



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA



**FACTORES CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL
EN MUJERES ÍNDIGENAS**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

L. E. KARINA ACUÑA SÁNCHEZ
L.E. ANA PATRICIA ROBLES PÉREZ
L. E. YEINI SOTELO OSORIO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. EN ENF. DANIELA GÓMEZ TORRES

REVISORA:

DRA. MARIA DOLORES MARTINEZ GARDUÑO

TOLUCA, MÉXICO MARZO 2017

CONTENIDO	PAG.
Introducción.....	1
Planteamiento Del Problema	4
Justificación.....	7
Objetivos	9
Preguntas Conductoras.....	10
Metodología.....	11

CAPÍTULO I
MARCO REFERENCIAL
EMBARAZO

1.1 Embarazo.....	14
1.2 Factores que ocasionan riesgos para la madre y el feto.....	15
1.3 Factores físicos de alto riesgo para embarazadas.....	15
1.4 Factores sociales étnicos.....	18
1.5 Signos y síntomas de alerta.....	20
1.6 Vigilancia prenatal.....	22
1.7 Cuidados prenatales.....	25
1.8 Consulta prenatal por periodo gestacional.....	30
1.9 Vigilancia prenatal.....	33
1.10 Comunicación educativa en salud reproductiva.....	34

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS
CULTURALES

2.1 Características	36
2.2 Conceptos y definiciones.....	36

2.3 Modelo de enfermería transcultural.....	39
2.4 Paradigma enfermero.....	40

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1 COMUNIDAD INDÍGENA OTOMÍ.....	42
-----------------------------------	----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión.....	51
---------------------------------	----

Consideraciones finales.....	67
------------------------------	----

Sugerencias.....	69
------------------	----

PROPUESTA: FOLLETO: EDUCACION SOBRE EL EMBARAZO.....	71
--	----

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	94
-----------------------------	----

ANEXOS y APENDICE

Guia de entrevista

Carta de consentimiento informado

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de gran importancia en la vida de la mujer y su familia, en la cual la gestante desarrolla comportamientos y prácticas de cuidado orientadas a proteger la salud de sí misma y del hijo por nacer. Estas prácticas comprenden el cuidado desde la perspectiva de Leininger implica aprender de las personas su forma de vida, su contexto, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, sus prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura.

La teoría transcultural plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se prodigan cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales y aplicar a su vez los sistemas profesionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura.

Este modelo fue nombrado Modelo del Sol Naciente, donde la enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos populares y los profesionales, permitiendo producir acciones y decisiones de enfermería teniendo en cuenta a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental.

Leininger desarrolló la etnoenfermería como método de investigación que parte de la etnociencia que es el estudio sistemático de la forma de vida de un grupo cultural determinado para poder obtener un relato preciso de la conducta de sus miembros y del modo en que perciben y conocen su universo por esto se aplica a esta investigación. Este método proporciona los elementos que ayudan a los profesionales de la enfermería a comprender el sentido de la asistencia en cualquier

fenómeno que estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural.

Con estos métodos cualitativos el investigador de enfermería entra en contacto con las actividades cotidianas de la gente para aprender su mundo y obtiene datos en observaciones desde una actitud participativa. Es por esto que Leininger sostiene que para entender bien los significados y alcanzar un conocimiento cultural preciso son particularmente importantes los Métodos Cualitativos de Investigación.

Por otra parte en este trabajo se considera los antecedentes históricos sobre los factores de riesgo prenatales en mujeres indígenas, da como referencia que algunos indicadores son de nivel socioeconómico, como ingresos familiares, educación de la madre y el padre y grupo étnico, haciendo un factor importante en la atención prenatal en mujeres indígenas.

Por lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de estudio ¿Qué factores culturales intervienen en la atención prenatal en mujeres indígenas? Con ello se identifica los factores por los cuales las mujeres no asisten a su consulta prenatal.

El presente trabajo de investigación cuenta con cuatro capítulos.

El marco de referencia es el capítulo uno llamado embarazo donde se aborda el significado, síntomas y signos factores de riesgo, vigilancia y cuidados del embarazo.

En el capítulo dos se aborda el marco teórico de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger.

El marco contextual, capítulo tres donde se hace mención de la comunidad indígena otomí estudiar.

Finalmente el capítulo cuatro se habla de resultados y discusión.

La técnica elegida consistió en la entrevista y observación directa para registrarse en un diario de campo, los instrumentos fueron una guía de entrevista y otra de observación. Los datos obtenidos se analizaron, examinaron e integraron según las categorías del modelo del Sol naciente: El nivel educativo, estilo de vida, aspecto

familiar, factores económicos, factores religiosos y la lengua o idioma. Posteriormente se presentan los resultados con su discusión mediante la contrastación de los datos empíricos con los conceptos de la teoría de Leininger. Presentándose en categorías y subcategorías.

Se considera que la enfermera ha conocido la etnohistoria del paciente para así brindar cuidados coherentes y congruentes a su entorno. Finalmente se presenta una propuesta de educación sobre el embarazo traducido en otomí para la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hace algunos años todos los servicios de salud eran muy escasos, muchas mujeres indígenas no tenían la oportunidad de asistir a una consulta y llevar un control adecuado durante su periodo gestacional, también existía desconfianza de sus parejas, ya que la violencia intrafamiliar era un factor muy común en un gran número de familias, de tal manera en que estas mujeres desconocían los cambios a nivel fisiológico y psicológico durante su embarazo. De la misma forma cuando tenían alguna anomalía, signo o síntoma de riesgo, no sabían que era una alteración del proceso normal del embarazo.

La salud materna se considera un indicador clave de desarrollo humano ya que la reproducción debe ser una parte normal de la vida y nunca un riesgo a la existencia. Se considera que más del 99% de las muertes maternas [MM] ocurren en el mundo en vías de desarrollo y alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, más de medio millón muere como consecuencia de que la emergencia médica que padecen no es atendida o lo es peor de manera tardía e inapropiada (Cruz, 2014).

Actualmente existe un gran número de centros de salud, hospitales de carácter público que de manera gratuita ofrecen consultas a gestantes en general muchas mujeres no reciben educación para la reproducción al inicio de su actividad sexual, y durante su embarazo. Es por eso que ahora en el siglo XXI continúa existiendo un 3.5% de mortalidad de las madres o de sus productos, esto es puede ser ocasionado por desconocimiento del cuidado durante el proceso reproductivo.

De tal manera que la mortalidad y la morbilidad de hijos de madres primíparas y de madres muy jóvenes se encuentra por encima de la media nacional. Existe una fuerte relación entre el nivel socioeconómico y la edad de la madre. Los nacimientos en grupos de nivel socioeconómico más bajo se observa mayor tendencia a que la madre sea más joven. El embarazo en adolescentes también incide en la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. Por tanto, edad y paridad son dos categorías

biológicas que tienen un significado social específico y que contribuyen al cuadro general de malos resultados reproductivos tanto para la madre como para el producto (Smith, 2010).

Algunos indicadores del nivel socioeconómico, como ingresos familiares, educación de la madre y el padre y grupo étnico, pueden ser factores de riesgo en el embarazo. Las personas de bajo nivel de ingresos se encuentran mucho más predispuestas a tener un estado de salud inferior y a presentar complicaciones obstétricas durante el embarazo también se observa un uso diferente de servicios para el cuidado de la salud según la edad y la paridad; también existe mayor frecuencia de embarazos fuera del matrimonio verificándose en las mujeres más jóvenes. Así como las madres solteras quienes no solicitan cuidados prenatales (Smith, 2010).

El no hacer uso de los servicios de atención de salud durante el periodo gestacional por mujeres embarazadas en las comunidades indígenas, ha causado complicaciones severas tanto a ellas como en su futuro hijo o en el binomio, estas complicaciones durante tal etapa pueden llegar a causar la muerte, es importante que toda mujer embarazada asista al control prenatal, sin embargo se desconoce las razones por las que no asisten.

A pesar de los apoyos que poseen las comunidades indígenas en materia de prevención y cuidado en el ámbito de la salud para todas las mujeres en general y en particular en la etapa reproductiva. Hace falta crear conciencia de la importancia de la información en materia de salud reproductiva, no solo a mujeres sino también a sus familiares de tal manera reducir el índice de mortalidad en el binomio, especialmente comunidades indígenas.

La cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad. La cultura también determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimientan en una

base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo.

En este punto se encuentran las prácticas de cuidado de la salud, que existen antes de que la enfermería como disciplina se estableciera como un área formal del conocimiento con una estructura científica de saberes. Estas prácticas de salud, como las denomina *Leininger* (1995), genéricas o tradicionales, han sido determinantes para la sobrevivencia del ser humano y salvaguardar la especie humana a lo largo de la historia de la humanidad (Laza, 2008).

Para entender la etnohistoria del fenómeno se tendrán que identificar los factores culturales de la estructura social, que reflejen la concepción del mundo, la trayectoria vital del contexto y entorno determinando, aspectos como son: religiosos, familiares o sociales, creencias, los estilos de vida, los económicos, los educativos, así como también, la lengua, ante lo expuesto nos cuestionamos.

¿Qué factores culturales intervienen en la atención prenatal en mujeres indígenas?

JUSTIFICACIÓN

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas mantener o incrementar su salud, esta se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. Es a partir de tener información de riesgo durante la etapa prenatal, es que este puede ser modificado, es ahí donde radica la importancia de identificar los riesgos de morbilidad y mortalidad materno infantil, para brindar una información y atención congruentes con su cultura a las mujeres durante la etapa prenatal en las comunidades indígenas en riesgo.

La enfermería como disciplina ofrece la atención a mujeres tanto en etapa pre, tras y posnatal y tiene la posibilidad a través de la etnoenfermería comprender las bases culturales de la población y ofrecer cuidados holísticos congruentes con su cultura, ofreciendo a la persona con enfoque de la etnoenfermería un cuidado de acuerdo a su entorno.

Por otra parte la OMS establece un grupo de propósitos denominados objetivos del milenio y el 5^{to} objetivo consiste en mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en tres cuartas partes, porque se estima que cada día cientos de mujeres mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto. En 2013, la mayoría de estas muertes se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de mortalidad materna es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. Se estima que en todo el mundo en 2013 se produjeron 289.000 muertes maternas, lo que equivale a aproximadamente 800 mujeres que mueren cada día. La mayoría de estas muertes son prevenibles. De acuerdo a los datos de 2003 a 2009, las hemorragias fueron la causa del mayor número de muertes maternas.

Una estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas es la educación para la reproducción, para ello es necesario determinar los factores que intervienen para que la mujer de grupos indígenas se alfabeticen en salud en el

ámbito reproductivo, previo establecimiento de los aspectos culturales de la población en tal etapa, de ahí la justificación para desarrollar la investigación.

En la actualidad aún existen mujeres que presentan complicaciones a lo largo de su embarazo debido al desconocimiento de los factores de riesgo, con apoyo en la enfermería transcultural, cuyo objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas de forma que les sean beneficios, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida del usuario, la familia o el grupo cultural.

Leininger declara que con el tiempo, habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejará los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura, y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma también que la cultura y el cuidado son medios amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera. Por lo que esta investigación ofrecerá aportes importantes para brindar una atención a la población indígena en el campo de salud materno infantil de acuerdo con su cultura.

Otro aspecto relevante radica en que los hallazgos aportarán a la población estudiantil de enfermería conocimientos sobre cuidados específicos basados en la etnoenfermería para el caso de la morbi-mortalidad materno infantil. Tales cuidados se proporcionarán culturalmente congruentes a las personas de forma que les sean un factor de mejora de la calidad de vida de este grupo social.

Respecto a la disciplina, con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica de enfermería, lo que se reflejará en los distintos tipos de intervenciones, los cuales se definirán y basarán en la cultura, y serán específicos para guiar los cuidados de enfermería dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones donde la cultura y el cuidado sean medios amplios y holísticos para conceptualizar, la manera entender a las personas, de ahí que este saber es imprescindible para la formación y la práctica de la enfermera.

OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar los factores culturales que intervienen en la atención prenatal en mujeres indígenas.

ESPECÍFICO:

- Identificar el nivel escolar que tienen las mujeres indígenas que cursan un embarazo.
- Distinguir los estilos de vida que tienen las mujeres indígenas relacionados con la etapa reproductiva.
- Revelar el aspecto familiar o de pareja en la educación para la reproducción en mujeres indígenas.
- Señalar los factores económicos de las mujeres para asistir a consultas prenatales.
- Mostrar la influencia de los factores religiosos para la atención prenatal de mujeres indígenas.
- Describir la influencia del idioma para que las mujeres puedan comunicarse con las enfermeras para informarse sobre su embarazo
- Reflejar la influencia de la tecnología en el conocimiento de la atención prenatal de las mujeres indígenas.

PREGUNTAS CONDUCTORAS

¿Cuál es el nivel escolar que tienen las mujeres indígenas que cursan con embarazo?

¿Cuáles son los estilos de vida que tienen las mujeres indígenas durante la etapa reproductiva?

¿El aspecto familiar o de pareja interviene para que la mujer indígena reciba atención para la reproducción?

¿Cómo influyen los factores económicos para que las mujeres indígenas asistan a sus consultas prenatales?

¿Cómo intervienen los factores religiosos para que las mujeres reciban atención prenatal?

¿Cómo influye el idioma para que las mujeres puedan comunicarse e informarse sobre su embarazo?

¿Cómo influye la tecnología en el conocimiento sobre la atención prenatal de las mujeres indígenas?

METODOLOGÍA

La investigación fue de tipo etnográfico, tuvo un enfoque metodológico cualitativo, ya que un estudio cualitativo busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (como vive, como se comporta y actúa la gente; que piensa, cuáles son sus actitudes etc.). La intención fue penetrar en la complejidad del hecho social a estudiar y profundizar el significado del objeto en estudio para comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos (Peña, 2015).

Es de nivel descriptivo ya que esta investigación tuvo como propósito conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes mediante la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas (Peña, 2015). Interpreta la realidad de los hechos, es decir, condiciones o conexiones existentes, puntos de vista, efectos o tendencias.

El trabajo de investigación se inició con una búsqueda en revistas electrónicas de Redalyc, Scielo, con la información recopilada se realizó el Estado del Arte del tema a estudiar; eso nos permitió revisar y delimitar la temática del estudio para la elaboración del proyecto.

Este estudio se sustenta en la teoría de Leininger, la cual dice que la cultura genera los patrones y estilos de vida que determinan las decisiones de las personas, esta presenta un modelo que tiene como componentes: el nivel educativo, el estilo de vida, aspecto familiar, factores económicos, factores religiosos y la lengua o idioma (Raile, 2011). Los cuales se convierten en precategorias a estudiar, esto para poder determinar los aspectos culturales y comprender su estilo de vida al permitir descubrir y documentar el mundo del sujeto, utiliza valores, creencias y prácticas para ayudar a adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con sus modos culturales.

El escenario de investigación fue una comunidad perteneciente al municipio de Temoaya Estado de México, donde para participar en la investigación se tomó como

criterio de elección ser mujeres de esa comunidad indígena en etapa reproductiva, los criterios de inclusión fueron mujeres que se encuentren entre 15 a 40 años de edad en etapa pre, tras y posnatal, que además deseen participar firmando el consentimiento informado, en caso de ser menor de edad fue firmado por su tutor legal. Se excluirán a mujeres que no estén en etapa reproductiva; se eliminaron las entrevistas que no respondían a los objetivos establecidos.

Los instrumentos que se utilizaron para la colecta de información fue una guía de entrevista individual semiestructurada con base de preguntas abiertas obtenidas a través de las preguntas conductoras las cuales se derivan de los objetivos de la investigación, complementando con una guía de observación, esto con el fin de obtener resultados verídicos e importantes para la investigación, ya que la técnica elegida para la recolección de los datos consistió en la entrevista y observación directa registrándose en un diario de campo.

Los datos obtenidos de cada una de las entrevistas fueron grabados, con la autorización de las participantes, siendo estas informadas de lo que consiste su participación, posteriormente se transcribieron de forma textual y se realizó una lectura repetitiva, exhaustiva y crítica de las entrevistas con el fin de captar lo más relevante y poder seleccionar la información importante mediante diferentes colores y se agrupo la información obtenida en categorías concentrando las ideas, conceptos o temas similares.

El tratamiento de los datos tuvo un proceso en dos fases: primero, el material se analizó, examino e integró en categorías, posteriormente el material se comparó entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que pudieron existir entre ellas, la discusión se desarrolló mediante la contrastación de los datos empíricos con los conceptos de la teoría de diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger.

El aspecto bioético estuvo basado en la Ley General de Salud en el Título quinto: Investigación para la Salud, capítulo único, artículo 100 la cual retiene que la

investigación en seres humanos se desarrollará: Contando con un consentimiento por escrito del sujeto que participe en la investigación.

