



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Directora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 2020



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas” por Gilberto Jasso Padrón se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Directora: Dra. Yesica Yolanda Rangel

Flores

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 2020



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas” por Gilberto Jasso Padrón se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Sinodales

Presidente

Firma

Secretaria

Firma

Vocal

Firma

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 202

RESUMEN

Objetivo: Analizar las perspectivas que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas y como estos permean en la práctica de la consejería en Planificación Familiar en este grupo específico. **Metodología:** Estudio cualitativo-interpretativo. Los informantes fueron: personal de salud que participa en la atención de mujeres diagnosticadas con enfermedades crónica en edad reproductiva, dentro de seis centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí. Se aplicaron entrevistas individuales y el análisis de las narrativas se llevó desde la propuesta de la Teoría Fundamentada.

Palabras clave: Personal de salud, sexualidad, reproducción y maternidad

ABSTRACT

Objective: To analyze the perspectives that health personnel have on women with chronic diseases regarding sexuality, reproduction and motherhood and how they permeate the practice of Family Planning counseling in this specific group. **Methodology:** Qualitative-interpretive study. The informants were: health personnel who participate in the care of women diagnosed with chronic diseases of reproductive age, within six urban health centers of the city of San Luis Potosí. Individual interviews were applied and the analysis of the narratives was carried out from the Grounded Theory proposal.

Keywords: Health personnel, sexuality, reproduction and maternity

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE GRÁFICAS, TABLAS Y FIGURAS	viii
INTRODUCCIÓN	9
I. JUSTIFICACIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antropología y salud.....	21
2.2. Planificación familiar y Muerte Materna (MM). Contexto nacional y estatal	22
2.3. El reconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos en la salud	26
2.4. Maternidad: la condición de la mujer, constructo histórico y de género.....	28
2.5. La interacción: el <i>habitus</i> médico, el discurso y la práctica de autoridad. Estudios cualitativos en el campo médico.....	32
2.6. Estudios sobre condiciones y perspectivas laborales de los prestadores de servicios de salud en México.	36
2.7. Marco Teórico- Metodológico	39
2.7.1 Perspectiva orientada al actor.....	39
2.7.2. Teoría Fundamentada	41
III. OBJETIVOS	44
IV. METODOLOGÍA.....	45
4.1 Tipo y diseño de estudio:	45
4.2 Selección del área de estudio	45
(imagen no disponible)	47
(imagen no disponible)	47
4.3 Selección de Informantes	47
4.4 Criterios de selección de informantes.....	47
4.5 Estrategias de selección de informantes (Muestreo)	48
4.6 Técnicas de recolección de información.....	49
4.7 Conceptos ordenadores.....	50
4.8 Procedimientos	55

4.9 Análisis de datos.	56
4.10 Criterios de calidad de la investigación cualitativa	58
4.11 Recursos humanos, materiales y financieros	59
V CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES	61

ÍNDICE DE GRÁFICAS, TABLAS Y FIGURAS

Gráfica 1. "Defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012"	24
Gráfica 2. "Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018".....	24
Gráfica 3. "Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018"	25

Imágenes

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio.....	47
Imagen 2. Formato de codificación.....	57
Imagen 3. Base de datos para análisis.....	58

Tablas

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí.	47
Tabla 2. Elementos paralingüísticos para transcripción	57

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es uno de los problemas de salud pública más relevantes tanto en el ámbito internacional como nacional. Reducir el número de casos de muerte asociada a los procesos reproductivos, requiere de constante vigilancia por parte de comités institucionales y observatorios de la sociedad civil que se involucran en el diseño de políticas y estrategias para su abordaje. La planificación familiar constituye una de las principales estrategias, –si no es que la más importante–, para combatir la muerte materna, principalmente porque posibilita evitar el embarazo en mujeres con alto riesgo reproductivo, o bien, logra retrasarlo para que las mujeres con situaciones crónicas de enfermedad, estén en las condiciones más estables posibles para soportar los retos fisiológicos que trae consigo la gestación.

Si bien es cierto que en México la razón de muerte materna pasó de 88.7 en 1990 a 38.2 en 2013, también lo es que no ha logrado cumplirse con la meta planteada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en materia de mortalidad materna, incluso para 2018, ésta bajó apenas a 35.4, considerando que el 5o. objetivo de Desarrollo del milenio busca reducirlo a 22.0⁽³⁹⁾

Hablar de muerte materna implica reconocer que las muertes asociadas a los procesos reproductivos tienen dos orígenes principales, por una parte, están aquellas muertes clasificadas como "*muertes maternas directas*" que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; por otro, están las enunciadas "*muertes maternas indirectas*" que son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo⁽⁹⁾

Gracias a las políticas y estrategias implementadas en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio, tanto a nivel nacional como estatal se ha logrado disminuir la

razón de "*muerte materna directa*", sin embargo, a la par de lo anterior hemos presenciado, –particularmente en el ámbito estatal–, un despunte en la razón de muerte materna indirecta. Este incremento en la muerte materna indirecta puede explicarse en parte, asociado a la transición epidemiológica que se está presentando en todo el mundo y particularmente en América Latina, donde las enfermedades crónicas, principalmente las metabólicas y cardiovasculares están al alza ⁽³⁹⁾. En San Luis Potosí, por ejemplo, para 2017 se reportó que las muertes maternas indirectas habían representado un 58.8 % de las muertes maternas en mujeres del estado. ⁽¹¹⁾

En México, *ser madre* tiene un valor más allá de lo biológico, pertenece a toda una estructura tejida histórica y culturalmente, en la cual, el rito de dar a luz a un hijo implica adquirir una identidad asociada al reconocimiento social, por la capacidad que tienen las madres para “abnegarse, sacrificarse y entregarse en el cuidado de los demás”, las madres en esta visión son necesarias, puesto que tienen una función social asociada totalmente a las potencialidades reproductivas de sus cuerpos. La maternidad o mejor dicho los *maternajes*, son aprendidos culturalmente e interiorizados y reafirmados en las mujeres desde su más temprana infancia. Las mujeres son pensadas como madres potenciales, y el parto es contemplado como un rito de transición para la identidad de mujer-madre, cargada de simbolismos que le dotan de un valor social que, aunque no le supone un beneficio real, le dota de un valor como ciudadana, pues ha sido capaz de dar hijos a la patria, además los ha cuidado y formado hasta que estos son autónomos y productivos para el Estado.

Desde este imaginario que circunda la maternidad, se identifica que asumir el riesgo ante la muerte materna está enmarcado también por la cultura, puesto que dentro de ésta se encuentra lo que define Lagarde (2015) como la condición de la mujer “*una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros.*” ⁽²⁴⁾

La formación predominantemente biologicista en los recursos humanos en salud, complejiza el reconocimiento de lo antes mencionado, esto ha sido escrito ampliamente por Castro⁽²⁹⁾, quien señala que médicos y enfermeras visualizan el

riesgo reproductivo y la planificación familiar desde una mirada que poco incorpora la maternidad como función y *demanda social*, situación que deviene en una especie de “forcejeo” entre las perspectivas que sobre maternidad y reproducción tiene el personal de salud y las usuarias.

Este trabajo de tesis aporta resultados que ayudan en la comprensión del fenómeno de la muerte materna derivada de las enfermedades crónicas, llamada también "muerte materna indirecta", situándonos lejos de indicadores de causa y efecto sobre el riesgo, así como reconociendo que la complejidad de este tipo de muertes maternas está situada en el plano de la comunicación del riesgo, en la aceptabilidad del mismo y en la agencia que estas mujeres pueden desplegar para confrontarle; una serie de procesos que involucran tanto al personal de salud como a las usuarias, actores que se sitúan dentro de un escenario complejo en el que las mujeres y el personal se ubican en contextos diferenciados y poseen un bagaje cultural específico, lo que puede complicar la comunicación, la aceptación y la gestión frente al riesgo reproductivo.

Esta diferencia entre los marcos culturales, hace que el riesgo, la maternidad, la libertad de elegir, la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean percibidos bajo un lente que al carecer de perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad; no problematiza la decisión sobre asumir el riesgo en mujeres que cursan con enfermedades crónicas.

Esta tesis fue realizada con la intención de contribuir a la construcción de políticas públicas pensadas desde la interculturalidad, aclarando que, aunque se hable de mujeres y personal de salud de la capital de nuestro estado, la perspectiva sobre la problemática es distinta (derivado de contextos culturales ampliamente divergentes) y esto es también hablar de interculturalidad.

En cuanto al abordaje metodológico, este estudio hace uso de la entrevista, fundamentándose en un paradigma interpretativo (perspectiva centrada en el actor), en donde la riqueza de los datos surge de las interacciones (a nivel discursivo y simbólico).

El análisis de la información se hizo desde la propuesta de la teoría fundamentada, que no solo busca lo que dicen las personas sobre el problema sino la triangula,

mediante la observación de las prácticas y discursos tanto en el personal de salud como en mujeres con enfermedad crónica que asisten a la consejería de planificación familiar, ya que durante la consejería se vislumbran dichos discursos.

Este informe de tesis está integrado por el planteamiento del problema en el que se incluye a su vez la justificación, le sigue un marco teórico que incluye conceptos clave y los paradigmas que sustentan tanto lo teórico como en lo disciplinar, el abordaje del problema. Continúa con los objetivos planteados y las estrategias metodológicas para realizar el trabajo de campo, así como por las consideraciones éticas y legales de investigación en salud. Se reportan los resultados y se discute teóricamente sobre los mismos. Finalmente, se incluye un apartado en el que se recuperan las limitaciones del estudio y se hacen recomendaciones generales en función de lo identificado.

I. JUSTIFICACIÓN

En México el tema de la salud sexual y reproductiva tomó gran relevancia desde que se promulgó la Ley General de Población en 1974, que a su vez fue la principal generadora del Consejo Nacional de Población (CONAPO)⁽¹⁾, el surgimiento de esta institución y de las políticas públicas relacionadas con la reproducción humana, tuvo razón en la urgente necesidad de contener problemáticas derivadas de la sobrepoblación así como en la exigencia de impulsar estrategias de planificación familiar (de aquí en adelante PF) para regular la demografía creciente⁽²⁾. Es a partir del contexto antes descrito que sube a palestra el tema de la PF, entendiendo ésta en los términos que describe la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, como:

“Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.”⁽³⁾

Desde un enfoque de derechos humanos, cualquier persona tiene el derecho a decidir libremente cuantos hijos desea, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas. Según esta norma regulatoria, los servicios de salud dirigidos a la reproducción deben incluir una actuación científica fundamentada en la evaluación del riesgo reproductivo, que permita actuar a través de la orientación, consejería y hasta en la prescripción de medicamentos para reducir lo más posible el riesgo asociado a los procesos de gestación, parto y puerperio.

Lo anterior queda establecido en el punto 4.1.3 que describe que dichos servicios...

“Deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de

mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.” (3)

Son las mujeres portadoras de riesgo reproductivo, el foco de este punto. ¿Pero qué se entiende por riesgo reproductivo? es preciso definirlo en términos científicos, pero también culturales, dado que es precisamente la ambigüedad del riesgo la que supone a quienes se dirigen las acciones y cómo se realizan éstas. Por ejemplo, se ha hecho referencia a las enfermedades crónicas (EC) como condicionantes de riesgo reproductivo, pero éstas sin embargo distan de una especificidad generalizable, por tanto, esta misma norma atribuye pocas garantías de acción en cuanto a la PF para las personas que desarrollan este tipo de enfermedades en edades reproductivas.

El interés de iniciar este planteamiento con leyes y normas en cuanto a la PF, radica en cómo se problematizan los derechos y las normas en salud, puesto que ayuda a comprender una mirada específica sobre el problema de interés. Éstas están atravesadas por el género, es decir simbolizaciones de la anatomía, productos de la cultura, que se hacen sobre lo que es “propio” de lo masculino y lo femenino (4), a pesar de que éstas mantengan estereotipos de género, pues como sabemos, el género es una construcción histórica y cultural por lo que las normas cargan con esta visión sobre lo “propio” de las mujeres, el interés por lo reproductivo, un significado biologicista del cuerpo.

En la NOM-005-SSA2-1993 se estipula el derecho a la salud reproductiva y sexual, pero ¿qué se ha dicho de la PF en mujeres con EC? La literatura habla principalmente de riesgos, desde lo biológico. Ejemplo de lo anterior es la siguiente afirmación de González et al (5) respecto a las EC durante el embarazo

“tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, lo cual trae efectos secundarios como son: la morbilidad materna y la mortalidad materna, perinatal o infantil” (5)

Hablar de riesgo reproductivo implica reconocer a la existencia del riesgo obstétrico, el cual se traduce en muertes maternas. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan solo en el año 2015, hubo 303 000 muertes maternas ⁽⁶⁾ y sus informes indican que el 28% de éstas fueron derivadas de causas indirectas ⁽⁷⁾, en tanto el resto se asoció con hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional ^(8, 9).

En el ámbito nacional, la razón de muerte materna para el año 2018 según la Dirección general de Epidemiología fue de 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados ⁽¹⁰⁾. En San Luis Potosí, la muerte materna indirecta asociada a EC, representó en 2017 el 58.8%, traducido en casos, diez de las 17 muertes maternas suscitadas se dieron asociadas a una complicación derivada de padecer una EC ⁽¹¹⁾. El panorama es por más, desalentador, se prevé la muerte materna indirecta asociada a EC vaya en aumento, toda vez que la tendencia de este tipo de enfermedades va al alza, según resultados de la ENSANUT, la diabetes incrementó su prevalencia en mujeres en edad reproductiva en los últimos años, en 2012 fue 9.2% y se estima que para el 2030 aumentará de 12 a 18% ⁽¹²⁾. En cuanto a la hipertensión arterial, se informa que afecta al 34.3% de la población de 20 a 69 años ⁽¹³⁾.

Es preciso por otra parte, discutir sobre la ambigüedad moral y legislativa que mantiene en la práctica el derecho reproductivo, puesto que en nuestro país como en muchos de América Latina este derecho se limita de manera específica al derecho de decidir *ser* madre y no al derecho a no serlo, ejemplo de esto es que en el territorio mexicano, –con excepción de la Ciudad de México–, el aborto está penalizado, pese a que continúa documentándose la demanda insatisfecha en materia de anticoncepción ⁽¹⁴⁾.

Haciendo una recapitulación de como el marco legal y normativo, aborda el tema d planificar la familia, encontramos la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual en su artículo 16 declara que no existe “restricción alguna para casarse y fundar una familia” ⁽¹⁵⁾, de manera específica dentro de las leyes de nuestro país, la Constitución Política ⁽¹⁶⁾ en su artículo 4o indica que “Toda persona tiene derecho a

decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. La Ley General de Salud ⁽¹⁶⁾, señala en el capítulo V, artículo 61 que la atención materno-infantil tiene carácter “prioritario” y las acciones en la materia más importantes, incluyen: “I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y III. La promoción de la integración y del bienestar familiar”.

