

Objetivos de desarrollo del milenio

POBLACIONes



Directorio

Pablo Salazar Mendiguchía
Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas
y Presidente del Consejo Estatal de Población

Roger Grajales González
Secretario de Gobierno

Gilberto de J. Bátiz López
Subsecretario de Servicios de Gobierno

Germán Martínez Velasco
Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población

POBLACIONES es una publicación del Consejo Estatal de Población, especializada en temas de población, género y salud reproductiva. Se autoriza su reproducción parcial o total, siempre y cuando se cite la fuente.

Los artículos son responsabilidad de quien los firma, y no necesariamente reflejan el criterio del Consejo Estatal de Población.

Comentarios y aportaciones, favor de dirigirlas a:
Consejo Estatal de Población de Chiapas
Departamento de Información, Educación y Comunicación

Av. Argentina 455
Col. El Retiro
C.P. 29040
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Teléfono y Fax: (961) 61 4 24 64

Correo electrónico: coechis@prodigy.net.mx
Sitio web: www.coespochiapas.gob.mx

Coordinación general de la edición:
Germán Martínez Velasco

Coordinación técnica y corrección de estilo:
Mercedes López Rojas

Diseño gráfico:
Ariadna López Martínez

Fotografías: Archivo COESPO
Algunas de las imágenes en:
www.consumer.es
www.comunicacion.amc.edu.mx
www.chron.comw
www.ecoportat.net
www.semarnat.gob.mx

Impreso en Talleres Gráficos;
Junio de 2006. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



Gobierno de
Chiapas
UNO CON TODOS





INTENCIÓN Y REALIDAD ANTE EL PARTO:

Las representaciones sociales del embarazo problemático

Rolando Tinoco Ojanguren
Namino Melissa Glantz
Imelda Martínez Hernández
Ismael Ovando Meza

En todo el mundo, la muerte materna cobra la vida de 529 mil mujeres anualmente, 22 mil de ellas son latinoamericanas. Tan sólo en México, ocurrieron 13, 667 defunciones maternas entre 1991 y el año 2000. De esas muertes, 901 ocurrieron en Chiapas, cifra que ubicó al estado en el sexto lugar después de Oaxaca, Puebla, Veracruz, Estado de México y Distrito Federal, entidades cuya población excede a la de Chiapas. Para ese mismo decenio, la razón de muerte materna para todo el país fue de 54 por cada 100 mil nacidos vivos estimados, mientras que para Chiapas la razón fue de 79. La principal causa próxima de estas defunciones fue la hemorragia, complicación difícil de predecir (Ávila Sánchez & Jáuregui Díaz, 2003, de SSA-INEGI, 1991-2000).

En Chiapas, la tasa de mortalidad materna varió de región en región durante ese mismo periodo, en tanto que el riesgo individual de muerte materna lo hizo según una serie de factores, entre ellos la etnicidad, edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, y lugar del parto. El factor más determinante en Chiapas es la etnicidad, ya que las mujeres indígenas se encuentran más expuestas a este riesgo que las mujeres mestizas (Freyermuth Enciso 2003).¹

Las tasas más altas de mortalidad materna en Chiapas se encontraron entre mujeres de 15 a 19 y de 40 a 44 años de edad. (Ávila Sánchez & Jáuregui Díaz, 2003). Asimismo, la mortalidad materna se concentró en mujeres residiendo en áreas rurales. En el mismo decenio, 44% de las muertes maternas registradas ocurrieron en el hogar, 33% en instancias de salud, y las demás en "otros" lugares (vehículos, al aire libre, etcétera). Las muertes maternas debido a hemorragia, parto obstruido, y aborto ocurrieron con más frecuencia en el hogar, mientras que las muertes provocadas por toxemia y causas indirectas ocurrieron más frecuentemente en instancias médicas (Ávila Sánchez & Jáuregui Díaz, 2003).

De las mujeres que murieron por causas maternas en el decenio en referencia, 50% no recibieron atención médica durante el parto. Las mujeres que recibieron atención médica antes de la muerte materna en este mismo periodo, tuvieron una tasa de mortalidad materna 2.5 veces mayor a la de las mujeres que no recibieron atención. Esta paradoja posiblemente se explica por dos hechos: que mujeres llevadas a las instancias médicas ya se encuentran en condiciones graves (en comparación con las mujeres no llevadas), y que la calidad de atención en instancias de salud es precaria (Ávila Sánchez & Jáuregui Díaz, 2003).