El mismo reglamento señala en su Título dos: De los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos, capítulo uno, artículo 16: Que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, para cumplir con este apartado se identificarán a los participantes con un número, de esta manera cubrir el anonimato.

Por otra parte el artículo 17: Donde se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

EMBARAZO

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la fecundación de un óvulo por el espermatozoide y termina con el parto (Valera, 2007).

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a presentarse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo (Jones, 2000).

Signos y Síntomas de embarazo

Signos: Amenorrea, cambios e hipersensibilidad mamarios, cambios del color de la mucosa vaginal (signos de Chadwick), cambios en la pigmentación cutánea (melasma/cloasma, línea negra y línea blanca), aumento de tamaño del abdomen y estrías abdominales.

Síntomas: Náuseas y vómito, micción frecuente, aumento de peso, estreñimiento, fatiga, percepción de los movimientos fetales.

1.2 FACTORES QUE OCASIONAN RIESGOS PARA LA MADRE Y EL FETO

- Factores sociodemográficos de riesgo: >35 años, adolescencia.
- Factores socioeconómicos y étnicos: Educación de los padres, etnicidad, ingreso familiar, desnutrición.
- Factores de riesgo en relación con el comportamiento: Hábitos adictivos: tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, alimentos y aditivos teratógenos, acontecimientos y tensiones de la vida, tensión elevada en la vida y poco apoyo social.
- Actitudes y emociones.

Se observan diferencias notables según los antecedentes raciales; también pueden observarse diferencias en la mortalidad en relación con la raza más allá del primer año de vida. Es preciso insistir en que casi todas las diferencias en relación con la raza por lo que respecta a mortalidad, también dependen del nivel socioeconómico (Smith, 2010).

1.3 FACTORES FÍSICOS DE ALTO RIESGO PARA EL EMBARAZO

Factores prenatales

- Enfermedad materna: Diabetes mellitus, pre eclampsia y eclampsia, hipertensión, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades renales, infección: sífilis, rubeola, tuberculosis, farmacodependencia, alcoholismo, endocrinopatía, anemia grave y discrasias sanguíneas, desnutrición, enfermedades malignas durante el embarazo.
- Prácticas maternas: Uso de fármacos con efectos fetales adversos, tabaquismo, exposición excesiva a la radiación, menos de tres visitas prenatales.
- Edad: <16 años y >35 años, estatura materna baja, isoimmunización grave (Rh u otra), gestación múltiple (en particular, segundo parto de gemelos o triates), ruptura prematura de membranas <37-38 semanas, ruptura prolongada de

membranas >18-24 semanas (dispone a sepsis neonatal, neumonía intrauterina e infecciones), polihidramnios, oligohidramnios, evidencia de retraso en el crecimiento intrauterino, muertes perinatales y neonatales previas, partos de pre termino o niños de bajo peso al nacer, nivel socioeconómico bajo.

Factores de riesgo obstétrico

Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo o hija durante el embarazo, el parto, el puerperio.

Factores de riesgo reproductivo

Es toda característica o circunstancia detectable en una mujer en edad fértil no embarazada que se asocia con un incremento de la probabilidad de enfermar o morir, en caso de que se embarace.

Factores de riesgo: Preeclampsia-eclampsia

- Menores de 20 años.
- Mayores de 34 años.
- Primigestas.
- Mujeres con cinco o más embarazos.
- Con antecedentes de preeclampsia y/o eclampsia en un embarazo anterior.
- Diabéticas.
- Con hipertensión arterial de cualquier origen.

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

- Es una enfermedad que únicamente padecen las mujeres durante el embarazo y/o el puerperio.
- Se presenta generalmente en el segundo trimestre del embarazo (a partir de la semana 20 en adelante).

Signos y/o síntomas de alarma:

- Hinchazón de manos y/o cara. Aumento excesivo de peso. Dolor constante de cabeza. Zumbido de oídos. Visión con lucecitas negras o blancas. Dolor intenso en el hipocondrio derecho.

Infección de vías urinarias

- No acudir al baño cuando aparece la necesidad de orinar.
- Limpiar el ano de atrás hacia adelante, después de "obrar".
- Realizar lavados vaginales.
- Usar pantaletas de material diferente al algodón o al puente de algodón.
- No lavarse las manos antes y después de ir al baño.
- Deficiente higiene personal o de la pareja.

Signos y/o síntomas de alarma:

- Dolor o ardor al orinar (disuria).
- Orinar más veces de lo acostumbrado y en poca cantidad (polaquiuria).
- Orinar y quedarse con ganas de seguir orinando (tenesmo vesical).
- Orina turbia.

Infección cervicovaginal

Factores de riesgo:

- Inadecuado aseo de los genitales de la pareja.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Usar pantaletas de material diferente al algodón o al puente de algodón.
- No lavarse las manos antes y después de ir al baño.

Signos y síntomas:

- Flujo abundante (más de lo normal): con o sin olor fétido de color blanco, amarillo o verde, con o sin prurito (comezón en los genitales).

1.4 FACTORES SOCIALES/ÉTNICOS

Factores de riesgo en el comportamiento.

Existen ciertos factores de comportamiento que producen determinados estilos de vida que pueden modificarse, aunque con dificultad. Los conceptos de la vida sana y control del estrés asociado con acontecimientos de la vida tienen particular importancia durante el embarazo (Smith, 2010).

Estilos de vida

Es importante tomar en cuenta los estilos de vida de los pacientes, en particular de las que se encuentran en desventaja económica. El estilo de vida se refiere a una manera de vivir que puede tener implicaciones en la salud. Las experiencias de las personas de clase baja y submundo se caracterizan por determinados problemas que dan lugar a un carácter dominado por crisis. Las preocupaciones con respecto a la salud son de poca importancia para quienes tienen que afrontar problemas más apremiantes; los problemas de salud son tan solo una crisis entre varias que tienen que afrontar. La orientación de valores de la clase media, que es activa, entienden las cosas de forma lógica y piensa en el futuro, tiende a dar como resultado un concepto específico de vida que se refleja en creencias con respecto a la salud y el comportamiento. Se utilizan las prácticas preventivas para la salud, las clases inferiores cuya posición en la estructura social no da como resultado una comprensión lógica del mundo, tienen una orientación diferente que se basa en la falta de control sobre los acontecimientos (Wildschut, 1999).

Acontecimientos y tensiones de la vida, como factores de riesgo

Los acontecimientos y tensiones de la vida, en el sentido en que se emplean en este caso, se refieren a acontecimientos como divorcio, enfermedad, muerte de una persona significativa, o de algún miembro de la familia y pérdida del trabajo, en vez del embarazo en sí, aunque este también puede ser un factor que afecte al resultado final. La relación entre el mundo psicológico y social del individuo y las afecciones y enfermedades humanas, los datos acerca de las relaciones entre las diversas afecciones del embarazo y los cambios de la vida y las experiencias que pueden producir tensión.

Niveles altos en tensión y apoyo social precario

Se observaron que los niveles altos de tensión y el poco equilibrio social se relacionaban en forma significativa con un fuerte desequilibrio emocional; sin embargo, el apoyo social y las tensiones de la vida no mostraron relación significativa entre sí. También existe una relación entre los niveles altos de tensión, el apoyo social y las complicaciones de la gestación, como también las complicaciones del estado del lactante (Jones, 2000).

Actitudes y emociones

Se afirma que la evaluación psicológica temprana de las mujeres embarazadas permite predecir el desarrollo y el resultado del embarazo, se intentó medir las actitudes de la mujer hacia el embarazo, su percepción de sí misma como madre y otros factores psicosociales, ya que estos pueden influir en el resultado. Existen diferencias de actitud entre las mujeres hacia cada embarazo que experimentan. También puede existir una interacción íntima entre la tensión psicosocial que la persona experimenta, los efectos amortiguadores del apoyo social y las relaciones psicológicas. Las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento pueden verse afectados de manera significativa por esta interacción (González, 2001).

1.5 SIGNOS Y SINTOMAS DE ALERTA

Dolor abdominal o pélvico tipo cólico, sangrado transvaginal, molestias urinarias, cefalea sin causa aparente, náusea y vómito sin causa aparente varias veces y durante un periodo corto de tiempo, acufenos, fosfenos, fiebre de más de 38°C, dolor en el epigastrio, edema generalizado, hipertensión, proteinuria, salida de líquido por vagina como si se orinara, abundante flujo vaginal, mareos, disminución de la visión, disuria, contracciones uterinas, disminución o ausencia de movimientos fetales, reducción repentina del volumen de orina, inflamación de tobillos, dedos y rostro, etc. (Stoppard, 2000).

Son los signos y los síntomas que pueden poner en peligro la salud o la vida del feto o la madre.

Sangrado vaginal: nunca un sangrado vaginal durante el embarazo se considera normal. En el primer trimestre puede significar amenaza de aborto y durante el segundo o tercer trimestre puede significar desprendimiento de la placenta. En todos los casos el sangrado constituye un signo de peligro para la vida del feto e incluso para la vida de la madre.

Salida de líquido amniótico: este puede presentarse durante el segundo o el tercer trimestre, cuando la bolsa que recubre al feto tiene la suficiente cantidad de líquido, de tal manera que si se sale, la madre lo logra percibir. Es un signo grave, pues si es moderada o en gran cantidad, deja sin líquido al bebé (oligoamnios), lo cual lo llevará a la muerte. Si es en leve cantidad implica que las membranas rotas pueden facilitar la infección del feto por ascenso microbiano, afectando su salud y su viabilidad (Alonso, 2002).

Acufenos y Fosfenos: puede significar aumento de la presión arterial, lo que se denomina hipertensión inducida por el embarazo o pre-eclampsia, usualmente se asocia a cefalea y edema en miembros inferiores.

Edema en miembros inferiores: si se presenta al final de la tarde, es transitorio y leve, se considera normal por la acumulación de líquidos. Sin embargo si éste se

asocia a dolor intenso, enrojecimiento de un miembro inferior o aumento del diámetro de una pierna con relación a la otra, puede tratarse de un trombo. La consulta debe ser rápida pues se corre el riesgo de que el trombo suba al pulmón. El tratamiento en caso de evidenciar trombosis venosa es la anti-coagulación. La forma de evitar que esto suceda es el uso de las medias anti-várice, evitar el sedentarismo y el reposo prolongado como en viajes largos.

Fiebre: cualquier elevación de temperatura por encima de 38.3° C se considera fiebre. La fiebre es uno de los mecanismos mediante el cual el organismo alerta que "algo anda mal". Los estados febriles significan en la mayoría de los casos causas infecciosas que se deben tratar con prontitud, en consecuencia puede afectar al feto.

Flujo vaginal: el flujo vaginal normal es hialino o blanquecino, escaso y no tiene ningún síntoma. Si el flujo vaginal es abundante, amarillento, grumoso, que rasque o tenga mal olor, puede tratarse de una infección vaginal. Las vaginitis o vaginosis no tratadas pueden significar la ruptura prematura de membranas o el parto antes de tiempo (Alonso, 2002).

Molestias al orinar: debe realizarse un examen de orina para descartar infección. Al igual que las infecciones vaginales, las infecciones urinarias se asocian con ruptura de membranas y afectan la viabilidad del feto.

Ausencia de movimientos fetales: los movimientos fetales los percibe la madre desde el 5° mes. La cantidad de movimientos fetales oscila entre 4 y 5 movimientos en una hora. Si hay disminución marcada de los movimientos fetales (3 o menos/hora) durante más de 24 horas o si pasan varias horas sin percibirlos, se debe consultar con prontitud para hacer un monitoreo de la salud del feto, ya que puede significar asfixia fetal y preceder a la muerte en el útero.

Contracciones: se consideran normales las contracciones de baja intensidad y corta duración durante cualquier etapa del embarazo, sin embargo, si éstas son frecuentes, de intensidad marcada o se asocian a expulsión de líquido claro por la

vagina, expulsión de tapón de moco o sangrado antes del término, se consideran anormales y pueden llevar a un parto pre término donde la supervivencia del bebé puede verse comprometida dada su falta de desarrollo y su inadecuado crecimiento (Alonso, 2002).

1.6 VIGILANCIA PRENATAL

INTERROGATORIO:

- Digestivos: Vómitos, agruras, constipación, etc.
- Urinarios: disuria, polaquiuria, tenesmo, etc.
- Genitales: leucorrea y sus características, sangrado, etc.
- Infección cervicovaginal
- Síndrome vasculoespasmódico: cefalea persistente, acufenos, fosfenos, etc.
- Edema: Localización y característica (matutino o vespertino).
- Ocupación: Esfuerzo, fatiga, estrés, manejo de sustancia tóxica.

Malestares comunes primer trimestre

Náuseas con o sin vómito

- Elevación hormonal
- Disminución de la movilidad gástrica
- Factores emocionales

Cuidados

- No tener el estómago vacío
- Comidas frecuentes y ligeras
- Beber líquidos entre comidas
- Evitar alimentos olorosos, grasos, condimentado

Frecuencia urinaria

- Presión del útero sobre la vejiga
- La progesterona relaja los músculos lisos de la vejiga

Cuidados

- Aumento del consumo de líquidos y orinar cuando se precise durante el día
- Disminución del consumo de líquidos al atardecer para evitar la nicturia

Hipersensibilidad mamaria

- Aumento de suministro vascular e hipertrofia del tejido mamario

Cuidados

- Usar sostén de apoyo
- No usar jabón en los pezones para evitar grietas

Secreciones vaginales

- El aumento de estrógenos aumenta el moco por las glándulas endocervicales
- El aumento de suministro de sangre en la pelvis ocasiona secreción viscosa

Cuidados

- Ducha diaria
- No usar ropas ajustadas
- Mantener limpia y seca la región perineal
- No usar tapones ni realizar lavados vaginales

Malestares comunes 2° Y 3° trimestre

Acidez: El aumento de progesterona relaja el esfínter esofágico

Cuidados

- Mantenerse sentada tras las comida (30 min.)
- Evitar alimentos grasos
- No comer en exceso

Estreñimiento y flatulencia

- El aumento de progesterona enlentece el ritmo intestinal y aumenta el agua
- La presión del útero en crecimiento sobre el intestino
- La falta de ejercicio, poco consumo de líquidos

Cuidados

- Aumento de líquidos
- Ejercicio

Venas varicosas

- El aumento de la progesterona produce relajación del músculo liso de las venas
- Presión del útero sobre las venas, propicia varices en recto, vulva, miembros inferiores

Cuidados

- No estar de pie o sentada durante mucho tiempo
- No usar prendas apretadas
- Llevar miembros inferiores

Disnea

- El aumento del útero aumenta la presión sobre el diafragma

Cuidados

- Posición fowler para dormir

Debilidad y mareos

- Hipotensión y éxtasis venoso

Cuidados

- Evitar los cambios súbitos de postura
- Acostarse sobre el lado izquierdo para evitar el aumento de presión sobre la cava

Edema de pies y tobillos

- Congestión circulatorio

Cuidados

- Reposo
- Elevación de miembros inferiores (MI).
- No ropa ajustada

Calambres

- Mala circulación y desequilibrio entre calcio y fosforo

Cuidados

- Estiramiento

1.7 CUIDADOS PRENATALES

Cuidados generales: aspectos que debe tener en cuenta la mujer durante el embarazo

Higiene física

Es muy importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma muy notoria. El baño de todo el cuerpo con agua y jabón están recomendados para ser practicados diariamente, pues el agua, además de estimular la circulación de la sangre, sirve de relajante general. Los baños deben tomarse a una temperatura alrededor de los 37° C. No es conveniente que sean muy prolongados y si se usa la ducha deben evitarse los chorros violentos.

Es particularmente recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, ya que los flujos y secreciones vaginales aumentan. Por este motivo, es

conveniente que se practique por la mañana y por la noche. Las irrigaciones vaginales han sido completamente rechazadas por el peligro que entrañan de introducción de gérmenes.

En la mitad del embarazo, hay que cuidar los pezones, ya que comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua y jabón. De esta manera, se evitará la formación de grietas que, en algunas ocasiones, suelen aparecer más tarde cuando comienza la lactancia (Alonso, 2002).

En el caso de que la futura madre tenga los pezones invertidos, un cuidadoso masaje diario los devolverá a su posición normal. También a partir del quinto mes suelen aparecer estrías en la piel del abdomen en algunas mujeres. Para evitarlas, son igualmente aconsejables los masajes con una crema grasa o aceite natural que penetre en la piel y la conserve flexible. También es precisa una higiene dental rigurosa después de cada comida, ya que en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre tiene en esta época, debido primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del futuro niño, el cual, como es natural, extrae de la madre el calcio que necesita.

Esta extracción de calcio que sufre la futura madre debe compensarse con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales. El control de la dentadura por parte de un odontólogo es, pues, muy recomendable, en algunos casos, también suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente con un jabón suave, evitando los tintes (Alonso, 2002).