El hecho de que la atención materno-infantil sea una prioridad dentro de la Ley General de Salud, impone como una de los más importantes objetivos sanitarios la reducción de la muerte materna (descrita en el artículo 62).

En el contexto antes señalado, hablar de cómo el personal de salud aborda el riesgo preconcepcional¹ en mujeres diagnosticadas con una EC resulta relevante, particularmente cuando existen estudios que muestran que intervenir oportunamente reduce los riesgos de muerte materna-infantil y el uso de cesáreas ⁽¹⁹⁾. Aunque la muerte perinatal se vincula con múltiples factores, ha mostrado relacionarse íntimamente con la presencia de Enfermedades Crónicas ⁽²⁰⁾.

Algunos autores señalan que aun cuando se trata de enfermedades no modificables, el personal sanitario puede emprender acciones que aminoren los riesgos, aunque reconocen que uno de los principales obstáculos para hacerlo, radica principalmente en la ausencia de tamizajes rutinarios que permitan detectar las enfermedades crónicas de manera oportuna, lo que conlleva a que no exista oportunidad para comunicar de forma temprana el riesgo pre-concepcional:

“Subestimar la baja frecuencia relativa de la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos como problemas de salud durante el embarazo es un fracaso, pues estas enfermedades entrañan graves complicaciones maternas, fetales o ambas (...), que en la mayoría de los casos, pudiera diagnosticarse previo al embarazo de realizarse una pesquisa activa en las mujeres de edad fértil

¹ Definida por Hierrezuelo Rojas et al ⁽¹⁸⁾ et al como “la probabilidad que tiene una mujer no gestante o su producto de sufrir daño, si se involucrara en el proceso reproductivo (...) dada por factores condicionantes, enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio; su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada.”

supuestamente sanas con deseos manifiesto de tener un hijo en el futuro inmediato. De esta forma se reafirma la importancia de este conocimiento para la elaboración de planes concretos de intervención preconcepcional, con el objetivo de disminuir los peligros durante el embarazo, entre los cuales tanto la diabetes mellitus como la hipertensión implican un alto riesgo, incluso de muerte materna.” (21)

El reto principal radique quizá, en el hecho de que, en la sociedad actual, los indicadores de muerte materna, constituyen los factores riesgo, por esa razón, las políticas en materia de salud reproductiva se han centrado en la vigilancia prenatal, la atención materna y la vigilancia de la morbilidad perinatal ⁽²²⁾, y notoriamente menos en la comunicación del riesgo preconcepcional. Ejemplo de lo anterior es que la mayoría de los estudios realizados en torno al estudio de la mortalidad materna centran su interés en los determinantes de la salud que afectan el acceso de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto a la atención médica e institucionalizada del embarazo, parto y puerperio ⁽²³⁾, lo que es insuficiente para problematizar el fenómeno de las muertes maternas en toda su complejidad, y hace necesario cuestionar el cómo se está percibiendo el riesgo obstétrico en las mujeres, cómo se está comunicando por parte del personal de salud, y finalmente, cómo la consejería en Planificación Familiar, está contribuyendo al desarrollo de agencia reproductiva en las mujeres para confrontar el riesgo.

En función de todo lo antes descrito, nos cuestionamos cómo son los imaginarios y representaciones que tiene el personal de salud sobre la reproducción, la maternidad y la PF, si continúa vigente la tendencia a biologizar y patologizar una necesidad humana irrenunciable, como es la sexualidad; y si continúan contemplando el embarazo como condición biológica "propia de la naturaleza", sin problematizar que la maternidad emerge como un constructo histórico-social, que diferencia socialmente a las mujeres de los varones (dentro de un sistema patriarcal)⁽²⁴⁾. Nos preguntamos si el personal da cuenta que el *ser* madre se instituye como un mandato de cumplir un “rol social” que configura una identidad, pero, sobre todo, que el ser madre (aunque esto pueda costar la vida) es un deseo que, aunque encarnado en los cuerpos de las mujeres, es en

realidad un deseo e incluso una exigencia colectiva y social que ha perdurado a través del tiempo en la sociedad ⁽²⁵⁾.

Ser madre implica, como ya se había comentado con anterioridad “un rol” dentro de la sociedad patriarcal, un deber ser, “lo propio y natural de la mujer”, resultado de una apropiación de ese rol de género, incluso, el trabajo remunerado es opcional, “deciden renunciar a sus deseos personales de desarrollo profesional o laboral, optando por “sacrificarse” en beneficio de sus hijo/as” ⁽²⁶⁾.

Dentro de la sociedad actual, existe una expectativa alta de ser madre, incluye la educación de sus hijos y ser una trabajadora ejemplar, que, dentro de los imaginarios sociales, “expone una imagen de mujer que sirve como espejo para que las mujeres se culpabilicen, se vean o imaginen en una condición altamente exigente que estructura la vida cotidiana” ⁽²⁷⁾. El no cumplir con la noción de “crianza y reproducción” que sujeta el ser y al deber ser de la mujer, sigue siendo una transgresión ⁽²⁸⁾ y es un infortunio frente a las altas expectativas de la sociedad y las familias.

Con todo este panorama se entiende que las decisiones sobre asumir la maternidad no ocurren de manera puramente autónoma en las mujeres, sino que existe toda una cultura sobre la maternidad, y específicamente la mexicana, que predispone en gran medida dicha decisión, no es un asunto individual, existe una *demanda social* ⁽²⁹⁾, así como un “*deber ser*” frente a todo discurso médico, por lo que las mujeres con EC, también, incorporando el contexto, se ven obligadas para asumir los riesgos de la maternidad.

Comunicar el riesgo se traduce entonces en un reto que implica para el personal médico, dejar de entender la reproducción como un asunto puramente biológico y reconocerle también como un proceso social que, al estar inmerso en la cotidianidad de las personas, adquiere un sentido simbólico particular. Los imaginarios sobre la maternidad se encuentran enraizados en la cultura y es a través de estos que se configuran la realidad para las mujeres en relación a la reproducción, la gestión del riesgo que las mujeres son capaces de asumir deriva no de un pensamiento propio

sino de una serie de imaginarios compartidos colectivamente sobre lo que es maternidad, el autocuidado “deriva no exclusivamente de los discursos de comunicación del riesgo, sino principalmente de las representaciones y experiencias de vida que los sujetos han tenido con la amenaza.” ⁽³⁰⁾

Tal como indica la Norma Oficial, se tiene el derecho de reproducción y salud sexual, pero ¿Qué sucede cuando el discurso de la medicina hegemónica se instaure sobre los cuerpos y las sexualidades de las mujeres sin una perspectiva de género, de derechos humanos y de interculturalidad? ¿Es posible controlar estos cuerpos para que no se embaracen? ¿Es esto ético y legal? Las mujeres no deberían perder su derecho a ser autónomas sobre sus cuerpos y sus trayectorias reproductivas, sin embargo tampoco deberían perder la vida derivado de lo anterior, esto obliga a la construcción de evidencia que permita incidir en esta problemática desde nuevas perspectivas, más humanas y respetuosas de los derechos humanos, las cuales actualmente no existen, evidencia de ello es que, la Norma Oficial Mexicana NOM- 005-SSA2-1993 hace más énfasis en el control, planificación y medicalización dirigidas principalmente sobre las mujeres, sin establecer corresponsabilidades a los cuerpos de sus parejas ⁽³⁰⁾, lo que hace pensar que las perspectivas sanitarias están encaminadas exclusivamente en la colocación de dispositivos anticonceptivos y no en una real consejería reproductiva.

Como se había hecho mención, las prácticas sanitarias pertenecen a un sistema de pensamientos regulados por la cultura, que a su vez generan imaginarios sobre la enfermedad y la sexualidad, tal como lo afirma Loraine Ledón ⁽³²⁾

“La imagen de sexualidad que construyen los sujetos con estas enfermedades, y que refuerza la perspectiva biomédica más tradicional, continúa partiendo de un enfoque normativo (“la” sexualidad), fragmentado (en fases, aspectos, disfunciones), despojado de sus vínculos con lo psico- socio-cultural, y que eclipsa la gran relevancia de los aspectos vinculares y de intercambio humano presentes en cada expresión sexual. Su resultado: un “saber” restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos” ⁽³²⁾

Desde este sistema de pensamientos, la enfermedad posiciona a la usuaria en una situación lejana, y a su sexualidad en ese contexto como si ésta estuviera ausente, su cuerpo carente de funcionalidad ⁽³²⁾

El análisis antropológico de la salud implica poner en escena a los sistemas de creencias sobre la salud que a su vez derivan en prácticas para reestablecerla o preservarla. El concepto de salud, desde la antropología, es parte de un sistema de pensamientos con significados específicos, no sólo en cuanto discurso sino en prácticas, que a su vez son históricamente determinadas. La atención dentro de la PF, es parte de la cultura de las prácticas del personal de salud, forman parte de un control sobre la vida sexual y reproductiva de las usuarias, como se había planeado con anterioridad, muy poco se dice de las EC. El riesgo modula la prevención, pero también puede afectar los derechos a la vida sexual de las personas que padecen estas enfermedades.

En función de lo antes problematizado, resultó pertinente plantear las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los imaginarios que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas, en San Luis Potosí?

¿Cómo es que estos imaginarios permean en la consejería de planificación familiar?

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antropología y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁽³³⁾, para la Antropología², la salud es entendida desde la cultura, ya que ésta determina la relación existente entre salud-enfermedad- atención en la cual *“cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica [...] Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud.”*⁽³⁴⁾ En ese tenor, al hablar sobre maternidad, salud sexual, reproductiva y derechos, lo cultural juega un papel muy importante puesto que la cultura moldea las percepciones que tienen los distintos actores de la sociedad, en nuestro caso el personal de salud y las usuarias diagnosticadas con EC.

Es principalmente la disciplina de la Antropología la que ha estudiado la cultura en las distintas sociedades en el mundo. Existen múltiples definiciones de la cultura, desde la más clásica definida como *“un conjunto de actividades y productos materiales y espirituales que distinguen a una sociedad determinada de otra”*⁽³⁵⁾. Sin embargo, en esta investigación, el concepto de cultura propuesto por Philip Kottak⁽³⁶⁾ es contemplado como el más adecuado, puesto que al investigar una visión particular sobre la PF en mujeres con diagnóstico de EC en el personal de salud, existe un juicio de valor (no bueno, no malo) que guía las prácticas y discursos.

“Las culturas no se componen sólo de las actividades económicas dominantes y sus patrones sociales, sino también por los conjuntos de valores, ideas, símbolos y juicios. Las culturas capacitan a sus miembros para compartir ciertos rasgos personales. Es decir, un conjunto de características centrales o valores fundamentales (valores clave, básicos o centrales) que integran cada cultura y ayudan a distinguirla de otras”⁽³⁶⁾

² Ciencia que estudia la diversidad humana.

El Antropólogo Clifford Geertz ⁽³⁷⁾, en su libro *La interpretación de las culturas*, propone que la cultura es densa, es decir que ocurre como un contexto en el cual suceden fenómenos que deben de interpretarse, y que por lo tanto *“el análisis de la cultura ha de ser (...), no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones”* ⁽³⁷⁾. Estos conceptos se relacionan desde luego, con lo propuesto por Eduardo Menéndez desde la Antropología Médica, donde los procesos de salud-enfermedad y atención- prevención *“constituyen una de las áreas de la vida colectiva donde las sociedades y sujetos han constituido y usado más representaciones, prácticas, relaciones, rituales, significaciones”* ⁽³⁸⁾

A lo largo de esta investigación es a través del estudio de campo, que se describen representaciones del contexto cultural que guían las perspectivas del personal de salud en cuanto a la PF de mujeres con EC.

2.2. Planificación familiar y Muerte Materna (MM). Contexto nacional y estatal

Como se ha problematizado con anterioridad, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 ⁽³⁾, estipula que toda persona tiene la libertad de decidir el número de hijos que desee, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas, por lo que a pesar de que existan riesgos reproductivos, si es el deseo y derecho de la mujer asumir el riesgo, esta puede ampararse por ley, que en su punto 4.1.3 describe que *“toda persona en edad reproductiva, debe recibir atención, consejería y hasta prescripción de medicamentos para con este fin reducir los riesgos que se asocian a los procesos de gestación, parto y puerperio”*.⁽³⁾

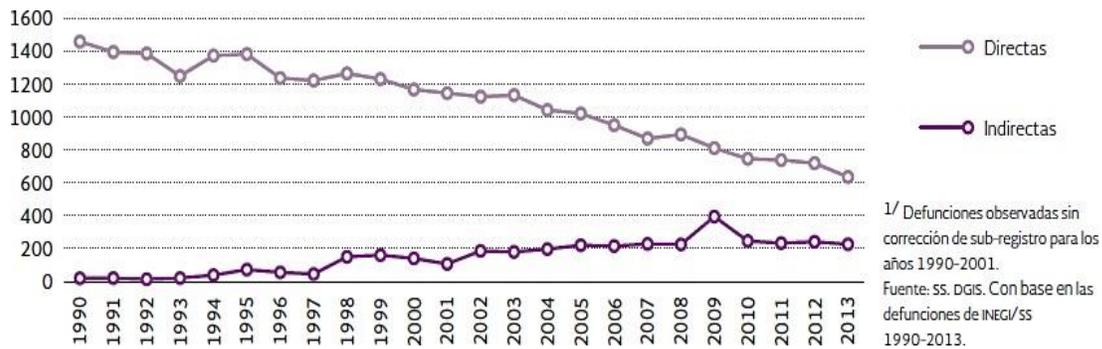
En materia de riesgo reproductivo, nuestro país no ha logrado reducir la Muerte Materna de acuerdo con los Objetivos del Desarrollo del Milenio ⁽³⁹⁾, planteados desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El informe de avances publicado en 2015, menciona que la Razón de Muerte Materna pasó de 88.7 en 1990 a 38.2 en 2013, pero no logró superar la meta que era de 22. 2 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. Para el año 2018, la Dirección General de Epidemiología ⁽¹⁰⁾ estimó una

RMM de 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, con una reducción del 11.9 de puntos porcentuales con relación al 2017, aun con todo esto continúa sin llegar a la meta propuesta por los ODM (la cual se planteó en 22).