¹ Esta diferencia se vuelve muy clara en la Región Fronteriza, en donde el 13% de la población es tojolabal.



Las altas tasas de mortalidad materna persisten, a pesar de que México se incorporó a la iniciativa de “Maternidad sin Riesgos” desde 1993, cuando se formó el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (**CPMSR**). Debido en parte a los esfuerzos del **CPMSR**, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 califica la mortalidad materna como una de las cinco prioridades claves para el sector salud (Díaz et al., 2002).

Ante este panorama, varias organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales a nivel nacional y estatal ya están desarrollando estrategias para evaluar y enfrentar la muerte materna y los embarazos problemáticos que frecuentemente la proceden. Aunque a veces estos esfuerzos, a pesar de las mejores intenciones, han “tropezado con las inequidades de la realidad” (Freyermuth Enciso, 2004).

¿Por qué hablar de representaciones sociales?

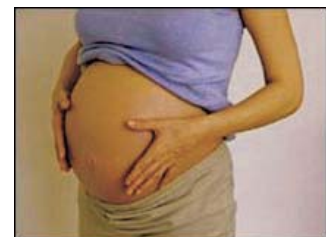
Bajo el contexto que evidencian las cifras sobre la muerte materna en la entidad, de manera coordinada, el Centro de investigaciones en Salud de Comitán (CISC, A.C.) y el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), elaboramos un estudio antropológico, considerando que frente al enfoque médico hegemónico,² este tipo de aproximaciones han documentado la diversidad de formas de representaciones sociales asociadas al embarazo, el parto y la misma muerte materna, sus elementos culturales valorativos, su dimensión de evento familiar y su carácter tanto social como eminentemente natural (Freyermuth, 2003; Castañeda, Díaz, Espinosa, Sánchez y De la Torre, 2004; Tinoco, 2004).

Otros estudios, de tipo micro social y con perspectiva de género, han dado cuenta de los procesos de negociación desigual de tipo familiar extenso, que median la toma de decisiones frente a los cuidados y la búsqueda de atención por parte de las embarazadas. También han sido ampliamente documentadas las limitantes asociadas a la condición y posición de las mujeres en la organización social y simbólica de los diferentes colectivos humanos, que han resultado en muertes maternas.

Las preguntas iniciales

El objetivo del estudio fue identificar las formas locales de noción y representación de los embarazos problemáticos, embarazos actuales y el parto, desde el punto de vista de las propias mujeres embarazadas, sus parejas y los familiares que intervienen en las decisiones sobre la búsqueda de atención, la identificación cercana de los cuidados requeridos y los ofrecidos, junto con la terapéutica local utilizada para atenderlos. En este sentido, fue determinante saber cuál es la noción local de embarazo problemático; cómo lo perciben las mujeres; si existe estrés a la tipificación de embarazada con problemas; cómo se percibe socialmente una mujer con embarazo problemático; y cuáles son las percepciones e interacciones de la embarazada con la familia, la comunidad y los servicios de salud.

² Desde este enfoque, las representaciones de la maternidad están asociadas más a la medicalización del proceso, su aproximación desde la eficiencia técnica y su atención institucional, privilegiando la noción de responsabilidad individual de las embarazadas respecto al éxito de sus embarazos y de los cuidados y atenciones previas y posteriores al parto, por lo que los esfuerzos de formación y capacitación para el personal de salud hacen énfasis en los contenidos médico-técnicos mediante un modelo de educación tradicional bancaria.



Para dar respuesta a tales interrogantes, se privilegiaron los métodos cualitativos. Desde este enfoque se asume que, en sus interacciones cotidianas, las mujeres embarazadas y quienes participan en su proceso de embarazo, conducidos por su cultura, participan activamente en la estructuración de la realidad social (Berger & Luckman 1995 [1968], Schutz 1993, 1995 [1974]). Así, se considera necesario privilegiar el punto de vista subjetivo de los actores sociales y las particularidades del entorno sociocultural en el que interactúan. Se realizó un total de 40 entrevistas abiertas a profundidad (16 mujeres, 12 esposos, 9 suegr@s y 8 madres/padres), en dos contextos diferentes: el urbano y el rural. Los municipios para el trabajo de campo y lugar de residencia de los y las informantes fueron Comitán, Las Margaritas, La Independencia y La Trinitaria. Cabe mencionar que se contactaron mujeres que estuvieran en distintos procesos de su etapa reproductiva (mujeres primerizas; con 2 a 3 hijos; con 4,5 o más hijos; y mujeres con menopausia).