Higiene mental

Entendemos por higiene mental de la mujer gestante la preparación psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta

llegar al parto. Ciertamente, la embarazada sufre algunos trastornos propios de la gestación que constituyen inconvenientes muy superables, en especial con la ayuda del psicólogo y su consejo. Algunas mujeres sufren problemas psicológicos derivados a su deformación física o de la ansiedad ante el acontecimiento que se aproxima. Unos y otros deben desecharse racionalmente.

Conviene, por lo tanto, rechazar durante el embarazo las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo, preocupaciones, etc., situaciones que, en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto o malformaciones del feto. El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada del esposo, responsable como ella del acontecimiento que se aproxima. El marido o compañero es, sin duda, la persona que mejor puede ayudar a la embarazada, no sólo animándola, sino ayudándole en muchas de las tareas cotidianas del hogar que en los últimos meses quizás resulten más pesadas para ella.

Durante el embarazo, no es solo la mujer quien va a sufrir una serie de cambios; sino que también cambiará para el futuro padre. Es precisamente ese el momento de asumir que la vida cambiará para los dos y preguntarse cómo es que van a educar y cuidar de sus hijos (Cornachione, 2006).

También es muy aceptable que el padre se interese por todas las circunstancias del embarazo y se esfuerce en comprender los estados de ánimo de la futura madre, interesándose por sus preocupaciones, tratando de distraerla y animarla y colaborando con ella en los preparativos del próximo nacimiento.

Alimentación

Durante el embarazo, la madre se encarga de proveer los nutrientes necesarios para el desarrollo y el crecimiento del feto que lleva en su vientre. El feto vive a expensas de su madre, capta la sangre materna a través de la placenta y toma los nutrientes que necesita (Marín, 2006).

Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar la salud y la del feto. A lo largo del embarazo el peso aumentará entre 9 y 13 Kg, es recomendable consumir:

- Alimentos como la carne o el pescado cocinados a la plancha o hervidos, sobre todo si existe un aumento de peso excesivo.
- Aumentar en forma moderada las frutas, verduras, pan con preferencia integral, arroz, pasta y legumbres.
- Beber entre medio y un litro de leche al día, o su equivalente en yogurt o queso fresco.
- Disminuir el consumo de alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- Reducir los alimentos con mucha azúcar, como pasteles, dulces, especialmente aquellos prefabricados, caramelos, chocolates, etc.
- Evitar consumir mucha sal que podría hacerla retener líquido e hincharse.
- Evite alcohol, tabaco y drogas.
- Aumentar las cantidades de calcio consumiendo productos lácteos o suplementos de calcio diariamente, preferiblemente en la noche. Un adecuado suministro de calcio al organismo la hará menos susceptible a calambres.
- Moderar las cantidades. No "comer por dos". Una ganancia elevada de peso puede hacer la labor de parto mucho más difícil, se recomienda no ganar más de 13 kg. durante todo el embarazo.
- Minimizar la ingesta de alimentos procesados o enlatados e intentar comer alimentos preparados frescos, mientras se está embarazada, se es más susceptible a las intoxicaciones. Algunos aditivos e ingredientes artificiales pueden ser dañinos para el bebé e inclusive causar daños congénitos.
- Mantener una dieta balanceada que le permita a la mujer adquirir todos los nutrientes necesarios para su bienestar y el del feto, debe asegurarse que la dieta incluya suficientes vitaminas y nutrientes.

Vestido y calzado

Durante el embarazo es aconsejable que se cumplan las siguientes recomendaciones:

- Utilizar vestidos cómodos y holgados.
- El zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano.
- La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, salvo en los casos en los que el médico lo aconseje.
- Las medias y calcetines que produzcan compresión local de la pierna pueda favorecer el desarrollo de várices, por lo que no son aconsejables.

Relaciones sexuales

Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestas para la madre, cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle molesto; si es así, puede adoptar posiciones que sean más cómodas. Deben evitarse las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas. Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 2 o 3 últimas semanas del embarazo.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

Cuidados prenatales tempranos en relación con la etnicidad y el área geográfica

La evidencia indica que las madres de raza blanca reciben cuidados en etapas más tempranas del embarazo que las que son de otras razas. Existe una diferencia uniforme entre las madres de raza blanca y las que no lo son por lo que respecta a los cuidados de salud que reciben durante cada uno de los trimestres del embarazo. Se tiene pruebas de que las mujeres que viven en zonas metropolitanas reciben cuidados más tempranos que las que viven fuera de ellas; esto es cierto para mujeres de cualquier raza (Jones, 2000).

Desnutrición: Una de las secuelas más importantes del nivel socioeconómico bajo es la desnutrición. Los estudios revelan que, en comparación con personas de mejor nivel económico, las madres de clase pobre tienen el doble de deficiencias con respecto a cuatro ingredientes esenciales en la dieta. Lo más notable es que las personas de escasos recursos presentaron cuatro veces más anemia por deficiencia de hierro y dos veces más casos limítrofes que las de nivel superior.

Se observa el doble de deficiencia entre las personas de clase inferior con respecto a tres elementos esenciales de la dieta: vitamina A, vitamina C, riboflavina, en comparación a las de nivel superior. Es evidente que existe una interacción compleja entre desnutrición, pobreza y otros factores ambientales y genéticos.

El bajo peso al nacer: la desnutrición se identifica como una de las causas de la incidencia de lactantes de bajo peso al nacer de madre pobres en zonas urbanas. La relación del bajo peso al nacer en las poblaciones desnutridas puede tener una explicación más compleja que la simple nutrición. El tamaño del recién nacido, más que reflejar la insuficiencia dietética durante el embarazo, indica la desnutrición materna crónica, que data desde la niñez temprana de la mujer, como también las graves creencias del medio social.

1.8 CONSULTA PRENATAL POR PERIODO GESTACIONAL.

Programa de Salud de la Mujer

El cuidado de la salud de la mujer adquiere relevancia cuando se sabe que son prevenibles la mayoría de las muertes que ocurren en esta edad, pero también porque la mujer es el principal agente de la salud en la familia y en la sociedad (Marín, 2006).

Promoción de la Salud

- Capacitar a la mujer en los temas relevantes en este grupo de edad: alimentación saludable, actividad física, salud bucal, salud sexual, adicciones, violencia familiar, accidentes, climaterio y menopausia.

Salud

- Cuando sea posible y se considere necesario, invitar a la mujer a sesiones educativas o a grupos de ayuda.

Nutrición

- Mida peso, talla y cintura, y evalúe el estado de nutrición. Explicar que el sobrepeso y la obesidad se consideran una enfermedad así como un riesgo para múltiples padecimientos.
- Reiterar la importancia de la alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico sistemático
- En embarazadas, administrar hierro y ácido fólico durante un periodo mínimo de tres meses.

Prevención y Control de Enfermedades

- Aplicar en las mujeres de 20 a 44 años la vacuna doble viral (SR), explíqueles la utilidad de esta vacuna en la prevención y eliminación de sarampión y rubéola.
- En mujeres embarazadas aplicar Toxoide tetánico diftérico tipo adulto (Td) de acuerdo a norma.
- Hacer entrega informada de condones y destacar su importancia en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- En las enfermas con tuberculosis, otorgue y de seguimiento al Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES). Detección oportuna de enfermedades.

- Para la detección de cáncer cérvico uterino, a partir de los 25 años realizar la prueba de Papanicolaou cada tres años. Hacer seguimiento de los casos con citología anormal.
- Para la detección de cáncer de mama: A partir de los 25 años realizar exploración clínica de mama cada año y capacitar a la mujer en la autoexploración (Alonso, 2002).

Detección de diabetes mellitus

A partir de los 45 años realizar medición de glucosa en sangre capilar, con glucómetro, cada tres años. En las mujeres con sobrepeso y obesidad y padres o hermanos con diabetes, hacer la medición de glucosa a partir de los 20 años, cada tres años.

Seguimiento de los casos sospechosos

- Para la detección de hipertensión arterial, a partir de los 30 años realizar la medición de presión arterial, cada año.
- Solicitar baciloscopia en pacientes que presenten tos con flemas.
- Verificar que tengan realizadas las acciones y pruebas de laboratorio normadas (examen general de orina, biometría hemática y glicemia). Hacer énfasis en la detección de sífilis, por sus siglas en inglés (VDRL) en todas las embarazadas, y Elisa para VIH en las que resulten positivas las pruebas anteriores y en aquellas con riesgo identificado (Stoppard, 2000).

Salud Reproductiva

- Invitación a la lectura de los temas relacionados con el cuidado del embarazo, parto y puerperio.

- Promover el uso de métodos anticonceptivos y para su otorgamiento enviar a las mujeres al médico familiar o al consultorio de planificación familiar.
- Promover la vigilancia oportuna del embarazo, con el médico familiar o con la enfermera materno infantil.
- Promover la atención del climaterio y la menopausia.
Se hace evidente que producen modificaciones y limitan la calidad y la expectativa de vida de la mujer con una gran morbilidad y mortalidad (NOM-035-SSA2-2002).

1.9 VIGILANCIA PRENATAL

Exploración física

- Peso
- Tensión arterial
- Edema
- Altura de fondo uterino
- Frecuencia de latidos fetales
- Presencia de varices en miembros inferiores
- Presencia o ausencia de edema

Estudios de laboratorio

- Hemoglobina (SDG 18 y 20- 32 y 34)
- Glucemia (SDG 24 y 28)
- Examen general de orina (SDG 18 a 20 y 32 y 34)

1.10 COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN SALUD REPRODUCTIVA

Grupo poblacional: Embarazadas

Modifique conductas que favorezcan y propicien la disminución de condiciones de riesgo para el mejor desarrollo del embarazo (Alonso, 2002).

- Alimentación adecuada (disponibilidad, costumbres y recursos económicos).
- Aseo personal para evitar infecciones a través de la boca, las manos y los genitales.
- Practicar ejercicio y reposo
- Utilizar vestido y calzado apropiado
- Prevenir enfermedades durante el embarazo como anemia e infecciones cervicovaginales y urinarias

Identifique con oportunidad síntomas y signos de alarma de las principales complicaciones que aparecen durante el embarazo

- Preeclampsia
- Hemorragias transvaginales
- Infecciones cervicovaginales
- Infecciones de las vías urinarias

Identifique las ventajas del apego al tratamiento médico y al cumplimiento de citas.

Importancia y técnicas de la lactancia materna.

Aceptación de un método anticonceptivo posparto o posaborto:

- Espaciar el siguiente embarazo
- Concluir la reproducción.

Acuda al hospital cuando inicie el trabajo de parto, lleve la documentación institucional necesaria.

Asista a la vigilancia puerperal (a los 7 días)

Acuda a consulta con el recién nacido

Prevención del tétanos neonatal. Vacuna Td.

Tamiz neonatal e inmunizaciones del recién nacido.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder de la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido a la enfermería transcultural como el área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y sub culturas del mundo, con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión, las creencias de la salud, la enfermería, y el modelo de conducta (Rohrbach, 1998).

El propósito de la teoría es descubrir de las particularidades, las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social, otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte (Leininger, 2000).

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas de forma que les sean beneficiosos, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural

Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera ya que la enfermería transcultural se centra en varias culturas con una base teórica y comparativa, Leininger cree que la teoría de la enfermería debe tener que presentar el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados

en sus estilos de vida según su cultura, para así conseguir una atención enfermera eficaz, satisfactoria y coherente con la cultura (Leininger, 2000).

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Por tanto la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran, adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada (conocimiento profesional), como bases para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura (Raile, 2011).

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA TEORÍA

Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden examinarse sistemáticamente para llegar a resultados de cuidados culturalmente congruentes, seguros y responsables (Raile, 2011).

2.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Leininger ha desarrollado varios términos que son relevantes para su teoría.

Cuidados y prestación de cuidados humanos: hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo, autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o la muerte (Leininger, 2000).

Cultura: hacen referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.

Cuidados culturales: actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipados para la salud o bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

Diversidad de los cuidados culturales: son las variables y diferencias de los significados. Modelos, valores, modos de vida y símbolos de los ciudadanos en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los ciudadanos que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

Concepción del mundo: se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.

Dimensiones culturales y de la estructura social: hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e inter relacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o sub cultura), determina, donde se incluye la religión (o espiritualidad) parentesco (sociedad), características políticas (ley) económica, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua.

Contexto del entorno: se refiere a la tonalidad de un entorno (físico, geográfico, y socio cultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

Etnohistoria: hace referencia a la secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados o documentados sobre una población diseñada de una cultura

Sistema de ciudadanos genéricos (tradicionales o populares): hace referencia a puntos de vista y valores locales, indígenas o interiores sobre un fenómeno, así como el sistema de ciudadanos profesionales hace referencia a puntos de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

Salud: significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.

Enfermería transcultural: hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas a fenómenos y competencias de los cuidados (prestación de cuidados) cultura holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas de forma culturalmente coherente y beneficiosa.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte.

Adaptación o negociación de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficios.

Cuidados enfermeros competentes con la cultura: es el uso explícito de cuidados y de conocimientos sanitarios basados en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o

grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte (Raile, 2011).

2.3 MODELO DE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL.

En la década de 1970 Leininger elaboró el modelo del sol naciente para representar los componentes esenciales de la teoría (Fig. No.1).



Figura 1 Modelo del Sol Naciente de Leininger. (Madeleine Leininger, 2004)

Practica profesional

Las enfermeras son ahora conscientes de la importancia que tiene la enfermería transcultural, los cuidados humanos y los métodos cualitativos.

2.4 PARADIGMA ENFERMERO

➤ **Persona**

Leininger se refiere a la mujer como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

➤ **Entorno**

La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con los conceptos de la visión del mundo, estructura y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

➤ **Salud**

Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

➤ **Enfermería**

Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad. Tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas. Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del cliente.

Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales para proporcionar

cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del cliente. Requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente (Raile, 2011).

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

COMUNIDAD INDÍGENA OTOMÍ

Los pueblos indígenas tiene un claro origen colonial, pues son indígenas los descendientes de los pueblos que ocupaban un territorio dado cuando éste fue invadido, conquistado o colonizado (Stavenhagen, 1992).

La población de habla indígena, es toda persona que sepa hablar alguna lengua indígena, por lo que no importa si es descendiente de indígenas o no, sino simplemente si tiene esta característica.

Hay varias definiciones a nivel jurídico internacional que suelen mencionarse cuando se habla de indígenas. Una de las más importantes es la mal llamada definición de las Naciones Unidas, redactada por el Relator Especial José Martínez Cobo y que define a los pueblos indígenas como aquellas comunidades que teniendo una continuidad histórica con las sociedades pre-invasiones y pre-coloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran a sí mismos distintos de otros sectores de la sociedad que ahora prevalece en esos territorios o en parte de ellos.

Los indígenas se constituyen como la población más vulnerable al superar con creces las condiciones de miseria; lo cual se demuestra con cualquiera de los indicadores socioeconómicos utilizados para medir la pobreza. Esta ha sido su condición de vida desde la Conquista hasta el presente, pero la globalización ha acelerado su exclusión y también ha puesto en mayor riesgo su continuidad cultural e identidad como pueblos, al ser perjudicados de manera directa con la expropiación de sus sitios sagrados, de sus territorios, de los recursos naturales que algunas de

sus regiones tienen y de la destrucción más irracional de la que tenga memoria la humanidad: el hábitat.

Por otra parte, el Convenio nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a los pueblos indígenas como:

Pueblos en países independientes que descienden de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas (Stavenhagen, 1992).

El otomí es uno de los primeros grupos humanos nómada cazador-recolector de la región chichimeca de México, que desarrolló una cultura propia con un idioma bien estructurado. La lengua otomí forma parte de la familia otomí-pame, que pertenece al tronco lingüístico otomangue (Garone, 2013).

Los otomíes son un pueblo originario de México con presencia en varias entidades de la República, sobre todo de la zona Centro y hasta el Golfo de México en las entidades de México, Hidalgo, Guanajuato, Querétaro, Puebla y Veracruz y es una de las etnias más relevantes numéricamente, pues la cantidad de hablantes de otomí la ubica como la séptima más hablada con un total de 288 052 hablantes de tres años y más, lo que representa 4.16 por ciento de los 6 913 362 hablantes de lengua indígena que hay en el país (INEGI, 2010).

En el Estado de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registra un total de 97 820 hablantes de lengua otomí, que en su mayoría habitan en la etnoregión compuesta por los municipios de Acambay, Aculco, Amanalco, Calimaya, Capulhuac, Chapa de Mota, Huixquilucan, Jilotepec, Jiquipilco, Lerma, Metepec, Morelos, Ocoyoacac, Oztolotepec, San Mateo Atenco, Soyaniquilpan de Juárez, Temascalcingo, Temoaya, Tianguistenco, Timilpan, Toluca, Villa del Carbón, Xonacatlán y Zinacantepec.