Sin embargo, a medida en que se reduce la MM por causas directas (Gráfica 1), se ha mostrado una tendencia a incrementar la mortalidad materna por causas indirectas, esto asociado a la denominada transición epidemiológica. La importancia de reflexionar y actuar sobre la tendencia anteriormente descrita radica principalmente en que se prevé que las EC vayan en aumento y consecuentemente, también un potencial incremento en las tasas de mortalidad materna asociadas a causas indirectas. Para ejemplificar lo anterior, téngase en cuenta que, aunque la diabetes en 2012 registró una prevalencia de 9.2%, existen proyecciones epidemiológicas que estiman que para el 2030 aumentará de 12 a 18% ⁽¹²⁾. En cuanto a la hipertensión arterial, se informa que actualmente afecta al 34.3% de la población de 20 a 69 años ⁽¹³⁾, con una tendencia a incrementarse.

En la siguiente gráfica puede apreciarse como en el periodo 1990-2013 se observó un decremento en las defunciones maternas asociadas a causas directas, sin embargo, lo contrario ocurrió con las causas obstétricas indirectas, esta situación puede llegar a pasar inadvertida, puesto que continúan prevaleciendo las causas directas en el ámbito nacional, sin embargo, de mantenerse la tendencia se impondría como un importante problema de salud pública, puesto que las muertes maternas asociadas a enfermedades crónicas son altamente prevenibles, actuando anticipadamente en el riesgo reproductivo de este grupo particular de mujeres.

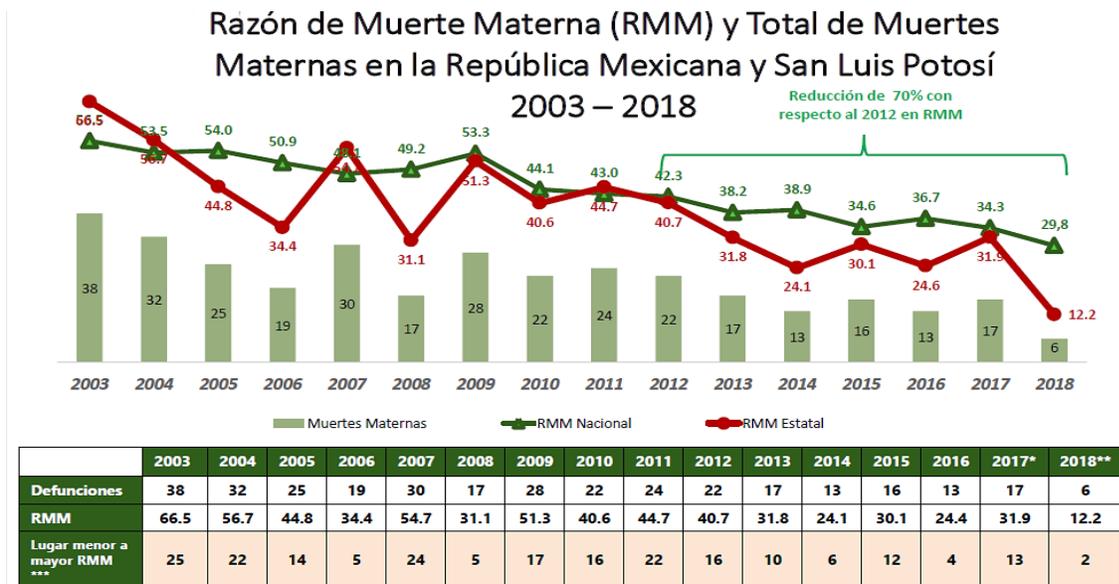
Gráfica 1. "Defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012"



Fuente: Informe de Avances de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México 2000-2015, pp. 46

En San Luis Potosí, según el mismo informe ⁽³⁹⁾, la disminución de la RMM fue de 56.5 en 2003 a 12.2 en 2018, lo que muestra una notoria mejor tendencia que la nacional.

Gráfica 2. "Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018"

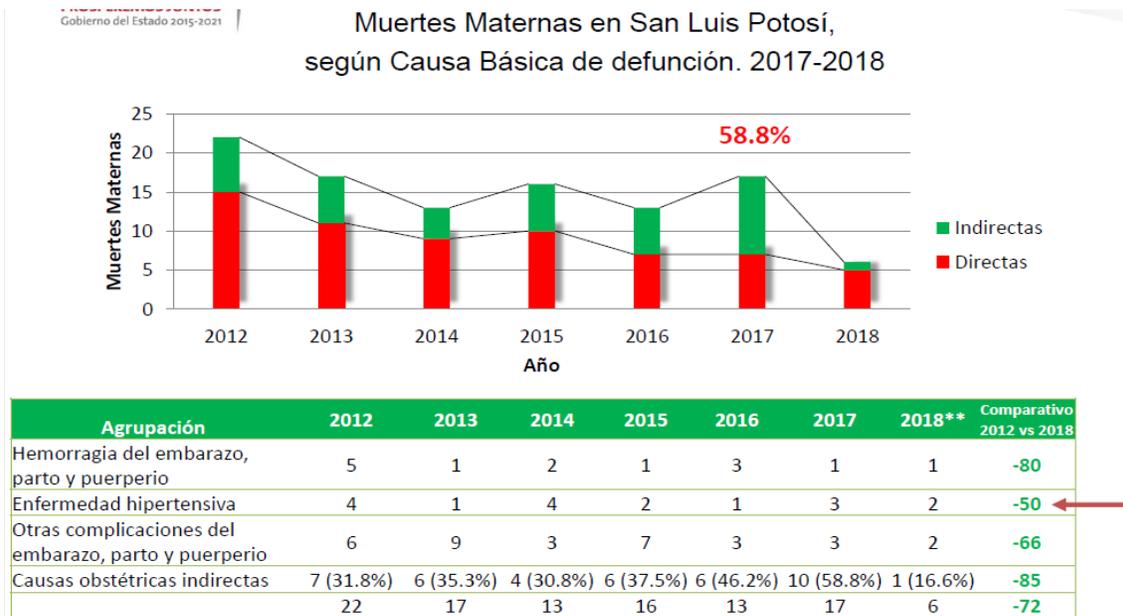


Fuente: Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de 2018

Sin embargo, en la gráfica 3 puede observarse la complejidad que la MM adquiere en

el estado, donde de manera paulatina, las muertes asociadas a causas indirectas van ganando terreno en 2017, incluso rebasando las causas directas

Gráfica 3. “Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018”



Fuente: Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí y Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de 2018

Es en este contexto epidemiológico donde surge la reflexión sobre qué se ha hecho con la población de mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas, ya que las gráficas no sólo muestran indicadores, sino que hay que entender que éstos pertenecen a contextos históricos y socioculturales muy específicos, que poco se han reflexionado. Esta población está colocada en una situación de vulnerabilidad, en donde incluso se tiene un estigma sobre el tema, llegando a asignarse culpas a las madres de su propia muerte, y surgen frases como “se mueren porque quieren”³. Incluso hay estudios de observación etnográfica en donde se hace evidente el

³ Frase recuperada de un médico, en una entrevista informal durante el “9º Foro de salud, protección social y bienestar” celebrado el miércoles 21 de noviembre de 2018 en el Palacio Municipal del estado de S.LP.

culpabilizar a la madre sobre la seguridad de su hijo por no “cooperar” durante el parto⁽⁵⁸⁾. Es el personal de salud, la población a estudiar, sus discursos y prácticas pertenecen a un sistema, el cual reproduce una visión particular sobre sus pacientes y ese es el foco de este estudio. Además, no sólo busca incluir a esta población, sino a las mujeres que son diagnosticadas con enfermedades crónicas ya que al analizar la interacción que surge durante la consejería de planificación familiar necesariamente se conocerá una parte de la perspectiva sobre las mujeres que no se debe descartar.

2.3. El reconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos en la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 16 declara que no existe *“restricción alguna para casarse y fundar una familia”* ⁽¹⁵⁾. En nuestro país, el artículo 4º constitucional indica que *“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”* ⁽¹⁶⁾, de aquí la importancia de la comunicación de riesgos de manera en la atención pregestacional, entendida cómo:

“un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la gestación, en el primero o en un nuevo embarazo y permitir la continuación, con una intervención oportuna, diseñadas para optimizar la efectividad y exitosamente implementadas para modificar factores de riesgo antes del embarazo y reducir la probabilidad de los efectos nocivos para la mujer, el feto y el recién nacido a través de la prevención y la gestión, lo que implica: a) la evaluación de riesgos (plan de vida reproductiva, intervalo intergenésico antecedentes de embarazos pasados, los antecedentes médicos e historial quirúrgico, adicciones, obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 1, medicamentos y alergias, antecedentes familiares y genéticos, la historia social, evaluación de comportamiento y nutrición, salud mental, depresión y pruebas de laboratorio), b) estilo de vida (la familia, la capacidad de recuperación del estrés, ambiente laboral, la preparación nutricional,

inmunidad, y medio ambiente sano), y c) las intervenciones médicas y psicosociales (individualizados para riesgos identificados, como infertilidad, anticoncepción, alteraciones genéticas o congénitas y referir a servicios de prevención y atención primaria y especializada).” ⁽⁴⁰⁾

Estas leyes buscan no vulnerar el derecho de elegir ser madre (mucho menos el de no serlo, esto se ha discutido ya en el apartado de justificación). La Ley General de Salud ⁽⁴¹⁾, señala en el capítulo V, artículo 61 que la atención materno-infantil tiene carácter “prioritario” y cuyas acciones que nos interesan son “I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y III. La promoción de la integración y del bienestar familiar” ⁽⁴¹⁾. Por lo que la atención materno-infantil al ser una prioridad dentro de la Ley General de Salud, así como la reducción de la muerte materna, que se describe en el artículo 62, indicando que los servicios de salud “*se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes*” ⁽⁴¹⁾ En este contexto legal, el derecho de decidir ser madre no debe de ser una restricción desde normativas de servicios de salud, pero sí una problemática que debe de investigarse a profundidad por los comités para adoptar medidas que aminoren el riesgo obstétrico.

Aun cuando el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 en su línea de acción la 1.1.5 contempla “*Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva*” ⁽⁴⁰⁾, lo que sin duda es importante para reducir la MM y que se ha visualizado en otros países ⁽¹⁹⁾. Por su parte, el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018⁽⁴²⁾, en su línea de acción 2.3.3 enuncia de manera literal la pertinencia de “*Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo*” ⁽⁴²⁾ argumentando de antemano el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y respetando la libre decisión.

“La población de nuestro país es muy diversa en cuanto a sus manifestaciones

culturales y a la sociedad en que se desarrollan, lo que ha generado grandes brechas en la prestación de servicios de salud reproductiva, particularmente en los estados del sur del país, en comunidades indígenas y en población en situación de desventaja social (personas con discapacidad, mujeres con alto riesgo obstétrico, entre otras). Para favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de esta población se requiere impulsar acciones que den respuesta a sus necesidades particulares con enfoque intercultural, incluyendo la capacitación del personal de salud, de líderes sociales y traductores. Se busca con ello promover un acercamiento e interacción intercultural entre población y prestadores de servicios, que permita mejorar la calidad de los servicios con pleno respeto a la dignidad y a la libre decisión de las personas”

(42)

En este contexto, aun cuando se habla de prevención de estos embarazos por el alto riesgo que representan, no se habla de las medidas que deben incorporarse para la monitorización de aquellas mujeres que, colocadas en riesgo, deciden de manera legítima (con base a sus derechos sexuales y reproductivos) quedar embarazadas, tampoco se habla del compromiso del Estado por procurar condiciones de servicio médico que posibilite proteger su derecho sin que esto les cueste la vida.

Aunque existan estudios que midan la eficiencia de la calidad en cuanto a la atención en enfermería con mujeres en riesgo ⁽⁴³⁾, aun con todo esto la acción en cuanto a PF son intervenciones sobre las mujeres, y no sobre las parejas, cuyo concepto debería de ser el de “pareja de riesgo” ⁽⁴⁴⁾ donde se logre incidir de mejor forma en la planeación incluyendo a los hombres ^(44, 45) desde la perspectiva de género, es decir buscando mejorar la equidad ⁽⁴⁷⁾ tal como el objetivo número tres de dicho programa de acción. Además de la atención preconcepcional, hay quienes recomiendan realizar educación terapéutica para prevención de riesgos ⁽⁴⁸⁾.

2.4. Maternidad: la condición de la mujer, constructo histórico y de

género

Para entender la maternidad lejos de una visión biologicista, se debe tener en cuenta la perspectiva de género, ya que para esta investigación es pertinente visualizar las relaciones de poder del vínculo personal de salud-mujer con EC, y éstas que se encuentran atravesadas por imaginarios asociados al género, éste es definido como

“un conjunto de prácticas, ideas y discursos que especifican papeles, tareas y sentimientos “propios” de unas y “propios” de otros. A este sistema de códigos sobre lo masculino (lo “propio” de los hombres) y lo femenino (lo “propio” de las mujeres) los científicos sociales lo llaman género. (4)

La distinción “naturalizada” (también simbolizada), entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del varón, genera lo que Martha Lamas categoriza como “lo propio” de lo femenino y masculino dentro de cada cultura, ya que la cultura *“marca a los sexos con el género y éste marca todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.”* Generando marcos de referencia que da estructura a la percepción sobre el otro, en nuestro caso mujeres con EC, y forma una *“organización material de toda la vida social”*.

Por su parte Marcela Lagarde ⁽²⁴⁾ desde una perspectiva histórico-antropológica de género y particularmente en búsqueda de una antropología de la mujer, ofrece dos categorías importantes para un análisis desde la perspectiva de género, una es la *condición de la mujer*, la cual es construida históricamente y es opuesta a la “naturaleza femenina” es decir atribuciones que le da la sociedad a lo “propio” de la sexualidad femenina, y la situación de las mujeres que implica la “existencia concreta de las mujeres particulares a partir de sus condiciones reales de vida” es decir la relación de mujeres con la sociedad, lo político, las condiciones de clase, de etnia y el acceso a los bienes. Desde la *situación de las mujeres*, se incluye el acceso y la atención en los servicios de salud.

La maternidad para esta autora está inscrita en la condición de la mujer pues por

medio de ella, que su cuerpo, se “naturaliza” y se designa como “esencia de la mujer”. Algo que ya Franca Basaglia había descrito como “*cuerpo-para-otros*” pues ante la sociedad cumple con la función de reproducción social, y por esa razón se ha naturalizado “su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña porque sólo existe como objeto para *otros*, o en función de *otros*” ⁽⁴⁹⁾, esto incluye también la particular forma de percibir el cuerpo femenino desde la atención a la salud.

La maternidad aparece entonces como un concepto multideterminado desde lo normativo, lo histórico, lo discursivo, las clases sociales que constituye un imaginario “complejo y poderoso” ⁽⁵⁰⁾.

