

Percepción del riesgo durante el parto en los Altos de Chiapas*

Dolores Ofelia Molina Rosales**



Por qué iniciamos este proyecto

Esta investigación se diseñó a partir del contacto que ECOSUR mantenía con el Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas. En este comité se discutió que en un hospital de segundo nivel de la zona Altos se realizaba un gran número de cesáreas debido al retraso en la búsqueda de atención médica. Esto preocupaba al personal médico por los costos que conlleva, pero sobre todo por las implicaciones para la mujer y el recién nacido.

De acuerdo con algunos encargados de los servicios de salud, el retraso en la búsqueda oportuna de atención por parte de las embarazadas tenía que ver con los problemas orográficos, transporte ineficiente, falta de dinero e *ignorancia*. El último concepto nos motivó en gran medida a realizar este estudio, pues nos interesaba exponer las razones que trascendían a lo estructural y explicar lo que para las mujeres de los Altos de Chiapas y sus familiares representa la atención del parto fuera del hogar.

Optamos por un análisis antropológico pues estudios de este tipo han mostrado que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso (sobre todo de cambio) no es siempre la misma, ya que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y el comportamiento frente a ellos (Douglas, 1987). Esto

es así pues el contexto cultural no sólo determina las formas de existencia y adaptación del ser humano, sino también las formas de representación que hombres y mujeres se hacen de dichos procesos (Thompson, 1993).

Cómo generamos la información

El trabajo de campo se realizó en tres etapas:

1) Visitamos dos centros de atención médica de segundo nivel de la región Altos: Clínica Rural San Felipe Ecatepec del Instituto Mexicano del Seguro Social y Hospital Regional de la Secretaría de Salud, ambos ubicados en San Cristóbal de Las Casas. Ahí aplicamos 60 cuestionarios cerrados para obtener información sobre la historia reproductiva de estas mujeres y sus antecedentes de salud relacionados con la maternidad.

2) Se realizaron entrevistas a profundidad con 30 de las mujeres contactadas inicialmente que cumplieran con alguna de las siguientes características:

- a) atendidas por cesárea,
- b) con parto normal y trabajo de parto mayor a 18 horas
- c) canalizadas a la clínica por una partera.

3) Se realizó una segunda visita a las comunidades para conversar de nuevo con las informantes clave, hacerles entrega de la transcripción de su entrevista y ampliar un poco más la información obtenida previamente.

* Investigación financiada por el Sistema de Investigación Benito Juárez (SIBEJ), de enero de 1999 a diciembre de 2000.

** Dolores Molina es maestra en Antropología, docente e investigadora de la División de Población y Salud de ECOSUR Campeche. Sus líneas de interés son el proceso de toma de decisiones en la unidad doméstica, salud reproductiva y género (dmolina@scl.ecosur.mx).



te. Además se aplicaron 37 entrevistas abiertas a familiares que nuestras informantes reportaron como parte de su red de apoyo durante el parto.

Los municipios de residencia de las informantes son Amatenango del Valle, Chenalhó, Huixtán, Oxchuc, Pantelhó, Villa Las Rosas, San Cristóbal de Las Casas, Tenejapa y Teopisca.

Lo que visualizamos inicialmente

Partimos del supuesto de que la atención al parto es un proceso colectivo en el que la mujer no puede decidir lo que necesita, sino que depende de lo que *los responsables* de ella consideren conveniente. Así pues, el tiempo que se tarda para llegar al hospital una vez que se presenta una complicación dependerá de las características culturales y del tipo de negociación familiar que se establece.

Cómo se determina el riesgo

Puesto que la maternidad es considerada socialmente como algo que todas las mujeres pueden y deben vivir sin mayores problemas, no existe un discurso particular sobre el riesgo, salvo que esté relacionado con la vida del hijo(a). Cuando una mujer se encuentra ante una complicación durante el embarazo, parto o puerperio, las mujeres que la rodean le hacen recomendaciones, le brindan cuidados y le dan apoyo de acuerdo con las experiencias previas vividas por ellas. Los varones, por lo general, intervienen en este proceso avalando dicha percepción y dando su aprobación ante la posible solución planteada por las madres, hermanas, cuñadas o suegras.



