ambrosioides*), manzanilla (*Matricaria recutita*), raíz de caña (*Saccharum officinarum*) y cojollitos de jabonal colorado (sp. n/r), con miel de palo, se recomienda para sacar los entuertos, se toma medio vaso de esta pócima a cada rato, además de frotar el vientre con infundía (enjundia) colorada. Para tratar la esterilidad femenina, el hueso del aguacate combinado con cocolmea (*D. mexicana*), canela (*Cinnamomum zeylanicum*), poleo (*Mentha pulegium*) ruda (*Ruta graveolens*), estafiate (*Artemisia ludoviciana* var. mexicana), manzanilla, epazote, nuez moscada, pionía y salbereal (spp. n/r) se hierva hasta que se reduzca a la mitad, se le agrega la misma cantidad de alcohol o de mezcal y de miel de palo, se toma una copa antes de cada alimento. También es usada para aumentar la leche materna, en la dismenorrea, hemorragia vaginal, impotencia sexual, el espasmo, en postparto, para provocar parto y algunos trastornos menstruales.¹⁸

¹⁷ Dikshit A. y Husain A. 1984 Yerbabuena D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 noviembre 2015) disponible en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Yerbabuena&id=780>

¹⁸ Ribeiro R. y cols. 1988; zoque-popoluca. publicado por D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 de noviembre 2015) disponible en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Aguacate&id=7088>

Alteraciones tratadas con el epazote son los trastornos menstruales tales como: retención de la regla y menstruación escasa, para los cuales se toma la infusión de las ramas, a veces con zoapatle (*Montanoa tomentosa*) y cabellos de maíz morado o sólo acompañado de ruda (*Ruta chalepensis*) para los cólicos menstruales (dolor de regla) (ocasionados por bañarse con agua fría o comer cosas irritantes, cuando se está reglando). Además, es utilizado para acelerar las contracciones uterinas durante el parto o para eliminar entuertos a la parturienta, mediante baños en el temazcal cada tercer día, durante ocho o quince días después del parto. En este caso, el cocimiento incluye epazote, pañate (*Plumbago pulchella*), cola de zorra (*Iresine* sp.), cabeza de hormiga (*Lopezia racemosa*), gobernadora (*Lantana camara*) y tochomiate (*Hamelia patens*). Asimismo, se le usa como abortivo y para aliviar la esterilidad femenina, en aplicación de lavados vaginales, para limpiar la matriz o "purgar" a la mujer después del parto. Durante el puerperio, cuando las madres no tienen suficiente leche para amamantar a sus hijos, las parteras nahuas de Morelos, recomiendan atole de chocolate con epazote para falta de leche).¹⁹

Se le da a la parturienta inmediatamente después de que ha nacido la criatura, un baño de vapor de agua (temazcal) en la que se ha hecho hervir una yerba, para prevenirlas de las fiebres puerperales, el baño se da directamente a las partes genitales haciendo en la cama una especie una cama de temazcal con las cobijas. Con este procedimiento no solo previenen, sino también se curan las fiebres puerperales. Las mujeres dejan de tomar medicamentos para entrar al temazcal. (Ver anexo 7).

¹⁹Kapadia G. J. 1978 Epazote

Teloxys ambrosioides D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 de noviembre de 2015). Disponible en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Epazote&id=7646>

Cortan el cordón umbilical de los recién nacidos, con un trozo de caña de carrizo que este bien afilado; no se debe cortar con cuchillo de metal, porque si se hace así, cuando los niños crecen destrozan la ropa con mucha frecuencia. Se entierra la cuerda umbilical y la placenta después de ser bien lavada, en un lugar cercano al fogón de la casa; se hace esto **para que la madre no se “enfrié” y siga teniendo hijos.**

Es necesario depositar a la criatura para curarlo y que cuando crezca tenga buena fortuna y larga vida. Este depósito se hace llenando una ofrenda consistente en gallinas y flores a lugares en los cerros donde hay donde hay caídas, saltos de agua a los que llaman chorros encantados, en el lugar en que nació o el lugar donde se espantó. En esos lugares se sacrifican las gallinas, se hacen rezos por el niño y se depositan las flores y veladoras²⁰. (Ver anexo 8).

Medicamentos autóctonos, se conocen una gran variedad de yerbas y animales que tienen propiedades medicinales o les son atribuidas, generalmente un enfermo será curado según su gravedad y posibilidades económicas por los siguientes medios: medicinas caseras, yerbas o animales del campo de los que saben o han escuchado que son buenos, a los brujos o rezanderos, curanderos y como última opción enfermeras y médicos. (Ver anexo 9).

Alimentación y vivienda

Los quelites y otras yerbas son parte elemental de la alimentación pues en la mayoría de los casos se recolectan en el campo para su consumo propio, en algunos casos las llevan a los mercados, las frutas silvestres también se ponen en venta en los mercados²¹.

²⁰ Muñoz, op.cit., pág. 174

²¹ Ibid.

Las casas habitación en las cabeceras municipales, constan generalmente de varias piezas y un patio trasero, tienen el fogón elevado separado del resto de los petates y depósitos de agua. Están construidas con paredes de adobe revestido de estuco, pisos de tierra no firme y techos armados con madera labrada, tejamanil o tejas, son muy escasas las cimentadas con concreto (cuando se inicia la construcción de algún "colado" se celebra una fiesta). (Ver anexo 10).

Vestido: los trajes típicos solo en las mujeres son comunes utilizando un traje compuesto de faldas largas y huipil con bordados complicados y muy coloridos que ellas mismas elaboran y algunas venden para obtener ingresos.²²(Ver Anexo 11).

Igualdad de Género y equidad

La igualdad para Correa y Petchensky este principio se aplica en dos áreas;

1. Las relaciones entre hombres y mujeres (división de género)
2. Las relaciones entre las propias mujeres (en condiciones tales como; clase, edad, nacionalidad y raíces étnicas que dividen a las mujeres como grupo).²³

La primera tiene sus raíces en las propias reivindicaciones feministas que planteaban remediar el sesgo social en contra de las mujeres, partiendo de la estrategia de controlar la natalidad para romper con la tradicional división del trabajo por género. Esto implica que las decisiones y las responsabilidades derivadas de la reproducción sean compartidas entre hombres y mujeres:

²². Muñoz Maurilio. "Mixteca- Nahua- Tlapaneca. Memorias del Instituto Nacional Indigenista" Vol. IX. 1963. México, D.F Ediciones del Instituto Nacional Indigenista. 174 p

²³ Correa, Sonia y Petchesky Q Rosalind. "**Derechos Reproductivos y Sexuales: una perspectiva feminista en las políticas de población reconsidera. Salud, Empoderamiento y Derechos**". Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres, Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston 1994.

Esto significa cuando menos, que los riesgos y los beneficios deben ser distribuidos en forma equitativa, y que los proveedores y quienes definen las políticas deben respetar la autoridad de las mujeres para tomar decisiones sin que ello dependa de diferencias de clase, de orientación sexual, de nacionalidad o de región.

Este aporte es central en cuanto se recupera el principio de solidaridad entre mujeres, reconociendo la existencia de otras lógicas de dominación articuladas a la dominación de género. Además las organizaciones internacionales y los gobiernos deben promover los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad, lo que significa que deben ocuparse en las diferencias en el poder y en los recursos que dividen a las mujeres al interior de cada país. De manera que deben asegurarse al acceso geográfico, servicios y materiales de alta calidad y el apoyo financiero para todas las mujeres que lo necesiten, con el fin de mitigar las inequidades entre mujeres.²⁴

Orígenes del patriarcado

La subordinación de las mujeres es producto de determinadas formas de organización y funcionamiento de las sociedades. Por lo tanto, hay que estudiar la sociedad o las sociedades concretas. Para una mejor comprensión, hay que volver a las diferencias anatomofisiológicas de los cuerpos humanos. Varones y mujeres tienen la capacidad en la vida de producir con el cuerpo. Varones y mujeres tienen la posibilidad de producir placer en el cuerpo del otro/a. Pero sólo las mujeres tienen un cuerpo que produce otro cuerpo.

²⁴ Ibid.

Por lo tanto, todo varón que busque trascender la muerte a través de la procreación debe pactar con una mujer durante un lapso de nueve o más meses. En sociedades que se proponen sobrevivir por más de una generación el cuerpo femenino en las edades reproductivas es valioso y ahí hay un poder particular, específico del cuerpo de las mujeres.

Aclarando no es que el cuerpo femenino como entidad biológica que tiene poder; son las sociedades las que le otorgan poder. ¿Quién o quiénes controla/n la capacidad reproductiva de las mujeres? ¿Cómo ejercer el control sin eliminarlas o destruirlas? El problema entonces en sociedades de dominación masculina es cómo, por qué, en qué condiciones, en qué momentos, desde cuándo los varones se apropian de la capacidad reproductiva, de la sexualidad y de la fuerza de trabajo de las mujeres. ¿Cómo es que esos poderes de los cuerpos femeninos se trastocan en subordinaciones? ¿Cómo es que los que no tienen en sus cuerpos la posibilidad de gestar, parir, amamantar, transforman el órgano reproductivo visible -el pene- en el símbolo del poder: el falo? ¿Cómo es que si bien tanto el cuerpo de la mujer como el del varón tienen la capacidad de producir placer en el otro/a sólo el cuerpo femenino se constituye como el objeto erótico en nuestras sociedades? ¿Cómo es que la capacidad de trabajo de las mujeres es dirigida por las sociedades a la realización de un trabajo socialmente imprescindible pero desvalorizado?²⁵

El problema entonces en sociedades de dominación masculina es ¿Cómo?, ¿Por qué?, ¿En qué condiciones?, ¿En qué momentos?, ¿Desde cuándo los varones se apropian de la capacidad reproductiva, de la sexualidad y de

²⁵ De Barbieri T. Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina: Rev. Mex. de Soc. [Internet] Oct., 2004, (Consultado en 24 junio 2015) Vol. 66, Número especial pp. 197-214 Disponible en <http://www.jstor.org/stable/3541450>

la fuerza de trabajo de las mujeres? ¿Cómo es que esos poderes de los cuerpos femeninos se trastocan en subordinaciones? ¿Cómo es que los que no tienen en sus cuerpos la posibilidad de gestar, parir, amamantar, transforman el órgano reproductivo visible -el pene- en el símbolo del poder: el falo?

¿Cómo es que si bien tanto el cuerpo de la mujer como el del varón tienen la capacidad de producir placer en el otro/a sólo el cuerpo femenino se constituye como el objeto erótico en nuestras sociedades? ¿Cómo es que la capacidad de trabajo de las mujeres es dirigida por las sociedades a la realización de un trabajo socialmente imprescindible pero desvalorizado?²⁶

Los derechos sexuales y reproductivos posibilitan a los individuos obtener un estado óptimo de salud sexual y reproductiva; la premisa central es partir del reconocimiento de que cada quien es responsable de su propio cuerpo. Para aplicar los derechos sexuales y reproductivos es menester conocerlos, ejercerlos y luchar porque a nadie se le niegue el ejercicio de estos, así como acceder a los servicios de salud pública y garantizar que el personal de salud esté capacitado en esta temática.

Para fines de reflexión se destaca que son los derechos sexuales y reproductivos, aunque su instrumentación y ejercicio necesariamente incluye a ambos, en tanto se encuentran estrechamente vinculados en la vida sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres.

Los derechos sexuales son parte de los derechos humanos básicos y se refieren a:

- El respeto absoluto a la integridad física del cuerpo humano.

²⁶ De Barbieri T. Op. Cit p 197-214

- El derecho a la información y a los servicios necesarios, asegurando una confidencialidad absoluta.
- El derecho a los más altos niveles de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a tomar decisiones sobre sexualidad y reproducción libres de discriminación, coerción o violencia.

El reconocimiento de los derechos sexuales en nuestra cultura y sociedad ayudará a asegurar que las mujeres y las niñas no se vean sujetas a:

- Relaciones sexuales y embarazos no deseados.

Violencia física, sexual y psicológica en la comunidad o en el lugar de trabajo incluyendo abuso y hostigamiento sexual intimidación y violación.

- Servicios de anticoncepción coercitivos o de riesgo.
- Violencia física, sexual y psicológica en el hogar, incluyendo la violación marital, el maltrato físico, el confinamiento y el incesto.
- Intervenciones médicas no deseadas.
- Discriminación y violencia con base en la orientación sexual.
- Contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA.
- Violación sistémica como arma de guerra.

Para asegurar los derechos sexuales se requiere:

- Informar a las personas sobre sus derechos sexuales y ofrecer servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.
- Crear o reforzar sistemas jurídicos que reconozcan y protejan los derechos sexuales.
- Promover la cooperación internacional y nacional para evidenciar y actuar en contra de la coerción y la violencia sexual.

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos ya reconocidos e incluyen:

- El derecho de todas las parejas e individuos a decidir de forma libre y responsable el número, espaciamiento y tiempo de nacimientos de sus hijos, y disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo.
- El derecho a alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva, de contar con servicios e información que así lo permitan.
- El derecho a tomar decisiones respecto de la reproducción sin ser discriminados ni obligados por medio de la violencia.

Cartilla por los derechos sexuales y reproductivos²⁷

1. Tengo derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.

Existen diversas formas de vivir la sexualidad, tengo derecho a que se respete las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Soy responsable de mis decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni oponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual. El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social. Tengo derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme

²⁷ Comisión de Desarrollo Social. Comisión de Derechos Humanos. Comisión de Equidad y Género. Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes. Secretaría de la mujer. Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, Chilpancingo.

por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.

3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos. Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.
4. Derecho a decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad. Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tengo derecho a decidir libremente con quien compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos. Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida y mi sexualidad.

* Si es menor de edad consultar el código civil de su estado.

5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada. Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi intimidad y privacidad. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual. Sin mi Consentimiento, ninguna persona debe de difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual. Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta el disfrute pleno de mi sexualidad. Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser

torturada/o, ni sometida/o, a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

7. Derecho a la libertad reproductiva. Las decisiones sobre mi vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad. Como mujer u hombre joven tengo derecho a decidir de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién. El Estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.

* Si eres menor de edad, consulta el código civil de tu Estado.

8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad. Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley. Como joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

9. Derecho a vivir libre de toda discriminación. Las y los jóvenes son diversos y, por tanto, se tienen diferentes formas de expresar la identidad. Se posee el derecho a que no se discrimine por edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra la dignidad humana. El Estado debe garantizar la protección contra cualquier forma de discriminación

10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad. Para decidir libremente sobre la vida sexual y la necesidad de información veraz no manipulada o sesgada. Los temas relativos de la información sobre sexualidad deben de incluir todos los componentes de ésta: género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad. El Estado debe brindar información laica

y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11. Derecho a la educación sexual. La educación sexual es necesaria para el beneficio físico mental, y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes, derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y a la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

12. Derecho a los servicios de salud sexual, a la salud y a la salud reproductiva. La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas, por tanto se debe recibir los servicios de salud sexual: gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no deben negar información o atención bajo ninguna condición y estas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.

* Si eres menor de edad consulta el Código Civil de tu Estado

13. Derecho a la participación de las políticas públicas sobre sexualidad. Como joven se puede tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre los derechos sexuales y a emitir opinión sobre los mismos, a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para la participación: así como la asociación con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a la salud y bienestar. Ninguna autoridad o servidor público debe negar

o limitar, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad. ²⁸

Cuidados en las Etapas Reproductivas

Los derechos reproductivos y el acceso a la atención a la salud reproductiva son fundamentales para las mujeres, en tanto el objetivo es que experimenten una vida saludable y libre de enfermedades, violencia, incapacidad, temor, dolor o muerte asociados con la reproducción y la sexualidad, al tiempo que permitan controlar su propia fecundidad de manera segura y eficaz concibiendo cuando lo deseen, previniendo los embarazos no deseados y llevando a término los deseados.