Al entender que la maternidad es un constructo social, éste supone:

“la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hij@s —y que éstas mismas se autoaplican—. ⁽⁵⁰⁾

Dentro de toda esta estructura que se teje históricamente, y cuyos discursos son reproducidos y encarnados en los sujetos, posibilita la incorporación de modelos, como:

“El modelo de madre, sensible, abnegada y sacrificada está íntimamente vinculado con la esencia de la feminidad, marcado por el imaginario colectivo y la construcción de la subjetividad que conlleva a valores y modelos que representan socialmente a las mujeres-madres dentro de las estructuras

sociales y de poder."⁽⁵¹⁾

El parto, es un *ritual de paso*⁴, en el cual las mujeres adquieren un nuevo estatus, el de *mujer-madre*, que la reintegra a la sociedad, en otra categoría ideal dentro de los imaginarios de ésta misma⁽⁵²⁾. Dentro de este tenor, el ser madre incorpora a la mujer en la condición de "adulto" se asocia con la madurez,⁽²⁵⁾ Es así que "la mujer mexicana, no se considera a sí misma –ni es considerada por los demás- como una mujer que haya alcanzado su realización si no ha sido fecunda en hijos y si no la ilumina el halo de la maternidad", es por eso que la maternidad es tan anhelada y las mujeres deciden ser madres, aunque esto lleve implícito un alto riesgo de muerte.⁽⁵³⁾

La mujer ha incorporado debido a una condicionante cultural, una serie de mitos sobre la maternidad que se han naturalizado en nuestra sociedad, y son englobados de la siguiente manera por Oakley⁽⁵⁴⁾: 1) "*Todas las mujeres desean ser madres*". 2) "*Todas las mujeres necesitan a sus hijos o hijas*". Y 3) "Todos los hijos e hijas necesitan a sus madres". Lo que presenta una especie de interacción o biombo "necesario" en donde se expresa una obligatoriedad sobre el cuidado y crianza, y que esto genera una clasificación cuando no se cumple con dicha obligatoriedad que es ser "mala madre" o "buena madre" que como comenta Mancilla Guerrero aun esta "naturaleza" está condicionada por los estereotipos de género, que formulan una lógica-práctica sobre la maternidad.

En el plano religioso, que moldea lo moral y lo existencial, así como los comportamientos, la organización social y el parentesco, se encuentra en nuestro contexto la religión católica. Hablar históricamente del cómo se instituye toda una cosmovisión sobre la maternidad desde esta religión, no es el tema central de este trabajo, sin embargo, ésta constituye una perspectiva fehaciente de un modelo a seguir, sobre la maternidad y el ser mujer. Se tiene registro de la participación de la Iglesia Católica en la instauración del día de la madre, bajo esta misma lógica, donde se "*habrán de copiar sus valores morales*"⁽⁵⁵⁾ No por nada, el termino maternidad

⁴ El autor maneja el concepto clásico de *rito de paso* de Van Gennep que analiza el ritual bajo tres fases: la de separación, margen o limen y agregación a un *nuevo lugar* en el orden social.

(maternitas) aparece en el siglo XII, cuya finalidad era el de pregonar el culto mariano⁽⁵⁰⁾. Esta ideología, “apuntala y reproduce a través de diversos dispositivos que propagan la producción de los estereotipos y las imágenes del ideal de la maternidad, las representaciones sociales en torno a ella que, aparentemente son aceptadas de manera convencional”⁽⁵⁰⁾.

Las virtudes de la madre mexicana, son equiparadas desde el mito, a las de la Virgen de Guadalupe, como bien lo afirma Marta Lamas “el mito de la madre es el mito de la omnipotencia materna surgida del amor incondicional, de la abnegación absoluta y del sacrificio”⁽⁵⁵⁾ cuya configuración genera un “marco de significados de lo femenino” totalmente interiorizado⁽⁵⁷⁾

Lagarde, incluye una categoría muy interesante, que es la de *cautiverio*, un estado de las mujeres bajo el sistema patriarcal. El cautiverio “define políticamente a las mujeres, se concreta en la relación específica de las mujeres con el poder, y se caracteriza por la privación de la libertad, por la opresión”⁽²⁴⁾ la privación reside en la falta de autonomía, libertad, independencia y decidir sobre su cuerpo y sobre su vida, es así que la maternidad está atravesada por esta condición de cautiverio, clasificándolo además como el cautiverio de la *materno-conyugalidad*, es decir el de la madre esposa, término que acuña para describir al grupo de mujeres de nuestra sociedad que mantienen dependencia hacia otros, por medio de la maternidad (procrear) y la dependencia hacia otro por medio de lo conyugal. De esta forma la sexualidad de la mujer es reducida a la reproducción social.

2.5. La interacción: el *habitus* médico, el discurso y la práctica de autoridad. Estudios cualitativos en el campo médico

En el tema de los servicios de salud sobre planificación familiar analizado desde estudios cualitativos específicos es limitado. Resalta lo escrito por Roberto Castro & Joaquina Erviti⁽⁵⁸⁾ y que funge como conceptos clave para un análisis de la realidad sobre el comportamiento del personal de salud, quienes pertenecen a lo que se denomina *campo médico*, que abarca un conjunto de instituciones y sectores, actores

de la salud que “*mantiene entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria.*”⁽⁵⁸⁾

El autor resalta también, principalmente influenciado por la sociología de Pierre Bourdieu, lo que denomina como el *habitus médico*, definido como “*el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación [...] de las estructuras objetivas del campo médico [...] es la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas*”⁽⁵⁸⁾. A la par del desarrollo de un currículum de materias de la escuela de medicina, existe otro extra oficial, el *currículum oculto*, un conjunto de reglas, valores, estrategias, prácticas, e interiorizaciones gestadas durante la formación universitaria y que dan lugar a las predisposiciones de carácter jerárquico y autoritario. Éstas se interiorizan y fungen como reproductor del *habitus médico*, puesto que se recrea en la cotidianidad de los días de servicio, el internado y la práctica profesional.

Es así como la educación médica “funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años [...] convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica”⁽⁵⁸⁾. Por lo que este *habitus* dirige la acción de los actores (personal de salud) y sus pensamientos lo que a su vez genera todo un imaginario sobre los usuarios y guía las prácticas terapéuticas, se formula y “*organiza la realidad en términos médicos y se definen, de manera idealizada, modos de interactuar con ella, delimitando las diferentes áreas de intervención*”⁽⁵⁹⁾.

Lorraine Ledón Llanes⁽³²⁾ profundiza sobre la complejidad del trabajo del personal médico que debe incidir en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y menciona que las dificultades sexuales o el cese de éstas, acarrear alteraciones psicosociales en las personas con enfermedades crónicas,

“Está bien documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas (fallo renal crónico, hipertensión arterial, diabetes

mellitus, cáncer). Su influencia puede ser "directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta", a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor. (30)

Landaverde Martínez ⁽⁶⁰⁾, aborda el encuentro clínico (relación entre médico y usuarios) como un *“espacio performativo de interpretación que tiene como base, por un lado el diálogo y la comprensión y, por otro, el alivio y curación o mitigación del sufrimiento. En este encuentro la narración del padecer tendrá implicaciones importantes en la interpretación diagnóstica y la adecuada elección del tratamiento terapéutico”*⁽⁶⁰⁾ Por su parte Salas & Pilar ⁽⁶¹⁾ mencionan que dentro de este encuentro se da a lugar un interrogatorio clínico, de dos formas llamado, tribuna libre y dirigido, sobre esto menciona:

“Se entiende que la tribuna libre permite, sobre ciertas preguntas clave que el médico/a lanza, que el paciente exprese verbalmente todo o lo más posible respecto al motivo de su consulta, utilizando todo el tiempo que estime necesario. El interrogatorio dirigido encuadra y limita, la información proporcionada sobre el motivo que le lleva a asistir a consulta, lo cual contribuye a reducir el tiempo de la expresión verbal del paciente y gana en especificidad” ⁽⁶¹⁾

Al hablar de la interacción entre personal de salud y usuarias, es importante señalar que debe de ser analizado desde la perspectiva del interaccionismo simbólico de Blumer (1986) que tiene tres premisas: 1) la percepción del entorno, acciones experiencias, objetos es decir todo su mundo, es una construcción simbólica producto de las relaciones que establecen con dicho mundo. 2) los significados son resultados de la interacción entre seres humanos. 3) la interacción del ser humano con el entorno modifica los significados de modo interpretativo o perceptivo. ⁽⁶²⁾

Ejemplo de esta interacción, la podemos observar en el trabajo de Salas M & de Pilar, realizado en una clínica del oriente de la ciudad de México, perteneciente al IMSS. La investigación con enfoque cualitativo (desde la disciplina de la antropología) encontró a través del análisis lingüístico y de observación participante, que de las

20 consultas que fueron audiograbadas previo consentimiento del personal médico y de las madres, para conocer la forma en la cual se ofrecen las indicaciones médicas referidas a la alimentación de los infantes en el marco del CNS3. Todas las consultas médicas incluyeron algún tipo de interacción verbal sobre la alimentación infantil; el más corto fue de 37 palabras del médico y 3 de la madre; el más largo, 1994 y 623 palabras, respectivamente. Los tonos identificados en el discurso médico fueron autoritario/atemorizante, moral/culpabilizador, explicativo-confusor, explicativo-pertinente, voluntarista, transferencia de responsabilidad, generalizador (...). El mundo social en que los relatos se construyeron y se significaron, limita el diálogo verdadero y exacerba el monólogo. ⁽⁶¹⁾

En este ejemplo se observa una tendencia al monólogo, a invisibilizar a través del discurso el papel de las usuarias en torno a su salud, por lo que existe tal como lo describiera Roberto Castro ⁽⁵⁸⁾ una lógica-práctica autoritaria de los servicios de salud, que, si no es lógica, dejaría de ser práctica. Esta lógica, tal como la menciona el autor, es construida en las facultades de medicina y enfermería, y reafirmadas en los centros de práctica hospitalaria, por lo que se constituye una visión particular de la realidad.

A resaltar el estudio realizado Susana Silvia Margulies y publicado en su libro *“La atención del VIH Sida. Un estudio de antropología de la medicina”* (2014). En dicho estudio se entrevistó a 33 profesionales de salud que atendieron directamente a población con VIH entre 1993 -1994 y 1998 -1999 en Argentina. El estudio cualitativo se basó principalmente en entrevistas, bajo el análisis del discurso. Se analizó el cómo se afrontó el personal de salud a la emergencia por el VIH, cómo caracterizaban a sus pacientes y las políticas que se implementaron en las instituciones de salud.

En el libro también se dedica todo un capítulo interesante en donde Margulies rastrea una serie de analogías del VIH en el campo médico a partir del surgimiento de ésta, dónde en un principio se vinculaba a ciertas poblaciones o “grupos de riesgo”, es decir la enfermedad es propia de *“homosexuales, heroinómanos, haitianos”* con la clara

estigmatización que significó ello y su relación con la hepatitis B y la vía de transmisión por sus “estilos de vida”.

En el trabajo se describen y categorizan estas analogías, y cómo a partir de dichas analogías se formulan metáforas entre el personal de salud para “*enfatar aspectos de la experiencia de la atención de los afectados y destacar a la vez su irreversibilidad al mismo tiempo que su inmanejabilidad, dada la carencia de recursos para atenderla.*”⁽⁹⁴⁾ inclusive se describen las diversas dificultades que enfrenta el personal de salud para atender esta situación. Por lo cual la metáfora y la analogía en el pensamiento del personal de salud construyen discursos y conceptos lógico-prácticos, socializados, que configuran la atención de los usuarios y que se van gestando históricamente. De ahí que sea relevante analizar desde el discurso las metáforas, las metonimias, las analogías, los médiums y en sí los significados y los significantes que le otorga el personal de salud a las enfermedades, las condiciones de salud (riesgo obstétrico) y las características de sus usuarios para entender la perspectiva que se tiene sobre la muerte materna y la planificación familiar.

2.6. Estudios sobre condiciones y perspectivas laborales de los prestadores de servicios de salud en México.

Las usuarias y usuarios, no sólo quienes pasan por esta situación sino también el personal de salud. La problemática del *Burnout*, definida por Maslach y Jackson como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas”⁽⁶³⁾ el *Burnout*, tiene como bien apunta su definición, tres factores que son: “cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que se miden por medio del Maslach Burnout Inventory (MBI)”⁽⁶⁴⁾

En México, existen numerosos estudios sobre la problemática del *burnout* en el personal de salud⁽⁶³⁾. En la Universidad de Yucatán en la Facultad de Medicina, se realizó un estudio en 2014 sobre migraña por estrés laboral en Médicos internos de pregrado, utilizando los instrumentos *Migraine Disability Assessment Scale* y

Headache Needs Assessment. El estudio mostró una prevalencia de migraña del 38.7 % en los internos de pregrado, siendo más frecuente en mujeres con (44 %) en comparación con hombres (36%) generando discapacidad y disminución de rendimiento laboral por el mismo padecimiento puesto que *“todos tuvieron algún grado: 56 % tuvieron grado I, 19% grado II, 14% grado III y 11% grado IV. Las áreas más afectadas fueron el rendimiento laboral y la energía vital”* ⁽⁶⁵⁾ los autores resaltan a modo de “dato interesante” el hecho de que el 78 % de los médicos internos, utilizaba fármacos de libre acceso para las crisis, sin control médico advirtiendo que el uso excesivo de éstos puede generar en migraña crónica ⁽⁶⁵⁾.

En 2015, en un Hospital del IMSS de Guadalajara Jalisco, se encontró que un promedio de 70.1 ± 21.2 de horas por semana en las que laboran médicos de todas las especialidades, siendo las quirúrgicas las que tenían una carga laboral más excesiva (89.1 ± 21.55 horas semanales) ⁽⁶⁶⁾. Haciendo una comparativa entre el estudio cuantitativo que realizaron para generar los datos descriptivos que se mencionaron anteriormente, se utilizaron entrevistas las cuales arrojaron una perspectiva peculiar sobre la carga laboral. Los participantes reportaron tener más estrés, poco tiempo para otras actividades, el sistema de su institución fue vista como rígido, y falta de preocupación hacia ellos por parte de sus directivos, sin embargo *“lo matizaron con el argumento de que esto es necesario para su aprendizaje.”* ⁽⁶⁸⁾ al cuestionarles sobre abuso laboral, los médicos argumentaron que éste no existía, no se sentían humillados ni amenazados.