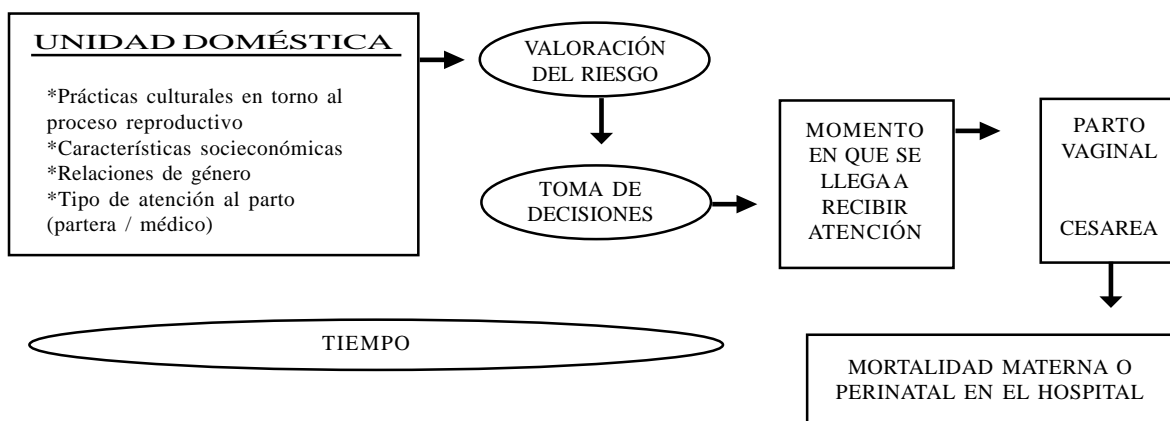
Embarazo

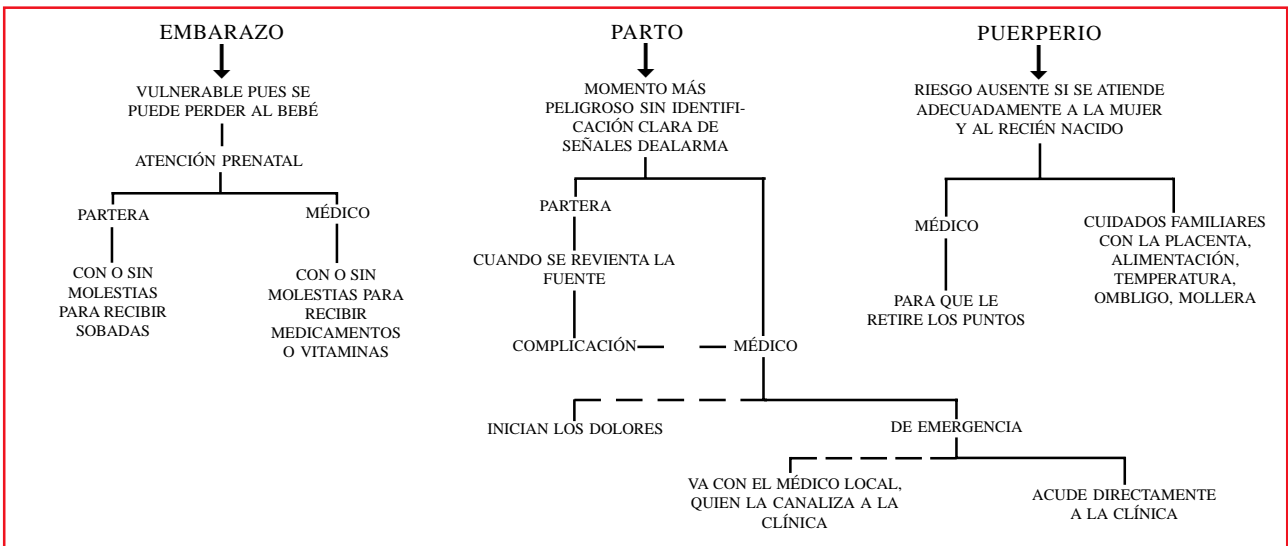
El 80% de nuestras informantes reportaron por lo menos una molestia durante el embarazo. Para la atención prenatal el 67% del total utilizó la atención del médico y partera, 20% recurrió exclusivamente al médico, 6.5% visitó sólo a la partera y el 6.5% restante no recibió ningún tipo de atención durante el embarazo. Las mujeres que acudieron al médico y no recibieron vitaminas o algún medicamento lo reportaron como un problema en la calidad de la atención.

Parto

Solamente un 4% de nuestras informantes identificó la razón por la que el parto se complicó y tuvieron que llegar al hospital. Un 33% tenía alguna noción de por qué había sido trasladada y el 63% no conocía la razón de su traslado o cesárea, aun después del parto. El 47%

Modelo de atención a las complicaciones durante el parto





de estas mujeres querían atender su parto en el hospital, mientras que el 53% lo había planeado en casa.