La identidad otomí está forjada por la posición que ocupan en la formación social actual, pero sobre todo por los procesos históricos en los que se han visto envueltos y las tradiciones y formas de vivir y convivir que han preservado y adaptado por más de quinientos años. Su cultura contiene elementos de identidad, que provienen de la época precolombina y la Colonia y que se encuentran adaptados al actual desarrollo capitalista, que son perceptibles en sus actividades económicas, en su forma de organización familiar, en su religiosidad, etc. (Montoya, 2013).

El idioma otomí o hñahñu, como lo nombran sus propios hablantes, pertenece a una familia compuesta por siete leguas: pame del norte (que se habla en San Luis Potosí), pame del sur (situado en los límites de San Luis Potosí y Querétaro) chichimeco-jonaz (en San Luis de la Paz, Guanajuato) otomí (cuya distribución alcanza los estados de Hidalgo, de México, Querétaro, Puebla, Veracruz y Tlaxcala), mazahua (en el Estado de México y Michoacán) (Vega, 2013).

Se considera que el tiempo en el que existieron estas variantes como una sola lengua data aproximadamente de 3,500 años a. C.

NOMENCLATURA

Denominación temoaya toponimia

Temoaya proviene del náhuatl Temoayan, que se compone de los vocablos Temoa, derivado del verbo temo, bajar o descender y de yan, que es el efecto de la acción, por lo tanto Temoaya significa Lugar donde se desciende o Cuesta abajo (Arzate, 2001).

Medio físico

El municipio se encuentra en la parte centro norte del Estado de México, en las coordenadas 19° 28' 50" de latitud norte y 99° 36' 12" de longitud oeste, a una altura de 2,680 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con Jiquipilco y Nicolás Romero; al sur con Toluca y Otzolotepec; al este con Isidro Fabela, Jilotzingo y Otzolotepec; y al oeste con Ixtlahuaca y Almoloya de Juárez. La cabecera municipal está a 20 kilómetros al noroeste de Toluca.

Extensión

Su territorio asciende a 199.63 km², que equivalen al 0.88% de la superficie del Estado de México.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Grupos étnicos

Temoaya posee el porcentaje más alto en población étnica comparado con otros municipios del Estado de México. 19,416 habitantes hablan alguna lengua indígena lo que representa el 37.77% de la población. La localidad que se resaltara del municipio de Temoaya se llama Solalpan, esta es una comunidad indígena donde la mayor parte de la población aun habla el otomí y el español.

Evolución demográfica

De acuerdo con el conteo oficial del INEGI, en 1995 la población absoluta del municipio fue de 60,851 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 3.75%, similar al 3.86% registrado en la década de 1980. En los últimos años la dinámica demográfica muestra un incremento constante, muy superior al promedio de la entidad. De 62,118 habitantes en 1996, con una tasa de crecimiento anual de 2.92%.

El crecimiento natural de la población en 1994 fue de 2,103 habitantes, con 2,446 nacimientos y 343 defunciones. En cuanto a las tasas brutas (por mil) de natalidad y mortalidad vemos que en Temoaya la natalidad era de 34.54%, y en el Estado de México de 24.52%; la mortalidad en Temoaya era de 5.58%, en la entidad de 3.84%; y la mortalidad infantil de 36.91% y 35.32%, respectivamente. Prevalece la población joven entre 0 y 14 años, ya que reporta 26,295 niños y adolescentes con el 43.21% del total.

El municipio se caracteriza por ser expulsor de población, ya que buena parte de la misma sale a trabajar básicamente a la ciudad de México, pero sigue manteniendo vínculos con sus lugares de origen. La corriente migratoria es débil, para 1990 el

equivalente al 1.02% de la población nació fuera del Estado de México y, de los mayores de 5 años sólo 1.05% no residían en la entidad en 1995.

La población del municipio es eminentemente rural debido a que la integración de los asentamientos urbanos no es regular; no obstante, la tendencia demográfica es hacia la urbanización (Arzate, 2001).

La población total del municipio en 2010 fue de 90,010 personas, de los cuales 43693 son hombres y 46047 son mujeres lo cual representó el 0.6% de la población en el estado. En el mismo año había en el municipio 17,941 hogares (0.5% del total de hogares en la entidad), de los cuales 3,059 estaban encabezados por jefas de familia (0.4% del total de la entidad). El tamaño promedio de los hogares en el municipio fue de 5 integrantes, mientras que en el estado el tamaño promedio fue de 4.1 integrantes (INEGI, 2010).

El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en el municipio era en 2010 de 6.7, frente al grado promedio de escolaridad de 9.1 en la entidad. En 2010, el municipio contaba con 65 escuelas preescolares (0.8% del total estatal), 57 primarias (0.7% del total) y 29 secundarias (0.8%). Además, el municipio contaba con siete bachilleratos (0.5%), dos escuelas de profesional técnico (2%) y una escuela de formación para el trabajo (0.3%). El municipio también contaba con ocho primarias indígenas (4.9%). En 2010, la condición de rezago educativo afectó a 28.6% de la población, lo que significa que 19,825 individuos presentaron esta carencia social (Coneval, 2010).

Las unidades médicas en el municipio eran 24 (1.3% del total de unidades médicas del estado). El personal médico era de 96 personas (0.5% del total de médicos en la entidad) y la razón de médicos por unidad médica era de 4, frente a la razón de 10.1 en todo el estado. En el mismo año, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 28.7%, equivalente a 19,873 personas. La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 88.3% de la población, es decir 61,105 personas se encontraban bajo esta condición.

El porcentaje de individuos que reportó habitar en viviendas con mala calidad de materiales y espacio insuficiente fue de 25.7% (17,772 personas). El porcentaje de personas que reportó habitar en viviendas sin disponibilidad de servicios básicos fue de 39.1%, lo que significa que las condiciones de vivienda no son las adecuadas para 27,052 personas.

En 2010, 49,309 individuos (71.2% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 31,729 (45.8%) presentaban pobreza moderada y 17,581 (25.4%) estaban en pobreza extrema. La incidencia de la carencia por acceso a la alimentación fue de 38%, es decir una población de 26,296 personas (Coneval, 2010).

COMUNIDAD DE SOLALPAN

RELIGIÓN

Predomina la religión católica con cerca del 85% de la población, en tanto que el resto profesan la religión evangélica y la de los Testigos de Jehová.

INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y DE COMUNICACIONES

Educación

Los servicios educativos muestran avances importantes en los últimos años. Hoy en día, el número de escuelas es mayor; casi todas las delegaciones cuentan con instituciones de nivel básico, pues existen 54 de preescolar y del nivel medio básico hay 17 secundarias. El nivel medio superior consta de preparatoria, CONALEP y CECAO ubicadas en la cabecera. Para cursar estudios superiores hay que ir a Toluca. En la actualidad el municipio cuenta con 124 escuelas que son atendidas por 755 profesores y tiene un índice de analfabetismo de 21.82%. Hay un Centro de Atención Múltiple que atiende a alumnos con necesidad de educación especial por deficiencia mental, problemas de lenguaje, neuromotores y de conducta.

En capacitación para el trabajo, existe una escuela que atiende una matrícula de 494 alumnos, la cual representa una alternativa más para la juventud que muchas veces, por su misma edad, no puede integrarse a las fuentes de trabajo.

En la cabecera existen varias clínicas y consultorios médicos particulares de calidad aceptable, pero resultan inaccesibles para la mayoría de la población que es de escasos recursos. Algunas comunidades cuentan con unidades de medicina tradicional. Los principales programas de salud están relacionados con la prevención y tratamiento de enfermedades, medicina familiar, planificación familiar y campañas de vacunación.

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Principales Sectores, Productos y Servicios

Agricultura

Es la principal fuente de trabajo del municipio, y sus localidades cuya actividad abarca el 66% de la superficie laborable con 13,299 hectáreas, de las cuales 11,700 hectáreas (88.25%) están destinadas al cultivo de maíz. En el resto de la superficie se producen otros cereales, haba, maguey, y algunos frutales.

Ganadería

Funciona como una actividad complementaria a la agricultura, ocupa una superficie de 1,036.4 hectáreas que corresponde al 5.1% del territorio municipal. Predomina la explotación intensiva (95%), ya que la extensiva es mínima y cada vez tiende a disminuir. La crianza de guajolotes y de borregos criollos por los grupos otomíes es considerable.

Industria

Conserva todavía un nivel artesanal. Existen algunos establecimientos relacionados con la elaboración de productos lácteos, panaderías, peleterías, tortillerías y molinos de nixtamal, escobas, burros de planchar, caballitos y diversos juguetes de madera. En el ramo textil se da la manufactura de chincuetes, sarapes, fajas, tejidos, ayates,

bordados y deshilados, que no representan un ingreso sustancial para la población, pero han coadyuvado al mejoramiento de su nivel de vida. Hay algunas herrerías y carpinterías, y varias empresas relacionadas con la construcción que fabrican bloc y tabicón de cemento.

Temoaya se caracteriza por la elaboración de tapetes de lana estilo persa, anudados a mano con demanda nacional e internacional. La empresa "Tapetes Mexicanos" agrupa a cerca de 300 artesanos; además, otros 900 artesanos trabajan en talleres familiares.

Tradiciones

Persisten ciertas costumbres que hablan del espíritu tradicional de la población. Son prácticas que afloran en momentos cruciales de la vida, en los usos cotidianos o en los festejos. Entre los grupos otomíes, se conservan con gran fuerza las costumbres relacionadas con el "moshte" (ayuda durante la época de cosechas, algún festejo familiar, o un velorio), el trueque y la celebración del "día de muertos".

LOCALIDAD SOLALPAN

Se dice que esta localidad con nombre Solalpan traducido al otomí "ndeghiadi" que en español significa "por donde sale el sol" aún se considera una comunidad indígena perteneciente al municipio de Temoaya.

En este lugar la mayor parte de la población habla español pero también aún se sigue hablando una lengua indígena que es el otomí, la vestimenta de gran parte de la comunidad femenina es el chincuete, faja, blusa o saco.

Las viviendas de las personas poco a poco van cambiando de casas de adobe a casas hechas con ladrillo y cemento.

De acuerdo al CENEVAL el municipio al que pertenece esta localidad cuenta con un total de 90010 habitantes de acuerdo al conteo oficial del INEGI 2010, no se obtienen datos exactos del lugar en cuanto a natalidad y mortalidad.

En 2010, 49,309 individuos (71.2% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 31,729 (45.8%) presentaban pobreza moderada y 17,581 (25.4%) estaban en pobreza extrema.

En el 2010 se censaron estos datos en la localidad de Solalpan fueron:

710 personas de 15 y más con educación básica incompleta.

673 personas sin derechohabiencia a servicios de salud.

Actualmente la comunidad cuenta con una secundaria, una primaria y dos kínder, pero aun así la mayor parte de la población de adultos mayores son analfabetas un centro de salud el cual atiende de lunes a viernes una enfermera la cual es la responsable y suele salir para apoyo de vacunación a la 2° sección, también se encuentra una médico, ellas se encuentran de las 9am a las 2pm, cuando asiste a consulta alguna persona que hable otomí, por lo regular esta (e) va acompañado por otra persona familiar, vecino, etc., por si no se le entiende a lo que quiere decir. Aunque la gente por lo regular prefiere los remedios tradicionales que se componen de hierbas, flores o plantas, o raíces así como también gente mayor o curanderas que se dedican a realizar limpias por algún “mal” considerando que fue algún tipo de “brujería” o “maldad” que les hizo otra persona.

La población del municipio es eminentemente rural debido a que la integración de los asentamientos urbanos no es regular. La mayor parte de la población es de religión católica, en su menor parte es evangélica y testigos de jehová. La gente de esta comunidad se mantiene haciendo o tejiendo fajas, servilletas con bordados de hilo, listón y deshilados y otra gran parte sale a otros estados en busca de mejores ingresos económicos.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que se obtuvieron de la investigación realizada en el tema de salud intercultural, puede ser contrastada con referencias bibliográficas y publicaciones.

Se realizó la contrastación de acuerdo al modelo del sol naciente Madeleine Leininger. Donde se describirán por categorías y subcategorías.

CATEGORÍA: FACTORES EDUCACIONALES

El factor educativo: Se basa fundamentalmente en el nivel de escolaridad promedio y el acceso a la educación. La educación es un proceso humano y cultural complejo. Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura en su conjunto, en su totalidad, para lo cual cada particularidad tiene sentido por su vinculación e interdependencia con las demás y con el conjunto (León, 2007).

Sub categoría: Hablar del embarazo

Al hablar sobre el mito, lo primero que conviene precisar es el sentido en el que se usará el concepto; en el presente caso, su sentido cotidiano, “mito” es sinónimo de “falsedad”, o de “fábula” en el mejor de los casos.

La voz mythos –refiriéndose principalmente al mito arcaico significa “narración verdadera”, esto es, que el relato mítico se caracteriza por ser aceptado como verdadero por quien participa del mismo. Como punto de partida y para analizar dicha investigación se realizaron entrevistas donde se hace mención de algunas respuestas que se obtuvieron.

En la escuela, [...] casi por lo regular no hablaban del embarazo [...] porque era todavía se puede decir como prohibido (E-26).

En el centro de salud nos han dado la plática de cómo debe de ser de los cuidados (E-22).

En la respuesta anterior hablar del embarazo es relatar de lo prohibido, es aceptar como verdadero, ya que lo relatado no es admitir un discurso que aparezca como formalmente válido desde el punto de vista lógico, sino es una aceptación de una “verdad” sentida como tal como hacen notar los estudiosos contemporáneos y que por ello permite orientar el propio existir (Oyaneder, 2003).

La mayoría de padres no saben cómo hablar de sexualidad con sus hijos y muchos lo convierten en un tema prohibido, otro medio de información es en la escuela pero como nos hacen mención algunas de las entrevistadas también era prohibido hablar de eso, algo que a la larga puede perjudicar la confianza y el aprendizaje de las mujeres.

Sub categoría: Interpretación de la información

La información es la adquisición o comunicación de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada. Pertenece legítimamente a cualquier mente razonable, sin que ello contradiga la necesidad de proteger la propiedad intelectual (Ríos, 2014). Tal como lo interpretan las entrevistadas y se muestra en seguida.

De qué sirve que una tenga tanta información, si mi hija salió embarazada a los 16, le digo - no te embaraces - porque mi hija estaba en la prepa entonces ella no le daba tiempo ir a sus pláticas, la que iba es la otra [la otra hija], y esa es la que salió embarazada [...] uno tiene la información, pero pues luego hace lo que se puede (E-21).

El rezago educativo redundará en consecuencias adversas que van más allá de las propias personas que lo presentan. Así, cuando los padres no saben leer ni escribir se limitan las perspectivas educacionales de los hijos en edad escolar, cancelando

generacionalmente las posibilidades de una participación equitativa, en deterioro de la calidad de vida de familias y personas (García, 2006).

La mayoría de la población estudiada tiene un nivel de escolaridad de secundaria, lo que se puede estimar como un elemento muy positivo que favorece el entendimiento entre los profesionales de la salud y los participantes en dicha investigación, esto también favorece a que se puedan brindar la información a través de las generaciones sin mayor problema.

CATEGORIA: FACTORES ECONÓMICOS

En relación a los factores económicos se abarcó el análisis del alcance económico para satisfacer medios básicos, la accesibilidad a los productos que incluye medicación y el vínculo laboral.

La economía se define como la producción, distribución, consumo y acumulación de bienes escasos susceptibles de uso alternativo.

Los factores económicos son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.

Sub categoría: Costos de atención

El costo es el gasto económico que representa la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Al determinar el costo de producción, se puede establecer el precio de venta al público del bien en cuestión (el precio al público es la suma del costo más el beneficio).

Con relación al factor económico, los costos durante la atención en el embarazo, estadía y hospitalización no están del todo al alcance de las poblaciones indígenas, por lo que las mujeres de ésta comunidad hacen mención que se les facilita ir con una partera ya que les resulta más económico, como se da a conocer a continuación.

Algunos de los datos más relevantes que fueron encontrados mediante las entrevistas son los siguientes:

En estos tiempos sí, para mí sí es costoso pues iba nada más a sobarme, pero también iba a los ultrasonidos (E-13).

El parto es lo poquito más costoso, ya lo demás [...] todo eso pues va saliendo, los ultrasonidos, los análisis que te piden, ya ve que te piden de orina, de sangre y todo eso (E-12).

Con las parteras nos resultaba más económico, porque pues nomas le dábamos algo simbólico [...], según nuestras posibilidades, a lo mejor si teníamos dinero para revisarse cada medio año (E-26).