Se ha registrado a través de encuestas en 2013, que, con la entrada del Seguro Popular, la sobrecarga de trabajo incrementó generando conflictos entre el personal de salud,

“ello implicó el detrimento de las relaciones entre compañeros y, en algunos casos, la percepción de deterioro del estado de la salud (...) Las relaciones entre compañeros de trabajo se tornaron, más que colaborativas, competitivas. Más orientadas al beneficio personal que a brindar una atención de calidad. El ejemplo más ilustrativo fueron los enfrentamientos por hacerse acreedores de

“bonos de productividad”. Con ello se consigue el propósito de la globalización neoliberal de la personalización de los salarios y la descolectivización de las relaciones empresa-trabajadores.”⁽⁶⁷⁾

Situación que como advierte Castro, está naturalizada, puesto que existen abusos y descalificaciones, además de adoctrinamiento y disciplinamiento que se gesta en las Facultades, en el cual los docentes someten a los alumnos, para enseñar las jerarquías, las desigualdades de género, omisiones, la imagen personal (diferenciación social), castigos, arbitrariedad en cuanto a evaluaciones. Éstas se interiorizan y fungen como reproductor del *habitus médico* (descrito con anterioridad), Es así como la educación médica *“funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años [...] convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica”*⁽⁵⁸⁾.

En cuanto al personal de enfermería, bajo el concepto de estrés de conciencia, dimensionado en 1) demandas internas *“aquellas que le permiten al personal de enfermería mantener su identidad como profesionales buenos de la salud”* y 2) demandas externas *“la consecuencia de la obligación del enfermero de proporcionar cuidados que le hacen sentir mal, lo anterior puede ocurrir cuando el individuo busca la aprobación de los demás y teme a la desaprobación lo que puede generar sentimientos de culpa”*⁽⁶⁸⁾. En este estudio realizado en Zacatecas, demostró a través de un análisis de correlación entre estrés y consumo de alcohol en el personal de enfermería durante 2017, encontrando un consumo sensato del 89.8% en el personal general que es técnico y auxiliar de enfermería, y un 26.1 % de consumo dependiente en el personal con estudios de licenciatura ⁽⁶⁸⁾.

Estos ejemplos nos hablan de la magnitud del problema que a pesar de que se hayan realizado para investigar otras temáticas relacionadas con el estrés del personal de salud dígame consumo de alcohol, migraña, relaciones laborales en el personal de salud, estas situaciones generan otras condiciones de trabajo, que deben de observarse y describir. Este *habitus* al integrar un disciplinamiento en el personal de

salud, guía las acciones dirigidas a los usuarios bajo criterios de valor impuestos por la cultura.

De ahí que se consideró pertinente realizar la investigación en diversos centros de salud del estado, que por medio de la observación y de la entrevista se reconstruyeron las perspectivas del personal de salud sobre esta problemática. Los centros fueron elegidos porque se tiene en cuenta de que éstos tienen una población capacitada en el tema son de primer nivel, en donde se ofrecen las consejerías de planificación familiar y además al abarcar varios se obtuvieron hallazgos a nivel general.

2.7. Marco Teórico- Metodológico

2.7.1 Perspectiva orientada al actor.

Esta perspectiva toma como eje la *agencia*, que es definida como la *“capacidad de conocer y actuar, la manera en que las acciones y las reflexiones constituyen prácticas sociales que impactan o influyen en las acciones e interpretaciones propias y de los otros”*⁽⁶⁷⁾ al hablar del acto o de actuar para influir acciones, Long añade que los actores sociales *“son todas aquellas entidades sociales que puede decirse que tienen agencia en tanto que poseen la capacidad de conocer (...) aparecen en variadas formas: personas individuales, grupos informales, redes interpersonales, organizaciones, agrupaciones colectivas”*⁽⁶⁹⁾

Dentro de esta perspectiva resalta el concepto de discurso como *“un juego de significados insertos en las metáforas, representaciones, imágenes, narraciones y declaraciones que fomentan una visión particular de “la verdad” acerca de objetos, personas, eventos y las relaciones entre ellos.”*⁽⁶⁹⁾ Por lo que la interacción toma gran relevancia para esta perspectiva en cuanto a la construcción de “verdades” y símbolos. Para la perspectiva centrada en el actor, es importante la simbolización cotidiana de la interacción puesto que esto refleja formas emergentes y estrategias prácticas además de tipos de discursos productos de una construcción cultural.

Los actores tienen consigo un dominio, es decir normas y valores de ordenamiento social, con una frontera simbólica. Las arenas son *“espacios en los cuales tienen*

lugar las contiendas entre diferentes prácticas y valores. Las arenas pueden involucrar uno o más dominios. En ellas se buscan resolver discrepancias en las interpretaciones de valor e incompatibilidades entre los intereses de los actores”⁽⁶⁹⁾ al producirse un conflicto ya sea para influenciar en la toma de decisión de un actor hacia otro, como por ejemplo durante la interacción en el consultorio de PF, del médico hacia el paciente o viceversa, a esta interacción Long lo entiende como Interface, donde,

“se cruzan diferentes, y a menudo conflictivos mundos de vida o campos sociales (...) en situaciones sociales o arenas en las cuales las interacciones giran en torno a los problemas de pontear, acomodar, segregar o disputar puntos de vista sociales, evaluativos y cognoscitivos. El análisis de interfaz social pretende dilucidar los tipos y fuentes de discontinuidad y vinculación social presentes en tales situaciones e identificar los medios organizacionales y culturales para reproducirlos o transformarlos.”⁽⁶⁹⁾

Esta perspectiva, es relevante metodológicamente para entender la interacción, (en términos del autor) de los actores en las arenas donde lo simbólico se vislumbra. Además, que propone categorías de análisis que pueden ser observadas desde la etnografía.

Toda la perspectiva tiene un fundamento llamado “piedras angulares” que, a modo de resumen, son: 1) La vida social es heterogénea, 2) se debe estudiar cómo se producen las diferencias, 3) centrarse en la teoría de la agencia, 4) la acción social no es individual, es producto de una red de relaciones, 5) la interpretación está ubicada en contextos muy específicos, y se generan en ellos. 6) *“Los significados, los valores y las interpretaciones se construyen culturalmente, pero se aplican de manera diferencial y se reinterpretan de acuerdo con posibilidades conductuales existentes o circunstancias cambiadas”*⁽⁶⁹⁾ 7) dilucidar lo “local y global” en las relaciones entrelazadas, 8) identificar etnográficamente las interfaces sociales de las interrelaciones. 9) delinear contornos y contenidos de las formas sociales y perfilar relaciones y condiciones específicas.

El enfoque es usado para identificar las interacciones entre el personal de salud y las mujeres, o la caracterización del personal de salud sobre sus usuarias, ya que en esta

relación se tiene de antemano una situación de poder, es decir no es una relación horizontal, implica una jerarquía y una obediencia en cuanto al seguimiento de la consejería de PF, por lo que a través de los conceptos teóricos de esta perspectiva (arenas, dominios e interfaces) y de la observación de dichas interacciones, se describirá y triangulará la información, entre lo que se dice que se hace de parte del personal de salud y lo que se hace en la práctica cotidiana.

2.7.2. Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada propuesta por Glaser & Strauss (1967) y Strauss & Corbin (1998) constituyeron una nueva manera metodológica de análisis comparativo, para descubrir teoría en vez de utilizar las grandes teorías, y lograr así una “teoría fundamentada” ⁽⁷⁰⁾. La teoría fundamentada (TF) consiste en una serie de directrices sistemáticas pero flexibles para la recolección y análisis de datos cualitativos con el fin de construir teorías asadas en los propios datos ⁽⁷¹⁾. Ésta enfatiza *“el descubrimiento y el desarrollo de teoría y no se basa en un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo”* emplea estrategias puesto que *“la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente”* ⁽⁷²⁾.

Páramo Morales ⁽⁷³⁾ menciona que la TF es la metodología adecuada *“para resolver cierto tipo de cuestiones”* puesto que permite discernir,

“el proceso a través del cual los actores construyen significados más allá de su experiencia intersubjetiva. Puede ser utilizada en una forma lógicamente consistente con los supuestos claves de la realidad social y de cómo ella es conocida.” ⁽⁷³⁾

También apunta que es inadecuada cuando busca una “realidad objetiva” siguiendo a Sudabby (2006) quien postula que sólo es adecuada cuando se quiere *saber “cómo las personas interpretan su realidad”* ⁽⁷²⁾ por su parte Weiss ⁽⁷⁰⁾ menciona que la TF, se fundamenta desde una postura epistemológica empirista, de inducción, por lo que su paradigma, constituye sus propios interjuegos de conceptos y lo que observa dentro de dicha relación, por lo que necesariamente proviene de una hermenéutica ⁽⁷⁰⁾.

Según Strauss & Corbin ⁽⁶²⁾, estos son los fundamentos de esta perspectiva: 1) su propósito es generar o descubrir teoría desde los datos de primera mano, se debe distanciar de presupuestos teóricos para que surja una teoría fundamentada en datos. 2) se enfoca en la manera en que los individuos interactúan con el fenómeno de estudio. 3) el análisis inicia desde el primer momento de recolección de datos en trabajo de campo. 4) *“Los conceptos se desarrollan gracias a la comparación constante”* 5) la teoría se puede presentar de manera narrativa o como un conjunto de proposiciones 6) si se parte de los datos hay neutralidad del observador. 7) no hay neutralidad si se incluye un marco teórico. 8) la literatura debe realizarse constantemente *“desde la clasificación teórica hasta la escritura”* ⁽⁶²⁾

La TF constituye toda una perspectiva de análisis, que a su vez debe ser descriptiva pues de esta forma da riqueza al entramado de significados que son producto de las interacciones entre actores, al leer y releer los datos obtenidos, se reconstruyen patrones de significados que a su vez *“explican hechos singulares observados e interpretan relaciones culturales significativas”* ⁽⁷⁰⁾, se realiza de esta forma una hermenéutica.

Coincido con la propuesta metodológica Natera-Gutiérrez y sus colaboradores quienes conjugan tanto el interaccionismo simbólico con la teoría fundamentada describiéndola de la siguiente manera.

“Mientras que el interaccionismo sugiere los conceptos de interacción como camino para crear significados, la Teoría Fundamentada es la metodología que guiará los conceptos para llegar a descubrir esos significados porque a través de ella es posible explorar la diversidad de procesos sociales presentes en las interacciones, viendo al ser humano en su totalidad y complejidad, trabaja con datos obtenidos de ambientes naturales y está basada en los presupuestos del interaccionismo simbólico que centra su atención en los significados que los eventos tienen para las personas en ambientes naturales. El interaccionismo simbólico provee el fundamento filosófico para la teoría fundamentada en los datos y guía las preguntas de investigación, las estrategias para la recolección y análisis de los datos” ⁽⁶²⁾

En esta investigación, la metodología de análisis de la Teoría fundamentada y el Interaccionismo simbólico es nutrida por la Perspectiva Centrada en el Actor de Norman Long, pues se visibiliza el papel de agencia que tienen tanto el personal médico de PF y las mujeres con EC que asisten a este servicio de atención, una arena en el sentido metodológico, esto a través de técnicas etnográficas⁵, como lo son la observación participante y la entrevista. Por medio de estas técnicas se obtuvieron los datos, analizando las interfaces, producto de la interacción de dominios heterogéneos.

⁵ Entendida como el proceso de realizar el trabajo descriptivo de una cultura o aspectos concretos de la cultura y su análisis, y por otro, es el resultado de ese trabajo. La etnografía implica la utilización de diversas técnicas para la recopilación de datos: genealogías, historias de vida o la observación participante ⁽⁷⁴⁾

III. OBJETIVOS

Los objetivos que guiaron la investigación fueron:

3.1. Objetivo General:

Analizar las perspectivas que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas y como estos permean en la práctica de la consejería en PF en este grupo específico.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los discursos sobre la práctica médica que construyen estas perspectivas.
2. Describir los discursos generados entre el personal médico y las mujeres que acuden al área de planeación familiar, con diagnóstico de enfermedad crónica.
3. Interpretar en el plano discursivo los imaginarios que tiene el personal sobre sexualidad, reproducción y maternidad mediante técnicas de análisis del discurso.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio:

La investigación fue de corte cualitativo de tipo exploratorio, se eligió este paradigma dado que resulta pertinente debido a la naturaleza de fenómeno, es decir el análisis de perspectivas que guían el actuar de médicos y personal de enfermería en cuanto a los servicios de PF. Desde los estudios cualitativos las observaciones en el contexto, los discursos, los gestos y las prácticas descritas desde las técnicas etnográficas permiten comprender el fenómeno en su complejidad, lejos de las relaciones causa y efecto en términos estadísticos de los estudios cuantitativos.

El estudio se enmarcó teóricamente en el interaccionismo simbólico y la perspectiva centrada en el actor, para estas teorías, el significado es producto de la convención social que se vislumbra en la interacción de los individuos. En el ámbito de la salud al hablar del ser humano éste se encuentra, *“en constante construcción de significados, experiencias relacionadas con la salud, la enfermedad, la muerte, el duelo, la relación que establece con el personal de enfermería, médico y con otros seres humanos que comparten sus vivencias determinan la construcción interna de significados.”* ⁽⁵⁷⁾ además el interaccionismo simbólico propone un análisis dentro del contexto puesto que los significados son fruto de la interacción social.

4.2 Selección del área de estudio

El estudio se llevó a cabo entre los meses de julio de 2019 a julio de 2020, dentro de seis centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí.

Los centros fueron seleccionados a partir de la estrategia de muestreo propositivo, tipo de muestreo que es adecuado en la implementación de estudios desde la Teoría Fundamentada y que consiste en acudir a casos que de antemano, por sus

características o experiencias, se sabe que poseen la mayor riqueza de información posible sobre el fenómeno de investigación⁶.

El muestreo de centros se hizo en función de que algunos informantes clave adscritos a la jurisdicción 1 de los SSSLP e integrantes del Comité de Ética en investigación de la misma jurisdicción, ya refirieron que es en estos centros donde se cuenta con mayor número de personal, además de que se realizan mayores acciones de actualización continua sobre Planificación Familiar. En este caso se aplicó por considerar que los profesionistas adscritos a estos centros poseen información importante sobre el tema.

Dado que el muestreo propositivo posee su propia clasificación interna, en este estudio en particular se recurrió a un muestro propositivo de casos extremos o desviantes cuyo sentido es comparar situaciones distintas⁷. El muestreo *propositivo* se aplicó también en función de identificar que la localización geográfica de estos seis centros de salud posibilita tener representación de las distintas áreas geográficas que incorpora la Jurisdicción 1 de los SSSLP (como puede verse en la imagen 1). La selección de centros se hizo desde un muestreo de tipo *propositivo* lo cual es deseable en una investigación de tipo cualitativo, ya que la existencia de diferentes condiciones en cuanto a los indicadores sociales de desarrollo, esto potenció la calidad interpretativa en el análisis. (Ver tabla no, 1)

⁶ Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002 ⁽⁸⁹⁾

⁷ Martínez, C. Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. Ciencias & Saúde Colectiva 2012;17(3):613-619. ⁽⁹⁰⁾

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio

(imagen no disponible)

A continuación, se presenta una tabla en donde se encuentran los indicadores encontrados por AGEB (Área Geoestadística Básica) correspondientes al área de cada centro de salud. Es aquí donde se encuentran una serie de diferencias y condiciones socioeconómicas de la población cercana a cada centro.