Los derechos reproductivos se encuentran en estrecha relación con la salud reproductiva que busca satisfacer las necesidades de salud de las mujeres y hombres en relación con la sexualidad y la procreación. Los componentes de la atención a la salud reproductiva incluyen:

Consejería sobre sexualidad, embarazo, anticoncepción, aborto, infertilidad, infecciones y enfermedades; educación sobre sexualidad aparato reproductor masculino y femenino, prevención, detección y tratamiento de infecciones del aparato reproductor, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y problemas ginecológicos.

Prevención y tratamiento de la infertilidad. Servicios post- aborto seguros. Cuidado prenatal: Atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo, proporcionar atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y

²⁸ Comisión de Desarrollo Social. Comisión de Derechos Humanos. Comisión de Equidad y Género Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes. Secretaría de la mujer. Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, Chilpancingo.

prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, brindar atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia. Salud materna infantil, proporcionar atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. Supervisión del parto.

La información debe ser entera, oportuna, veraz y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas. El acceso a recibir atención y servicios de calidad con calidez. La elección decidida responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento, la seguridad de recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección de salud, así como la privacidad al recibir información, orientación y consejería de servicios en un ambiente libre de interferencias. La confidencialidad de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

Dar continuidad, recibir información, servicios, suministros, por el tiempo que sea requerido, la opinión para expresar los puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibido.

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio, la educación de la sexualidad con forma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura.

CAPITULO III.

A. Hipótesis

La pobreza, analfabetismo y tipos de violencia (sexual, física, psicológica, económica, patrimonial, y de desigualdad y discriminación) como factores de riesgo que limitan el ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

El nulo conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos es dependiente de factores biológicos, culturales, económicos, religiosos y patriarcales que anulan la posibilidad de mantener una vida plena, saludable, reproductiva y sexualmente satisfactoria. Por ende el índice de morbi-mortalidad materna es directamente proporcional al nivel de educación sexual y reproductiva de la población femenina. Lo cual coadyuva la prevalencia de todos los tipos de violencia contra la mujer, misma justificada socialmente por la cultura mixteca. En donde la mujer indígena tiene la vida y salud a merced del mejor postor con disposición monetaria para su compra.

Los programas y medidas estratégicas para erradicar la muerte materna (Arranque parejo en la vida) no han tenido el efecto deseado, ya que no consideran los contextos socioculturales prevalecientes en la comunidad indígena marginal más pobre del país para su implementación, por tanto, la muerte perinatal y mortalidad infantil aún están presentes.

B. Variables

Situación laboral de las mujeres indígenas

Tipos de violencia ejercidos contra la población femenina indígena

Estado civil de la población indígena femenina

Idioma

Embarazo en adolescentes indígenas

Escolaridad de la población indígena femenina

Enfermedades de trasmisión sexual

Métodos de planificación familiar utilizados por mujeres indígenas

Número de embarazos en mujeres indígenas

Velocidad reproductiva en mujeres indígenas

Lugar de atención de parto en mujeres indígenas

Trimestre de ingreso al control prenatal en mujeres indígenas

Número total de consultas de control prenatal

Morbilidad de mujeres indígenas durante el embarazo

Planeación de embarazo en mujeres indígenas

C. Indicadores de las variables

FACTOR	VARIABLES
Situación laboral	<ul style="list-style-type: none">• Trabaja• No trabaja
Tipos de violencia	<ul style="list-style-type: none">• Económica• Física• Patrimonial• Psicológica• Sexual• Sufre más de un tipo de violencia• No sufre violencia
Estado civil	<ul style="list-style-type: none">• Casada

	<ul style="list-style-type: none"> • Unión libre • Soltera
Idioma	<ul style="list-style-type: none"> • Mixteco • Español • Español y mixteco
Embarazo en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • 14,15,16,17,18,19
Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Primaria incompleta • Secundaria • Secundaria incompleta • Bachillerato y/o carrera técnica
Enfermedades de Transmisión Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Virus de papiloma humano • Sífilis • Sin ETS
Métodos de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • No utiliza método • Implante subdérmico • Inyección bimensual • Condón masculino • Dispositivo intrauterino de cobre • Oclusión Tubaría Bilateral
Número de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Velocidad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • 1 año • 2 años • 3 años
Lugar de atención de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Hogar

	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud • Hospital • Fortuito
Trimestre de ingreso a control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin control prenatal • 1° trimestre • 2° trimestre • 3° trimestre
Número total de consultas de control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Morbilidad materna y perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo normoevolutivo • Preclampsia/ eclampsia • Parto pretérmino • Aborto recurrente • Anencefalia • Meningocele • Muerte fetal • Amenaza de aborto • Producto pélvico • Desnutrición severa • Ruptura prematura de membranas
Planeación de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado • Embarazo deseado

CAPÍTULO IV.

Metodología de la investigación

Método estudio es de corte transversal observacional; Por medio de una serie de ítems correspondientes al expediente clínico que se implementa en el Centro de Salud Rural para población dispersa de Cochoapa el Grande, Guerrero (historia clínica, historia perinatal, historia clínica de planificación familiar, y CEDIME).

La recolección de datos fue a través de la consulta de ingreso, la de primera vez en la que se abre un apartado en el expediente clínico familiar (historia clínica, historia perinatal, historia de planificación familiar, tarjeta de embarazada y lactancia, carnet de embarazada, censo de embarazadas, censo de puérperas, CEDIME y registro de hoja diaria). Los principales procedimientos utilizados fueron la entrevista y la observación, durante la consulta (de embarazo, parto, puerperio y/o planificación familiar) y la exploración física. En la primera consulta se estableció contacto con la señora y sus acompañantes por parte de quién investigó y se realizaba la primera entrevista y una exploración integral, obteniendo así los datos objetivos los cuales se verifican mediante criterios establecidos (signos y síntomas, procesos fisiológicos).

Durante la historia clínica, a través del interrogatorio directo (mujeres que hablan castellano) e indirecto (uso de traductores enfermeras, pareja, hijos) debido al predominante uso de la lengua indígena mixteca, se obtuvieron los datos subjetivos ya que solo son evidentes para la persona afectada.

Así mismo, se obtuvieron datos de los profesionales de salud quienes a través de sus contactos previos con las mujeres en estudio (mediante la revisión sistemática del expediente clínico familiar) tienen información adicional, pues ellas no recuerdan sus diagnósticos previos, número de

gestas, o no suelen contar los óbitos e hijos fallecidos durante la infancia como embarazos.

En los casos de identificación de algún tipo de violencia ejercida en contra de las mujeres no se existe registro en los expedientes.²⁹

Además de la nula existencia de formatos correspondientes para el expediente clínico y para su registro en la SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica) en los insumos del Centro de Salud, por lo que nunca fueron denunciados mucho menos atendidos.

A. Tipo de investigación

Muestra aleatoria de Mujeres indígenas en edad reproductiva que cursaron en el periodo de 1 de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015, alguna etapa reproductiva (embarazo, parto, puerperio) pertenecientes al municipio de Cochoapa el Grande principalmente sectores 3, 5, 6 y 7 los más alejados de la comunidad, por lo tanto carecen de servicios de salud y de servicios básicos (Centro de Salud de Cochoapa el Grande), motivo por el cual el inicio de consultas de control prenatal durante el embarazo iniciaba a edades tardías o era inexistente, por lo que en algunos casos el contacto con las mujeres es por medio de la consulta de primera vez durante el puerperio o planificación familiar.

Debido al Triage elaborado al inicio de la primera consulta donde se eligen los factores de riesgo se identifica el grado de riesgo del embarazo (bajo-verde, medio-amarillo, alto-rojo) Formato entregado semanalmente a la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, para la SUIVE; cabe hacer notar que

²⁹ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en México D.F por el Diario Oficial de la Federación en 16-04-2009
Consulta 12-06-2015 en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009

debido a sus antecedentes gineco-obstétricos, socio demográficos, culturales y heredo-familiares la mayoría son de alto riesgo.

B. Población y muestra

Población indígena de 15 572 habitantes, de los que 7445 son hombres y 8127 mujeres. Es una población predominantemente joven, en la que el 58.5% es menor de 20 años, y la que está en edad activa (12 a 64 años) representa el 53.1%.

Muestra de mujeres indígenas en edad fértil del municipio de Cochoapa el Grande Guerrero (principalmente sectores 3,5,6,7) que asisten a consulta de primera vez por cursar cualquiera de las etapas reproductivas: embarazo, parto, puerperio y Planificación familiar.

C. Materiales y métodos

Grupo de 155 mujeres indígenas habitantes del municipio de Cochoapa el Grande.

Entrevista directa e indirecta aplicada por quién escribe en servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con el propósito de determinar, identificar y disminuir los factores de riesgo que delimitan el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

La información recopilada del expediente clínico familiar fue organizada y cuantificada con respecto a la identificación de los factores de riesgo más comunes y pre disponibles en el programa Excel, para la elaboración de gráficas y estadísticas por lo tanto la obtención de resultados. (Ver Anexo 12).

D. Técnicas aplicadas en la recolección de la información

Obtención de datos objetivos y subjetivos durante la primera consulta de control prenatal, puerperio y/o planificación familiar. Primera etapa confirmar diagnóstico: en caso de embarazo se realiza prueba rápida de HGC en orina (en casos de renuencia o falta de insumos se realizaba ultrasonido o se saltaba hasta la exploración física) si el resultado es positivo se comienza la segunda etapa: la entrevista consta de una historia clínica donde se abarcan los datos del establecimiento, localidad, número de expediente, identificación del paciente apellido paterno, materno y nombres, edad y grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos como diabetes, hipertensión, tuberculosis, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, transfuncionales, toxicomanías, oncológicos y otros. Antecedentes gineco-obstetricos menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, gestas, partos, aborto, óbito, cesárea, fecha de última menstruación, fecha probable de parto y edad gestacional. Fecha de inicio del padecimiento actual y sintomatología. Interrogatorio por aparatos y sistemas: aparato digestivo, aparato respiratorio, aparato urinario, aparato genital, sistema cardiovascular, sistema nervioso, sistema endocrino vegetativo y sistema locomotor. La tercera etapa mediante la exploración física, peso, talla, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura y pulso. Se continúa con la exploración céfalo caudal: cabeza, cuello, tórax, abdomen, sistema locomotor, genitales, sistema neurológico, resultados y elaboración de solicitud de exámenes de laboratorio, terapéutica empleada, diagnóstico principal y co-morbilidad así como pronóstico para la vida y la función. (Ver anexo 13).

Historia clínica perinatal datos de identificación de la señora, fecha de nacimiento, edad en años, etnia, lee y/o escribe, último grado de

estudios, estado civil. Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos como diabetes, hipertensión, tuberculosis, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, transfuncionales, toxicomanías, oncológicos y otros. Antecedentes gineco-obstetricos menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, partos, aborto, óbito, cesárea, fecha de última menstruación, fecha probable de parto y edad gestacional. Hijos vivos, menores de 2500 gr, muertos la primera o segunda semana, fin de embarazo anterior, embarazo planeado o no deseado, método anticonceptivo utilizado, Antecedentes de pre eclampsia, eclampsia, hemorragias, placenta previa, ectópicos, cirugía pélvica, cirugía previa, infertilidad, VIH, cardiopatía, nefropatía.

Gestación actual: peso anterior, talla, FUM, FPP, vacuna antitetánica, vigencia y mes de gestación, toxicomanías, alcohol, tabaco, drogas, grupo y Rh, citología cervical, colposcopia, pruebas rápida de VIH, prueba rápida de VDRL, prueba treponémica, hemoglobina en el segundo semestre, hemoglobina en el tercer trimestre, test Sullivan, urocultivo, fecha de consulta, edad gestacional, presión arterial, altura uterina, presentación, frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, hierro, ácido fólico, calcio, signos de alarma, exámenes, tratamiento, fecha de próxima cita.

Sección de parto o aborto: fecha de ingreso, número total de consultas prenatales, uso de glucocorticoides antenatales, inicio de trabajo de parto espontaneo, inducido, cesárea, ruptura de membranas anteparto fecha y hora, horas entre ruptura y parto, edad gestacional, presentación, acompañante en el trabajo de parto, nacimiento, hora fecha, orden, terminación, indicación principal para la inducción, posición de parto (sentada, acostada, o cuclillas), episiotomía, grado de desgarro, oxitócicos en el alumbramiento, placenta completa o retenida, minuto de

la ligadura del cordón, medicación recibida (oxitócicos en trabajo de parto, antibióticos, analgesia epidural, anestesia regional, anestesia general, sulfato de magnesio, transfusión), realización de partograma. Enfermedades: hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, anemia, infección urinaria, amenaza de parto pre término, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura de membranas, coarriamnitis, hemorragia del primero, segundo o tercer trimestre, hemorragia postparto, infección puerperal, bacteriuria. (Ver anexo 14).

E. Instrumentos de medición utilizados

Registro de papelería mensual entregada a la Jurisdicción 04-Montaña:

Registro diario de pacientes en consulta externa SIS-SS-01P-Bis

Censo de embarazadas

Censo de puérperas y menos de 2 años

CEDIME Censo digital de mujeres embarazadas

Tarjetero de embarazadas, mujeres en lactancia y planificación familiar

Las respuestas se verifican mediante exploración física, visitas domiciliarias, y corroboración con personal de salud y congruencia de expediente clínico familiar.

Se llevó a cabo una revisión sistemática, analítica y crítica de:

Registro diario de pacientes en consulta externa SIS-01P-Bis (hoja diaria)

Computadora con el programa de CEDIME (Censo Digital de Mujeres Embarazadas).

Expediente clínico familiar.

Siguiendo la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior.³⁰

Organización de la información

Técnicas aplicadas en la recolección de la información el uso de tecnologías de la información y la comunicación (Microsoft Office Excel y Microsoft Office Word).

Por medio de la organización sistemática y revisión crítica y analítica de expedientes clínicos, hojas diarias y censos mensuales se recolectaron los datos pertinentes para la investigación. Por medio de hojas de cálculo se tabularon los datos para la obtención de estadísticas y gráficas.

F. Resultados y discusión

Factores económicos y sociales como la pobreza y la desigualdad de género, la escolaridad de las mujeres, el lugar de residencia, el grupo generacional, el grupo socioeconómico de pertenencia, la experiencia laboral y la pertenencia a grupos indígenas, han influido en las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población y en la definición de los patrones reproductivos. Son tales factores los que determinan en gran

³⁰ Dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente: Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. DOF: 15/10/2012 revisado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

parte la edad de inicio de la vida sexual y reproductiva, el espaciamiento y número de hijas/os, el ejercicio de la sexualidad, la protección en las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, además de sus preferencias en cuanto a tener o no descendencia. Entre las mujeres particularmente, sus condiciones de autonomía y de igualdad, tanto en sus relaciones de pareja como en el medio social en que se desarrollan, son factores que también influyen.