Las prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrados en la visión del mundo, el contexto religioso, lo económico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular (Leno, 2006). Puede ser que algunas mujeres tengan la opción de atención con parteras, pero es fundamental que ellas conozcan los beneficios de recibir atención oportuna y continua de profesionales de la salud en el área que lleven el control de su embarazo, y de esa manera evaluar riesgos y mantenerla en un estado de óptima salud.

CATEGORIA: VALORES CULTURALES Y DE MODO DE VIDA

La cultura es un concepto tan universal y ambiguo que no se puede reducir a un solo significado. La cultura es un conjunto de actividades materiales y espirituales que distinguen una sociedad determinada de otra. La cultura determina también la forma

como las personas en cada sociedad definen lo que es salud, enfermedad, vida, muerte; además de la necesidad de buscar atención y decidir a quién solicitarla.

Leininger (1978) define cultura como conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades (Castillo, 2008).

Sub categoría: Incomodidad por género (Pudor)

El pudor es una predisposición del hombre para expresar una restricción moral o física con respecto a algo que se considera indecente. Esta reserva y discreción en la sociedad actual están particularmente ligadas a las cuestiones sexuales. Se puede expresar como la negación de hablar con otras personas sobre detalles de la vida privada o sexual o por el hecho mantener una apariencia física o una forma de vestir muy discreta, que no ofenda.

Los valores culturales y modos de vida también son evaluados en relación con el proceso salud-enfermedad realizando un análisis sobre la atención médica que el personal de salud es de sexo masculino en ocasiones esto está en contraposición para la atención hacia las mujeres como a continuación se menciona.

[...] pues, a mí, bueno no me ha gustado que me revise un hombre, un médico, prefiero que sea mujer, porque pues entre una mujer y una mujer no hay nada que apenarse, en un hombre pues tenemos sexos diferentes y eso lo que me apena a mí, de que seamos de sexos diferentes y que me vea mi cuerpo (E-3).

Sí, no me gustaría que un doctor me esté checando, me gustaría que sea una doctora o una enfermera (E-15).

Sí, porque a veces te da pena más por los hombres que por las mujeres y está más cómoda con una mujer que con un hombre (E-20).

La teoría de enfermería debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar

cuidados de enfermería efectivos, satisfactorios y coherentes. En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario (Leno, 2006). En relación a la atención médica que el personal de salud sea de sexo masculino en ocasiones está en contraposición para la atención hacia las mujeres debido sus valores, creencias y estilos de vida de su cultura.

Sub categoría: Buscar opciones de atención

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2016). Estas ideas fueron reflejadas en las respuestas de las entrevistadas:

Tenía que ir a un particular o con las señoras, bueno aquí en el pueblo este, se puede decir que son las curanderas que eran las que luego nos revisaban (E-26).

En términos generales la enfermería trans-cultural invita a considerar la forma en que la cultura y los aspectos de valores y creencias influyen la salud de las personas y vienen a constituirse en elementos esenciales para tomar decisiones acerca del cuidado en quienes constituyen la familia o la comunidad (Muñoz, 2007).

Cabe mencionar que para las entrevistadas la partera representa un elemento de salud que contribuye de manera importante al cuidado de la mujer durante el embarazo; en muchas ocasiones detecta y deriva los casos de riesgo a los centros de salud para su atención. Asimismo, la partera ofrece masajes y la información sobre los cuidados que deben tener durante el embarazo, dentro del marco cultural indígena.

CATEGORÍA: LENGUAJE

El lenguaje es la capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de la palabra. El lenguaje es el medio de comunicación de los seres humanos, quienes utilizamos signos orales y escritos, sonidos y gestos que poseen un significado que les hemos atribuido. El lenguaje puede entenderse también como la capacidad humana que permite conformar el pensamiento. En ese sentido, los seres humanos utilizan actos de lenguaje de manera cotidiana para poder convivir con otros seres humanos (García, 2006).

La adquisición y el uso del lenguaje son una herramienta de comunicación básica para la población indígena, pues le permite desenvolverse en diversos ámbitos e integrarse a la vida nacional (García, 2006). De acuerdo a las entrevistas realizadas las respuestas con respecto al lenguaje que hacen ver la importancia del idioma son las siguientes:

Pues no porque las doctoras no te entienden [...] hay veces que luego cuando va uno con su suegra, pues tiene que ir con uno, para que le explique al doctor que tiene uno (E -12).

Dado que el dominio de este idioma depende de la necesidad de su uso en determinados contextos sociales, que son diferentes para los hombres y las mujeres a lo largo de su vida, es de suponer que los ámbitos sociales que determinan su adquisición y práctica (García, 2006). En una comunidad indígena, el hablar tanto el lenguaje de su cultura y el español son una herramienta de suma importancia, ya que la mayoría de las personas más jóvenes hablan español.

CATEGORÍA: FAMILIA Y FACTORES SOCIALES

La persona, para Leininger, es aquel ser humano cultural que se cuida y en él se plasman sus valores, creencias, prácticas culturales, etc. que se encuadra en un entorno, es decir, en todo el contexto (Leno, 2006).

Familia: Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen. La familia puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes.

Confronta diferentes tareas, como la unión de dos seres con una meta común; el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y quedar la pareja nuevamente.

Sub categoría: Participación y apoyo de la familia y/o pareja

La familia es la institución básica de la sociedad esta basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad (Estrada, 2014). Un ejemplo se refleja en las siguientes respuestas:

Pues yo sola, yo sola me he ido en mis embarazos, cuidarme, porque realmente de la pareja no, no cuento mucho con apoyo, simplemente se va, él trabaja y te arreglas como puedas, como mujer así no tengo mucho de esos apoyos (E-2).

Pues me iba sola ¿y cuándo iba con la partera igual sola? Me acompañaba mi suegra (E-6).

No tienes apoyo de nadie (E-12).

El apoyo de la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. Está demostrado que el principal apoyo se encuentra dentro de la

familia. El estudiar la forma en que los miembros de la familia están involucrados en el proceso durante el embarazo, podremos descubrir que se experimentó en un acontecimiento de vida importante o un problema ya en ocasiones la familia no es una fuente de apoyo. Es el lugar donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, tolerancia, firmeza y cariño (Estrada, 2014).

El análisis de la situación de la familia y/o de pareja indicó que las mujeres asisten a sus consultas solas, pero tampoco interfería para que asistan a su control prenatal. Estos elementos favorecen las intervenciones de los profesionales de la salud.

CATEGORÍA: FACTORES RELIGIOSOS

La religión es un sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones, ética y organización social que relaciona la humanidad a una categoría existencial. La religión es el resultado del esfuerzo del ser humano por contactar con el "el más allá". La experiencia religiosa proporciona explicaciones globales e interpretaciones acerca del mundo. Las religiones tradicionales se basan en un intensa ceremonia de intercambio de los vivos con sus ancestros y a su vez con el mundo espiritual que les rodea (Rodríguez, 2008).

La religión es de alguna manera análogo al significado de "estilo de vida", en que cada concepto representa un grupo o reunión de rasgos más que algún "factor" identificable (por ejemplo, una cosa o entidad aislable). El significado de religión no se puede reducir a un factor pretendidamente unidimensional, como creer en Dios o la Iglesia.

Los servicios religiosos son rituales sociales, y a través de los rituales las tradiciones religiosas afirman y activan sus creencias y su visión del mundo, instilan disposiciones y motivaciones apreciadas por los demás, e identifican cursos de acción prescritos y prohibidos (Rodríguez, 2008). Las entrevistadas mencionan lo siguiente.

No, porque soy católica, y eso no impide que vaya a mi consulta (E-8).

La religión más practicada de ésta comunidad indígena es católica. El enfoque religioso en sentido general no interfiere en ninguna forma durante el embarazo y para asistir a su control prenatal, todo lo contrario, exhorta a ser partícipe del cuidado de la salud.

CATEGORÍA: FACTORES TECNOLÓGICOS

La construcción de la sociedad de la información representa una gran apuesta por promover un desarrollo armonioso, justo y equitativo entre países, regiones y sectores sociales, mediante el acceso generalizado y uso apropiado de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). Muchos de los esfuerzos a nivel mundial se han enfocado hasta ahora en la tarea de universalizar el acceso a las TIC para el abatimiento de la brecha digital.

Sub categoría: Uso de la tecnología

La Tecnología es una característica propia del ser humano consistente en la capacidad de éste para construir, a partir de materias primas, una gran variedad de objetos, máquinas y herramientas, así como el desarrollo y perfección en el modo de fabricarlos y emplearlos con el propósito de modificar favorablemente el entorno o conseguir una vida más segura. En este aspecto las entrevistadas argumentaron lo siguiente:

Pues no porque no, en mis embarazos pues no, ni siquiera sabía agarrar la computadora (E-5).

Pues no como no sé del internet, la mera verdad no se utilizar la computadora, no sé, ni que se investiga ahí (E-6).

No, porque la verdad yo no sé ni utilizar la computadora ni teléfono, nada (E-17).

[...] no lo consideraba como que algo importante, o como que algo que fuera necesario (E-26).

Alrededor del mundo, han proliferado proyectos y estrategias para acercar las nuevas tecnologías a sectores de la población que poco o nulo acceso han tenido a ellas, con la esperanza de contribuir a eliminar los rezagos sociales y económicos entre países, pueblos y personas (Medellín, 2007). Situación que no se observa en las mujeres participantes, quienes no acceden a las computadoras.

Sub categoría: Internet

El internet es una red interconectada globalmente a través de la que cada uno pudiera acceder desde cualquier lugar a datos y programas.

La denominada Red de Redes ha pasado de un ámbito militar y científico, acotado para unos pocos, a convertirse en una herramienta cuyo uso se ha generalizado más allá de barreras geográficas, demográficas, socioeconómicas, culturales e ideológicas. Por lo anterior se interrogo a las entrevistadas, quienes expusieron lo siguiente:

La verdad me gustaría, pero como yo no sé utilizar internet [...] Porque en eso no se no le entiendo, y en el centro de salud a lo mejor se me nace la confianza platicar con una enfermera o con la doctora y ya te dice ahí cuales son las prevenciones, cuales son los cuidados y todo eso (E-2).

No, porque no me ha importado (E -10)

No me ha llamado la atención (E -16).

Internet ha sido capaz de mostrar su utilidad en múltiples áreas de la actividad humana, desde la búsqueda de información en ámbitos académicos o escolares, hasta actividades científicas, profesionales, comerciales, transacciones económicas, actividades de ocio o en las propias relaciones interpersonales (Varela, 2014). La

situación que muestran las mujeres, reafirma que la falta de uso de tecnología como es el caso de las computadoras, conlleva el no uso de internet

Sub categoría: Medios de comunicación

Los medios de comunicación son instrumentos utilizados en la sociedad contemporánea para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. Algunas veces son utilizados para comunicar de forma masiva, para muchos millones de personas, como es el caso de la televisión o los diarios impresos o digitales, y otras. En relación con este aspecto las participantes en este estudio expusieron lo siguiente.

[...] ahorita lo que está suscitando mucho por la tele, es que no los atienden en los hospitales, así de que no los atienden y los bebés nacen en la puerta del hospital y eso, de que sí, pues a veces te desanima y dices, mejor no voy (E-22).

Los medios de comunicación masivos (MCM) son parte de la superestructura político-ideológica de la sociedad, y mecanismo fundamental para la construcción de la hegemonía necesaria para la reproducción que requiere un Estado para mantener la dominación de una clase o sector social sobre otro (Feo, 2013).

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, mencionan que el ver como es la atención de salud en la televisión las desanima a ir a los centros de salud y simplemente se quedan con la información que saben a través de la televisión o de las demás personas independientemente si sea falsa o sea verídica. Cabe mencionar que este factor no influye considerablemente para la atención durante y posterior al embarazo.

CATEGORÍA: IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS, 2016).

Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población, es vital la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. Asimismo, la falta de disponibilidad y acceso a los recursos hospitalarios y la deficiencia en la atención del parto ponen en riesgo la supervivencia de la madre y de su hijo(a), ya que una parte importante de las complicaciones del embarazo se presenta alrededor del alumbramiento (García, 2006).

Sub categoría: Calidad en la atención

La calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado.

La calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico (Llinas, 2010). En este aspecto fue imprescindible cuestionar a las entrevistadas donde la mayoría argumentaron lo siguiente:

Porque hay doctores que no atienden bien y a la vez los doctores o enfermeras que no atienden bien, se siente la persona, se ofende, o no atiende bien y dicen, pues no vamos a ir porque el doctor, habla o no atiende bien o grita o algo así (E-13).

[...] iba pero me decía el doctor que a veces no tenía tiempo (E-15).

[...] el doctor es más grosero, más especial con la gente como que no me gustaría ir aquí (E-20).

[...] a veces nada más lo ven y le dicen a usted todavía le falta, pero nunca lo checan nunca le dicen oye ahorita te checamos y te tomamos los signos, o que tanto dolor tienes, no nada más le ven la panza y le

dicen, a usted todavía le falta pero pues nunca te ponen una atención (E-22).

Los doctores a veces les falta concientización, porque si una persona y va con dolor, deben de prestarle atención, porque en lugar de aliviarme con un doctor que ese era mi propósito - de irme al doctor -, terminé con una partera (E-26).

El proceso donde el proveedor de salud, continuamente, lucha por alcanzar la habilidad para trabajar con efectividad dentro del contexto cultural de un cliente, una familia o una comunidad (Muñoz, 2007). En el sentido de la calidad de la atención obstétrica, refieren mala atención de los médicos, por lo que no basta sólo con conocer el cuidado genérico, sino que es también la lucha por alcanzar la habilidad de trabajar en distintos contextos culturales.

Sub categoría: Temores

El temor es una emoción dolorosa, excitada por la proximidad de un peligro, real o imaginario, y acompañada por un vivo deseo de evitarlo y de escapar de la amenaza. Es un instinto común a todos los hombres, del que nadie está completamente libre.

Se caracteriza por el despliegue de una acción de huida, de alejamiento de aquella persona, situación, o cosa que despierta el sentimiento, porque claramente se la considera como peligrosa para la vida o la tranquilidad del entorno. Las entrevistadas describieron lo siguiente:

En el primero, pues no sentía tanto miedo, pero cuando faltaban dos meses para que mi bebé naciera, este bueno iba a revisarme y -me decían que iba bien-, pero de un momento el bebé se dejó de mover y luego resultaba que él ahora si se había ahorcado con su mismo cordón que tenía enredado, y como que después que vino mi hija, si tenía miedo que le volviera a pasar igual (...), ahora si me iba a revisar cada mes al centro, y como que si me daba miedo que pudiera pasar lo mismo (E-4).

Me sentí mal, y ya cuando me llevaron al doctor resulta que mi hijo pues ya no estaba vivo, entonces como que ahí me dio por eso de irme mejor a un particular (E 16).

El profesional de salud debe poseer un conocimiento básico de las diferentes creencias y prácticas que se dan entre los muy diversos grupos existentes. Del mismo modo, con el tiempo será posible observar diferentes orígenes étnicos y culturales en los propios profesionales de enfermería, y cuando estos sean capaces de transmitir al paciente y su familia que son conscientes de sus creencias y prácticas sanitarias, se establece una relación que facilita asistencia sanitaria multicultural segura y eficaz (Leno, 2006).

En el sentido a la atención, se puede decir que la mala percepción de ésta, hace que no exista confianza en el equipo de salud. Por lo que debemos comprender que los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales.

Sub categoría: Solicitan atención

Que sigan mandándonos doctores que atiendan bien a la gente, para que la gente no se desanime a ir al centro de salud (E-13).

Pues me gustaría que hubiera más que nada más enfermeras donde expliquen para poder explicarlo a nuestros hijos (...) porque ahorita ya ve en estos tiempos hay muchos embarazos (E-15).

Sugerencias de las participantes

Que se cuiden porque es riesgoso embarazarse chicas, más por la edad.

Yo fui una mamá muy joven y tuve mi hijo a los 14 años fue muy complicado para mí, en cuestión de la edad, y peor que mi hijo nació prematuro a los 7 meses [...] mi mamá me decía, se te va a morir ese niño y le digo no, yo lo voy a crecer, y ahorita ahí anda y le digo a mi mamá ahí está, ahí está, ah porque me decía mira tú ratita [...] (E 11).

[...] hay gente de aquí, todavía se sigue aliviando en sus casas o con las parteras que a veces si es peligroso (...) una persona igual llevó a su esposa allá al hospital, pero le dijeron que le tenían que hacer cesárea y el señor no quiso, y la sacó y la llevó con la partera (E-27).

Se ha dado un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida (Leno, 2006).