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí.

(imagen no disponible)

4.3 Selección de Informantes

Se trabajó con personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que desempeña en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) que labora en los consultorios de consulta general y de planificación familiar. Estos aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio.

4.4 Criterios de selección de informantes

Los criterios de selección implementados fueron:

Personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que se desempeña en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) que:

- Laborara ofertando atención cotidiana a mujeres en edad reproductiva en situación de enfermedad crónica o específicamente en el área de Planificación Familiar.
- Tuviera uno o más años de servicio en dicha área
- Decidieran participar de manera voluntaria en la investigación.

Fueron criterios de eliminación:

- Personal que renunciara a continuar participando en el estudio.
- Personal que fuese removido de su empleo en Servicios de Salud durante el periodo de estudio.

Los criterios de exclusión considerados:

- Personal que haya referido de manera abierta, no desear participar en el estudio.

4.5 Estrategias de selección de informantes (Muestreo)

Se utilizó el muestreo intencional ⁽⁷⁵⁾⁸ puesto que el personal de salud que se encuentra en los Centros de Salud en el área de atención y PF constituyen los casos disponibles a los que se tuvo acceso, por supuesto que esto dependió de la participación voluntaria del personal. El muestreo de tipo intencional es válido para estudios cualitativos de tipo exploratorio, toda vez que permite profundizar en el fenómeno estudiado en mayor profundidad, recordar que lo importante para los estudios de tipo cualitativo es comprender el fenómeno estudiado más que generar datos estadísticos de causa y efecto, puesto que “los fenómenos socioculturales no pueden estudiarse de manera externa, pues cada acto, cada gesto, cobra sentido, más allá de su apariencia física, en los significados que le atribuyen los actores” ⁽⁷⁶⁾.

El número de informantes para esta investigación se determinó en función del criterio de saturación teórica, que consiste en que la información que se recopila no aporta nada nuevo al “desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de

⁸ En investigación cualitativa este término suplanta al muestreo por conveniencia, pues siempre es un muestreo intencionado (75)

análisis ⁽⁷⁷⁾.

Se trabajó con cinco mujeres (enfermeras y médico) y con dos hombres de profesión médico, es decir con un total de 7 informantes.

4.6 Técnicas de recolección de información

El desarrollo de esta investigación contó con la aprobación del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, quien, con base a los criterios académicos de calidad, aprobó el protocolo de investigación, otorgando el número de registro (Anexo 1). Cabe señalar que este estudio deriva de un macroproyecto de investigación que fue aprobado para su implementación por el Comité de ética de la Jurisdicción no. 1 de los Servicios de Salud en febrero de 2018 (Anexo 2).

La recolección de datos se llevó a cabo con la aprobación y registro del Comité Estatal de Ética e Investigación en salud, así como la autorización de las autoridades sanitarias en cada uno de los centros de salud contemplados como escenario de estudio (anexo 3 y 4).

Para recabar datos se hizo uso de entrevista, la cual se condujo a partir de un guion de entrevista semiestructurada (Anexo 5). Estas se realizaron en el tiempo que el personal dispuso, así como en el espacio que éste determinó adecuado, por lo general dentro de su jornada y las instalaciones del centro de salud. En este sentido y, sin embargo, el investigador estuvo dispuesto a realizarlas en otros espacios y horario que los profesionales e institución consideraron más convenientes.

Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento informado, transcritas y analizadas por medio del programa Excel 2016. Una vez realizada la transcripción, se destruyeron las grabaciones, esto con el fin de asegurar la confidencialidad de la información y como buena práctica de investigación.

Las observaciones tendrán el mismo tratamiento descrito anteriormente, pero el uso

metodológico de éstas fue opcional, es decir que si en el caso de que el personal de salud desee se realice algún acompañamiento en sus consultas, se elaborará una carta de consentimiento para las usuarias y se dará aviso al comité que monitorea la investigación para garantizar el buen ejercicio de la investigación, la información sólo será complementaria y opcional, por esa razón no se incluyen estos anexos en el presente protocolo.

Otra cuestión que se realizará para garantizar la confidencialidad de los informantes, será el brindar los resultados de manera agrupada, sin proporcionar nombres o centro de salud de adscripción, tampoco algún tipo de dato que permita inferir la identidad de los participantes.

4.7 Conceptos ordenadores

4.7.1. Salud Sexual y Reproductiva

En la presente investigación se considera a la salud reproductiva como un derecho tal y como lo estipula la NOM-005-SSA2-1993 de PF ⁽³⁾, en la cual estipula que cualquier persona tiene derecho a decidir libremente cuantos hijos desea, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas. De esta manera los servicios de salud dirigidos a la reproducción deben evaluar el riesgo reproductivo, y actuar a través de la orientación, consejería y prescripción de medicamentos para reducir lo más posible el riesgo asociado a los procesos de gestación, parto y puerperio.

La Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C., concibe a la salud sexual basándose en las definiciones de la OPS como *“la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”* ⁽⁷⁸⁾ buscando, ante todo,

“expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o

enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.”⁽⁷⁸⁾

Por su parte Álvarez Cortez ⁽⁷⁹⁾ la define como *“la aptitud para disfrutar de las actividades sexual y reproductiva, así como amoldarse a criterios de ética social y personal”*, la autora a su vez la relaciona con la salud mental puesto que esto implica

“la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiben la actividad sexual o perturban las relaciones sexuales, así como trastornos orgánicos de enfermedades y definiciones que entorpecen dichas actividades”⁽⁷⁹⁾

Es así que para esta investigación la perspectiva desde los derechos a la salud sexual y reproductiva son necesarios para entender el fenómeno de estudio.

4.7.2. Planificación Familiar

Se considera a la planificación tal como lo contempla el *Programa de Acción Especifico sobre Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*⁽⁴²⁾. El cual indica que al ser un derecho humano la PF,

“implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.”⁽⁴²⁾

Por lo tanto, al hablar de PF, para este trabajo, es hablar de derechos reproductivos y de acciones de consejería por parte de los prestadores de servicios de salud.

4.7.3. Maternidad

Durante el siglo XVII el término *maternitas*, por la iglesia católica principalmente con la finalidad otorgar una dimensión de la madre relacionada con el culto mariano, durante la ilustración se crea otra concepción vinculada con la “buena madre” sumisa, y dedicada a la crianza ⁽⁵¹⁾. Para la presente investigación, se considera la maternidad

como un modelo social que incluye una familia con hijos y una imagen de madre emprendedora, lo que exige altas expectativas ante la sociedad que la reproduce ⁽²⁷⁾. Además, parte de una condición de la mujer y una situación de la mujer ⁽²⁴⁾, vista desde la perspectiva de género ⁽⁴⁾. Estos conceptos ayudarán a guiar el enfoque de la perspectiva del actor, durante el análisis de datos.

La maternidad es además definida como “*la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de madre a las mujeres*”⁽²⁸⁾. En nuestra sociedad, está asociada con la madurez, en la cual se accede mediante el parto, es una etapa “*del desarrollo psicosocial a través de la cual se confiere a la mujer la condición de adulto*”. ⁽²⁷⁾ La maternidad conlleva preocupaciones como la dependencia económica, la crianza, adquirir o perder un empleo por lo que éstas generan falta de autonomía ⁽²²⁾. La maternidad tiene como asegura Pérez Nila ⁽²⁸⁾, distintas dimensiones como lo son la *crianza, reproducción, familia y sexualidad*, pero éstas dependen de estructuras culturales históricamente construidas.

Para Puyana Villamizar & Mosquera Rosero ⁽⁵⁴⁾ existen tres tipos de maternidad que coexisten como modelos en nuestra sociedad:

1. La *tradicional*, donde se dividen los roles de género, se enfatiza la autoridad y el padre como proveedor, y la madre es el ama de casa
2. La de *transición*, donde existe un cambio en los significados y funciones de cada rol, influenciado por los cambios culturales y económicos.
3. Y la de *ruptura*, en donde se construyen formas del “ser” tanto en madres y padres diferentes a lo tradicional, no hay divisiones rígidas y se crean proyectos de vida alternativos

Estos modelos sobre la maternidad además de sus dimensiones servirán como conceptos que guiarán la conformación de categorías para ser observadas dentro del plano discursivo durante el trabajo de campo en los Centros de Salud.

4.7.4. Perspectivas

En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española ⁽⁸⁰⁾, la palabra

perspectiva tiene distintos significados. Cabe aclarar que ésta tiene como origen su uso más generalizado se encuentra en la arquitectura. En nuestro trabajo de investigación se hace uso de esta palabra enmarcada a los significados número 5 y de la RAE, que son los siguientes: “5. f. Punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto” y “6. f. Visión, considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación y a distante, espacial o temporalmente, de cualquier hecho o fenómeno”.

En cuanto a las percepciones Vargas Melgarejo refiere son “Referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas.”⁽⁸¹⁾

Las perspectivas involucran tres aspectos principales: 1) Los conocimientos de sentido común para una población específica, 2) las experiencias de vida de cada sujeto, y los conocimientos formales desde los cuales se configura una identidad particular⁽⁸²⁾.

Existen tres tipos de conocimientos que influyen sobre las perspectivas que las personas pueden desarrollar sobre una práctica específica: el formal, el colectivo o cultural, y el empírico.

- Conocimiento Formal: Para fines del presente estudio se considerará al conocimiento con bases científicas que es proporcionado por el personal de salud (médicos, enfermeras, nutriólogos).
- Conocimiento colectivo: Se refiere al conocimiento obtenido por los individuos acorde al contexto en el que se desarrollan, podemos entender al mismo como los saberes sociales acumulados, transmitidos entre los individuos de una misma sociedad.
- Conocimiento Empírico: Es aquel que se basa en la experiencia, en último término en la percepción, pues nos dice lo que existe, pero no necesariamente brinda una verdad absoluta, y es aprendido en base a todo lo que se sabe y llega a ser repetido continuamente, sin necesidad de tener una base científico

⁽⁸³⁾.

4.7.5. Reproducción sexual

De acuerdo con de Tortora & Derrickson⁽⁸⁴⁾, la reproducción sexual, es *“el proceso mediante el cual los organismos producen descendencia, por medio de las células germinales llamadas gametos”* en este sentido la definición teórica es desde la biología, al hablar de reproducción, también incluye otras formas de reproducción como lo es la asistida, y que en su caso también se incluye en la consejería de PF. Sin embargo, nuestro interés incluye la percepción cultural de dicho proceso y esta consiste en las representaciones que se tiene tanto para mujeres como para el personal de salud la reproducción sexual puesto que se vincula con la legitimación del modelo hegemónico de la familia heterosexual

La reproducción sexual se vincula con la PF y con los conceptos presentados en la maternidad como una condición de la mujer regida por la cultura, por lo tanto, se tiene el cuidado de no encasillarlo en una perspectiva meramente biológica, puesto que la PF y la consejería dependen del derecho de elegir en las mujeres con EC y esta decisión depende del contexto tanto de las mujeres como del personal de salud.

4.7.6. Sexualidad

Basándonos en las definiciones de la OPS ⁽⁷⁸⁾ la sexualidad es la dimensión del ser humano que se basa en el sexo, y que a su vez incluye al

“género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones (...) La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”.⁽⁷⁸⁾

En esta definición queda en claro que la sexualidad no solamente tiene que ver con lo biológico sino también con la dimensión cultural, sin embargo al hablar de cultura, se debe tener en cuenta el papel de ésta al socializar el cuerpo y la sexualidad, ya que

como menciona Álvarez Plaza (2015) ⁽⁸⁵⁾ “En las sociedades occidentales se reconoce la diversidad sexual pero es la heterosexualidad el modelo hegemónico (...) vertebrado en torno a la reproducción y a la familia, quedando las otras conductas sexuales como subordinadas”. Este modelo, también repercute en la forma en que visualiza la sexualidad en general, pues la cultura genera estas condiciones hegemónicas y legitimándola en diferentes sectores de la sociedad, incluido el de salud, por lo tanto, es importante considerar para este trabajo conocer cómo es visualizada la sexualidad en torno a las mujeres con EC, puesto que como se había mencionado anteriormente ésta suele ser invisibilizada.

4.8 Procedimientos

Como parte de los procedimientos, el protocolo fue sometido a revisión por parte del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública perteneciente a la Facultad de Enfermería y Nutrición, posteriormente al Comité de Ética de la misma (CEIFE), así como al Comité de Ética de los Servicios de Salud del Estado (CEISSSLP). Una vez aprobado y obtenido el número de registro, se redactó un oficio dirigido a las instituciones donde se realizó el trabajo de campo y se presentó cuando se fue solicitado a las autoridades de cada centro de salud.

Primera etapa: En una primera visita y mediante las autoridades responsables de cada centro, el investigador contactó al personal de salud, (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que se desempeñara en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) y de manera específica en los servicios de PF dentro de los centros seleccionados. Se les explicó en qué consistía el estudio, se les dio a leer el consentimiento informado (Anexo 5) y se les pidió su firma si es que aceptan participar una vez informados y libre de cualquier forma de coacción.

Desde el inicio se procuró generar *rapport*⁹ con los sujetos de estudio y se les brindó oportunidad de que fueras ellos quienes determinaran los lugares y horarios para la

⁹ Habilidad para generar empatía con los informantes ⁽⁵²⁾

entrevista, ya fuese dentro de sus horarios de consulta, un café, aula universitaria, domicilio, biblioteca o espacio público de su preferencia.

Segunda etapa: De acuerdo a los tiempo y espacios previstos de manera inicial para concretar las entrevistas, el investigador realizó estas siempre respetuoso de los tiempos y eventualidades a las que al personal podrían llegar a enfrentarse, reprogramando la entrevista las veces que fuese necesario. El día de la entrevista, el investigador comenzó solicitando permiso al personal para grabar la sesión en formato de audio digital, reiterando la confidencialidad de la información proporcionada mediante el uso de seudónimos para proteger su identidad, así como la eliminación de la misma una vez finalizado el análisis de los datos. Hasta el momento no se han presentado casos de profesionistas que negaran su autorización para audiograbar la entrevista.

4.9 Análisis de datos.

El análisis de las narrativas se llevó a cabo de manera sistemática y procesal, con la finalidad de encontrar sentido a la información proporcionada, respaldada en el método propuesto por Strauss & Corbin (1998) para la Teoría Fundamentada. De igual manera, se obtuvieron datos derivados del trabajo de campo, los cuales fueron registrados en el diario de campo. Tanto los datos audiograbados como las notas en diario de campo fueron codificados con el fin de buscar relaciones entre ellos y establecer modelos teóricos que expliquen la realidad observada.