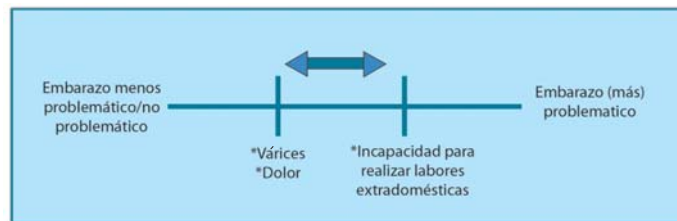


Algunos hallazgos

La discusión de los hallazgos giró alrededor de dos ejes. Primero, respondiendo a la tendencia de describir aspectos del embarazo en términos dualísticos,³ se presenta la idea de las representaciones respecto al embarazo como *continuums* (o sea un amplio rango de posibilidades entre dos extremos, en el cual la ubicación de un embarazo puede ser altamente variable). Segundo, para complementar las distinciones encontradas en las representaciones ligadas a la residencia y la etnicidad, se destacó una serie de diferencias vinculadas con el tiempo.

1. Definición de un embarazo problemático

Con respecto a esta definición, se pueden visualizar un rango entre un extremo no (o menos) problemático y otro extremo problemático. La ubicación de un embarazo dado dependería de conceptos del embarazo en general, síntomas y molestias específicas a este embarazo, y características de la mujer embarazada.



Vimos, por ejemplo, entre población indígena rural, que los extremos serían embarazo menos y más problemático, y que las indicaciones que marcarían la ubicación de un embarazo en dado momento incluirían síntomas como várices, dolor de cabeza, abdomen y cuerpo; asimismo, la idea de que estos síntomas previenen que la mujer embarazada realice sus labores extra-domésticas.⁴

2. Toma de decisiones respecto a la atención del embarazo

En cuanto a la toma de decisiones respecto al embarazo, es útil visualizar la ubicación de cada momento específico para la atención de un embarazo dado en un *continuum* entre un polo en el cual la mujer embarazada toma todas las decisiones respecto a la atención de su embarazo, y otro extremo en el cual la mujer queda completamente sometida a la influencia de otras personas. Cabe notar que la dinámica en la toma de decisiones depende, en parte, de la caracterización del embarazo como problemático o no; y por otro lado, una decisión clave es precisamente la de designar un embarazo como problemático o no.



Por ejemplo, entre población indígena, la mujer suele participar poco en las decisiones respecto a la atención del embarazo, mientras que su esposo, sus padres y sus suegros determinan el curso de acción. Sin embargo, si el esposo se encuentra fuera del lugar, aumenta la participación de los papás y los suegros. Únicamente al vivir lejos de los padres y suegros, surge la posibilidad de que las decisiones se tomen entre la pareja. Y, mientras el esposo normalmente participa mucho en la toma de decisiones, se considera que el consumir alcohol imposibilita o invalida su participación.

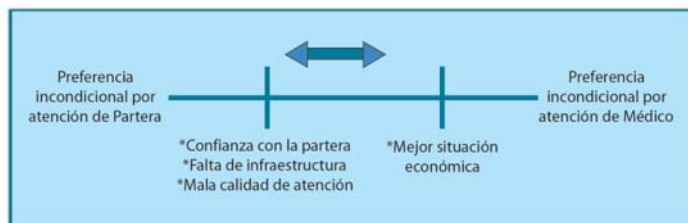
³ Se encontró que hay una tendencia a describir los fenómenos en términos dualísticos, como si un embarazo fuera o no problemático, como si una mujer embarazada tomara o no las decisiones sobre su embarazo, y como si la preferencia en la atención fuera exclusivamente con partera o con médico.

⁴ Tales como ir a la milpa, cargar leña, levantar cosas pesadas o lavar. En palabras de una informante, cuando "no pueden trabajar".