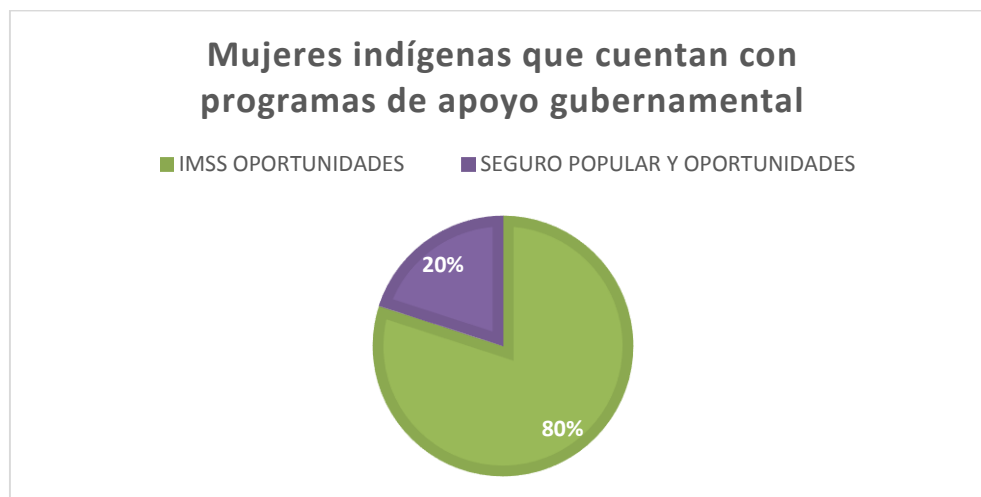
La afiliación de mujeres en edad fértil a determinados servicios e instituciones de salud se relaciona también con los recursos disponibles y el grupo social de pertenencia; de esta diferenciación sobresale que cerca de la mitad de mujeres en edad fértil no están afiliadas a ningún servicio médico y que, al desagregar la cifra entre mujeres no indígenas e indígenas, el porcentaje se incrementa entre estas últimas.³¹

Mujeres indígenas con un programa de seguridad y/o desarrollo social

La mayoría de las mujeres indígenas asegura que el único ingreso **económico para el hogar constante y puntual es el de "Oportunidades", ahora "Prospera". Propicia la violencia económica y patrimonial** pues quienes son titulares del programa son las mujeres pero los verdaderos beneficiarios son los esposos y los comerciantes de bebidas alcohólicas de la comunidad. De un total de 155 mujeres, todas cuentan con **programa de "Seguro Popular", 124 con "Oportunidades" y 31 mujeres cuentan con "IMSS Oportunidades".**

³¹ Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006 Encuesta nacional realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Secretaría de Salud (SSA), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (ahora Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI)

Gráfica 1



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

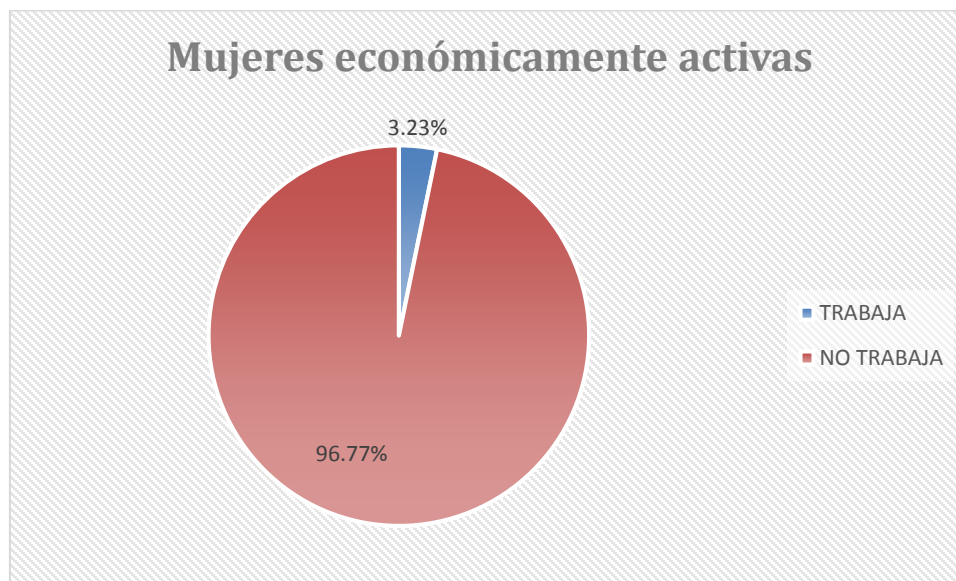
Lo que indica que la asignación de estos apoyos carecen de un registro y se otorga de manera indiscriminada, **se sigue con la política de "gobierno paternalista" se les da dinero pero no se crean fuentes de trabajo.**

Por otra parte existen mujeres que reciben apoyo de dos o más programas y se pensaría que estuviesen en mejores condiciones pero como el esposo es el beneficiario la situación personal sigue igual y solo se concretan a dar respuesta a las exigencias del programa para que no se les retire el apoyo.

Ingresos y trabajo remunerado

De 155 mujeres solo el 3.23% son económicamente activas y 96.77% se dedican a las labores del hogar sin ingresos económicos propios más que los apoyos económicos gubernamentales.

Gráfica 2



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Esta situación denota que las mujeres son dependientes principalmente de su cónyuge o quién la compró, lo que impide que tomen sus propias decisiones, separarse cuando las relaciones son conflictivas, decidir el número de hijos que quieren tener y si quieren tenerlos y decidir sobre su propia sexualidad.³²

Cabe notar que las mujeres que trabajan de las entrevistadas una es enfermera del mismo centro y dos se dedicaban al comercio informal con la anuencia de su pareja. Para la población no es ningún secreto al contrario es común el trabajo en campo con los sembradíos de amapola

³² Regnér Asa. Gender Equality La igualdad de la mujer empieza por lograr un buen ingreso propio. (Consultado en 20 enero 2016) disponible en: <http://www.awid.org/es/noticias-y-an%C3%A1lisis/la-igualdad-de-la-mujer-empieza-por-lograr-un-buen-ingreso-propio>

y mariguana, situación que propicia a las mujeres a sufrir de algún tipo de violencia.

Prevalencia de los tipos de violencia ejercidos en contra de las mujeres indígenas

En relación a la violencia de las 155 mujeres indígenas, 10 de ellas sufren de violencia económica (6%), dos sufren de violencia física (1%), siete mujeres sufren de violencia patrimonial (5%), dos mujeres aseguran haber sufrido de violencia psicológica (1%), dos mujeres fueron abusadas sexualmente (1%) y tres mujeres afirman haber sufrido dos o más tipos de violencia (2%). Estos datos denotan que el 16% del total de las mujeres sufren violencia con las siguientes características:

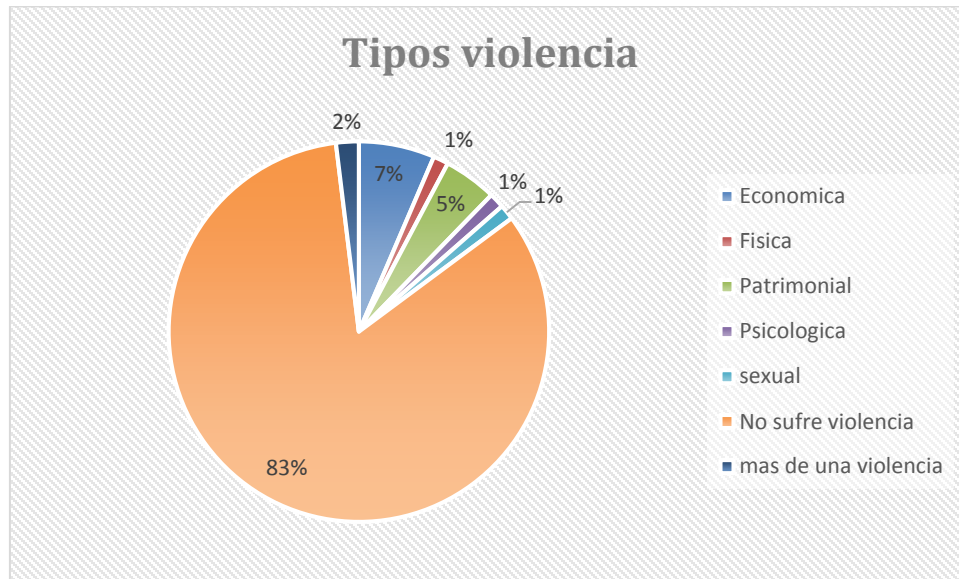
La física, abarca pellizcos, empujones, patadas, cachetadas, inmovilización, golpes, puñetazos, aventar, cualquier agresión, que dañe al cuerpo las cuales dejan huella y las mujeres niegan haberla sufrido y por tanto no la denuncian.

Estos datos denotan que el 16% del total de las mujeres sufren violencia con las siguientes características:

La física, abarca pellizcos, empujones, patadas, cachetadas, inmovilización, golpes, puñetazos, aventar, cualquier agresión, que dañe al cuerpo las cuales dejan huella y las mujeres niegan haberla sufrido y por tanto no la denuncian.

La psicológica generalmente son agresiones verbales que dañan a la autoestima incluye insultos, humillaciones, descalificación, aislamiento, celos, vigilancia y control excesivo y permanente.

Grafica 3



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

La sexual se caracteriza por la apropiación de la sexualidad de la mujer e incluye la violación coital, anal y/o oral, la exigencias de prácticas sexuales no consensuadas, ser partícipe de actos sexuales con otras personas y la negación masculina a utilizar preservativos.

La violencia económica y patrimonial, en la cual el agresor se apropia del dinero y los bienes de la mujer, aunado a que no se deja a la mujer a tener ingresos propios, adueñándose de ambos, además de ocultar la existencia de bienes y / o ingresos.

Estos tipos de violencia corresponden a la violencia doméstica considerada un problema de salud pública, en tanto constituye una de las causa más importantes de morbilidad y mortalidad femenina, más aun al dañar la capacidad, física, mental y emocional de la mujer para ocuparse de su familia, esta violencia afecta también a la salud de otros

miembros de la unidad familiar, en especial de los menores. Las investigaciones disponibles demuestran además que entre las mujeres maltratadas es doble el riesgo de aborto espontáneo, y al dar a luz a niños de bajo peso es cuatro veces mayor.

La violencia física constituye uno de los extremos del ejercicio del poder cuando el poder no opera mediante la violencia física se recurre al poder de la violencia simbólica. Dicho poder se ejerce al proscribir la sexualidad libre y placentera a las mujeres, se ejerce inscribiendo mandatos en el cuerpo de manera sutil y eficaz los derechos y las obligaciones de género se establecen, casi siempre mediante acuerdos tácitos, así mientras las mujeres cumplan con aquellos deberes considerados propios de su sexo como cuidar a los hijos, prepara los alimentos, limpiar la casa, lavar y planchar la ropa y atender al marido (incluyendo el débito conyugal), podrán exigir el cumplimiento de ciertos derechos: estos consisten fundamentalmente en recibir el gasto y en aceptar su opinión para la toma de decisiones de asuntos familiares y materiales. El conflicto entre los derechos y deberes de género constituye una de las dimensiones que generan la violencia intrafamiliar, sobre todo cuando las expectativas de una y otro no se cumplen. Paradójicamente, las propias mujeres contribuyen a acentuar el ejercicio de esta identidad genérica, es decir las dominadas contribuyen a su propia dominación.³³

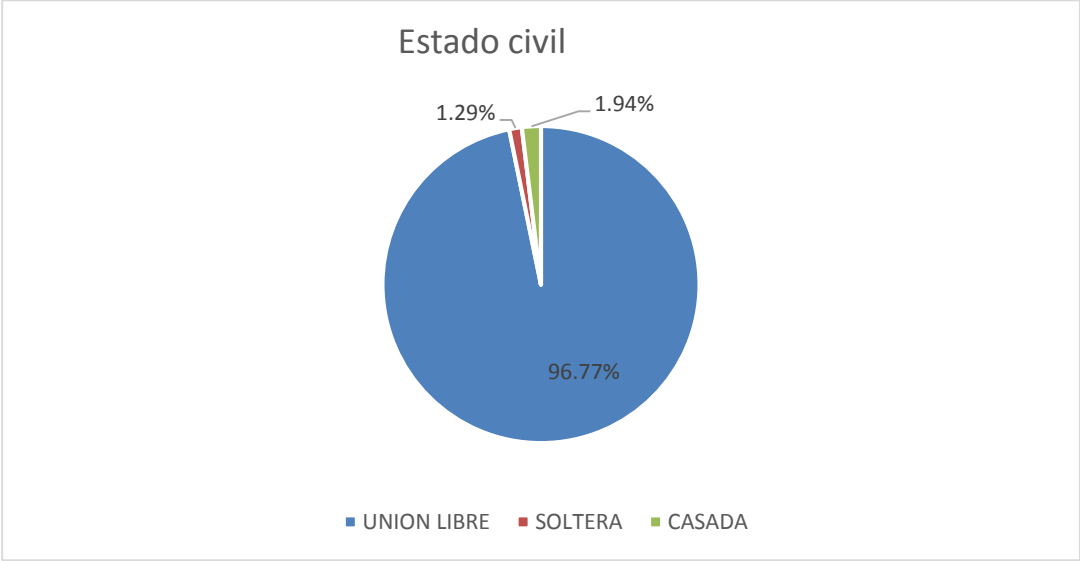
Matrimonio y estado civil de las mujeres indígenas de Cochoapa el Grande

El 97.77% de las mujeres entrevistadas (151 mujeres) vive en unión libre con su pareja y fue casada siendo menor de edad bajo leyes eclesiásticas, religiosas y tradicionales pero no civiles. Solo el 1.29% (solo

³³ Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres: que hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

una mujer) es madre soltera. Y solo el 1.94% (tres mujeres) se encuentra legalmente casada por el civil.

Gráfica 4



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

La tradicional de venta de mujeres da como resultado el adulterio, la infidelidad y la violencia como sustentos de la masculinidad dominante.

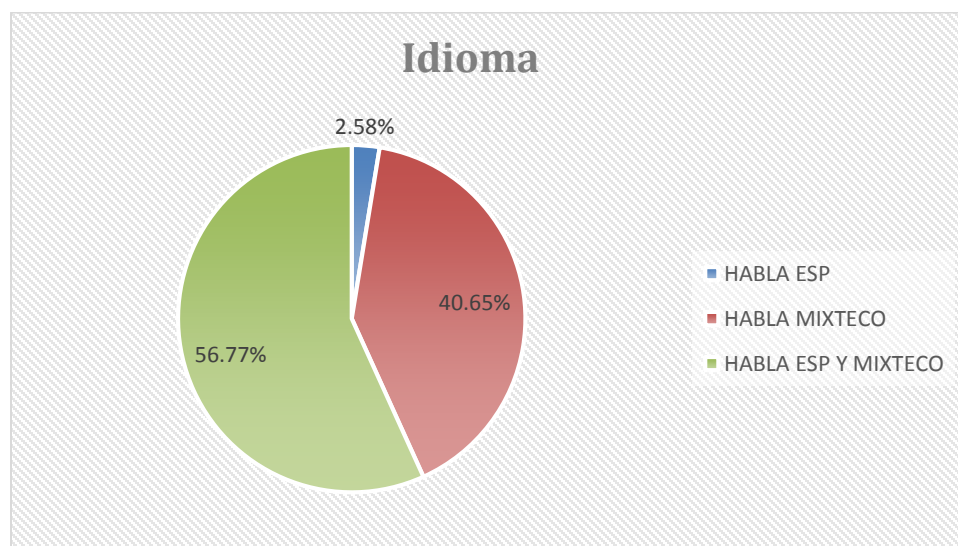
La mayoría de las mujeres fue obligada a ser concubina o formar una familia a temprana edad (aumentando factores de riesgo como la multiparidad, embarazo adolescente, periodo intergenesico corto, muchas inician vida sexual activa antes de la llegada de la menarca); la mayoría con hombres de edad mayor. Todo esto bajo las leyes de costumbres y tradiciones, que disminuye la probabilidad de reclamar derechos de matrimonio, bienes patrimoniales y manutención de hijos ante una separación o divorcio.