La ausencia de la consideración cultural en los cuidados puede provocar lo que se conoce como choques culturales y/o empeorar la relación entre enfermera-paciente. Por ello se presenta la competencia cultural como un método para integrar todos los conocimientos, habilidades y conciencia cultural en los cuidados. Por otro lado, la investigación en Cuidados y Enfermería Transcultural es escasa, pero que sin embargo, se debe de profundizar en esta área para conseguir que los cuidados actuales se dirijan a concientizar y entender otras formas de cuidar y percibir la salud, fomentando así la investigación en dicha área. Ya que la necesidad de un modelo transcultural al plasmar que su forma de conocer, interpretar, razonar, actuar, explicar, y predecir las situaciones en función en el contexto donde habitan las personas influye en el cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados de la investigación, permitieron analizar mediante la teoría de enfermería transcultural los factores de riesgo prenatales en mujeres indígenas. Se determinó que la población estudiada tiene un nivel de escolaridad promedio de secundaria, no obstante el nivel académico, de acuerdo a las entrevistas realizadas tanto en la escuela como en casa no se habla sobre el tema del embarazo debido a que mencionaron que es un tema prohibido

Cabe mencionar que el factor que más destacó, fue el de estilos y modos de vida ya que mencionaron que preferían ser valoradas y exploradas durante su atención obstétrica por enfermeras o médicos de sexo femenino, además refieren que asisten a sus consultas con la suegra, esto como factor cultural.

Con relación al factor familiar, las entrevistadas mencionan que sus parejas las apoyan más en lo económico.

Respecto a lo económico, los costos durante la atención en el embarazo, estadía y hospitalización no están del todo al alcance de las poblaciones indígenas, por lo que las mujeres de ésta comunidad hacen mención que se les facilita ir con una partera ya que les resulta más económico ya que solo les dan algo simbólico. Logramos revelar que en ocasiones la familia no está muy involucrada.

Con base en nuestros resultados, la religión más practicada de ésta comunidad indígena es católica, la cual no influye en la atención prenatal.

En las entrevistas realizadas en relación al lenguaje algunas mencionan que saben hablar y entender otomí otras solo lo hablan y unas más lo entienden, pero cabe mencionar que el idioma no es un factor que impida la comunicación para la atención perinatal, ya que el personal de salud no habla otomí.

Respecto a la tecnología la mayoría de las entrevistadas mencionan que no saben utilizar la tecnológica como computadoras o celulares para buscar información sobre el embarazo y otras mencionan que no lo consideran algo importante o necesario.

El factor que se destacó fue la mala calidad de la atención obstétrica, ya que refieren no asistir a sus consultas por mala atención de los médicos, ya que están de mal humor, no las revisan o refieren que no hay fichas, etc.

Por lo que debemos comprender que los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de enfermería para orientar la práctica de esta disciplina, ya que la meta de enfermería transcultural es proporcionar cuidados que sean coherentes y congruentes.

Sin duda la investigación ofrece herramientas que se pueden incorporar en la práctica del cuidado con el objeto de promover la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva transcultural a fin de que dicha práctica esté influida por competencia cultural adecuada. Ya que sustenta y se reafirma la importancia de los conocimientos de la investigación para preservar, negociar o reestructurar las prácticas en favor del bienestar de la comunidad indígena.

Enfermería no es tener un papel pasivo, sino quien sale a encontrarse con las entidades de personas indígenas para crear un puente de sinceridad y contribución continua y así proponer un programa educativo para las mujeres indígenas en edad reproductiva.

SUGERENCIAS

Las enfermeras y enfermeros tienen que aprovechar esta oportunidad para liderar una nueva área de conocimiento para garantizar que la asistencia que se da a los usuarios tenga siempre en consideración la inclinación cultural. No podemos realizar planes de cuidados, protocolos o guías, dejando esta dimensión, ya que ésta nos da la clave para brindar cuidados congruentes y coherentes a su cultura. Se debe ser comprensivo con el modo de como las personas ven la salud, la enfermedad, la muerte y el duelo, siempre dejando fuera de nuestras valoraciones estereotipos y prejuicios ya que crean barreras en la comunicación entre el profesional de salud y el usuario.

Que el personal de salud se capacite en el cuidado transcultural y así brindarles una mejor promoción a la salud en temas de reproducción y embarazo para orientarlos en cuanto a cuidados y situaciones que se les puedan presentar ya que esta proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud.

Brindar respuesta a necesidades en cuanto a información en salud de la población, esto para que ellas se sientan con mayor confianza de acudir a su atención prenatal en su comunidad y satisfacer sus necesidades de la manera más amplia posible.

Orientar a las mujeres para que acudan regularmente a su control prenatal e involucrar tanto al esposo como a la familia para lograr un mejor bienestar en la mujer embarazada.

Proporcionarles medios de información donde puedan encontrar temas en salud de manera que sean entendibles y de fácil acceso para ellos.

Impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.

PROPUESTA: FOLLETO: EDUCACIÓN SOBRE EL EMBARZO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EMBARAZO: DIRIGIDO A MUJERES EN ETAPA REPRODUCTIVA
QUE HABLAN OTOMÍ

PRESENTAN:

L. E. ACUÑA SÁNCHEZ KARINA
L. E. ROBLES PÉREZ ANA PATRICIA
L. E. SOTELO OSORIO YEINI

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. EN ENF. DANIELA GÓMEZ TORRES.

MARZO, 2017.

Nu ñu rä nthi (pa ihi ga nu latin Gravitás) ge yu zána i thogi bu da fuhti da ´niti ja nu ro muji da fuhti da te nu ovulo xi nthantsi da bu da muji nuna i ne da ma yu mbodi un ro ndo'yo, nu ro ngo nihi ku ibui ambo nu ro ndóyo ge i´kja ge nu behña da mudi da fodi, da vini, nihi da jiegi da te nu da nkja un tsi uene i da beni po ra ya zänä bu i kai yu kji, nihi da fuhti de te yo yu xi´ba pada ñuni ga ´ba.

Nkjangu da fuhti da nxanti yu kjani nkjangu da fudi ko nu nthantsi na ovulo ko na espermatozoides nkjangu da vadi ta da muji. (Valera,yojo mo ne yohto).

Nubu nu ovulo da nthantsi ko nu espermatozoides, da mudi da mbödi, nu ro ndóyo de nu behña, da mbödi físicos ne psíquicos ra ndo zo, ikja da nu nuro r´ayo muji, da nde guhto zänä, ge nuna di pädihu ge un ñu (Jones yoho mö).

N'A.N'A NUNA DA NIGI NE DA TSO KA XO ÑU

NIGI:da ueni nu dehe iponi bu ipongi kji kada zänä, mbodi ne da nkja ra ntsihti yu yo xi´ba, mbodi nu yaji rangentho un boxi ga kjo vaginal (nigi ga Chadwick).

Mbodi ja un ya jira ngentho yu fuxo (melasma/cloasma, nkuxti mböti ne nkuxti ntaxi), da fuhti da te nu ro muji, ne da beni muxti ja nu ro muji.

TSO: Yöhö, micciónzai, da muhti da ñohki, jinda zo da pöhö, da bo ro kue, da fuhti da ñani nuro muji.

N'A.YOHO NTOTE IKJA DA METSI DUMUIO PA UN UENE

- Kjamu da fuhti da tso yu dumui bu da iye hñu reta ma kuta ya kjeja ne bu yo tsi xutsi.

- Ntote bu jingi petsi domi ne ga hnini: ntuhtite de yu ta, ga hnini, domi pa yu ri mini, bu gi thogi thuhu.
- Ntote ga dumui ja nu ro mui: bu gi petsi tsomui: gi tsuti yui, gi tsi ithe, gi tsi ñithi, hñuni ne thomui teratógenos,ka i thogi ne ka gi tso ja nu ri nzaki, dumui ja nu ri nzaki ne chichutho mfoxthe de yu kjäni
- ni gi petsi.
- Ka gi kja ne ka gi tso.

Inkä´tiki naño po ra nge nu ri hnini: nihi dankätiki naño ko nu du de nu ro mui ko nu ro de nu meto kjeya de nu ro nzaki, ra zo nde go odihu ge gotho yu naño mui ko nu kjäni inkja ge ine da ma un du nihi da hnuki po range nu domi gi petsi (Smith, yoho mö ne reta).

N’A. HÑU NTOTE I NIGI RANTHI PA NU XO ÑU

Ntote bu jibe da mui

- Gihi de nu me: giji bu iñoui ra u nu kji ko un mbila sacaría, preeclampsia, eclampsia, hipertensión, gihi de nu ro nxinxi, gihi ga riñu, gihi sífilis, rubeola, xäti, bu itsise nithi, tsi ithe, bu jitsa pehtsi kji discrasias ga kji, bu i thogi thuhu, gihi rantso bu xo ñu
- Ka i gote un me: Bu itsi nithi ji razo pa un uene, tsuti yui bundo bui ja nu jiadi, bu jense ipa hñu bes nu´yetethe
- Kjeya: <reta ne rahto kjeya ne >hñu reta ma kuta kjeya, bu ra te o jitsa ra te, isoinmunización ra nthi (Rh o pi na), bu i petsi yoho tsi uene (porangehna bu xi mui yoho batsi o hñu), bu da xotse ya xifani buy ambo <hñu reta ne yohto-hñu reta ne

hñahto ngo ikja da nde da xotse yu xifani> reta ne hñahto-yoho reta ne gongo (uni a sepsis neonatal, giji ga nxinxi da ñuti jaro kjo ne giji), polihidramnios, oliohidramnios, inu ge inde pa da te da ñuti ja nro kjo du ante da mui ne neonatales previas, mui ante da zxexka mpa o yu leku batsi jinga jiu bu da mui, bu xaiyu domi.

Ntote ga dumui bu xi ñ'u

Gena i nigi o inu ka xi nu ge i bui da ma hniñi un gege o nu ro batsi de nu bu xi ñu, da mui o bu ya si mui

Ntote ga dumui bu da nxanti

Gotho ya inigi de na behña ge petsi kjeya pa da ñu pe bu jixo ñu petsi ma da metsi da hniñi o da du, un bu da ñu.

Ntote ga dumui: Preeclampsia-eclampsia

- Bu bedi da zudi yoho reta kjeya
- Bu ya xo thogi hñu reta ma go kjeya
- Bu ro meto ñu
- Behña ko kuta o xi thogi de nuyu ñu
- Bu ya xo petsi **preeclampsia-eclampsia ja na ro ñu**
- Bu ra u ro kji
- Bu petsi mfuhtsi ga ñunkji a xo dinkja.

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

- Ge na gihi i petsi na beñña de yu mpa xi ñune/o bu ya xi bui ka ro batsi.
- Da nigi bu xi thogi kuta xänä (mu da muhti yoho reta ngo).

Ka da nigi ko ka itso ga thogi:

- Da neni ku yo yie/o kä ro do. Da nohki. Da ugi nu ro ña. Da zuni yu yo gu. Da kä'ti rä mboti o rä ntaxi o da kä'ti tsi tsibi. Da ugi ja ku yo botse.

Gihi ga ñu mbila

- Gingi ma mbila bugi ne gi mbila.
- Thuhkinu ri xikji bu ko ma "pöhö".
- Pehke ri xikji.
- Ka ri huitua jinda nkja ga xi'yo.
- Jingi pehke yu ri yie ante gi ma mbila o mefa gi ma mbila.
- Bu jingi hi o nu ri nzoya.

Ka inigi y/o ka gi tso ga thogi:

- Gi tso ra u gu gi ma mbila (disuria).
- Bu gi ndo mbila chixhutho (polaquiuria).
- Bu 'go mbila pe pigine gi ndo mbilatho (tenesmo vesical).
- Mbila turbia

Gihi ga kjo

Note ga dumui:

- Bu jinda pe'hte ra zo nu ro xikji nu ri nzoya.

- Bu gi obi ko nu ri nzoya ne gingi mfodiui.
- Ka ri huitua jinda nkja ga xi'yo.
- Jingi pehke yu ri yie ante gi ma mbila o mefa gi ma mbila.

Ka inige ne ka gi tso:

- Ka ipigiki (randongu): bu i yuni ra ntso ran taxi, ra nkäxti o ra nkangi o ra nxähi (xä ki genitales).

N'A.GO NToTE GA HNINI

Ntote i thogi ha ro mui

I bui ra ntote ikja da mbodi nu ro nzahki, mahke ra nthi. Yu ntoteja nu ro nzaki bu hingi hñini ne da zo da ie nu estrés ko ka i thogi ja nu ro nzahki ra ndo zo bu i ñu (Smith,yoho mo ne reta).

Ankja nu ro mui

Ra zo da nuhu ankja un ro mui de yu do'thi xinu, de yu jingi pe'tsi domi pa da zi. Nu ro mui i ne da ma ankja i bui ge da zo da metsi gihi. Yu mui de ya kjani xai yu yo domi i nigi po gotho yu dmui i thogi po ra ngenu. Yu dmui i thogi po ra ngeñu gihi jingi kja ro guenda po yu dmui ma inigi; yu gihi ge na dmui ge da ma thogi. Ka uhti ankja da mui, yu jitsa i petsi domi, ge i pefi, i padi yu ntote da thogi ko ka da ma mefi ri mani, da kja da nu te da mefi ja nu ro nzahki i nigi po ka i ikji po range nu ro nzahki un ro mui ne ankja i bui. I hnu yu xi ntuhti pa jinda metsi nihi, yu hnini bu te i thogi jingi pädi te da **mefi** (Wildschut,mo guhto nthebe ne guhto reta ma guhto).

Ntote ne dumui ja ro nzaki, jangu ntote ga dumui

Yu ntote ne dumui ja un nzahki, ankja da nkjahu ja nu ro mui, i ne da maa ja yu ntote kjangu bu da uene ko ka ro nzoya, gihi o da du na ro kjani indo madi ne da bedi k ora befi, ge de ka ro uene i tomi, mahke nu na da kja da nsenti mefa, nu ro mui ke yu kjani psicológico ne ra mui de yu kjani ne da kja da nsenti de yu yo gihi de yu kjani, yu mfadi de yu mui ge kja di xo mui de nu nu un mbödi de nu ro nzahki ne gotho ka i thogi da kja da metsi dumui.

Tsu i petsi dumui ne ji'tsa petsi mfoxte de ya kja'ni

Bi nigi yu dumui ra ndo te ne chuchutho mfoxte de ya kja'ni mi hñetho ne mikja jindi mbini ra zo; nige nuya, nu mfoxte social ne yu dumui de nu ro nzahki jimi pe'tsi na mui rangentho. Nihi i bui na mui ko nuyy ge da kja da metsi dunthi dumui, nu mfoxte mfoxte de ya kja'ni ne nu ranthi de nu nu, nihi nu ranthi de un da ma tsu (Jones,yoho mo).

Ka i kja ne mpoho

Ge ihma ge mu da nkätiri psicológica yu behña xi'ñu da fädi a damankja nu ro 'ñu, bi ne bi yenihu nu ro mui de un behña xi'ñu, de nu ro mui jangu ro me de pi ra ntote psicosociales, nuyu da zo da fotsi ja un ro mui. Ji ra ngentho ka da na de yu yo nu de yu behña ge i petsi. Nihi da zo da mehtsi na interacción ko gegese ko nu dumui psicosocial ge na kjani da zo, ka itso da zo da motsi nu mfoxte de ya kja'ni y psicológicas. Yu ra nthi de un 'ñu, un befi ga mui de un uene dankja jinda boni ra zo po rangenu interacción (Gonzales yoho mo ne n'a).

N'A.KUTA NIGI NE ITSO PA GI PADI

Umui pelbico jangu tsahpi mui, pengi kji o da tso ra u bu imbila, cefalea bu xaitho gi tso, yöhö itso da bokibi gotho, ra ya mpa po tengu zänä, acufenos, fosfenos kä xi mpa, umui, ga gotho tsu infuhtsi, proteinuria, i pongi dehe gentho bu imbila, indo pongi flujo, itso indo boki gotho, ngu hitsa i kähti, disuria, umui, jinda tso da näni ka ro uene, ji rangu nu ro mbila, ineni ku yo laboxi, ku yo xo, ka ro dö, etc. (Stoppard,yoho mo).

Gehñu da zo da kja da du un tsi uene o nu ro me.

Bengi kji: Bu da bengi kji ge bu i ñu gi da nu ra zo. Bu pe'tsi hñu zänä da do 'ka ro batsi, un goho o rähto zänä i ne da ma da xotse nu placenta. Gehna i ne da ma ge bu da bongi kji da nkja da du nu tsi uene o gehnu me.

Bu da böni dehe amniótico: Nuna da nihi ko nu rantho zäna, gebu nu tsi ngohchi ge i kömi nu tsi uene pe'tsi dehe, ge bu da böni, un me da käti. Nuna da käti ranthi mähke da böni chichutho n dunthi ya jinda pe'tsi dehe un tsi uene (oligoamnios), nuna da kja da du. Bu jirāngu da böni i ne däma ge yu tsi xifani da xegi ne da zudi na giji de na tsi uene po ra botse microbiano, da zudi gihi po äbu da böni (Alonso,yoho mo ne yoho).