Al respecto, una pregunta clave que surge del hecho de que las decisiones respecto al embarazo se toman entre varias personas es, ¿qué pasa cuando los tomadores de decisión no están de acuerdo? Por ejemplo, una señora explicó, “*Si no hay acuerdos, no atienden las parteras. Primero tienen que estar de acuerdo los papás de la mujer y los papás del hombre, y cuando ya lo están, entonces se van a la casa de la partera*”.

Cabe señalar que se podría construir un *continuum* para representar el poder que la mujer y sus familiares ejercen en las decisiones y el poder que ejercen los prestadores de servicios. Un ejemplo extremo pero ilustrativo es el manejo de la decisión –entre mujer, esposo, otros familiares, partera, y médicos– de realizar un parto por cesárea. Sería pertinente entonces saber ¿Cuánto tarda establecer acuerdos? mientras tanto, ¿empeoraría la situación de la embarazada?, ¿la negociación de un acuerdo sería estresante para la embarazada? y, dado el caso, ¿cómo se resuelven los desacuerdos?



3. Preferencias de atención para el embarazo

Este *continuum* muestra, en un extremo, la preferencia incondicional para los servicios con parteras y, por el otro, la preferencia para la atención ofrecida exclusivamente por médicos. Cabe observar que la ubicación de un embarazo cambia según la designación del embarazo como menos/más problemático y las dinámicas de toma de decisión; y también el/la proveedor/a de atención no sólo participa en la definición de un embarazo como menos/más problemático, sino también repercute en la influencia de la mujer y de otras personas en la toma de decisiones.



Muchas mujeres mestizas, por ejemplo, optaron por consultar ambos, médico y partera/o. Como explicó una informante, “*vamos con la partera vamos con los doctores, los dos lados para sentirnos bien*”. Sin embargo, la preferencia en dado momento dependía de la confianza en cada prestador de servicio, la situación económica familiar, así como la cercanía, los horarios, y la calidad percibida de los servicios de salud. En tanto que para los cuatro grupos poblacionales, la ubicación de los embarazos rara vez cae en los extremos ya que casi todos los informantes hablaron de acudir tanto con la partera como con el médico, aun teniendo una preferencia general por uno u otro. Esta doble cobertura puede ser beneficiosa para las mujeres; sin embargo, también puede generar conflictos: una mujer describió su confusión al oír de su partero (quien es también su suegro) que ella debe seguir realizando las labores del campo para asegurar que el parto fuera rápido, mientras los médicos le decían que descansara y evitara actividades pesadas durante el embarazo.



Diferenciaciones en el tiempo

La ubicación de representaciones de la definición del embarazo problemático, la dinámica de toma de decisiones, y las preferencias respecto a la atención varían al nivel poblacional y al nivel individual. Este estudio se planteó en base a la idea de que la variación en el contexto residencial (rural vs urbano) y en etnicidad (indígena vs mestiza) conlleva a distinciones en representaciones del embarazo problemático, presunción reflejada en la composición de la muestra. Aunado a la variación encontrada en las representaciones ligadas a la residencia y etnicidad, los datos resaltan además una serie de diferencias vinculadas con el tiempo. Estas diferencias se manifiestan en cuatro niveles simultáneos: el transcurso de generaciones; el transcurso de vida de cada mujer; el transcurso de cada embarazo y el transcurso de cada evento o experiencia vivida por una mujer embarazada. Así, las representaciones varían con el paso del tiempo en estos cuatro niveles (ver Figura 1).

El transcurso de generaciones. Distinciones generacionales están manifestadas por medio de comparaciones entre “antes” y “ahora,” así como contrastes entre comentarios de mujeres de edad reproductiva y personas de la generación anterior, especialmente sus madres y suegras. Los contrastes antes-ahora frecuentemente se refirieron a cambios en el tipo de atención disponible. Por ejemplo, las mujeres indígenas rurales maduras refirieron que, en comparación con “ahora,” “antes” había poco contacto con los médicos. El percibido aumento en la atención médica coincide con observaciones de cambios en las preferencias de atención (entre población indígena urbana, algunas mujeres que se encuentran en su época reproductiva prefieren atención del médico, pero sus mamás y suegras preferían y prefieren atención con partera). Varios asociaron una mejora en las condiciones del embarazo con el aumento en atención proveída por médicos. Por ejemplo, algunos mencionaron que ha disminuido la muerte materna, aunque otros no estaban tan convencidos que el cambio hacia la atención médica haya ayudado mucho, dada la baja calidad y calidez con que algunos realizan su trabajo.