Mujeres hablantes de Lengua materna

El 40.65% de mujeres habla únicamente su lengua materna el mixteco, lo cual disminuye o inhabilita las oportunidades de empleo, de crecimiento y empoderamiento fuera de su comunidad sobre todo para la toma de decisiones fuera de su comunidad. Por lo cual la mayoría de ellas es analfabeta. Y solo el 2.58% habla únicamente español (mujeres no indígenas que laboran en la comunidad). De un total de 155 mujeres: 56.77% habla español y mixteco.

Es importante reflexionar sobre la diversidad cultural y lingüística existente en el país, pues permitiría desarrollar avances en materia de procuración e impartición de justicia sobre derechos sexuales y reproductivos, así como formar profesionales de la salud capaces de conocer y reconocer la importancia de mantener las lenguas maternas existentes en el país.

Gráfica 5



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Embarazo adolescente

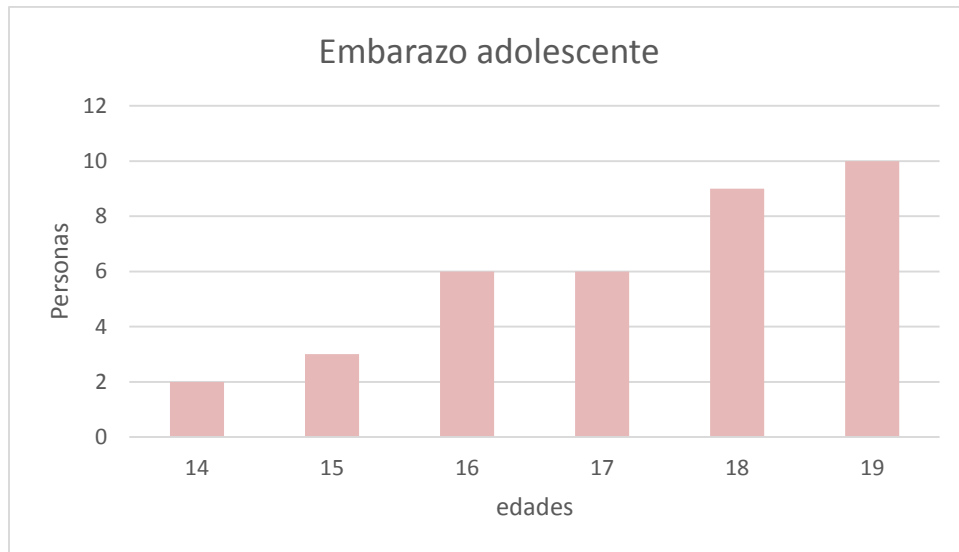
Los grupos de adolescentes son de alta vulnerabilidad: los nacimientos en adolescentes conllevan consecuencias negativas tanto para las madres como para los hijos, el porcentaje de niños que mueren en el primer año de vida, la mayor parte de las uniones de adolescentes ocurre a causa de un embarazo y tienden a disolverse con más facilidad, dando por resultado un mayor número de mujeres jóvenes que se convierten en responsables del hogar sin compañero.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus bebés es aproximadamente 50% superior.

Se analizaron un total de 36 casos de embarazos adolescentes de mujeres de 14 a 19 años: dos mujeres de 14 años, tres mujeres de 15, seis mujeres de 16, seis mujeres de 17, nueve mujeres de 18 y 10 mujeres de 19.

Los dos casos de eclampsia presentados en el transcurso de la investigación fueron de embarazos adolescentes (15 y 17 años respectivamente) al igual las dos adolescentes no tuvieron ningún contacto con personal de la salud durante todo el embarazo. (Las dos en situación de pobreza extrema trabajaron durante todo su embarazo en el Norte). **Las dos fueron llevadas al Centro de Salud por "ataques", su traslado se realizó al HMNIG.** (Ver Anexo 15)

Gráfica 6



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Grado de estudios y/o escolaridad de mujeres indígenas

El 52.9% de mujeres es analfabeta nunca acudió a la escuela por lo tanto no sabe leer ni escribir. La mayoría de estas solo habla su lengua materna.

El 21.29% tiene primaria incompleta por lo cual curso algún grado de primaria.

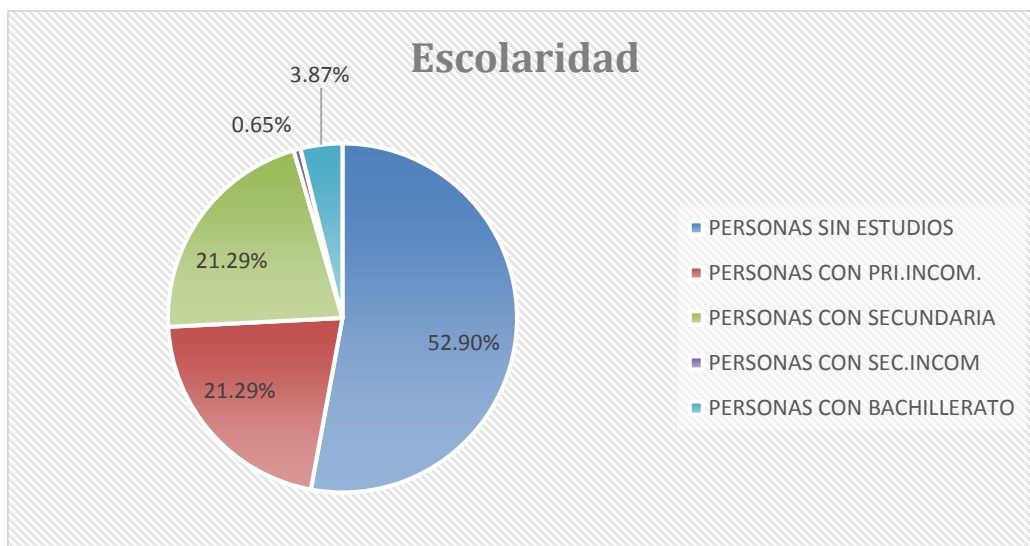
El 21.29% terminó cursando tres años de secundaria

El .65% llegó a la secundaria pero no la terminó.

Y solo el 3.87% llegó a cursar el bachillerato o alguna carrera técnica.

Las mujeres con menor escolaridad y de zonas rurales tienen nulo conocimiento sobre la reproducción menor que aquellas con mayor escolaridad o que residen en áreas urbanas.

Gráfica 7



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

La falta de educación condena a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de sus derechos a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral y a una baja autoestima. Asimismo la baja escolaridad de una mujer determina que los problemas de salud de ella y de sus hijos sean tardíamente reconocidos e inapropiadamente enfrentados, como lo demuestra la consistente asociación entre baja escolaridad y exceso de mortalidad materna e infantil. El riesgo de morir por causas relacionadas con la reproducción varía sustancialmente con la baja escolaridad.

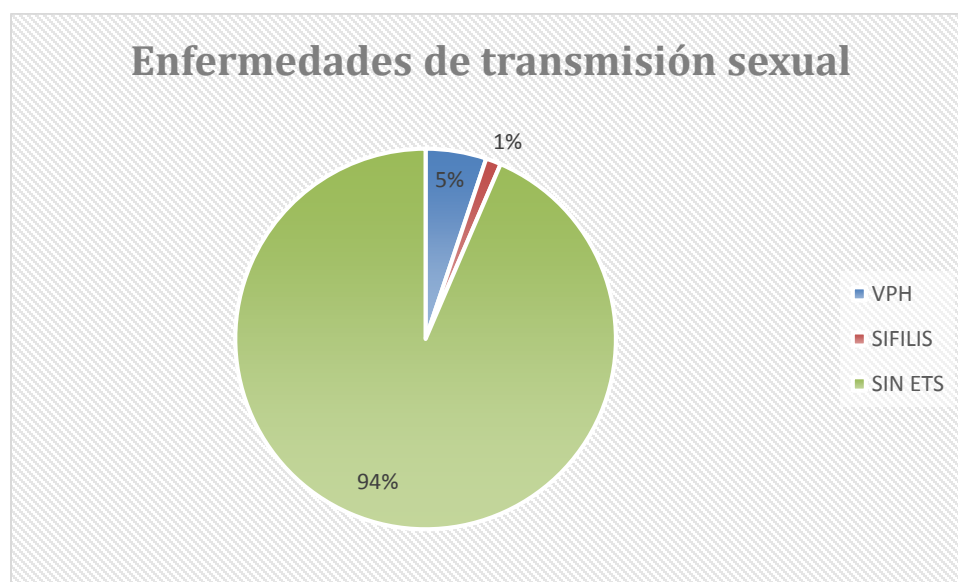
Los datos en relación con el uso de anticonceptivos muestran que a medida que se incrementa el conocimiento sobre la reproducción aumenta la probabilidad de usar diversos métodos, aunque la causalidad también podría ser la inversa.³⁴

³⁴ Langer Ana, Tolbert Kathryn. Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México Population Council/Edamex, Universidad de Texas 1996.

Prevalencia de Enfermedades de transmisión sexual en mujeres indígenas

De 155 mujeres de la muestra: 8 (5%) están diagnosticadas con una lesión intraepitelial de bajo grado NICI/VPH más su embarazo y dos mujeres embarazadas (1%) con sífilis.

Gráfica 8



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Es común encontrar mujeres con algún tipo de displasia o lesión intraepitelial de bajo grado diagnosticada (la mayoría con diagnóstico previo al embarazo, de las cuales las pocas que acudió a sus referencias tuvieron que demorar o suspender su tratamiento): o con alguna enfermedad de transmisión sexual: los dos casos presentados de sífilis fueron diagnosticados en la consulta de embarazo. El primero por los exámenes rutinarios de VIH-VDRL (se confirmó con una segunda toma de muestra específica por lo cual se refirió oportunamente a segundo nivel de atención). El segundo caso al tratarse de una señora foránea con escasos recursos para acudir a tratamiento médico, acudió al centro de

salud cuando el dolor venció al pudor. (Ver anexo 16). Hasta el séptimo mes de embarazo. Afortunadamente y gracias al tratamiento y referencia no se transmitió al feto. El cónyuge se había tratado antes de manera particular sin dar tratamiento o informar a la pareja.

Las infecciones del área genital son muy frecuentes en la población femenina joven y sexualmente activa. Las mujeres que las padecen corren un riesgo mayor de desarrollar cáncer del cuello de la matriz, ya que se considera que la etiología de este pudiera ser infecciosa, el agente involucrado es el Virus del Papiloma Humano, las enfermedades infecciosas se conocen comúnmente como venéreas o de transmisión sexual (Tricomoniasis, Gonorrea, Sifilis, y Chlamydia, Herpes, VIH-SIDA)

Los factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino son: inicio temprano de relaciones sexuales; infecciones genitales, especialmente por virus; múltiples parejas sexuales; deficiente higiene genital de la pareja; multiparidad, edad mayor de 35 años, hábito tabáquico y dieta insuficiente en frutas y verduras. El hecho de que no produzca molestias hace que muchas mujeres ni siquiera consideren el riesgo. En general cuando los síntomas aparecen, es porque el mal ya está muy avanzado.³⁵

La mayoría no se sabe si quiera de la gravedad de la displasia; por lo que no acuden a sus referencias a segundo nivel. Cuando se explica acerca de la prevención, la importancia del uso de condón es común el arraigo del patriarcado pues no se reconoce el uso de preservativo para el hombre (las mujeres defienden y permiten la promiscuidad). La importancia de la prevención en primer nivel de atención pues por medio de tamizajes y exámenes de rutina (Papanicolaou, pruebas rápidas) se puede diagnosticar enfermedades asintomáticas.

³⁵ Klausner Jeffrey D., Hook Edward W. Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mc Graw Hill. México 2008.

Mujeres que utilizan algún tipo de método de planificación familiar

De 155 mujeres el 67.10% no utiliza ningún método de planificación familiar.

El 18.71% de mujeres indígenas utiliza como método el implante subdérmico.

El 10.32% de mujeres indígenas utiliza la inyección bimensual.

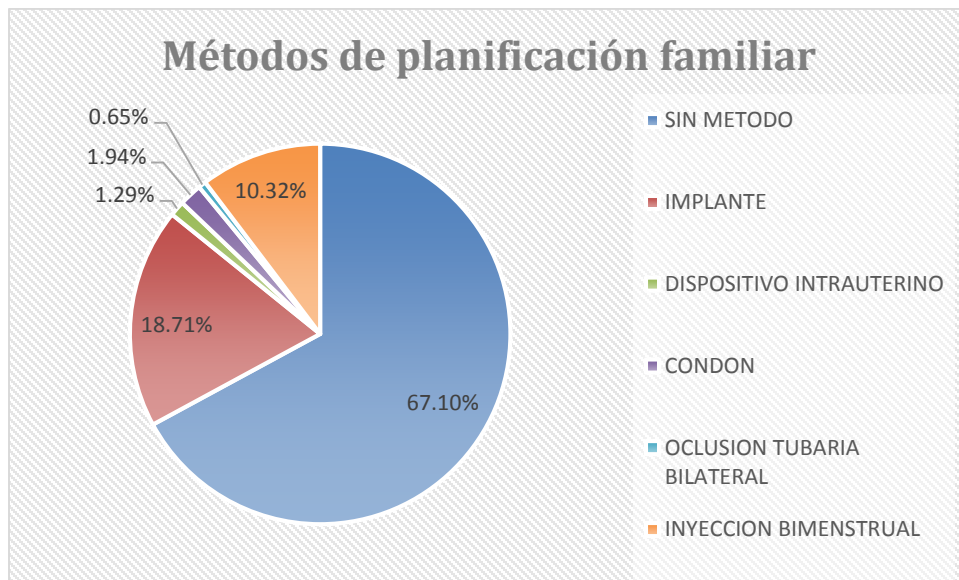
El 1.94% de mujeres indígenas utiliza como método anticonceptivo el condón masculino.

El 1.29% de mujeres indígenas utiliza como método anticonceptivo el dispositivo intrauterino.

Y el 0.65% Oclusión Tubaría Bilateral solo una mujer indígena accedió a realizarse OTB.

El conocimiento de métodos anticonceptivos está relacionado entre otros factores, con la difusión y la oferta que de ellos han hecho las instituciones de salud. Además los prestadores de servicios de salud no informan en un lenguaje comprensible, adecuado y respetable. Las principales razones expuestas por lo que no utilizan métodos anticonceptivos: es el desconocimiento de los mismos, de la forma de usarlos o de donde obtenerlos, la prevalencia de creencia social de que su uso provoca promiscuidad e infidelidad, el deseo de tener muchos hijos, declaraciones de que su uso es ir en contra de sus principios morales o religiosos, el temor a los posibles efectos secundarios y manifestaciones de la oposición de su pareja y la mitificación respecto a su uso.

Gráfica 9



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Tal uso se relaciona también con la oferta y disponibilidad de los mismos, con el deseo o no de embarazarse, con el tipo de relación de pareja en términos de igualdad y, en general, con factores sociodemográficos y culturales que determinan el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos, entre los que se encuentra el uso informado y responsable de métodos anticonceptivos.

Las mujeres indígenas muestran bajos porcentajes tanto de conocimiento como de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, esta situación no es una consecuencia directa de su pertenencia o no a un grupo indígena, sino por las implicaciones que resultan del rezago en que vive la población indígena en términos del lugar de residencia, nivel de escolaridad y de participación económica, la edad y el haber tenido hijas/os, entre otros factores, los cuales se presentan en mayor medida entre las indígenas que entre las que no indígenas.