Acufenos y Fosfenos: Ine da mä da box nu ru mpfuhtsi ga ñunkji i tsifi hipertensión po ra nge nu ñu o pre-eclampsia, i yohmi ko cefalea ne edema ja yu ngo ibui athi.

Edema ja yu ngo ibui athi: Bu da nigi bu ya xo nde i ño tsi nkjante, ihnu normal po un muntsi dehe nige nu bu da ñohmi ko rau, da thengi o da ñeni yu yo xinthe, gehna i ne da ma abu ihmuntsi ya kji. Da ma ri ja na yotethe bu jina nu tombo da botse ha nu nxinxi. Nu tsi ñithi bu da nu ro trombosis ga ñunkji ge nu dankja ra mi nu kji. Pa jinda thogi nuna gi hie yu dahtu ga ñunkji, jintsa da mi ne jitsa da mentho.

Käximpa: Bu nu ro pa i thogi de yu hñu reta ne hñahto. hñu °C i tsifi ro käximpa. Nu i ne da mä ge “ji i bui ra zo” nu ri ndoyo. Bu i käximpa i ne da mä ge hi ibui ra zo gi ma nu ri na yotethe, da kja jinda bui ra zo nu tsi uene.

Dehe ga kjo: Nu dehe ga kjo ra ntaxi, chichutho, xai gi tso. Bu nu dehe ra ngu, rankäxti, ra mi, da kja gi nxäti ge i yuni ra ntso bui ge na gihi ga kjo. Yu vaginitis o vaginosis bu jinda hnu da kja da xotse yu xifani rohki o da muj ante gi tomi. (Alonso yoho mo ne yoho).

Bu da tzo rau bu imbila: Da ma kja na examen ga mbila pa da nu jingi pe tsi infección. Ra ngentho yu gihi ga kjo, yu gihi ga mbila da kja da xotse yu xifani ne da kja da ntsoti a bu da boni nu tsi uene.

Bu ya jingi ñani nu tsi uene: Bu iñani nu tsi uene i tso nu ro me ta yu kuta zänä. Bu iñani nu tsi uene da kja go o kuta ñäni na hora. Bu jitsa iñani nu tsi uene (hñu o chichutho/na hora) gotho nu mpa o kjuadi hora jinda tso, da ma nu rin a yotethe pa dankja na monitoreo de nu ro muj de nu tsi uene, nuna da kja o ine da ma du de nu tsi uene ja nu muj de nu me.

Ugi: Ine da ma hangu xai bu jitsa ra u ne chichutho de gotho yu zänä de nu 'ñu,ni ge nu ya, bu randoo ngu nihi bu ikjuki dehe tsi jogi po nu vajina nihi da guhki na miti ga boxi o ga kji ante da guadi,ihnu ji razo neda kja da mui ante gi tomi a bu nu mui de nu tsi uene da kja jinda te razo (Alonso, yoho mo ne yoho).

N'A.RAHTO FÖDI NU 'ÑU

NTÖNI

- Umui; 'Yöhö, umui,xi nkjoti nu ro xiñu etc.
- Ga mbila: Disuria, polaquiuria, tenesmo, etc.
- Xikji: Pigi ra ntäxi, ko ku iñoui, kji ipigi, etc.
- Gihi ja ro xikji
- Gihi vasculoespasmódico: Cefalea zäi, acufenos, fosfenos, etc.
- Neni: A bu gi töti ne a inkja (nxudi o nxui).
- Befi: Zedi, uni, bo ro kue, penti nithi ji razo.

Ugi de yu meto hñu zänä

I ne da yöho ko 'yöhö

- Ite ormonal
- Ji rangu i ñäni ga umui
- Ntöte ja nu ro mui

Mfodi

- Xätho i ja ro mui
- Tsi yu hñuni ji ra hyu

- Tsi dehe bu da zi
- Ginda zi hñuni tsu i yuni, nzihki, o pa ñoui dunthi mpeui.

Zai ne ga mbila

- Tsihtsi de un kjo ko nu ñu mbila
- Nu progesterona ikja da tsoya yu ngo ra nkuxti de nu ñu mbila

Mfodi

- Tsu da zi dehe ne da ma mbila bu ine ja nu mpa
- Jitsa da zi dehe bu nde pa jinda uni nu nicturia

Ntsihti ga tsu

- Da te ne da neni yu xiba

Mfodi

- Da hie dahtu ga xiba
- Jinda gontsi xabo ja nu xiba pa jinda jege

Pigi ga kjo

- Nu te ga estrógeno da kja da nguki nu boxi po yu glandula endocervicales
- Nu nguhki de nu kji ja nu dibi i kja da pigi boxi

Mfodi

- Zäi da ji
- Jinda jie dahku da tsistibi
- Zäi da jogi ne zäi da yoti nu luga de un ro xikji
- Ginda kömi ninda pehte nu ro xikji

Ugi da zo bu pe tsi yoho ne hñu zäna

Muntsi kijhni: Nu nguhki ga progesterona i kja da tsoya nu ngumfo de nu muj

Mfodi

- Da mi bu i tsi po (hñu reta min)
- Ginda zi hñuni ra nzihki
- Ji'tsa da zi

Bu ji itso da pöhö ne yuni ra nxa

- Nu nguhki ga progesterona da kja da nde nu tsämfönguhki nu dehe
- Nu tsihsti de nu kjo da kja da te ja nu tsämfö
- Bu jitsa i 'ño, pi jitsa i tsi dehe

Mfodi

- Nguhki dehe
- Tsu da 'ño

Nunkji xi neni

- Nu nguhki ga progesterona I kja da tsoya nu ngora nkoni de yu ñunkji
- Nu ntsimi de nu kjo ja yu ñunkji, i kja da neni yu ñunkji ja nu xikji

Mfodi

- Gingi nde da moi o da mi
- Ginda jie dächtu da tsihsti
- Ginda gutsi yu ngo i bui athi

Ra nthi da tsihña

- Nu nguhki de nu kjo i kja da ´tsimi nu ´tiña

Mfodi

- Dä nkohki pa dä ähä

Guenti ne da yöhö

- Neni ne mpfutsi ga ñunkji

Mfodi

- Jitsa da bökari
- Bu da ´meni da nköhki ja ro nchöye pa jinda tsihtsi yu ñunkji i bui ja ro korazo

Ne jinda neni yu yo gua ne yu laboxi

- Nu kji xi mitin e jingi jiegi da ño

Mfodi

- Tsoya
- Te ga nugo
- Jina dähtu da tsitsiki

Näntsi ga guä

- Jingi yo ra zo nu kji ne bedi calcio ne fosforo

Mfodi

- Gui

N´A.YOHTO MFÖDI ANTE DÄ MUI

GHOTO YU MFODI

Ntote da hña guenda nu behña bi i ´ñu.

Da liohki nu ro ndoyo:

Ra ndo zo ge gotho yu zänä xi ñu nu behña zai da jiohki nu ro ndoyo, xo bu fuhti da boni nu ro ba ko nu xonthe ika indo yuni, da ji ko dehe ne xabo i tsifi zai da kja, nu dehe, ko ngehna i kja da ño ra zo nu kji, i kja da xäha. Ko nu dehe da nxäha da tu'mi ko'nu pa hñu reta ne yohto°C. Ji ra zo tsu da nde ne jinda nxitsi dehe ra ngu.

Xi tsifi da pehte nu ro xikji, da kja tsi nkjante, xo yu i pigi ja nu xikji da nguhki. Po rangehu ra zo da kja bu nzudi o bu nxui. Yu dehe kjo ji xi hne xo i kja da ku'ti na gihi.

Bu ipa mäde de nu ro ñu, da fodi yu yo xiba xo da fuhti da bongi ba timbi kalostro ge da kja da zäki gu ginda pehte ra zo ko dehe ne ko xäbo. Bu na behña i bui amade de nu ro ñu, da mödi yu yo xi'ba, xo da fuhti da boni da timbi ra kalostro ge ikja da xäki bu ji nda pehke ko dehe ra tu'mi ne ko xäbo, nihi da gontsi na ñithi iñogui lanolina pa da kja da tu'mi. Nunu, hinda kja da jege, bui ra, da nigi tada fuhti da tsuhti nu ro uene (Alonso,yoho mo ne yoho).

Nu jibe i nigi nu ro xi'ba de nu me, xäi da goxti pa da nigi.

Nihi bu da ñuti kuta zänä da fuhti da gui ne da muxti nu ro mu de nu behña. Pa hinda nigi, da goxti ko nzihki o seete pa da zini nu ro zifani nkänu jinda muxti. Nihi da xuhki yu yo tsi bu da guädi da zi, bui ra behña xi ñu da beni kji ja yu yo tsi ne da yia yu yo tsafi xo bedi calcio ge nu da mankja me itso bu xi ñu, bu da müdi da te nu tsi uene, nu nu i joni calcio nso'tho i tsimi de nu ro me.

Nu na tsimi de nu calcio i thogi nuna damankja me da zi ñithi ne hñuni ra nkuhi ga calcio ne mineral. Da ma kä'ti na odontólogo pa hinda ya yu tsi xo rando zo, nihi da hió'y yu yo xta, ge i nigi mar ä

ntsiti yu zänä xi ñu po rä ngehna da pehte nu ro ña ko na xäbo, hinda gontsi tinte nu ro ñä (Alonso,yoho mo ne yoho).

Mfini ra zo

Di pädihuge nu ro nfini de nu behña i johi nä mfoxte psicológica ra zo, i tomi ne i mpho ko nu ro ñu ja ro guenda de nu ro mui ge i pädi ka da mä thogi ta da zehnu tsi uene. Ja, nu xi ñu i ñonfeni po ka dä ma thogi, nu mföxte ma rä zo gennu ga psicólogo ne nu ro ntsofo. Ra behña i thogi dumi psicológico po nu mbodi i thogi nu ro ndoyo ne i pädi ka da ma thogi. Gotho nuyu dä mä gutsi de nu ro ndoyo.

Ra zo nkjanu, de yu zänä xi ñu jinda ntu, jinda nseya, jinda nsenti, ji'tsa da pefi, jinda ñonfeni, etc., ntote ge da kja da dogi o jinda mui ra zo nu tsi uene. Nu mfoxte ma ra zo da metsi nu xi ñu ge nda nkjäpi guenda, nu ro nzoya de ode ne da ikjibi, gege dakja ro guenda de nu dama thogi. Nuro nzoya, gehnu kjani ma ra zo pa da motsi nu ro behña xi ñu, jingi jense de nzofo, nihi da mötsi da kja nu befi de nu ngu de yu mefa zänä da nkja mä ra nthi pa gege.

Yu zänä xi ñu, hingi jense nu behña dä mä metsi dumi de yu mbödi da mankja; nihi dä mä mbödi pa nu dä mankja ta. Gebu da ze ka mpa dä mä mbödi nu yo nzahki de yu yoho ne ankja da födihu yu yo bahtsihu (Cornachione,yoho mo ne rahto).

Nihi nu Ta da ne da bädi de nu ñu ne da zedi pa da bädi te itso nu da nkja ro Me, neda bädi te i kja ne te i ñonfeni, da zitsi da ma ntsundo ne da nfotsiui pa da tomiui nu uene.

Hñuni

De gotho nu ñu nu me da zi gotho yu hñuni i pe'tsi yu nutriente pa da zo da te nu tsi uene i bui ja ro mui, nu tsi uene bui pon u ro me, po ma de nu placenta i tsi gotho yu nutrintr i honi (Marin,yoho mo ne rahto).

De gothio nu ñu nu hñuni da zi dra nkuhi de gotho yu nutriente pa da mui ra zo gege ko nu ro tsi uene. De gotho nu ñu da nohki ta da botse guhto ne reta ma hñu kgs, da nkjanu yu xi ñu:

- Yu hñuni kjangu nu ngo nu moi da thäxi ha nu doyo o da pfugi, bu rando noho nu da ma nkja ro me.
- Da zi ixi, 'käni, thuhmi ga 'tei, arro.
- Da zi made o na litro ga 'ba gotho nu mpa ko yu hñuni xi tote ga 'ba.
- Jitsa da zi hñuni ra ndo nzihki, kjangu nu tosino, ndega, etc.
- Jitsa da zi tafi jangu thuhmi ra ndo u, tafi, kjangu yu xi tote, etc.
- Jitsa da zi hñuni ra ndo uxi buhiña ta neni.
- Jinda zi ithe, jinda zuti yui ne yu droga.
- Da kja da nguhki nu calcio da zi hñuni pa tu calcio zai o gotho yu mpa ma ra zo bu nxui. Bu da zi dunthi calcio jinda näntsi yu yo gua.
- Jitsa da zi. "Jinda zi po yoho". Bu da nohki nkja mä ra nthi bu da mui nu ro bätsi, ra zo jinda botse reta ne hñu kgs, de gotho nu ñu.
- Jitsa da zi hñuni pa ihi ja yu xitho pe ra zo da zi yu hñuni ra zo, bu xo'ñu bi jina da pfoxi tsantsi. Ra inthantsiui yu hñuni ra ntso pa nu tsi uene, bui da kja da hnini.

- Bu da zi yu hñuni ra zo nu behña da metsi gotho yu nutriente i joni gege ko ka ro tsi uene, nunu da kãhti ge petsi ndunthi vitamina ne nutrientes.

Dãhtu ne nkjo´mi:

De gotho nu ´ñu ra zo da teni n una tsofo:

- Da jie dãhtu ra nxidi.
- Yu nkjo´mi jinda duhtibi, ne jindra te.
- Nu bãti da kja da duhti nu ro mui ntsotho ji ra zo da jie jense bu da xi nu medico.
- Yu media ko yu dahtu ga gua indo duhti yu yo gua da kja da neni yu yo ñunkji, ntsotho ji ra zo da jie yu yo dãhtu

Bu da õbi ko ka ro nsoya

Bu nu ´ñupa i ra zo tobe da zo da obi ko ka ro nzoya pe bu da zo ra u nu me, o bu da fuhtu da te nu ro mui, bu da obi kjangu zai i kjau i o bu da zo ra u; bu kjanu da poti ankja i kjau i. Jinda obi bu ipongi kji ge ine da mã da mui nu tsi uene ante da zeku yo mpa o xi xotse yu tsi xifani. Jinda yobi ko nu ro nzoya bu bedi yoho o hñu ngo ante da mui nu tsi uene.

MFODI RA ZO

Mfodi ante da mui ja nu hnini ne a bu bui

Xi hñu ge yu behña yo ntãxi ma ibodi nu bu xi´ñu ge yu pi ra behña. Jingi hnu rä ngentho yu behña rä ntãxi ko yu pira, yu ji ra ntãxi ihnu ta da metsi hñu zãnã. Infadi ge yu dehña i bui ja yu ndo hnini ma i bodi ge yu i bui a yu leku hnini; nu na ha in kja pu pa gotho yu behña. (Jones, yoho mo).

Xai da zi: Na de yu ma i nigi ge xaitho domi ge yu ji i pe'tsi te da zi. Yu nxodi udi ge yu kjani ji rangentho ku yu pe'tsi ne ko yu jingi pe'tsi domi, yu me ji i pe'tsi domi i kja da bedi go hñuni ra ndozo paz i uene. Nu ma i nigi de yu kjani xa'i da zi da metsi go vez anemia xo hi i tsi hierro, ne yoho ga limítrofes. Ma i nigi yoho vez de yu kjani hi i pe'tsi domi de hñu elemento ja yu hñuni: vitamina A, vitamina C, ribofalvina, ge de yu i petsi hñuni da zi. Ge i nigi i bui na mbödi de yu xayu da zi, zayu domi, ne pi ra ntöte i pe'tsi.

Bu ji ra jiu bu da mu: bu xayu te da xi i nigi po rangehnu ro me ge xayu domi pe'tsi. Bu ji ra jiu bu da mu i nigi po nu luga aibuihu da zo da hinä ge jingi hense i ne da ma xayu te da zihu. Bu da mu nutsi uene gi nu kja ra hiu gua jina nkjanu uhtite mu mi tsi ka ro me gua jina mu mi ñu, i ne da ma ji mi tsi ka ro me, desde mu mbro leku xutsi, jangu ka i kji jabu i bui.

N'A.HÑAHTO DA NU NA YOTETHE ANTE DÄ MUJ PO GOTHO YU ZÄNÄ XI ÑU

Nthutsi ga mfädi de nubehña

Nu mfödi de nu ro mu de na behña rä zo bu i fadi dä mfödi pa hinda du, pe nihi hingi jense nu behña da mfodi, gege da mödi yu yo mini jabu i bui ko gotho yu kjani.

Ñuhti ankja da mfödi

- Da tuhti nu behña yu hña za ro pa yu pe'tsi yu ya kjeja, ankja da zi hñuni ra zo, da ño, da xohki yo tsi, mfodi bug i yobi, tsu te ine, nu ko yu mini, yu te ithogi, climaterio ne menopausia.