Otro cambio generacional tiene que ver con el conocimiento y los patrones de toma de decisiones sobre la atención del embarazo. Tanto los informantes mestizos como indígenas sugirieron que la presente generación tal vez esté más informada que la anterior, y que merecen mayor independencia en cuanto a sus decisiones y acciones respecto a la atención del embarazo. Una mujer dijo haber optado por “...no meterse en la vida de mis nueras e hijos. Tienen sus gastos y actividades independientes. Ya se cambiaron el modo de vivir. No les acompañamos al médico porque ellos conocen la ciudad y saben hablar la castilla [español]”.





Un dato interesante es que, en los cuatro grupos poblacionales, una percepción muy marcada entre las suegras y las mamás –y no entre las mujeres de edad reproductiva– es que es “normal” que la mujer sufra, por lo tanto se espera que aguante el embarazo y las molestias asociadas: *“Dios nos dejó así vamos a pasar nosotros las mujeres y así tenemos que pasar, tenemos que aguantar, tenemos que sufrir.”* Junto con esta perspectiva de lo que es ser mujer, fue común entre las mamás y suegras la percepción de que las mujeres ya son menos fuertes, menos aguantadoras que sus antepasadas. Lamentó una, *“los hijos [las jóvenes mujeres embarazadas] ya no aguantan”*. No cabe duda que estas expectativas –el sufrir y el aguantar– influyen en las acciones de las mujeres embarazadas, así como en las respuestas de los familiares frente a sus quejas, debido a que, por una lado las mamás y las suegras inculcan a las mujeres embarazadas que deben aguantar y las desalientan a que se quejen; mientras por otro, las posibles complicaciones se identifican a través de vocalizar las molestias físicas.

Transcurso de vida de cada mujer. Entre informantes indígenas y mestizos (especialmente de áreas rurales), la edad de la mujer sobresalió como factor clave en la designación de un embarazo como más o menos problemático. Mientras algunos asociaron la edad avanzada con mayores riesgos en el embarazo, otros vincularon la menor edad con mayor riesgo, teniendo embarazos problemáticos *“algunas por ser muy jovencitas,”* y *“de haberse casado muy chica”*.

Vari@s informantes indígenas (rurales y urban@s, mujeres y hombres) reconocieron el conocimiento que viene con los años de experiencia. En términos de embarazo problemático, conforme va envejeciendo una persona, ésta más capacitada para reconocer y responder a problemas (ya sea en sí misma o en otra).⁵ Por ejemplo, un hombre pudo distinguir unos síntomas anormales en su esposa, debido a la experiencia que adquirió durante embarazos previos: *“Le duele las várices que tiene en sus pies, están bien gruesas, con los otros embarazos no le presentaba así, estaba más normal su cuerpo.”*



Es muy común que las mujeres, durante el transcurso de su vida, tengan la experiencia de la migración. Respecto a la migración permanente, el dejar el lugar de procedencia frecuentemente conlleva a un alejamiento de los padres y suegros, afectando tanto la red de apoyo como la toma de decisión respecto al embarazo. Lo contrario suele ocurrir con la migración del esposo, que aumenta la influencia de los papás y suegros en la consejería, la toma de decisiones, el cuidado y la atención. En ambos casos, se reconocieron cambios de pensamiento (por ejemplo sus ideas sobre problemas, síntomas, y atención al embarazo), así como en el estilo de vida. Entre mujeres indígenas, por ejemplo, observaron: *“Si hubiera que nosotros seguimos viviendo en la comunidad, pues vamos a estar pensando de lo que se vive allá. En la comunidad es muy peligroso porque si una mujer le presenta muchos problemas durante en el embarazo la idea es que es mal puesto por algún brujo, se busca enemigo, te vas con el pulsador. Así es en algunas comunidades, por lo menos donde vivía, así se pensaba sobre los problemas del embarazo.”* Más profundo que la simple característica de ser residente de área rural o urbana, es el proceso que implica la migración que afecta las representaciones del embarazo.

Transcurso de cada embarazo.

La identificación y designación de un embarazo como problemático no sólo descansa en la generación a que pertenece la embarazada así como su etapa de vida, sino también en la etapa de gestación en la que cursa el embarazo. Conforme el embarazo progresa, los problemas se van manifestando. Por ejemplo, aclaró una señora, *“Cuando ya está cerca los nueve meses, ya no hay peligro con los antojos, ya no abortan, ya se alivian cuando completa el tiempo. Corre más peligro en los meses anteriores”*.