Velocidad reproductiva

Velocidad reproductiva Este concepto se refiere a la velocidad en que las mujeres tienen a sus hijas/os. Considera la paridad de la madre de acuerdo con su edad, lo que involucra el espaciamiento entre embarazos. Se tiene evidencia de que las madres de 20 a 34 años con intervalos cortos entre los nacimientos de sus hijas/os tienen mayor riesgo de mortalidad materna e infantil, que aumenta con el incremento del ritmo en la fecundidad previa.³⁶

35 mujeres solo han tenido un embarazo todas ellas en la etapa de la adolescencia.

62 mujeres tuvieron un periodo intergenesico menor de un año.

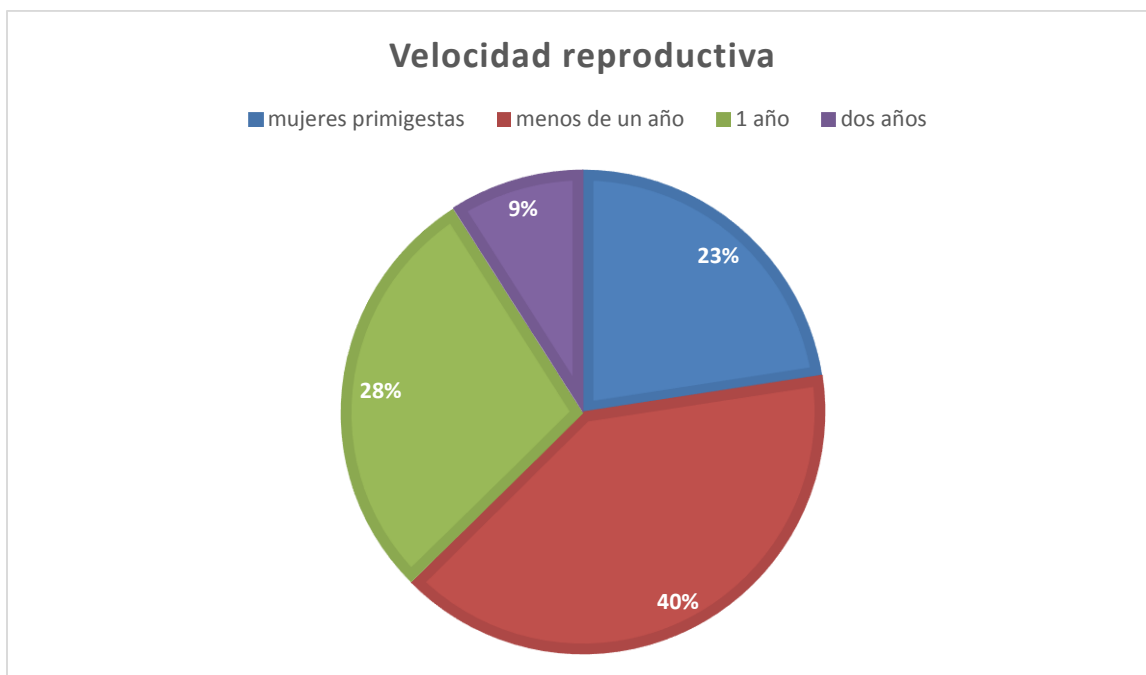
44 mujeres tuvieron un periodo de intergenesico de dos años.

14 mujeres tuvieron un periodo intergenesico de tres años.

El riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo aumenta por el hecho de un periodo intergenesico menor de un año, las complicaciones de una cesárea previa las aumentan aún más, lo recomendable entre un embarazo y otro al menos son tres años.

³⁶ Figueroa P., Juan G., Alma G. Nájera A., et al., "Experiencia laboral y patrones reproductivos en México", en El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales, 1ª edición, The Population Council/El Colegio de México, México, 1996

Gráfica 10



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero, 2014-2015.

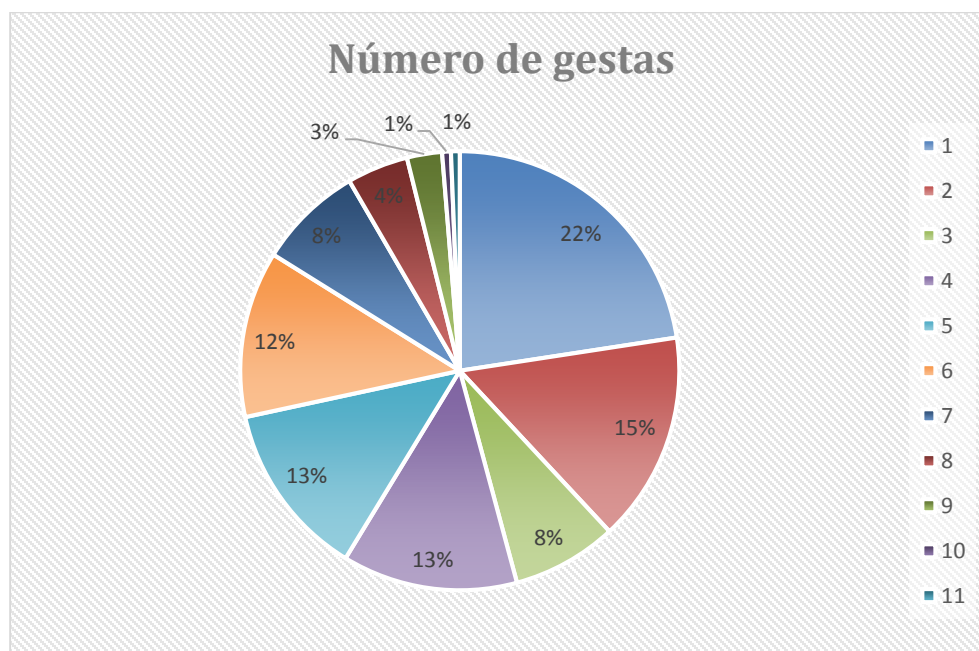
Número de embarazos en mujeres indígenas

Del total de la muestra de 155 mujeres 35 de ellas han tenido una sola gesta (22.58%). 24 mujeres han tenido dos embarazos (15.48%), 12 mujeres se han embarazado tres veces (7.74%), 20 mujeres han tenido cuatro gestas (12.90%), 20 mujeres han tenido cinco gestas (12.90%), 19 mujeres se han embarazado 6 veces, 12 mujeres han tenido siete gestas (7.74%), siete mujeres han tenido ocho gestas (4.51%), cuatro mujeres han tenido nueve gestas (2.58%), una mujer ha tenido 10 gestas (.64%) y una mujer ha tenido 11 gestas (.64%).

La mayoría de las mujeres con más de tres gestas han sufrido alguna muerte perinatal (óbitos por parto prematuro, sufrimiento fetal, desproporción cefalopelvica) o infantil (la mayoría por desnutrición, IRAS

y EDAS en menores de cinco años los cuales no son registrados ya sea por nacimiento o defunción).

Gráfica 10



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

La importancia de la planificación familiar radica en que provee de oportunidades a las mujeres para tener acceso a una mejor educación, empleos mejores pagados y una inclusión en organizaciones fuera de su familia. Así como la decisión en pareja del Promedio de hijos, pues indica una mayor participación de la mujer en estas decisiones hace más probable que ejerza cierto control sobre los nacimientos y sobre las condiciones bajo las cuales ocurren. Esto tiene importantes implicaciones para la salud reproductiva y para la posibilidad de regulación de la fecundidad. El impacto que tiene la religión al escuchar frases como “los hijos que dios mande” asociada a la mitificación de métodos de planificación familiar.

La valoración de los hijos en términos de sus beneficios económicos (expectativas de apoyo económico en el hogar y de seguridad de la vejez, sobre todo preferencia de hijas por el beneficio de la dote) se asocia con una fecundidad alta.

Mientras que la valoración en términos de satisfacciones emocionales (valoración de los hijos en términos de alguien a quien amar y de quien recibir amor, de los hijos como un ideal o como un meta y de estos como una forma de realización personal) tiende a asociarse a una fecundidad baja.

La necesidad masculina y presión social de demostrar la virilidad, se ha analizado que en ocasiones los hombres requieren probar su masculinidad a través de: la fertilidad, actividad sexual, fuerza física y conductas de riesgo, entre otras.

Situaciones de los hombres que nos indican que tienen la influencia de este aspecto: sobre preocupación por la erección del pene, sexualidad reducida al coito y rechazo al condón.³⁷

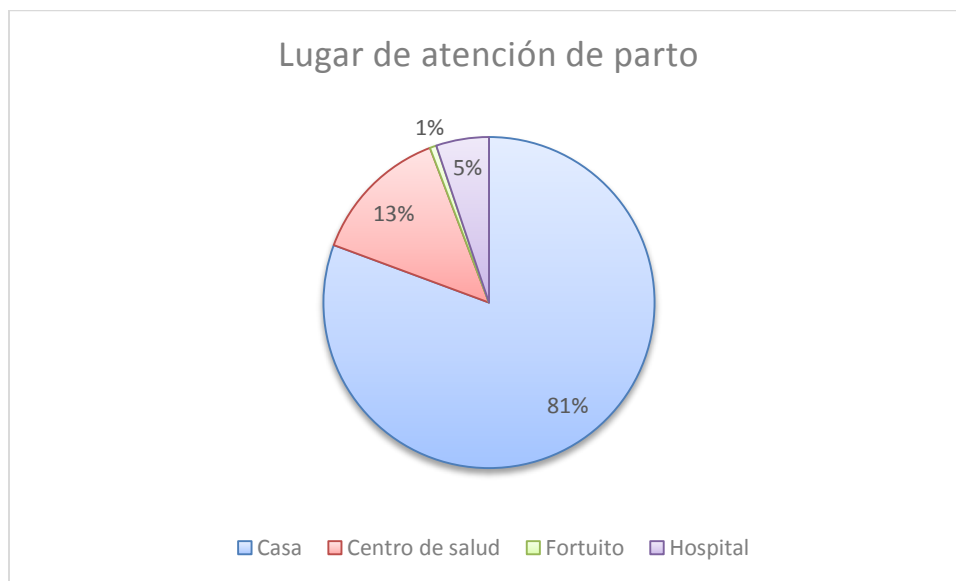
Lugar de atención de parto de mujeres indígenas

Del total de la muestra de 155 mujeres: el 1% fue fortuito (solo un caso de camino al hospital atendido por LEO), solo el 5% fue en el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense y el Hospital General de Tlapa de Comonfort, el 13% de los partos fue atendido en el C.S.R.P.D. de Cochoapa el Grande por LEO, LE, así como Médicos generales y el 81% de mujeres embarazadas dio a luz en su hogar partos atendidos por

³⁷ Botello Lonngi Luis, Construcción social de la masculinidad. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, D.F; P.265-269.

familiares (esposos, abuelas, tías) y parteras tradicionales. (Ver Anexo 17).

Gráfica 11



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Las mujeres argumentaban no acudir al centro de salud por la falta de tiempo y recursos, además de miedo a los procedimientos y técnicas desconocidas pues la costumbre y lo normal es parir en casa. Como parte de las acciones para aumentar la productividad en la atención de parto Institucional en la comunidad de Cochoapa el Grande Guerrero, se realizó un censo de parteras tradicionales para su capacitación en la cual se encontró un total de 16 mujeres indígenas la mayoría de edad avanzada, analfabetas y que solo hablan mixteco. Ante estas limitaciones y la renuencia de acudir a capacitación por la falta de apoyo económico no se pudo continuar satisfactoriamente con dichas capacitaciones. Además se daba la opción de acudir a su hogar para la atención de parto pero las condiciones climáticas, y de caminos lo dificultaron.

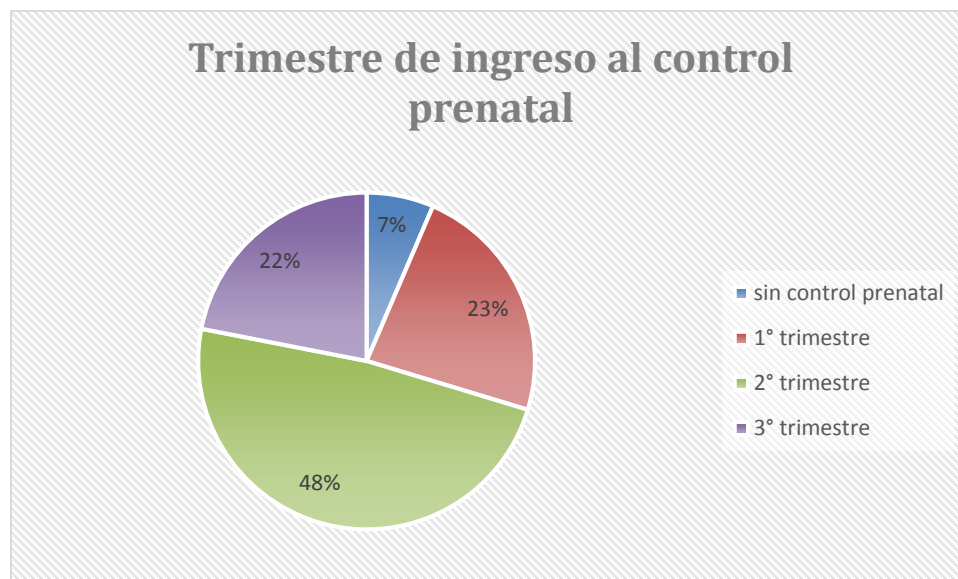
La atención del embarazo, parto y puerperio por personal capacitado y en condiciones adecuadas es primordial para disminuir la mortalidad materna y perinatal. Pues la cobertura de servicios de salud para la población indígena es limitada.

Trimestre de ingreso a control prenatal de mujeres indígenas

De 155 mujeres participes 10 de ellas no tuvieron ningún tipo de control prenatal durante todo el embarazo (6.45%). Solo 36 mujeres ingresaron a control prenatal en el primer trimestre de embarazo (23.22%). 75 mujeres acudieron a control prenatal hasta el segundo trimestre de embarazo (48.38%) y 34 mujeres acudieron a control prenatal hasta el tercer trimestre de embarazo (21.93%). La importancia de un adecuado control prenatal es fundamental para disminuir la morbilidad-mortalidad perinatal, simultáneamente por medio de la prevención se puede disminuir los factores de riesgo que pueden ser modificables. Lo ideal para un embarazo es la planeación de este por lo que lo más favorable es que se acuda a consulta médica desde que se desea concebir. Ejemplo el consumo previo al embarazo de ácido fólico. Sin embargo como país en desarrollo que es México se encuentra que la mayoría de embarazos no son planeados por lo cual no acuden a control prenatal desde el inicio de embarazo.

Se demuestra que programas como arranque parejo y prospera están mal situadas en este contexto, pues no se encontró ningún apoyo como casas AME (las encontradas en otras comunidades en condiciones deplorables) los centros de salud con tan solo dos camas, el incrementar a 5 consultas prenatales en por lo menos 95% de mujeres embarazadas. Como estrategia se programaban citas dependiendo de la fecha de ingreso y semanas de gestación.