El análisis de datos, bajo la TF inicia con asignar un código a categorías y subcategorías en las que puedan segmentarse líneas discursivas, separadas de las transcripciones para su análisis, para esto se hará uso del programa Excel 2016, que ayude a sistematizar la información, además de que *“Codificar supone leer y releer nuestro datos para descubrir relaciones, y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar”*⁽⁸⁶⁾ se descontextualiza y al analizarla se recontextualiza para establecer relaciones.

Existen diferentes formas de codificación: la *abierta*, en donde el investigador genera

categorías de la información de manera inicial, *axial* seguida de la primera, se reúne la información en nuevas formas y se identifica una categoría central, *codificación selectiva*, después de seleccionar una categoría central, se busca seleccionar y relacionar otras categorías para formar una línea narrativa para formular hipótesis o teoría ⁽⁸⁶⁾

Además, permite utilizar elementos a manera de códigos para identificar las condiciones causales que *“influyen el fenómeno, estrategias de acción que los actores realizan de manera intencionada en respuesta al fenómeno, contexto y condiciones que intervienen y las consecuencias que se derivan de ellas. El análisis permite caracterizar y agrupar problemáticas sociales, históricas y económicas que influyen el fenómeno central”* ⁽⁸⁶⁾ Se hará uso del método de comparación constante, donde los datos se revisarán con regularidad y sistemática, que según Flick (2012) consiste en: 1. Comparación de incidentes aplicables a cada categoría; 2. Integración de las categorías y sus propiedades; 3. Delimitación de la teoría y 4. Redacción de la teoría ⁽⁶²⁾.

Se realizó la transcripción de las entrevistas audio grabadas en Word 2016. Se utilizó la siguiente simbología para transcribir elementos paralingüísticos, ya que acompañan al mensaje verbal otorgándole un sentido.

Tabla 2.Elementos paralingüísticos para transcripción

(imagen no disponible)

Posteriormente se elaboró un formato en Word para la codificación, el cual consiste en separar por emisiones de discurso en celdas, para que facilite la creación de una base de datos cualitativa. Este formato es una versión más reducida de la que presenta Cacéres 2003, basada en Bardín (1996) ⁽⁹³⁾.

Imagen 2.Formato de codificación

(imagen no disponible)

Para fijar el uso de los códigos, se realizó un “libro de códigos” o también llamada guía de codificación ⁽⁹³⁾. En ella se incluye la categoría, su subcategoría, el código, una definición breve y un ejemplo. Esta guía de códigos, tienen como finalidad describir, delimitar y definir cada uno de los códigos que se les asignaron a las emisiones discursivas. Además de servir como diccionario de códigos y además funciona para la codificación misma, inclusive para facilitar la triangulación con otros datos. Se utilizó para la triangulación de codificación con la directora de esta investigación. La asignación de códigos, se realizó de dos formas desde la Teoría fundamentada, la primera una codificación abierta y la segunda una codificación selectiva. Basándose en los conceptos ordenadores que guían este trabajo.

Imagen 3. Base de datos para análisis

(imagen no disponible)

Una vez elaborada la base de datos, se procedió con el análisis de frecuencias discursivas usando el comando de filtros de Excel para cada uno de los códigos. De esta forma se fueron agrupando en categorías y subcategorías que surgieron a partir de códigos abiertos, vivos y axiales. Además, se utilizó la codificación selectiva, en la cual se formaron categorías y subcategorías a partir de los conceptos ordenadores de la investigación, en este caso: Planificación familiar, maternidad, sexualidad y reproducción en mujeres con enfermedades crónicas.

La investigación de campo concluye cuando se llegue al punto de la saturación teórica, en la cual con los datos *“ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis (...) no emerja nueva información de los datos recogidos, una vez alcanzado dicho estado, se está en disposición de afirmar que los datos se encuentran saturados”* ⁽⁶²⁾

4.10 Criterios de calidad de la investigación cualitativa

Los criterios de calidad o rigor de una investigación cualitativa son como los describe Noroña et al (91). Los siguientes: **fiabilidad o consistencia**, que implica *“la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados Similares”* incluso se recomienda que otro experto de su punto de vista; **Validez**, en investigación cualitativa, se entiende como la correcta interpretación del dato a partir del bagaje teórico. **Credibilidad** que *“se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada.”* La **Transferibilidad**, que *“consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos”* **Confirmabilidad o reflexividad** que implica *“neutralidad u objetividad”*, bajo este criterio los resultados de la investigación *“deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes”*. Y El criterio de **adecuación o concordancia teórico-epistemológica**, que implica que la investigación *“está determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno”*.

4.11 Recursos humanos, materiales y financieros

Humanos:

Alumno responsable de la investigación: Lic. Antro. Gilberto Jasso Padrón Directora de tesis: Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Los recursos humanos que participarán cuentan con el perfil para participar en el proyecto. El desglose de los materiales de investigación se encuentra en el anexo 11.

Financiero: los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación serán cubiertos en su totalidad por el tesista, a partir de la beca que otorga mensualmente CONACyT (Anexo 6)

V CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

5.1. Procedimientos institucionales

El protocolo fue revisado para su aprobación por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, del cual se obtendrá un número de registro. Posteriormente se sometió a revisión y aprobación por parte del Comité de Ética e investigación de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, una vez aprobada la propuesta y valorado como seguro y ético en su aplicación, fue presentado a los Centros de Salud elegidos para clarificar el objetivo del estudio y solicitar las facilidades para realizarlo.

5.2. Aspectos éticos nacionales e internacionales Nacionales

El protocolo se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en el apartado de investigación en salud, específicamente en los siguientes puntos:

Del título segundo, **capítulo I “De los aspectos éticos en la investigación en seres humanos”**:

Artículo 16: Se protegerá en todo momento la privacidad de los sujetos de investigación, la difusión de resultados de la investigación se hará de forma agrupada y en ningún caso se revelará la identidad de las personas. En el presente estudio se asegurará el manejo confidencial de los datos entregados por los informantes, sustituyendo sus nombres y datos de identidad por seudónimos.

Artículo 17, párrafo II: Esta investigación se considera con un nivel de riesgo I (sin riesgo), el cual se estipula de la siguiente manera:

“I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el

estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”⁽⁸⁷⁾

En este trabajo, se realizarán entrevistas sin modificar el contexto de manera intencionada, ni procedimientos que resulten invasivos para obtener información. Por lo que también se apega a la Declaración de Helsinki ⁽⁸⁸⁾.

Artículo 18.- Será causa de suspensión del estudio, advertir algún riesgo o daño a la salud (física y emocional) de los informantes, las entrevistas serán suspendidas de inmediato cuando estos manifiesten el deseo de no continuar.

Artículo 20.- Se solicitará por escrito el consentimiento informado, mediante el cual, los informantes autorizarán su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos que se realizarán, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Anexo 7).

Artículo 22.- El consentimiento informado será formulado por escrito indicando la información señalada en el artículo anterior, habrá sido revisado en su forma y contenido por un comité de ética, indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, mismos que deben firmar.

Tal como estipula la Ley general de Salud, en los artículos 20 y 21 de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” ⁽⁸⁷⁾ en el capítulo I. En el consentimiento informado, se informarán los objetivos, confidencialidad de los participantes, el manejo de resultados, y difusión de éstos, de esta manera se sustenta el derecho de participar de manera voluntaria en la investigación. Éste será evaluado para su aprobación por el Comité de Ética de la UASLP y está incluido en este protocolo en el anexo 1. El consentimiento informado deberá ser firmado por los informantes, incluye de manera clara información a los participantes sobre su libertad de continuar o no en este estudio, sin recurrir a medios de coacción para forzar continuar en la investigación, tal como lo estipula la ley.

5.3. Principios éticos

En esta investigación se tomaron en consideración los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki ⁽⁸⁸⁾, en lo referente a “Comités de ética de investigación” en su artículo 23 que estipula:

“El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.” ⁽⁸⁸⁾

También incluyó el apartado de “Privacidad y confidencialidad” artículo 24

“Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.” ⁽⁸⁸⁾

Y de consentimiento informado que se aclaró en el punto anterior. Además, este trabajo se sujetó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, en el apartado “De la Investigación en Grupos Subordinados” ⁽⁸⁷⁾ capítulo V que indica en su artículo 57 que dicta

“Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.” ⁽⁸⁷⁾

Por tal motivo, y conforme al artículo 58, indica *“los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes”* ⁽⁸⁷⁾ por este motivo durante la investigación se modificaron los nombres o se codificarán para que esto no resulte en daño a la integridad de los participantes.

5.4. Declaración de no conflicto de intereses, de autoría y coautoría

El equipo de investigación declara no haber tenido conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias, y con la finalidad de que ello quede claramente establecido, se incluyeron los derechos de autoría descritos abajo. (Anexo 8)

La investigadora responsable es la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, quien fungió como directora de tesis del estudiante L.A. Gilberto Jasso Padrón, quien fue corresponsable en la investigación. En función de lo anterior, se estableció que el primer artículo que se genere como producto de esta investigación aparecerá como primer autor el estudiante, siempre que este participe de manera activa en la investigación y redacción del artículo de publicación. Los artículos posteriores que deriven de esta investigación manejarán la autoría conforme la dedicación de tiempo y esfuerzo para la redacción de los artículos.

Durante el proyecto de investigación, la investigadora responsable estará obligada a entregar al Comité de Ética e investigación de los Servicios de Salud de SLP., reportes periódicos de avances, el reporte final correspondiente y la publicación de los resultados en una revista nacional o internacional arbitrada, dando el crédito correspondiente sobre el financiamiento de la investigación a CONACyT y agradeciendo las facilidades brindadas a los Servicios de Salud del Estado.

5.5. Impacto para la asimilación y adopción de resultados

Los resultados de la investigación serán presentados ante la institución y su personal, con particular importancia a quienes fungieron como informantes, o bien a otro personal que se considere pueda beneficiarse de la información.

Se presentarán los resultados a instituciones sanitarias y de desarrollo social que puedan incidir en la elaboración e implementación de políticas públicas dirigidas a erradicar la mortalidad materna y potenciar el desarrollo social de las mujeres.

Se publicará artículo en una revista especializada de Salud Pública, en dicha publicación se darán los créditos al CONACyT por el financiamiento para el estudio, así como a los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por facilitar el contacto con la población. Se participará en un congreso internacional para la difusión de los hallazgos recabados. Los resultados se plantearán a manera de propuestas en materia de política pública que se harán llegar tanto a SSSLP como a facultades que participan en la formación de recursos humanos para la salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

(1) Martínez S. & Leal F. De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social. Gestión y Política Pública. 2000. Vol. XI núm. (2) segundo semestre

(2) Meléndez E., Tania L., Derechos reproductivos: los valores y las políticas públicas. El Cotidiano [en línea] 2008, 23 (mayo-junio): [Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.autores.redalyc.org/articulo.oa?id=32514911> > ISSN 0186-1840

(3) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 (resolución del 2004) De Los Servicios De Planificación Familiar. 1994. [Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2018] Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=509-resolucion-por-la-que-se-modifica-la-norma-oficial-mexicana-nom-005-ssa2-1993-de-los-servicios-de-planificacion-familiar&category_slug=legislacion-nacional&Itemid=493

(4) Lamas Marta. Cuerpo, sexo y política. Debate Feminista. 2014; Editorial Océano de México. México D.F. 222 páginas

(5) González Padilla K, González Calero TM, Cruz Hernández J & Conesa González AI. La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. Revista Cubana de Endocrinología. 2015; 26(2):182-192. Cuba.

(6) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] de: http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/

(7) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial mujer, niño,

adolescente 2016-

2030. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

(8) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

(9) Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM. Ginebra 2012 (consultado el 3 de abril de 2019) Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=303-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm&Itemid=219&lang=es

(10) Dirección General de Epidemiología 2018. Sub Secretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Informe semanal de Vigilancia Epidemiológica. Defunciones Maternas. [Consultado el 27 de diciembre de 2018] Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286001/MMAT_2018_SE01.pdf

(11) Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Comité de Prevención, estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de noviembre del 2018. [Consultado el 27 de diciembre de 2018]

(12) Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública Mex 2018; 60:224-232. <https://doi.org/10.21149/8566>

(13) Barba Evia. 2018. México y el reto de las enfermedades crónicas no

transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab 2018; 65 (1): 4-17

(14) Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf

(15) Declaración Universal de Derechos Humanos. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en : <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

(16) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>

(17) Secretaría de Salud. Ley General de Salud. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

(18) Hierrezuelo Rojas N, Alvarez Cortés J, Subert Salas L, González Fernández P & Pérez Hechavarría G. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. Revista MEDISAN 2017; 21(5):538, Cuba.

(19) Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. Revista MEDISAN (2018); 22(2):217, Cuba.

(20) Escalante Lanza G., Delcid Morazan A., Barcan Batchvaroff, Humberto Gonzalez C., Guevara Iveth, Lagos Suany, et al Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. Archivos de Medicina (2017). Vol. 13 No. 1: 7, Honduras. doi: 10.3823/1340

(21) Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros M. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(5):836-849, Cuba.

(22) Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan; 2014.14 (3): 316-326. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4

(23) Freyermuth Enciso, Graciela. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista Conamed. 2016. Vol. 21 Núm 1. Enero-Marzo 2016. pp 25-32 .ISSN 2007-932X Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>

(24) Marcela Lagarde y de los Ríos. Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. 2015; Siglo veintiuno editores. Segunda edición. 620 paginas.

(25) Sánchez Rivera, Miriela, Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción [en línea] 2016, 32 [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2018] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044> ISSN 1012-1587

(26) Covarrubias Terán, María Antonieta. Maternidad, trabajo y familia: reflexiones de madres-padres de familias contemporáneas. (2012) La ventana, núm. 35.

(27) Muniz Gallardo, Erika. Ramos Tovar, Maria Elena. Presión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2019. Volumen 28, Número 55 Enero – Junio. ISSN-P: 0188-9834 ISSN-E: 2395-8669. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2019.1.4>

(28) Pérez Nila, Karla Maribel. Representaciones de la maternidad y la paternidad en Xichú, Guanajuato. ¿Dicotomías impertinentes o guías para la acción? Revista Sociológica, año 31, número 88, mayo-agosto de 2016, pp. 235-267

(29) Castro Pérez, Roberto. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. / Roberto Castro Pérez. Cuernavaca: UNAM, Centro

Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000. Disponible en: <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/La%20vida%20en%20la%20adversidad.pdf>

(30) Rangel Flores, Y.Y. Practicas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 2014. 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11>

(31) Valls-Llobet, C. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Foro de debate. 2008. Congreso Sare de Emakunde “Innovar para la Igualdad”, Celebrado El 13 Y 14 De Octubre De 2008: 38-45

(32) Ledón Llanes, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(4):488-499. Cuba

(33) Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

(34) Díaz Bernal Z, Aguilar Guerra T & Linares Martín X. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(4):655-665. Cuba

(35) Stevenhagen Rodolfo. La cultura popular y la creación intelectual. En la Cultura popular. 1982. Premia Editora y Dirección General de las Culturas Populares de la SEP.