⁵ Sabemos, gracias a investigación de tipo etnográfica previa llevada a cabo entre población tojolabal (Proyecto Aproximación a la Salud Reproductiva en Comunidades Tojolabales. Centro de Investigaciones en Salud de Comitán A.C., 2000-2004), que el primer embarazo suele ser el más feliz porque representa la consolidación de la pareja y la certificación del hombre y de la mujer como cabales, pero al mismo tiempo se identifica como el de más riesgo debido a la inexperiencia. La pareja no necesariamente conoce los cuidados debidos. Entonces las madres, las suegras y las parteras se suman a la orientación de los jóvenes, recomendándoles no realizar trabajos extenuantes ni comer alimentos “fríos.” A la inexperiencia, se le suma la vergüenza de visitar por vez primera a la partera. Los embarazos subsecuentes se fortalecen con la confianza de las mujeres y medicaciones de las parteras.



El anclaje de las representaciones en el transcurso de cada embarazo se manifestó de otra manera con implicaciones teórico-prácticas muy significativas. Un embarazo es calificado, definido, y etiquetado como problemático en base a condiciones y eventos posteriores, como son las complicaciones en el parto. Al pedirles que describieran un embarazo problemático, las respuestas incluyeron las siguientes definiciones: *“Por el parto, a veces no nace la criatura, a la mera hora se pone atravesado.”*; *“hay mujeres que no llegan a su debido tiempo, a veces llegan hasta 8 meses o incluso siete meses y medio”*; *“Aborta la persona. Puede venir el parto antes de tiempo”*. *“Es cuando no se baja todo [la placenta] a la hora de aliviarse”*; *“No se aliviaba rápido... se ponía morada su cara, se le acabó la fuerza”*.

Esta definición surgió en los cuatro grupos poblacionales (indígena/mestiza y rural/urbana), aunque también vincularon el embarazo problemático con cuidados insuficientes durante el transcurso de embarazos anteriores así como del embarazo actual: *“Un embarazo de alto riesgo es cuando no nos cuidamos bien durante de nuestros embarazos”*.

Esta definición “retroactiva” contrasta con la definición “prospectiva” que se maneja en el campo biomédico, la cual enfatiza la prevención de problemas aún antes que sean detectables y el rápido reconocimiento y respuesta a síntomas que pueden indicar dificultades en el futuro. O sea que la flecha de la definición de un embarazo como problemático entre muchos informantes tiende ser al contrario del sentido cronológico/biomédico.

Esta tendencia a definir el embarazo problemático de manera retrospectiva puede obstaculizar la identificación oportuna de un problema. Es preciso, entonces, enfatizar representaciones más inmediatas y oportunas (en términos del transcurso de tiempo durante el embarazo) para evitar definiciones que esencialmente dicen, “si se muere en el parto, es que fue embarazo problemático”. Aunque puede ser cierta esa aserción, no ayuda prevenir ó resolver el problema.

El transcurso de eventos o experiencias vividas por una mujer embarazada. Por evento, se puede entender una experiencia específica vivida por una mujer durante el transcurso de un embarazo. La vivencia de algunos síntomas físicos forma una base importante de las acciones para prevenir o responder a potenciales o actuales problemas. Sin embargo, los comentarios de informantes resaltan dos problemas con el peso asignado a los síntomas físicos en esfuerzos de sensibilizar y capacitar a la gente de esta región acerca del embarazo y parto problemático.

Primero, no necesariamente son los síntomas puramente físicos los más significativos. Entre la población indígena rural, por ejemplo, las molestias físicas no provocan mayor respuesta, sino que es la incapacidad de realizar ciertos labores (extra-domésticas) que funciona como señal de problemas que merecen respuesta. El diseño de campañas para sensibilizar a esta población, entonces, podría enfatizar la incapacidad de la mujer embarazada de cumplir con ciertas tareas consideradas cotidianas como una indicación de problema que merece respuesta inmediata.