Gráfica 12

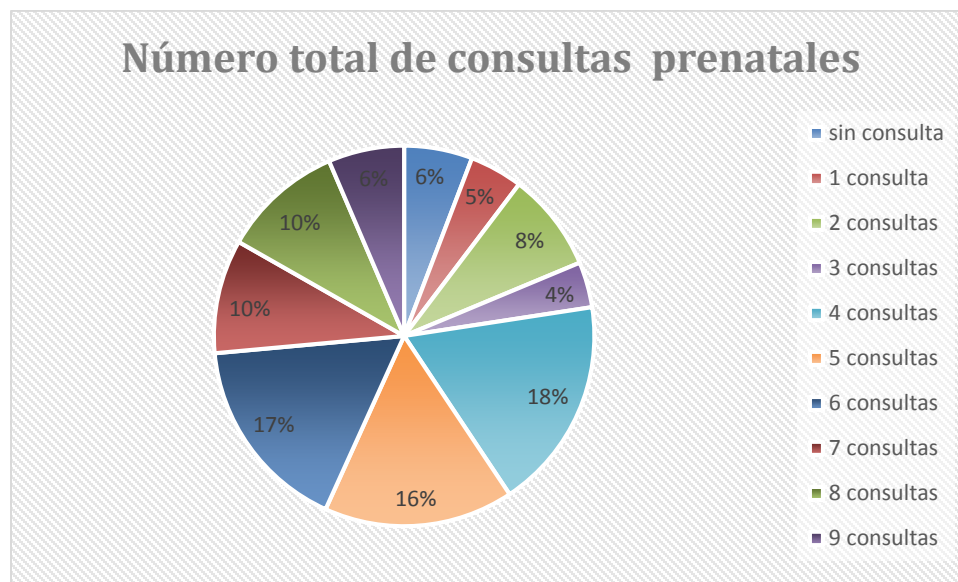


Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Número total de consultas de control prenatal

- 10 Mujeres no tuvieron ninguna consulta prenatal durante todo su embarazo (5,80%)
- 6 mujeres solo tuvieron una consulta prenatal (4.5%)
- 13 mujeres solo tuvieron dos consultas prenatales (8.38%)
- 6 mujeres solo tuvieron tres consultas prenatales (16.77%)
- 28 mujeres solo tuvieron cuatro consultas prenatales (18.06%)
- 25 mujeres solo tuvieron 5 consultas prenatales (16.12%)
- 26 mujeres solo tuvieron 6 consultas prenatales (16.77%)
- 15 mujeres solo tuvieron siete consultas prenatales (9.67%)
- 16 mujeres solo tuvieron ocho consultas prenatales (10.32%)
- 10 mujeres solo tuvieron nueve consultas prenatales (6.45%)

Gráfica 13



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

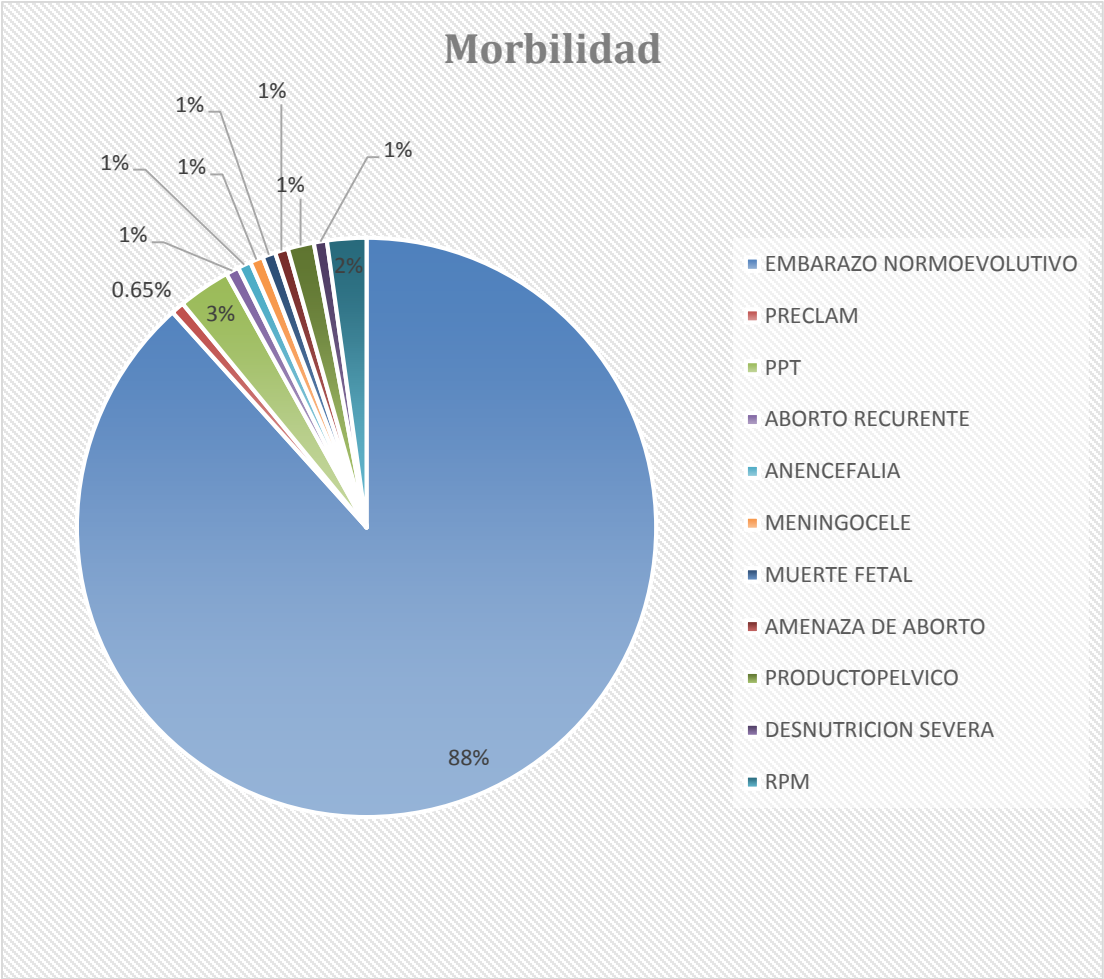
Con relación al embarazo, la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido: propone un mínimo de cinco controles prenatales, realizados por personal capacitado. Ante la renuencia de la población a acudir a control prenatal pues no lo consideran necesario, se realizó la búsqueda intencionada de mujeres embarazadas, de vivienda a vivienda, colonia por colonia y sector por sector, por lo que se agendaba cita en carnet de oportunidades pues era la única razón para poder convencerlas.

Morbilidad perinatal en el municipio de Cochoapa el Grande

Se presentaron dos casos de preeclampsia tres casos / eclampsia dos casos todos ellos de embarazos adolescentes, parto pre término tres casos, Aborto recurrente dos casos

Anencefalia un caso, meningocele un caso. Muerte fetal 5 casos, amenaza de aborto tres casos, producto pélvico tres casos, desnutrición severa dos casos, ruptura prematura de membranas tres casos.

Gráfica 14



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

Morbilidad

Las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio abarcan un amplio rango: desde problemas menores hasta aquellos que pueden ocasionar la muerte de la madre-mortalidad materna- o del feto y el

recién nacido –mortalidad perinatal- pasando por enfermedades que ponen en riesgo la salud de la mujer (morbilidad materna y de su hijo morbilidad perinatal). Los procesos patológicos que subyacen a la morbilidad y la mortalidad materna son generalmente los mismos: hipertensión, infecciones, hemorragias. La gravedad de estas complicaciones, la oportunidad y calidad con que se traten determinan las consecuencias para la madre y como es obvio, para el recién nacido.

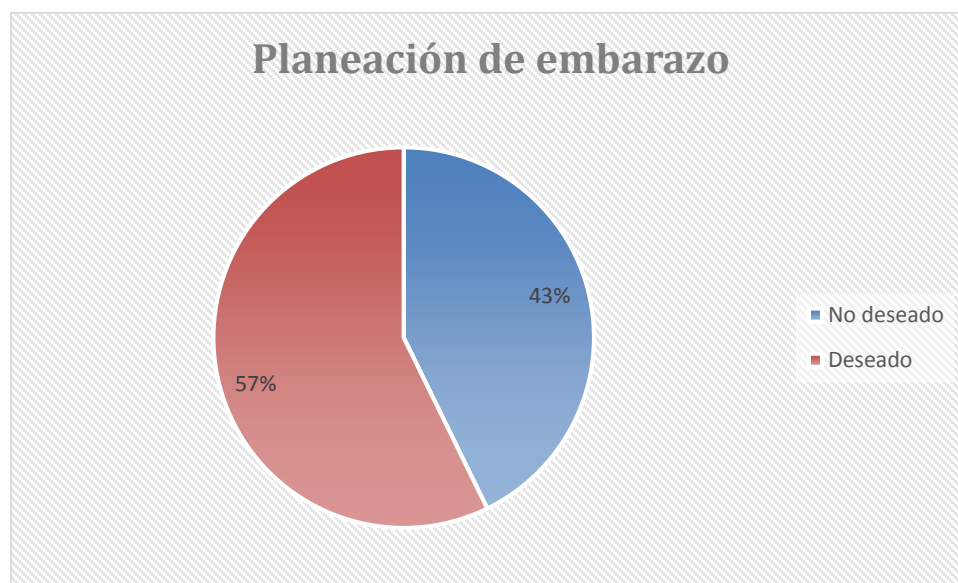
En el transcurso de la investigación (año de servicio social) no se presentó ninguna muerte materna en la población de Cochoapa el Grande (el año pasado 1 muerte materna debido a atonía uterina por ende hemorragia obstétrica). Sin embargo se presentaron cinco casos de muerte perinatal: 1 Caso de anencefalia. (Ver anexo 18) (Parto atendido en casa por enfermera y medico), dos partos prematuros 32 SDG (parto atendido en hogar por familiares) y 34 SDG (se trasladó de urgencia parto atendido en Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense) respectivamente, 1 Producto pélvico (parto atendido en casa por familiares) y un producto pos termino (parto atendido en casa por familiares). Todos referidos previa y oportunamente por los factores de riesgo de la mujer (multiparidad y antecedentes de óbitos previos) sin embargo ante la renuencia de mujeres y familiares no acudieron a servicios de segundo nivel. Los cinco casos de muerte fetal debido a petición de directivos del Centro de Salud no se reportaron en el censo de puérperas y menores de dos años y SUIVE, mucho menos se elaboró certificados de defunción por muerte fetal.

Planeación y embarazo no deseado

Embarazo no planeado o deseado: de 155 mujeres 66 de ellas (43%) aseguraron no haber planeado el embarazo y 89 mujeres (57%) fue deseado. Del total de la muestra 36 mujeres son adolescentes (de 14 a

19 años) las 36 afirmaron no planear el embarazo. Por lo cual el ingreso a control prenatal comenzó el segundo trimestre y estancias tardías.

Gráfica 15



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a las 155 Mujeres de Cochoapa el Grande, Guerrero. 2014-2015.

La información adecuada podría evitar este tipo de casos, el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar son imprescindibles para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Dar a las mujeres seguridad y confianza, sobre todo con el personal sanitario femenino pues es entre mujeres que se tiene más confianza. En algunos casos las mujeres adoptaban método anticonceptivo a escondidas (esposo y suegra), por lo tanto se apoyaba para mantenerlo en secreto.

CONCLUSIONES

La experiencia de haber realizado este estudio en la comunidad de Cochoapa el Grande Guerrero sitio donde realicé mi servicio social me permitió reconocer los siguientes aspectos:

La universalidad del cuidado de enfermería, pues el lugar de atención, la seguridad misma del personal de salud, la falta de acceso, la escasa comunicación entre enfermera y paciente, pasa a última instancia por que la expresión salvar vidas se vuelve literal- aunado a la escases de insumos y personal-pues el tiempo y pericia se vuelve crucial.

Los Enfermeros Obstetras contamos con la capacidad ética, científica y tecnológica de actuar frente a situaciones de emergencias obstétricas y todo tipo de situaciones de urgencia (pacientes poli traumatizados, quemados, heridas con arma de fuego, arma blanca etc.) así como la toma decisiones sin necesidad de órdenes médicas. Sobre todo el brindar consulta de control prenatal, consulta de puerperio y colocación de métodos de planificación familiar.

La importancia de reconocer y rescatar los pueblos indígenas y su idioma, pues se olvida por completo de los diferentes contextos prevalecientes en el país, donde la pobreza es sinónimo de sobrevivencia y las desigualdades e injusticias son el único alimento de la población.

Es necesario para fomentar el desarrollo y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos realizar tres etapas: la primera de ellas es el movimiento de planificación familiar tiene que superar las barreras legales, culturales y religiosas que impiden a los individuos recurrir a medios para controlar su fecundidad. La segunda denominada salud reproductiva, no solo se basa en el control de la fecundidad no deseada,

sino que considera la habilidad de la persona y de la población para reproducirse, para regular su fecundidad y para practicar y disfrutar sus **relaciones sexuales; la tercera etapa se denomina “empoderamiento de la mujer y de la justicia social”**. Se basa en un concepto trascendente de la justicia social y de respeto a la dignidad de las mujeres en áreas no restringidas a la salud reproductiva: ese proceso de adquisición de poder como parte de la mujer incluye la autodeterminación reproductiva como parte y como un medio más que como un fin en sí misma.³⁸

La errónea percepción que las usuarias tienen acerca de la metodología anticonceptiva, además de la escasa información sobre el proceso reproductivo, vuelve imposible el regular la fecundidad, así los elementos básicos relacionados con el cuerpo humano son desconocidos.

Para la adopción efectiva de métodos de planificación familiar es necesario que el usuario tenga ciertos conocimientos básicos acerca de los procesos reproductivos pues como estos conocimientos son precarios y divididos, la mujer no puede comprender el funcionamiento de su propio cuerpo en relación con su capacidad reproductiva.

Los motivos para regular la fecundidad involucra los ideales reproductivos: la valoración de los hijos, de la maternidad, autorrealización y objetivos de vida. La importancia del núcleo familiar y la toma de decisiones para promover la equidad de género en lo individual y en lo colectivo, en las leyes así como derechos humanos universales y constitucionales escritos pero, que en la práctica, en la cultura y en la vida cotidiana es ley muerta.

³⁸ Sánchez Olvera A. Derechos Sexuales y Reproductivos en México: feminismo y construcción de la ciudadanía para las mujeres. Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. 2009.

La educación para la igualdad de género promoviendo la coeducación como método educativo que consiste en educar sin establecer relaciones de dominio de un sexo hacia otro, basándose en la igualdad entre sexos y la no discriminación.

La educación tiene la función, entre otras, de crear conciencia sobre la preservación de la salud, la planificación familiar y la paternidad responsable. Además, se deben dar a conocer las estrategias de prevención y control. Implementación de programas para prevenir el embarazo no deseado, comprensión de la sexualidad.

Incorporar la cultura de educación sexual, autoconocimiento, empoderamiento femenino pues, el ser mujer no es sinónimo de maternidad. Así mismo la maternidad debe de ser por elección no por convicción. Se tiene que reabrir el debate y la opción de la interrupción legal de embarazo en todo el país sobre todo en poblaciones donde las mujeres son más vulnerables a sufrir algún tipo de violencia.

Empoderar a las mujeres implica volverlas autosuficientes, romper esquemas y estereotipos femeninos para reducir la discriminación en la población indígena femenina. Hacer énfasis en la importancia de la educación para la salud y educación sexual; pues la prevención, promoción y autocuidado es fundamental; (es más económico y productivo para el país educar que curar) debe estar vinculada con la inquietud y problemas de la comunidad en donde se desarrollan.

Se pretende concientizar e informar, pues dependiendo del contexto social, para la toma de decisiones beneficie a corto, mediano y largo plazo la vida futura de las mujeres y que actúen con convicción para que pretendan un futuro mejor en lo individual y en lo colectivo. Lo anterior en un ambiente de libertad, sin prejuicios, sin dogmas o hegemonías ideológicas para alcanzar la salud (el completo bienestar biológico, físico, psicológico, emocional y social).