Mfodi

- Bu dä zö gi ma xi yu behña da ode ya tsofo ja ya hmuntsi ga mföxte

Ntsi ra zo

- Yeni nu ro ndoyo ne nu ro nguti ne gi kä'ti kja i tsi gua jina. Mää ge bu xi ndo nohki i kja da pe'tsi ndunthi gihi.
- Ka da 'na de yu yotethe da tsifi da zi ra zo, nihi da ño.
- Yu xi'ñu, da zi hierro hñu zänä.
- Da tuni acido fólico yu hñu meeto zänä

Yu da zo da tohki yu gihi

- Da tuni yu behña pe'tsi yoho reta ne go reta ne go kjeya nu ñithi viral (SR), xifi ankja da mötsi nu ñithi pa hinda botse tsantsi.
- Yu behña xi 'ñu da tuni Td (toxoides tetánico diftérico pa yu xite) dä tsitsibi jonse ka i honi.
- Da tuni ya condon pa jinda metsi na gihi
- Yu pe'tsi gihi ga tuberculosis, da hnupa da tuni nu nihi i joni (TAES). C Pa da döhki yu gihi.
- Pä dä hñu bu pe'tsi cáncer ga kjo, bu ya xi thogi de yu yoho reta ne kuta kjeya da zo da kja nu Papanicolaou cada hñu kjeya. Da kja ka i tsifi de yu ntote citología anormal.
- Pa da nu nu gihi cáncer ga xiba:

Bu ya xi thogi yu yoho reta ne kuta kjeya da mä nkäti cada kjeya jonse da tuhti ankja da nthoni.

Toti ga diabetes mellitus:

Bu da thogi yu go reta ne kuta kjeja da ma hnu nu ro kji capilar, ko nu glucómetro, cada hñukja. Yu behña rä noho ne ta o yu yo ku pe'tsi diabetes da ma hnu nu ro kji bu ya xi thogi yu yo yoho reta kjeja, cada hñukja.

Teni yu ntote buy gi pe'tsi.

- Pa da döhti un mpfuhtsi ga ñunkji, bu ya xi thogi de yu yo hñu reta kjeja gi yeni nu, mpfuhtsi ga ñunkji cada kjeja.
- Da odi nu baciloscopia nu kjani i hñini ge pe'tsi xa'ti ko böxi.
- Yu behña xi 'ñu da kä'ti kja xi kja gotho yu yo nxodi ga laboratorio (xodi ge mbila, biometría hemática y glicemia). Dä mäa bu xi döti sífilis (VDRL) gotho yu xi 'ñu ne Elisa pa VIH bu i pe'tsi yu ya higi.

Mfodi Bugi nxanti

- Da xodi yu hña i bui pa da mfödi nu xi ñu, bu da muji nu tsi uene ne mefa de ga muji.
- Da nfödi pa ginda ñu ne da gui yu behña ha na yotethe pä da timbi ankja da mfödi pa ginda metsi bätsi.
- Da mfödi nu xi ñu, ko nu yotethe ga leku bätsi.
- Da hña rö guenda de nu climaterio nigi nu menopausia.

N'A.GUHTO DA HNU ANTE DÄ MUI NU TSI UENE

Da ntsonse:

- Hui
- Neni
- Mpfuhtsi ga ñunkji
- Ra hi de un kjo

- Ñani de nu tsi uene
- Da hnu bu xi neni yu ñunkji
- Da nigi o hinda nigi xi neni

Nxodi ga laboratorio:

- Kji (SEM reta ne hñahto ne yoho reta- hñu reta ne yoho ne hñu reta ne go)
- Bu pe´tsi tafi nu ri kji (SEM yoho reta ne go neyoho reta ne hñahto)
- Nxodi ga mbila (SEM yoho reta ne hñahto ne yojo reta y hñu reta ne yojo ne hñu reta ne go)

N’A.RETA HNA GA NTUHTITE PA DA NFUDI DA NXATI

Hmuntsi ga hnini: ´Ñu

Mfoxe ga hña pa da mfodi da nxanti

Mbodi nu ri mui pa jinda nkja ra nthi ne ma da nkja ma ra zo nu ri ´ñu:

- Da zi ra zo (da ne, ankja nu ro mui ne i tsi domi).
- Xai da ji pa jinda pe´tsi nigi, ga ne, ga yie ne ga xikji.
- Da ño ne da tsoya
- Da jie dahtu ne nkjomi hinda tsitsi

Da hnu pa hinda hñini bu xi ´ñu

- Ga kji
- Gihi ga xikji ne ga mbila

Da kati bu hinda bui ra zo o ranthi nu ro ´ñu

- Preeclampsia
- Da pigi ya kji
- Gihi ga xikji
- Gihi ga mbila

Pädi ankja da möxki yu yotethe no o ra zo gi mä.

Gi ma yode ankja gi ma tsuhti nu ri bätsi

Bu gi ne na mfoxte pa gingi pe'tsi ya bätsi mefa ge da mui nu bätsi o da dogi:

- Jiegi da thogi ra ya kjeya pa da yohpi da 'ñu
- Da kja da guadi yu yo 'ñu.

Da ma ja nu hospital bu da mui nu tsi bätsi, da gätsi gotho yu yo hemi i honi.

Da ma kati na yotethe bu da thogi, (yohto mpa)

Chixnu uene

Da tuni ñithi ga tétanos neonatal. Ntsumi Td.

Tamiz neonatal

Pa ginda metsi gihi nu tsi uene xi mui.

FUENTES DE INFORMACION

Alonso F (2002). Obstetricia para la enfermera profesional. Manual Moderno. México.

Gonzalez L.M (2001). Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. *Revista Psicología Científica.com*, 16(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas>.

Jones D.U. (2000). Ginecología y Obstetricia. Mc Graw Hill. México.

Marin L.M (2006). La Dieta. Ed Xlibris. España.

Smith, M (2010). Enfermería Materno Infantil. Mc Graw Hill. México.

Wildschut, HI (1999). Obstetricia y Ginecología. McGraw-Hill Interamericana. México D.F.

Stoppard M. (2000) Embarazo y Nacimiento. Ed. Norma. España

Valera J. (2007) El Embarazo en la Adolescencia Ed. Amazon. España

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Alonso F. (2002). Obstetricia para la enfermera profesional. Manual Moderno. México.
- Arzate J. (2001). Enciclopedia de los Municipios de México. Temoaya. Consultado: 1 de agosto del 2016. Disponible: <http://www.mexicantextiles.com/library/otomi/temoaya.pdf>.
- Feo-Acevedo C.; Feo-Istúriz, O (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 37(96), p. 84-95, jan. /mar. 2013. Consultado el 18 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/10.pdf>
- Castillo Mayedo, JA. (2008). El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. Revista Habanera de Ciencias Médicas [en línea]. Consultado: 18 de diciembre de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418872003>> ISSN.
- Comisión Municipal de Bioética. (2008), Declaración de Helsinki. Obtenido el 12 de Noviembre del 2015. Disponible en: <http://declaraciondehesinki.blogspot.mx/>.
- Clements ML. (1996). Ginecología y Obstetricia y Enfermería. Doyma. Barcelona.
- Coneval. (2010). Sedesol. México, Consultado: 5 de agosto del 2016. Disponible: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150870001>.
- Cornachione LM. (2006). Central del Libro Psicológico, Librería Paidós. Argentina
- Cruz-León, A; Luna-Victoria Morí, FM. (2014). Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal. *Salud en Tabasco*, 20(2). Mayo-Agosto, p. 63-68. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48735406007.pdf>. Consultado: 16 de diciembre de 2016.
- Estrada L. (2014). El ciclo vital de la Familia. Penguin Random House Grupo Editorial. México. 50pág.
- Farfán-Escalera R.; Orozco-Hernández M. E. (2007). Caracterización biofísica y social del Centro Ceremonial Otomí Mexica, Estado de México Quivera, 9(2), p. 263-278 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. .

Consultado el 26 de octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40190210>.

Farías, OA. (2000). Salud pública y educación para la salud. Massón. México.

Figueroa Z.J. (1991). Principios básicos en salud pública. Universidad Autónoma del Estado de México.

García J., Hernández, L. (2006). Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100833.pdf.

Garone, M. (2013). Letras para una lengua indomable: Tipografía y edición colonial en Otomí. *Estudios de historia novohispana*, (49), p. 119-168. Consultado el 26 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25232013000200004&lng=es&tlng=es.

González L.M. (2001). Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. *Revista Psicología Científica.com*, 16(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas>.

Hernán S.M. (1998). Tratado general de la salud en las sociedades humanas. La prensa médica mexicana. México.

Hernández S. (2002). Metodología. 3ªed. McGraw-Hill. México.

Jones D.U. (2000). Ginecología y Obstetricia. Mc Graw Hill. México.

Laza-Vásquez, Celmira, & Cárdenas, Fernando José. (2008). Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural A look at care during pregnancy from the transcultural nursing. *Revista Cubana de Enfermería*, 24(3-4) Consultado: 16 de diciembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300009&lng=es&tlng=es.

Legislación Federal de México. (1983). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Consultado el 12 de Noviembre del 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

- Leininger, M., & Teóricas, F. (2000). Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad. *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid: Harcourt.
- Leno- González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. En: *Gaceta de Antropología*, (22), 2006, Artículo 32. Consultado: 28 de octubre del 2016.
- León, Aníbal. (2007). Qué es la educación Educere, 11(39), p. 595-604, Universidad de los Andes Venezuela. Consultado: 15 de octubre del 2016. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603903>.
- Levin, Jeffrey S. y Vanderpool, Harold Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? : Toward an epidemiology of religion. *Social Sciences and Medicine*. 24(7), p. 589-600.
- Llinás Delgado, Adalberto E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del SistemaSaludUninorte [en línea]. Consultado: 18 de octubre de 2016] Disponible en:<<http://37.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089014>> ISSN 0120-5552.
- Lowdermilk H. (1998). *Enfermería Materno Infantil*. Mosby. España.
- Málaga H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Médica Panamericana. México.
- Marín L.M. (2006). *La Dieta*. Ed Xlibris. España.
- Medellín U. S., Huerta V., E. (2007). La Promoción de las TIC para el Desarrollo en Pueblos Indígenas: Extensión o Comunicación. *The Journal of Community Informatics, North America*, Disponible: <http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/399/337>>. Consultado: 04 Sep. 2016.
- Montoya-Casasola, Miguel Ángel, & Sandoval-Forero, EA.(2013). Marginación sociodemográfica de los otomíes del Estado de México. *Papeles de población*, 19(78), p. 259-291. Consultado: 26 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000400011&lng=es&tlng=es.
- Muñoz de Rodríguez, L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Disponible:<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/4246/1/mirando.pdf>. Consultado: 29 de octubre del 2016.

- NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. Consultado: 10 de diciembre de 2016.
- OMS, Disponible: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ . Consultado: 19 de octubre de 2016.
- Orem, DE. (1993). Modelo de Orem. 4ª ed. Masson Salvat Enfermería. México.
- Oyaneder J. P. (2003). Aproximación al mito Atenea. Consultado: 14 de noviembre de 2016 Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32848707> ISSN 0716-1840.
- Peña A. (2015). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Ed. Psicología: Tópicos de actualidad. Lima.
- RaileA.M., Marriner T.A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería, 7ª ed. Elsevier España.
- Ríos-Ortega, J. (2014). El concepto de información: dimensiones bibliotecológica, sociológica y cognoscitiva. *Investigación bibliotecológica*, 28(62), p. 143-179. Consultado el 14 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2014000100009&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez R.R. (2008). La investigación de las relaciones entre religión y procesos de salud-enfermedad: abordajes y algunos resultados empíricos. *Investigación en Salud*. 10(1). Consultado: 17 de octubre de 2016] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14219995009>
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*, Año II, (3). 1 semestre 1998; p. 41-45.
- Rojas, SR. (2003). Guía para realizar investigaciones sociales. 4ª ed. Plaza y Valdez. México.
- Ruiz, O. JI. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. 5ª. ed. Deusto digital Bilbao. 339 pág.
- Ruiz, O. JI. (2012). Teoría y práctica de la investigación cualitativa. 5ª. ed. Deusto digital. Bilbao.141 pág.
- Salas, C (2000). Educación para la salud. Prentice Hall. México.

- Smith, M (2010). Enfermería Materno Infantil. Mc Graw Hill. México.
- Stavenhagen R. (1992). Los Pueblos Indígenas y sus Derechos. Unesco México. Informes Temáticos del Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Pueblos Indígenas del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2008/Indigenas/libro%20pdf/Libro%20Stavenhagen%20UNESCO.pdf>
- Stoppard M. (2000). Embarazo y Nacimiento. Ed. Norma. España
- Suárez, J. (2004). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2ª ed. Médica Panamericana. México.
- Torres, R. (1994). Diccionario de términos. IATROS. Santafé de Bogotá.
- Valera J. (2007). El Embarazo en la Adolescencia. Amazon. España.
- Varela, Jesús; Gómez, Patricia; Rial, Antonio; Braña, Teresa. (2014). Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España) Anales de Psicología [en línea] 2014, 30 (Mayo-Agosto). Consultado: 18 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188028>
- Vega M. (2013). Diccionario Español. Otomí. McGraw-Hill. México.
- Wildschut, HI. (1999). Obstetricia y Ginecología. McGraw-Hill Interamericana. México.

APÉNDICE Y ANEXOS

APENDICE No. 1:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



DIRIGIDO A MUJERES INDIGENAS EN ETAPA REPRODUCTIVA

GUIA DE ENTREVISTA.

NOMBRE: _____

FECHA: ___ / ___ / ___

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

1 ¿Acude a su control prenatal?

2 ¿En la escuela le hablaron sobre el embarazo y sus cuidados?

3 ¿Tiene algún apoyo económico del gobierno o algún seguro de salud para atender su embarazo y posteriormente el parto?

4 ¿Le es costoso asistir a su control prenatal?

5 ¿Su religión influye para asistir a su control prenatal?

6 ¿La opinión de su familia y/o pareja influye para asistir a su control?

7 ¿De qué manera le apoya su esposo y/o familia durante su embarazo?

8 ¿El idioma le impide que usted pueda acudir a una consulta? ¿Por qué?

9 ¿Ha visto en la televisión algún aspecto importante del embarazo que le impida llevar un control médico?

10 ¿Ha tenido la oportunidad de buscar información por internet sobre el embarazo y cuidados que debe recibir durante su embarazo?

11 ¿Qué el personal médico sea de sexo masculino influye para asistir a su consulta prenatal?

12 ¿Qué tipo de experiencia ha tenido en su atención médica anteriormente que le impida asistir a su consulta?

13 ¿Desea usted agregar algo más sobre el tema?

ANEXO No. 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO

Usted está siendo invitada a participar en este estudio de investigación titulada “Factores de riesgo prenatales en mujeres indígenas con abordaje en la etnoenfermería” tiene como objetivo: Analizar los factores culturales que intervienen en la atención prenatal en mujeres indígenas. Los beneficios para los participantes son: Favorecer la salud para la población al brindar una información y atención congruentes con su cultura a las mujeres durante la etapa prenatal en las comunidades indígenas en riesgo y ofrecer la atención a mujeres tanto en etapa pre, tras, y posnatal y para que a través de la etno enfermería comprender las bases culturales de la población, ofrecer cuidados holísticos congruentes con su cultura.

Su participación en esta investigación consistirá en proporcionar la información contestando de forma verídica las preguntas de la entrevista.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. No tiene riesgo su participación, la publicación de los datos se realizarán con o sin nombre como usted prefiera.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono, e- mail y dirección del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante

_____/_____/_____
FECHA

L. E ANA PATRICIA ROBLES PÉREZ _____
Nombre y firma del Investigador

_____ e- mail

Teléfono: _____ Dirección: _____

L.E KARINA ACUÑA SÁNCHEZ _____
Nombre y firma del Investigador

_____ e- mail

Teléfono: _____ Dirección: _____

L. E. YEINI SOTELO OSORIO _____
Nombre y firma del Investigador

_____ e- mail

Teléfono: _____ Dirección: _____



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe **KARINA ACUÑA SÁNCHEZ** Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título **FACTORES CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INDÍGENAS**, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en **FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA** para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca a los 27 días del mes de Marzo de 2017.

KARINA ACUÑA SÁNCHEZ
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR


El que suscribe ANA PATRICIA ROBLES PÉREZ Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título FACTORES CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INDÍGENAS, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca a los 27 días del mes de Marzo de 2017.


ANA PATRICIA ROBLES PÉREZ
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe YEINI SOTELO OSORIO Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de TESIS con el título FACTORES CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INDÍGENAS, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca a los 2 días del mes de Marzo de 2017.

YEINI SOTELO OSORIO
Nombre y firma de conformidad