El segundo problema con el manejo de síntomas físicos para indicar riesgo es que, en estas poblaciones, varios síntomas están relacionados tanto con embarazo menos problemático como con embarazo más problemático. El vómito, por ejemplo, es preocupante entre indígenas urbanas, pero visto como normal entre mestizas (rurales y urbanas). Aun más complicado, sin embargo, es que algunos síntomas –como hinchazón de pies, dolor de cabeza, cuerpo y cintura– están asociados con ambos polos del embarazo problemático (más y menos) en la misma población. Se podría entonces visualizar una línea, por ejemplo, entre hinchazón de pies menos problemático/preocupante e hinchazón de pies más problemático/preocupante. Siguen dos preguntas clave. La primera es, ¿cuándo, en qué momento, en quiénes, y en cuáles contextos, se considera esta hinchazón síntoma de embarazo problemático y lo suficientemente riesgoso y alarmante para provocar una respuesta? Entre otras cosas, la respuesta tiene que ver con elementos de tiempo: generación, la fase de vida en la cual se encuentra la mujer y el momento del embarazo (número de meses de gestación). La segunda pregunta es, ¿cómo se puede ajustar o redefinir esta línea –la que distingue síntomas menos problemáticos de síntomas más problemáticos– para que sean identificados oportunamente los casos verdaderamente riesgosos? Las estrategias para este ajuste también tienen que ver con tiempo, ya que el objetivo sería reubicar a un momento previo y más oportuno el reconocimiento de la hinchazón como problemático para acelerar la identificación y respuesta a una situación amenazante.



Esto resuelto, cabe señalar que los sondeos sobre la definición e identificación de un embarazo problemático tomaron por dado los síntomas biomédicos como señales de esto. Sin embargo, varios/as entrevistados/as (indígenas y mestiz@s de áreas rurales y urbanos) optaron por identificar embarazos problemáticos por las circunstancias sociales en las cuales se da: un embarazo que ocurre en un momento precario en términos de la economía familiar, o bien en situaciones sociales no aprobadas por la comunidad (como es el caso de mujeres solteras que se involucran con casados y quedan embarazadas), pueden ser calificados como embarazos problemáticos. Así, un embarazo sin síntomas físicos puede ser definido como problemático en el sentido social y, por las decisiones tomadas al respecto, éste puede volverse problemático en el sentido físico. Por otro lado, un embarazo en el cual se han identificado síntomas físicos preocupantes, puede ser constreñido por las circunstancias sociales (como el hecho de no tener recursos económicos para la atención oportuna).

Conclusión

Responder a la preocupante situación de mortalidad y morbilidad materna en la Región Fronteriza de Chiapas requiere más que sólo estadísticas. Se necesita de una profunda comprensión de las representaciones sociales locales que rigen las actitudes y acciones al nivel comunitario, generacional, familiar, e individual. Y este entendimiento forzosamente incorpora la historicidad, es decir, el cambio continuo enraizado en el transcurso de tiempo. El imagen resultante de una indagación de esta naturaleza rompe con los dualismos y las generalizaciones, reiterando lo que acertadamente comenta una mujer tojolabal, *“Son muy distintos nuestros problemas. El embarazo no se da en un sólo camino sino que en varias formas...”*

El Maestro en Ciencias **Rolando Tinoco Ojanguren** es investigador del Área de Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR); la Ant. **Namino Melissa Glantz** es responsable del Proyecto de Adultos Mayores, del CISC, A.C.; La L.E.O. **Imelda Martínez Hernández** es coordinadora del Proyecto Violencia Basada en Género, del CISC, A.C.; y el Biólogo **Ismael Ovando Meza** es Maestro en Ciencias por El Colegio de la Frontera Sur.

Bibliografía

- Left, Naomi & Ann D. Levine. 1997. *Where Women Stand: An International Report on the Status of Women in 140 Countries, 1997-1998*. New York: Random House.
- Penchaszadeh, Victor B. 1993. "Reproductive health and genetic testing in the Third World." En: *Clinical Obstetrics and Gynecology* 36(3): P.p.485-495.
- Tinoco Rolando. 2004. *Mujeres de frente a la muerte materna: Experiencia comunitaria en la zona Fronteriza de Chiapas*. Poblaciones, año I # 1, COESPO, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
- Schutz, Alfred. 1993 [1962]. *La Construcción Significativa del Mundo Social*. Barcelona. Paidós.
- Schutz, Alfred. 1995. *El Problema de la Realidad Social*. Buenos Aires. Amorrortuo.

Gobierno de
Chiapas
UNO CON TODOS