Reconstruir el tejido social en torno a la maternidad-paternidad, para involucrar a padres en la crianza, educación y cuidado de los hijos. Pues la responsabilidad debe de ser compartida. (Estrategias utilizadas, elección de método anticonceptivo en pareja, crianza y cuidados de recién nacido explicado en conjunto).

Visualizar a las mujeres como agentes activas en su salud no como receptoras pasivas de tratamientos explicando la importancia del consumo de fármacos y vitaminas, la importancia de dosis, vía, administración, horario, (pues el indiscriminado o nulo consumo de medicamentos resulta ser contradictorio entre cada individuo), empoderar a las mujeres para que reivindiquen sus derechos. Hacer de los servicios de salud obligaciones jurídicas vinculadas con el Estado, para garantizar los derechos humanos de las mujeres a servicios de calidad como garantía del derecho a la salud, a la no discriminación, al consentimiento informado y al buen trato.

Incorporar las variables socioculturales para el estudio del comportamiento reproductivo así se eliminara o disminuirá la prevalencia de mitos y creencias acerca de la metodología anticonceptiva haciendo hincapié en posibles efectos secundarios, simultáneamente se prevé y elimina el embarazo no deseado.

Prevención de violencia física y sexual: para hombres y mujeres, enseñar a hombres a respetar a las mujeres, todo en un ambiente de igualdad y equidad de derechos y responsabilidades, educar para no violar. Y a las mujeres autoestima, auto respeto, autoconocimiento y hasta defensa personal.

Disminuir al 100% la muerte materna en el municipio de Cochoapa el Grande Guerrero. Embarazo parto y puerperio sin complicaciones; captación y control del embarazo desde el primer trimestre. Reducción de

morbi-mortalidad durante las etapas de la edad reproductiva, embarazo, parto y puerperio.

Preparación psicoprofiláctica de los progenitores y futuros padres. Educación prenatal y preparación psicoprofiláctica en pareja y/o acompañante; mediante técnicas de estimulación in útero, (musicoterapia, estimulación luminosa, masajes, biomúsica, olfativa) Aplicación y enseñanza; cursos de técnicas de psicoprofilaxis obstétrica para la preparación del parto así como acompañamiento e involucrar a la pareja durante el embarazo, parto y cuidados al recién nacido. Educación e información al personal de salud sobre sus derechos humanos y a sus obligaciones de servicio. La coeducación como método educativo que consiste en educar sin establecer relaciones de dominio de un sexo hacia otro. Basado en la igualdad entre sexos y la no discriminación.

RECOMENDACIONES, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA IMPLEMENTADAS DURANTE LA INVESTIGACIÓN

Es importante tomar en cuenta tanto las orientaciones, preferencias y creencias de cada paciente, cuidados interculturales, holísticos y biopsicosociales.

Se llevaron a cabo sesiones de Educación sexual, orientación, promoción y consejería, tanto en las consultas proporcionadas como en la secundaria y bachillerato de la comunidad. Todo lo anterior en un ambiente ético con completa discreción, calidad y calidez, sin imponer ni violentar creencias además de la empatía, comprensión y escucha activa. Para reafirmar la ejecución y conocimiento de derechos sexuales y reproductivos (Ver anexo 18).

Visitas domiciliarias para el adecuado control prenatal: dependiendo del contexto situacional de cada mujer, indagar el por qué, de las inasistencias así como ofrecer alternativas para evitar el descuido o disertación del correcto control prenatal. Además de promover hábitos higiénicos y dietéticos, promover una correcta alimentación en el embarazo, cuidados en el recién nacido, cuidados en el puerperio, promover la importancia de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda, hace énfasis en educación prenatal.

Atención y promoción de parto institucionalizado y a domicilio; la falta de accesos y de servicios, pues de nuevo el contexto lo es todo: las inclemencias del clima, los caminos desechos o en terracería, el transporte, el propio dolor de parto dificultan el acceso a los servicios básicos de salud. Por ende se ofrecen alternativas de atención, encaminada a cuidados holísticos e intercultural.

Promover la importancia de las consultas prenatales para disminuir la morbi-mortalidad: realizando los cuidados de enfermería establecidos y adecuadas para una consulta, individual y/o en pareja. Refiriendo oportunamente los casos de alto riesgo que paralelamente se intenta disminuir.

Búsqueda intencionada de mujeres embarazadas, con ayuda de madrinas comunitarias y el monitor comunitario se preguntó casa por casa, por mujeres embarazadas para insistir que acuden a control prenatal.

Apego total al perfil de la enfermera obstetra así como a sus lineamientos y competencias; Enfermería tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma

que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.³⁹

Implementar un modelo de Maternidad Segura en México para replantear la atención del embarazo, parto y puerperio fortaleciendo el primer nivel de atención médica con perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad. Esta implementación debe estar basada en los derechos humanos, reconociendo e integrando personal calificado no médico (parteras profesionales y tradicionales, licenciadas en enfermería, enfermeras obstetras, doulas -mujeres acompañantes en el parto- acompañantes y familiares) ya que con su participación activa se generan nuevos modelos y espacios libres, confortables, adecuados para la atención humanizada del parto. Con estas acciones se erradica la violencia obstétrica simultáneamente se disminuye la tasa de cesáreas.

La enfermera debe de ser capaz de identificar un factor de riesgo, pues cuidar tiene la responsabilidad de identificar los factores de riesgo para disminuir las posibles enfermedades o consecuencias de prevalencia.

Promover el autocuidado de las mujeres como asunto de empoderamiento emancipatorio. Abrir el debate en la identificación de costumbres y tradiciones que tienen que erradicarse pues son dañinas o impiden el pleno desarrollo de la salud, física, emocional y sexual de las personas, la venta de mujeres, el mantenimiento de relaciones de pareja adversa, el deber de formar familia a edad temprana, la obligación social de la maternidad. La percepción del cuerpo femenino y eliminar condiciones de subordinación ya que la limitada capacidad fémina para tomar decisiones pues creen que influye el destino, suerte y brujería. Así como el rescate, prevalencia e incluir las costumbres y tradiciones que

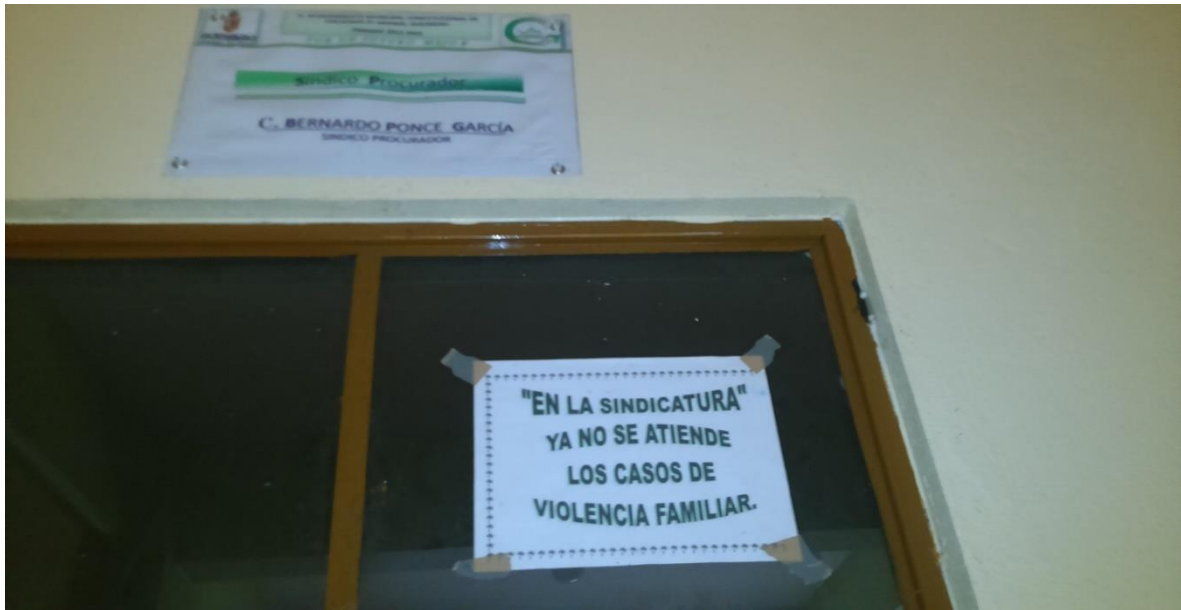
³⁹ Modelo de atención de enfermería obstétrica Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. México, D.F. 2005

desafortunadamente se están perdiendo el idioma, la vestimenta, las fiestas, la alimentación.

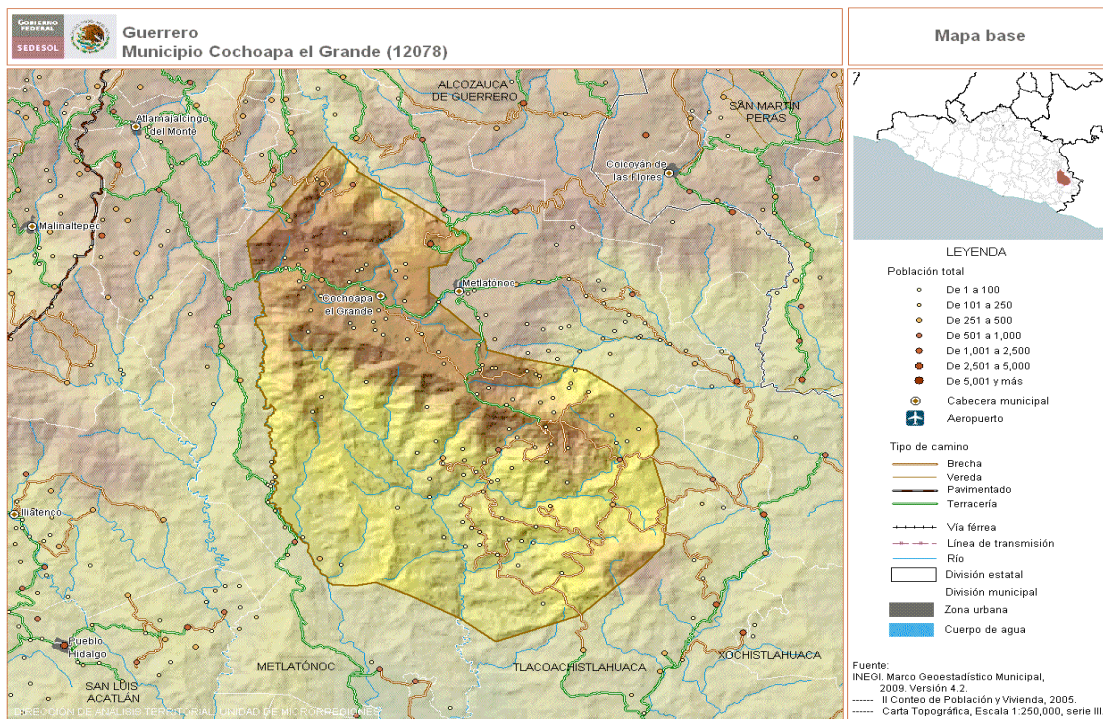
Para no demorar la atención a los servicios de atención médica y disminuir morbilidad materna y perinatal es importante que las mujeres embarazadas identifiquen los síntomas de urgencia obstétrica, en su lengua materna. (Ver anexo 20).

ANEXOS

Anexo 1 Fotografía tomada en las oficinas de la presidencia municipal
Página 9



Ver Anexo 2 mapa del municipio de Cochoapa el Grande, Guerrero.
Página 11



Ver anexo 3 Yuku Sami Escuela primaria del municipio de Cochoapa el Grande Página 14.



Ver anexo 4 Centro de salud, sala de expulsión y unidades móviles con que cuenta el municipio de Cochoapa el Grande Página 14



Ver anexo 5 Cabecera municipal y gente organizada en fiestas patronales Página 39



Ver anexo 6 Atención de parto en hogar, página 47



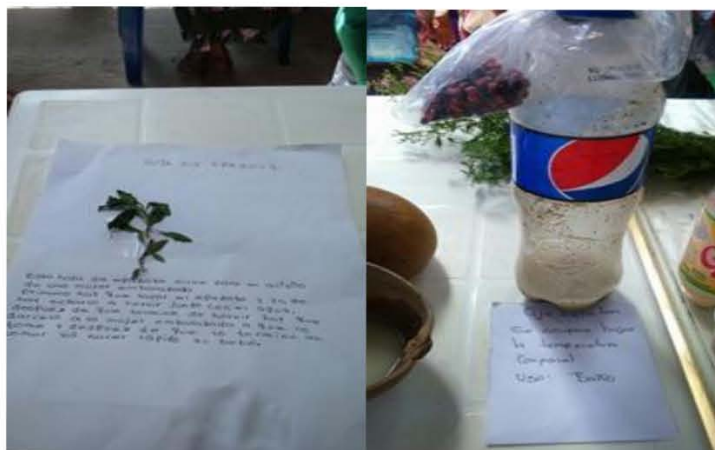
Ver anexo 7 Varios tipos de baño de temazcal página 49



Ver anexo 8 Rezanderos, curanderos y parteras página 50



Ver anexo 9 Medicamentos y plantas tradicionales, página 50




Ver anexo 10 Casas tradicionales página 51



Ver anexo 11 Vestimenta tradicional huipiles página 52





SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN GUERRERO
HISTORIA CLINICA

N° EXPEDIENTE

ESTABLECIMIENTO: _____ LOCALIDAD: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____			SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)	
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD: _____	GRUPO ETNICO: _____	
<small>DIA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>	

INTERROGATORIO

II. ANTECEDENTES

A) HEREDO-FAMILIARES _____

B) PERSONALES NO PATOLOGICOS _____

C) PERSONALES PATOLOGICOS

DIABETES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUIRURGICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TOXICOMANIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HIPERTENSION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRAUMATICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ONCOLOGICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALERGICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OTROS _____
QUIRURGICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRANSFUNCIONALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

D) ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA: _____ RITMO: _____ JVSA: _____ GESTA: _____ PARA: _____