Puerperio

Para nuestras informantes los cuidados de esta etapa no son considerados dentro del ámbito medicalizado, por lo que no es necesario acudir al médico, salvo para que les retiren los puntos en el caso de mujeres atendidas por cesárea. Sin embargo, se reportaron numerosos cuidados para esta etapa en el hogar. Éstos son: evitar la exposición al frío, no permitir la entrada de aire al cuerpo, no comer algunos alimentos considerados fríos, *acuosos* o *agitados* (que provoquen gases), como la calabaza, col, coliflor, brócoli, sandía, melón, limón, naranja o grasa animal. El puerperio es considerado un evento caliente, por lo que el agua fría puede tener impacto negativo, como causar *la pérdida de leche*. Por esto algunas mujeres y sus recién nacidos reciben un primer baño con agua de hierbas calientes (hinojo, ruda o rosas) y evitan salir o que alguien entre en su cuarto después de las seis de la tarde (*porque traen sereno de la calle*). Otro aspecto importante para los cuidados tiene que ver con la placenta. Se considera que ésta debe enterrarse en algún lugar de la casa o quemarse, para conservar *caliente* al recién nacido y así protegerlo de alguna enfermedad.

Decisión familiar del traslado al hospital

Una vez que se presenta alguna complicación durante el parto, el traslado al hospital se retrasa hasta donde es posible: *hasta que la mujer ya está débil o ya no tiene fuerzas*. Si otras mujeres han sido fuertes o valientes para tener los

partos *normales*, quien presenta una complicación tendrá que esperar hasta el último momento para demostrar que no puede más. Las situaciones que llevaron al hospital a nuestras informantes tienen que ver con dos patrones de atención a este evento:

A) Quienes por una decisión personal o de pareja, acudieron a la clínica por considerar al médico mejor que a la partera.

B) Quienes planeaban tenerlo en casa pero perdieron la *fuerza* y tuvieron que ser trasladadas al hospital de emergencia.

El miedo a lo desconocido fue un factor que se consideró en la toma de decisiones en el caso de las mujeres que por primera vez atendían un parto en el hospital. Sin embargo, en A se consideraba que la vida de ambos estaba segura y por tanto sólo había que esperar que no fuera necesario realizar una cesárea. En el caso de las cesáreas programadas se tomaban en cuenta otros elementos que también fueron compartidos por B.

Para la reflexión

La búsqueda de una atención oportuna a cualquier problema de salud sólo se consigue si se vislumbra la necesidad de la misma. Así pues, al no identificarse la presencia de riesgos durante el embarazo, parto o puerperio, la mujer es vista como causa del problema y no precisamente como parte de él. Los tiempos en los que acuden las mujeres a atender una complicación del parto a un hospital pueden reducirse, siempre y cuando se identifiquen las señales de alarma por parte de las muje-



CONSIDERACIONES AL MOMENTO DE TOMAR LA DECISIÓN DE ACUDIR AL HOSPITAL:	
ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO INSTITUCIONAL
<i>Implicaciones personales (estigma)</i>	<i>Consideraciones hacia los servicios médicos</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Suponen que sus siguientes partos serán por cesárea, por lo que sólo podrán tener dos hijos más. * Ir al hospital implica no saber tener hijos. * Miedo a que les haga una salpingoclasia (Oclusión Tubaria Bilateral). * Imposibilidad de incorporarse pronto a las actividades cotidianas. * El proceso por el que ponen la anestesia las dejará con un dolor permanente en la columna, sobre todo con el frío. 	<ul style="list-style-type: none"> * Muchas personas revisan a una mujer (pena de mostrar su cuerpo a desconocidos). * Ir al hospital no les garantiza que vivirán. * Miedo a la anestesia por tratarse de una cirugía. * Las obligarán a levantarse pronto a caminar. * Se tendrán que bañar independientemente de la temperatura del agua y los vientos que entren en el cuarto. * No las fajan bien y tienen que andar con una bata que las hace más vulnerables a los <i>enfriamientos</i>

res, se modifique la percepción que se tiene de los servicios de salud y de la maternidad como algo que se tiene que vivir con dolor.

En esta zona, como en otras, se asume que *el ser mujer* implicaría saber cómo *ser madre* y por tanto tener la *fuerza* necesaria para ello. Los discursos obtenidos nos llevan a reflexionar que el ámbito de la maternidad es vivido por las mujeres de los Altos de Chiapas como un espacio de obligaciones, pero ausente de derechos para ellas. Nuestras informantes están *predispuestas* a aceptar el dolor y el sufrimiento como algo inherente a su rol de madres y a no permitirse percibir este proceso como una situación que puede requerir atención especial.

Los resultados de esta investigación se discutieron en talleres con los prestadores de los servicios de salud de las dos clínicas en las que se realizó trabajo de campo y posteriormente se elaboró un folleto para el personal de salud. Con estas actividades esperamos generar en el personal médico una mirada diferente hacia sus pacientes, en la que no sean vistas como *ignorantes*, sino como parte de una red de relaciones en las que no son consideradas sujetas de derechos. ☺

Literatura citada:

Douglas, M., *Risk acceptability according to the social sciences*, Basics Books, Nueva York, 1987.
 Thompson, J.B., *Ideología y cultura*, UAM-X, México, 1993.