(36) Kottak, Conrad Philip. Antropología cultural. 2011. Mc Graw Hill. Décimo cuarta edición. Traducción: Víctor Campos Olguín

(37) Geertz, Clifford. La interpretación de las culturas. 2003. Barcelona España: Editorial Gedisa, Antropología, Duodécima Impresión (e.o.1973).

(38) Menéndez Eduardo L. Antropología Médica. Una genealogía más o menos

autobiográfica. 2012. Gazeta de Antropología, 2012, 28 (3), artículo 03. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/22988/GA%2028-3-03%20EduardoL.Menedez.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

(39) Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Del Milenio (CTESIODM). Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México Informe de avances 2015, agosto de 2015. Disponible en: <https://bpo.sep.gob.mx/#/recurso/5598/document/1>

(40) Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. 2013. [Fecha de consulta: 15 de enero de 2018] Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

(41) Secretaría de Salud. Ley General de Salud. [Fecha de consulta: 14 de enero de 2018] Disponible en; http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

(42) Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico Planificación familiar y Anticoncepción 2013-2018. 2013. [Fecha de consulta: 15 de enero de 2018] Disponible: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

(43) Camargo-Ramírez MI, Fajardo-Peña MT, García-Rueda A. Atención de enfermería en planificación familiar. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 77-90. Colombia. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.7

(44) Muguercia Silva, José Luis, Ortiz Angulo, Lisset, Bertrán Bahades, Jacqueline, Kindelán Mercerón, Farah M., Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [en línea] 2014, 18 [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2018] Cuba. Disponible

en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445004004> ISSN

(45) Martínez Boloña Y & Díaz Bernal Z. Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo sensible al género. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 30(4):308-316. Cuba.

(46) Martínez Boloña Y & Díaz Bernal Z. Percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la Consulta de Planificación Familiar. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(3)297-306. Cuba.

(47) Ulloa Pizarro. Tensiones y conflictos en las políticas reguladoras de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en México (2000-2012): el problema de la incorporación del principio de equidad y del derecho a la igualdad de género. Sociológica, año 29, número 82, mayo-agosto de 2014, pp. 125-150. México.

(48) González Padilla K, González Calero TM, Cruz Hernández J & Conesa González AI. La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. Revista Cubana de Endocrinología 2015;26(2):182-192. Cuba.

(49) Franca Basaglia. Mujer, locura y sociedad. 1985: segunda edición. Universidad Autónoma de Puebla. Disponible en:<https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/08/basaglia-franca-mujer-locura-y-sociedad.pdf>

(50) Palomar Vereá, Cristina, Maternidad: Historia y Cultura. Revista de Estudios de Género. La ventana [en línea] 2005, [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204> ISSN 1405-9436

(51) Sánchez Rivera, Miriela, Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción [en línea] 2016, 32 [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044> ISSN 1012-1587

(52) Hernández Garre J. M. & Echevarría Pérez P. El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. 2015. Revista de Antropología Iberoamericana. Volumen 10 Número 3. DOI: 10.11156/aibr.100306

(53) Castellanos, Rosario. La abnegacion: una virtud loca. *Debate Feminista*.1992, 6: 287-292. Disponible en: http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/006_20.pdf

(54) Mancilla Guerrero, Itzel Ayerín “Mamis” reproduciendo los patrones de género dentro de un albergue. En *Maternidades y no maternidades: modelos, prácticas y significancias en mujeres y espacios diversos*. Baca Tavira, N. García Fajardo S., Rozón Hernández Z., Román Reyes R. Ediciones Gedisa 2018. MÉXICO.

(55) Batista, Judeira, Romero, Moraima, Habilidades comunicativas del líder en universidades privadas y su relación con la programación neurolingüística. *Laurus* [en línea] 2007, 13 (Septiembre-Diciembre): [Fecha de consulta: 24 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111479003> ISSN 1315-883X

(56) Gutiérrez Sánchez, Amor Teresa. El 10 de Mayo “Día de la Madre” en México o de Cómo Imponer un Modelo de Maternidad. *Revista Xihmai*. 2017. XII (23), 45-60, Enero – junio 2017 disponible en: <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/xihmai/article/view/394/367>

(57) Molina, María Elisa. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. (2006). *TPsykhe* (Santiago), 15(2), 93-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>

(58) Castro Pérez, Roberto. Erviti, Joaquina. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. 2015. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. LIBRUNAM. 320 páginas. ISBN: 978-607-02-7098-7. Disponible en

[:https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf](https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf)

(59) García, Guadalupe. Rutinas médicas y estandarización: reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires. Cuad. antropol. soc. [online]. 2013, n.37, pp.85-108. ISSN 1850-275X. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n37/n37a06.pdf>

(60) Landaverde Martínez, Avelina. La importancia de las narrativas en el encuentro clínico: hacia una comprensión dialógica del padecer. 2016. Revista Conamed // Vol. 21 Suplemento 2, 2016 // En Línea // Issn 2007-932x Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons162h.pdf>

(61) Salas, Monserrat & Pilar Torre. El silencio y las interrupciones: narrativas en la consulta médica familiar.2016. Revista Conamed // Vol. 21 Suplemento 2, 2016 // Publicado Primero En Línea // Issn 2007-932x. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons162g.pdf>

(62) Natera-Gutiérrez, S.I., Guerrero-Castañeda, R.F.,Ledesma-Delgado, M.A.E., & Ojeda-Vargas, M.G. 2017. Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>.

(63) Juárez-García, Arturo, Idrovo, Álvaro J., Camacho-Ávila, Anabel, Placencia-Reyes, Omar, Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Salud Mental [en línea] 2014, 37 (Marzo-Abril): [Fecha de consulta: 10 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231307010> ISSN 0185-3325

(64) González-Ávila, Gabriel & Bello-Villalobos, Herlinda. Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología.

Aportaciones originales en educación médica. 2014. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (4):468-73 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144w.pdf>

(65) Sosa-Azcorra, Jesús Alejandro. González-Losa, María del Refugio. Salazar-Ceballos, Jorge Efraín. Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos de Pregrado en Mérida, México. 2014. Rev Biomed; 25:68-73. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio142d.pdf>

(66) Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares-Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679.

(67) Acosta M, Torres TM, Díaz DG, Aguilera MA, Pozos BE. Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S181-S191.

(68) Alonso Castillo, María Teresa de Jesús. Alonso, María Magdalena. Oliva, Nora Nelly. Zorrilla martinez, Laura Berenice. Delgadillo, Luz María. Relación entre estrés de conciencia y consumo de alcohol en personal de enfermería. Health and Addictions 2018. Vol. 18, No.2, 69-78. ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v18i1.335>

(69) Long, Norman. Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el Autor. Mexico: Colson/ CIESAS. (2007)

(70) Weiss, Eduardo, Hermenéutica Y Descripción Densa Versus Teoría Fundamentada. Revista Mexicana de Investigación Educativa [en línea] 2017, 22 (Abril-Junio): [Fecha de consulta: 21 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14050493013> ISSN 1405-6666

(71) Charmaz, 2006 en González-Teruel, Aurora (2015). “Estrategias metodológicas para la investigación del usuario en los medios sociales: análisis de contenido, teoría

fundamentada y análisis del discurso”. *El profesional de la información*, v. 24, n. 3, pp. 321- 328. <http://dx.doi.org/10.3145/epi.2015.mar.12>

(72) Charmaz 1990, en De la Cuesta Benjumea, Carmen. (2006) teoría y método. La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*. Año X - N.º 20. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2006-n20-la-teoria-fundamentada-como-herramienta-de-analisis>

(73) Páramo Morales, Dagoberto, EDITORIAL. *Pensamiento & Gestión* [en línea] 2008, (Diciembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64612241001>> ISSN 1657-6276

(74) Serra, Carles *Etnografía escolar, etnografía de la educación. Revista de Educación*. (2004). España: Número 334, pp. 165-176. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963465>

(75) Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. *Investigación aplicada en salud pública*. (2006) *Métodos cualitativos*. Washington DC: OPS.

(76) Guber, Rosana. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. 2015. México, D. F. Siglo XXI Editores. 160 p.

(77) Ardila Suárez, Erwin Esaú & Rueda Arenas, Juan Felipe. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología* Vol. 36, N. 2 jul.-dic. 2013 ISSN: impreso 0120 -159X - en línea 2256-5485 Bogotá-Colombia pp. 93- 1 1 4 disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/38643/1/41641-189266-1-PB.pdf>

(78) Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. *Definiciones Básicas*. Disponible en: <https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

(79) Alvarez Cortés, Julia Tamara. Sigler, Lucila Revé. Leblanch Hernández, Ismael.

Torres Alvarado, Minelia. Monet Alvarez, Diana Esperanza. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de un consultorio médico. 2017. MEDISAN 2017; 21(12):6045

(80) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) 23.^a edición, (2014). Actualización de 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=SkENGmm>

(81) Vargas Luz M. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Artículo en línea]1994 [acceso 7 de mayo de 2019]; 4(8):48-9 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

(82) Smith, E. & Mackie, D. (1995). Social psychology. New York: Worth Publishers.

(83) González E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED [Artículo en línea] 2011 [acceso 7 de mayo de 2019]; 22(2):110-120. Disponible en: <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/111/127>

(84) Tortora, Gerard J. & Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11^a edición. 2011. Editorial Médica Panamericana.

(85) Álvarez Plaza, Consuelo. Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. Rev. De Dialectología y Tradiciones Populares. Vol. LXX, n.o 2, pp. 469-484, julio-diciembre 2015. doi: 10.3989/rdtp.2015.02.008

(86) Jorge Soneira, Abelardo. La Teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Visilachis De Guialdino, Irene (coord.), (2006), Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona España: Editorial Gedisa, Biblioteca de Educación.

(87) Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2014 [acceso 14 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

(88) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas; 2008 [acceso

14 de enero de 2019] Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

(89) Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002

(90) Martínez, C. Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversie. Ciencias & Saúde Colectiva 2012;17(3):613-619.

(91) Noreña Ana Lucía, Alcaraz-Moreno Noemi, Rojas Juan Guillermo, Rebolledo-Malpica Dinora. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Año 12 - Vol. 12 Nº 3 - Chía, Colombia - Diciembre 2012. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

(92) Guiraud, Pierre. La semiología. Trigesima segunda reimpression. Primera edición (1972). Siglo XXI editores. (2017)

(93) Césares, Pablo. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. (2003) Rev. Esc. De Psic. De FFyE. UCV. Vol.II. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3

(94) Margulies, Susana. La atención del VIH Sida. Un estudio de antropología de la medicina. 1a ed. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofia y Letras Universidad de Buenos Aires, 2014.

(95) Levi-Strauss, Claude. El pensamiento salvaje, decimonovena reimpression 2018. (1964) Editorial Siglo veintiuno editores.

(96) Foucault Michael. Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. (2017) Siglo veintiuno editores. México.

(97) Jesús Verdugo Torres & Addis Abeba Salinas Urbina. Capítulo 1. La violencia obstétrica como un problema de Estado: su presencia en las leyes

latinoamericanas. Salud colectiva en México, quince años del doctorado en la UAM. (2018) Jarillo Soto Edgar. López Arellano Oliva.

(98) Connell Raewyn. Hombres, masculinidades y violencia de género. En Vida, muerte y resistencia en Ciudad Juárez. Una aproximación desde la violencia, el género y la cultura. (2013) Juan Pablos. México.

(99) Lander Edgardo. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. (2000) CLASCO

(100) Castro-Gómez Santiago. Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la "invención del otro" en Lander Edgardo. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. (2000) CLASCO

(101) Popper Karl. (1990) la lógica de la investigación científica. Editorial tecnos. Madrid. España-

(102) López Quintal Rocío. Maternidad el derecho a elegir: significados y experiencias de mujeres mexicanas que eligieron "no ser madres". Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. (2018)

(103) Reyes Rocha Liliana M. Discursos Médicos acerca del aborto provocado en Chile (1960-1970) Cuadernos de historia. Número 46. 2017. Departamento de Ciencias Históricas. Universidad de Chile.

(104) Hernández-Ascanio, J. y de la Mata-Agudo, C. (2020). ¿Cómo Abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos Femeninos las ONGDs Andaluzas? Centralidad,... Revista de Estudios Andaluces, 40, 118-136. <https://dx.doi.org/10.12795/rea.2020.i40.07>

(105) Menéndez, Eduardo. (2008) "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible." (2008). https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/220

(106) Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S235-S240.

(107) Guibovich Mesinas A. A., (2012) Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Horiz Med* Volumen 12(4), Octubre - Diciembre 2012

(108) Irons R. Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2019;36(2):188-95. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4356>.

(109) Nájera, A.; López, M.B.; Evangelista, A.; Zuritam U.; Ortiz, I. y Aparicio, B. (1998). Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. En Figueroa, J.G. (comp.) *La condición de la mujer es los espacios de la salud*. México: El colegio de México.

(110) Lasheras Barrio M.& Patricia Escartín Lasierra (2020) Ser mujer en una sociedad que nos enferma. *AMF* 2020;16(5):265-271

(111) Hernández-Ascanio, J. y de la Mata-Agudo, C. (2020). ¿Cómo Abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos Femeninos las ONGDs Andaluzas? *Centralidad, Revista de Estudios Andaluces*, 40, 118-136. <https://dx.doi.org/10.12795/rea.2020.i40.07>

Gráficas, imágenes y tablas

Gráfica 1, Titulada “defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012” tomada del Informe de Avances de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México 2000-2015, pp. 46. Disponible en: <https://bpo.sep.gob.mx/#/recurso/5598/document/1>

Gráfica 3, Titulada “Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018” tomada de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Informe de 2018, basado en Información a la Semana Epidemiológica No. 52 (2017) No- 49 (2018)

Gráfica 2, Titulada “Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018”. Tomada de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí y Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Informe de 2018, basado en Información a la Semana Epidemiológica No. 52 (2017) No- 49 (2018)

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio. Fuente: Elaboración propia a través de Google Maps.

Imagen 2. Formato de codificación- Fuente: Elaboración propia

Imagen 3. Base de datos para análisis- Fuente: elaboración propia

Imagen 4. Asignación de folio- Fuente: elaboración propia

Imagen 5. Conexiones entre categorías y subcategorías

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí. Fuente: basado en los metadatos del geoportal SIRE, disponible en <https://www.websire.inee.edu.mx/geoportal/map-srv?evt=sqp&gp=GPA>

Tabla 2. Elementos paralingüísticos para transcripción.

Tabla 3. Características de los informantes - Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Planificación Familiar. Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Maternidad. Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Sexualidad y reproducción

Tabla 7. Categorías y subcategorías. Fuente: elaboración propia