ABORTO: _____ CESAREA: _____ FUM: _____ FPP: _____ EDAD GESTACIONAL: _____

III. PADECIMIENTO ACTUAL

A) FECHA DE INICIO

DIA MES AÑO

B) SINTOMATOLOGIA _____

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS

A) APARATO DIGESTIVO _____

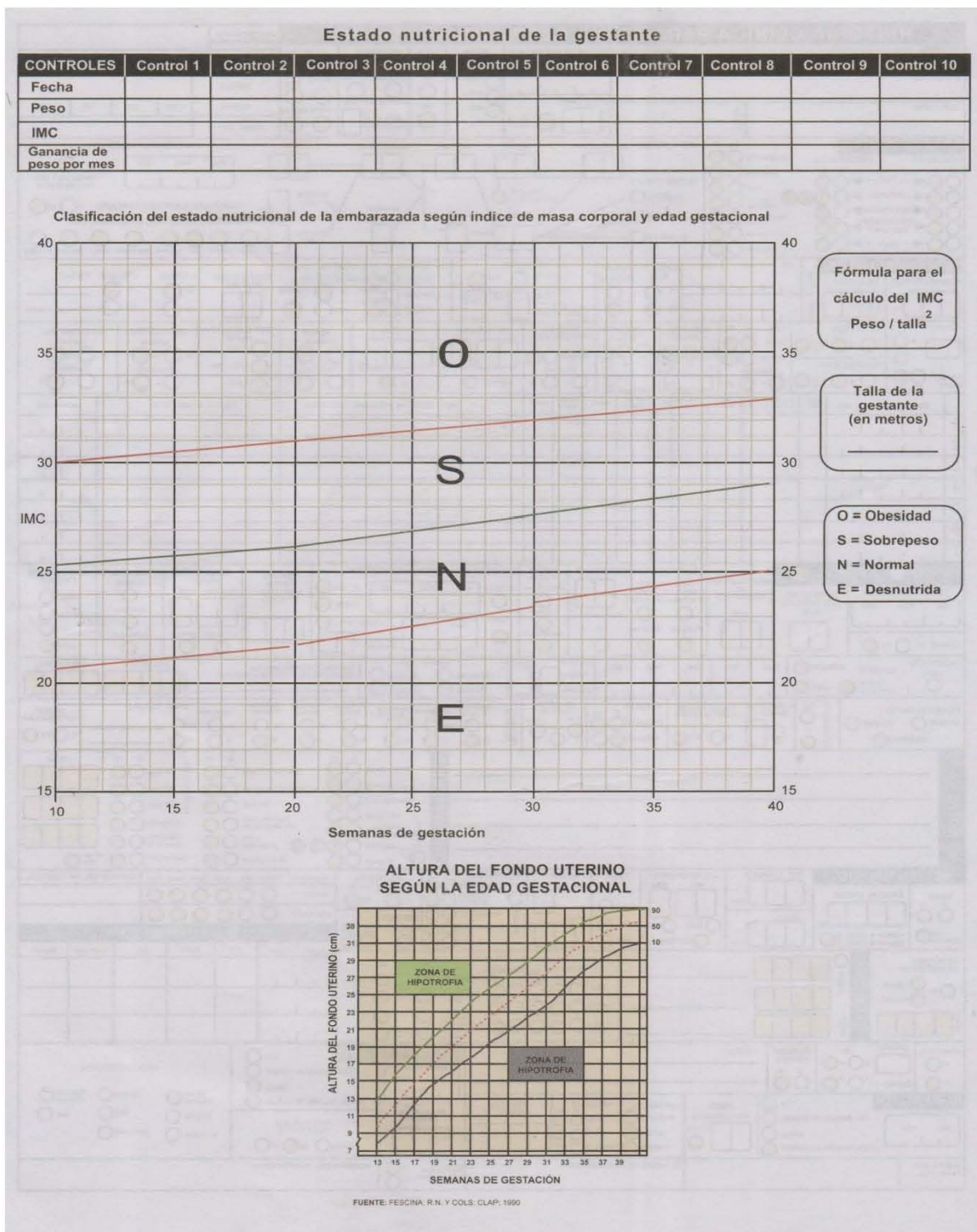
B) APARATO RESPIRATORIO _____

C) APARATO URINARIO _____

Ver anexo 13 Historia Clínica perinatal página 69

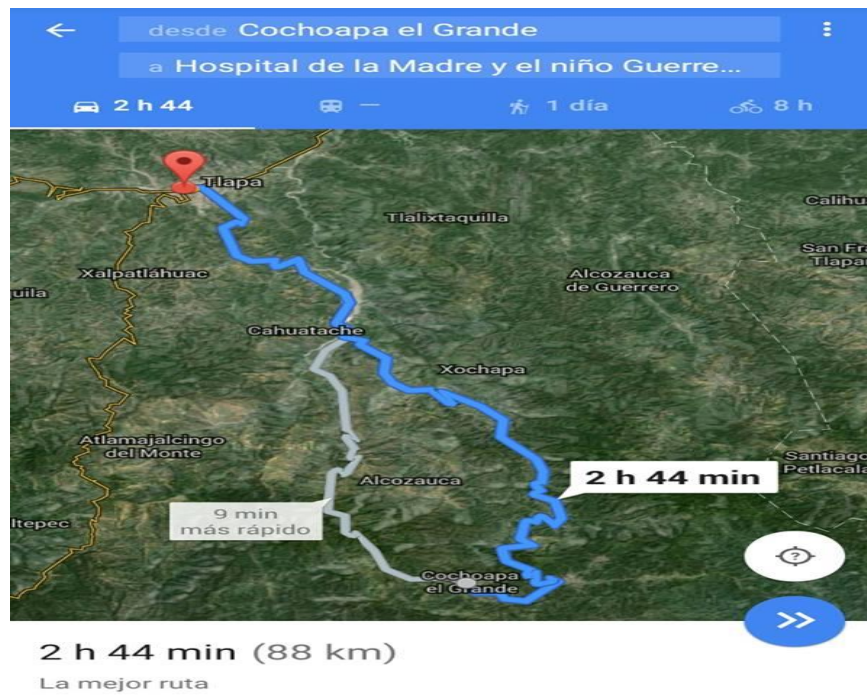
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS																	
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO dia mes año			ETNIA <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		LEE Y ESCRIBE <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		ESTUDIOS <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel		ESTADO CIVIL <input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión libre <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> viuda		IDENTIFICACION HISTORIA CLINICA			
DIRECCION			EDAD (años) < de 20 > de 35									CONTROL PERINATAL EN		PARTO EN			
MUNICIPIO												CONT		SUB. VNI. OTRO			
TELEFONO												NOMBRE EPS/ARS					
ANTECEDENTES																	
FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven			
<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no			
- TBC -		- diabetes -		- VIH -		- hipertensión -		- preeclampsia -		- eclampsia -		- otros -		- cirugia pélvica -			
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí			
ULTIMO PREVIO < 2500g > 4000g gemelares				partos cesáreas				nacidos vivos muertos				FIN EMBARAZO ANTERIOR menor de 1 año más de 5 años					
EMBARAZO PLANEADO/ DESEADO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no																	
FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO <input type="radio"/> no usaba barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> emergencias <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> ligadura <input type="radio"/> no aplica																	
GESTACION ACTUAL																	
PESO ANTERIOR Kg		TALLA (cm)		FUM		EG CONFIABLE por FUM Eco>20s		ANTITETANICA vigente sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Ex. NORMAL sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		HÁBITOS Odont. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		CIGARRILLOS POR DIA pasiva <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			
								DOSIS 1ª 2ª		Mamas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		CÁRVIX <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		DROGAS Cuáles? <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			
GRUPO Rh		CITOLOGIA <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - no se hizo		VIH Solicitado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		VDRL/RPR < 20 sem <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - no se hizo		PRUEBA TREPONEMICA Resultado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Hb < 20 sem <input type="radio"/> < 11 g <input type="radio"/> < 11 g		Hb > 20 sem <input type="radio"/> < 11 g <input type="radio"/> < 11 g		AgSHB Solicitado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		TEST O SULLIVAN mg/dl Resultado <input type="radio"/> < 140 <input type="radio"/> 140 - 199 <input type="radio"/> > 200	
COLPOSCOPIA <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - no se hizo		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª		edad gest. 1ª 2ª 3ª 4ª			
signos de alarma, exámenes, tratamientos																	
Nombre del profesional																	
próxima cita																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
PARTO ABORTO																	
FECHA DE INGRESO dia mes año			CONSULTAS PRE-NATALES total			HOSPITALIZACIÓN en EMBARAZO dias			CORTICOIDES ANTE-NALES ciclo único completo ciclo único incompleto multiples			INICIO T de P espontáneo inducido cesar select.			RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO Integras rotas hora min		
EDAD GEST al parto semanas dias			HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO			PRESENTACION cefalica pelviana transversera			ACOMPANANTE EN T de P pareja familiar otro ninguno								
CARNÉ sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>																	
NACIMIENTO VIVO MUERTO ignora momento			hora min			día mes año			MULTIPLE orden D=único			TERMINACION espontáneo forceps cesárea espátula			INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		
POSICION PARTO sentada acostada			DESGARROS Grado (1 a 4)			OCITOSIDOS EN ALUMBRAMIENTO			PLACENTA completa retenida			LIGADURA CORDON 1 1 m 1-2 m 3-5 m			MECANIZACION RECIBIDA		
Episiotomía			Episiotomía			Episiotomía			Episiotomía			Episiotomía			Episiotomía		
NOTAS																	
ENFERMEDADES HTA crónica HTA gestacional preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes anemia																	
Infección Urinaria amenaza parto preter. R.C.I.U. Ruptura prem de membranas corio amnionitis Bacteriuria otras graves																	
1er Trim 2er Trim 3er Trim Postparto infección puerperal no se hizo																	
SE HIZO PARTOGRAMA sí no																	
RECÍEN NACIDO																	
SEXO <input type="radio"/> m <input type="radio"/> f		PESO AL NACER menor a 2500 g mayor a 4000 g		TALLA cm		E.G. CONFIABLE días FUM ECO ESTIMADA		APGAR 1er min 5er min		REANIMACION Flujo libre O2 Ventilación presión Intubación OT Masaje cardíaco Adrenalina		FALLECE EN SALA DE PARTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		REFERIDO Madre-Hijo hosp. hosp.		ATENCION Médico Enf. Asist. Estud. Empeñ. Otro	
																NOMBRE DEL PROFESIONAL	
DEFECTOS CONGÉNITOS menor mayor		ENFERMEDADES ninguna		TAMIZACION NEONATAL NORMAL Solicitado sí no aplica Resultado +		VIH <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		AgSHB <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		VDRL/RPR <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		TSH <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Hipert. Bilir. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Mecoprio 1er día <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	
VITAMINA K <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		GRUPO Rh <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - Coombs det.		Profilaxis oftálmica <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		NOTAS		Egreso Materno viva después de traslado fallece después del traslado		HORA Egreso postparto		TEMPERATURA		PULSO		PA	
EGRESO RN		vivo después de traslado		EDAD días completos		LACTANCIA exclusiva parcial formula		VACUNAS POLIO BCG Hepat. B		PESO AL EGRESO (g)		viva después de traslado		fallece después del traslado		ANTIBIOTICIA POST PARTO vigente <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
																NOMBRE DEL PROFESIONAL	
NUPH certifié nacido vivo		NOMBRE DEL PROFESIONAL		REFERIDA POSTPARTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		NOMBRE DEL PROFESIONAL											
PUERPERIO																	
hora min °C pulso PA invol uter loquos																	
ANTICONCEPCION no se informa referencia natural barrera ligadura tubárica DIU hormonal otro																	

Ver anexo 13 Historia Clínica Perinatal reverso página 69





Tiempo estimado de Cochoapa el Grande a hospitales de segundo nivel



Ver anexo 16 Paciente embarazada con sífilis Página 86



Ver anexo 17 Atención de parto institucional página 92





Ver anexo 19 Psicoprofilaxis, estimulación intrauterina, estimulación temprana y orientación de derechos sexuales reproductivos página 103



Ver anexo 20 Signos de alarma en mixteco y su traducción en español

- Kuvii xini'un	Dolor de Cabeza
- Kuvii tixi'un	Dolor de estomago
- A nda ti ta kviñũ xa'un	Si se hincha los pies
- xini'un ñu'ún va li	Si ves lucesita
- Akvé kanda se'e	Si no se mueve los bebe
- a ^{kũn} xitia ni'i kũ	Si está Sangrado
- a ka'a so' kun	Zumbido de Oidas
- a ké ndia kvi ka kũn	Si sale liquido por la vagina



BIBLIOGRAFÍA

Bazán Lucía. Cuando una puerta de cierra cientos se abren. Casa y familia: los recursos de los desempleados de la refinera 18 de marzo. México; 1999. Antropología Ciesas. P.145.

Botello Lonngi Luis, Construcción social de la masculinidad. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, D.F; P.265-269.

Comisión de Desarrollo Social. Comisión de Derechos Humanos. Comisión de Equidad y Género Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes. Secretaria de la mujer. Secretaria de Salud del Estado de Guerrero, Chilpancingo.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México, DF: CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012.

Correa, Sonia y Petchesky Q. "Derechos Reproductivos y Sexuales: una Perspectiva Feminista en las políticas de población reconsidera. Salud, **Empoderamiento y Derechos**". Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres, Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston ,1994.

Defunciones maternas y los nacimientos estimados por CONAPO. Dirección General de Información en Salud (INEGI/SSA, Dirección General de Información en Salud y CONAPO, Proyecciones de Población, 2000-2050).

Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006 Encuesta nacional realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Secretaría de Salud (SSA), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el INEGI).

Figuroa P., Juan G., Alma G. Nájera A. **"Experiencia laboral y patrones reproductivos en México"**, en **El papel del trabajo materno en la salud infantil**. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales, 1ª edición, The Population Council/El Colegio de México, México, 1996.

INEGI/SSA, Defunciones maternas y los nacimientos estimados por CONAPO. Dirección General de Información en Salud (Dirección General de Información en Salud y CONAPO, Proyecciones de Población, 2000-2050).

Klausner Jeffrey D., Hook Edward W. Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mc Graw Hill. México 2008.

Langer Ana, Tolbert Kathryn. Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México Population Council/Edamex, Universidad de Texas 1996.

Modelo de atención de enfermería obstétrica. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. Secretaría de Salud. México, 20005. P. 33

Muñoz Maurilio. "Mixteca- Nahua- Tlapaneca. Memorias del Instituto Nacional Indigenista" Vol. IX. 1963. México, D.F Ediciones del Instituto Nacional Indigenista. 174 p.

ONU. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de México. Julio 2005, México Instituto Nacional de las Mujeres: S.05.II.G.83.

Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres: que hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Pérez Nieto y Castro Leonel, Ledesma Mondragón Abel, Introducción al estudio de Derecho, segunda edición, editorial Harla, p.9.

Pita Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma; 1995

Sánchez Olvera A. Derechos Sexuales y Reproductivos en México: feminismo y construcción de la ciudadanía para las mujeres. Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. 2009.

Artículo de revista en Internet

De Barbieri T. Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina: Rev. Mex, de Soc. [Internet] Oct., 2004, (Consultado en 24 junio 2015) Vol. 66, Número especial pp. 197-214 Disponible en <http://www.jstor.org/stable/3541450>

Dikshit A. y Husain A. Yerbabuena D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 noviembre 2015) disponible en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Yerbabuena&id=780>

INEGI-INMUJERES. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares. 2013México http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bviniegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf

INEGI-INMUJERES. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares. 2013 México [Internet] Consultado 08 septiembre 2015. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf

Kapadia G. J. 1978 Epazote Teloxys ambrosioides D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 de noviembre de 2015). Disponible en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Epazote&id=7646>

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en México D.F por el Diario Oficial de la Federación en 16-04-2009 Consulta 12-06-2015 en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. DOF: 15/10/2012 revisado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

OMS. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las Actividades de la OMS. Resolución de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2007. [Internet] disponible en <http://www.who.int/topics/gender/es/>

Regnér Asa. Gender Equality. La igualdad de la mujer empieza por lograr un buen ingreso propio. (Consultado en 20 enero 2016) Disponible en: <http://www.awid.org/es/noticias-y-an%C3%A1lisis/la-igualdad-de-la-mujer-empieza-por-lograr-un-buen-ingreso-propio>

Ribeiro R. 1988; zoque-popoluca. Publicado por D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México 2009 [Internet] (Consultado 15 de noviembre 2015) Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/monografia.php?l=3&t=Aguacate&id=7088>

Rivera Leonor. López Ahidé. Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP Cuernavaca, México. [Internet] [Consultado 19 marzo 2016] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/.../article/pii/S0213911115001727>

Sánchez Garibay F. Enciclopedia Guerrerense. Guerrero Cultural Siglo XXI, A.C, 2012 [Internet] (consultado 12 Diciembre 2015) Disponible en <http://guerrero.gob.mx/municipios/montana/cochoapa-el-grande/>

Sharpe Jacqueline. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. Por la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Londres, Reino Unido. Publicada en octubre de 2008 [Internet] (Consultado 19 julio 2015) Disponible en: www.ippf.org/system/files/ippf_sexual_rights_declaration_spanish.pdf