



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA



**CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN Y ANÁLISIS
ESPECIALIZACIÓN EN ESTUDIOS DE OPINIÓN**

**LAS MUJERES Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES
SOBRE LA SALUD MATERNO INFANTIL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ESTUDIOS DE OPINIÓN**

PRESENTA

ANA GABRIELA PERRONI MARAÑÓN

DIRECTORA

DRA. JEYSIRA JACQUELINE DORANTES CARRIÓN

TUTORA

DRA. ALEJANDRA NÚÑEZ DE LA MORA

XALAPA, VERACRUZ

SEPTIEMBRE 2017

***Las mujeres y sus representaciones sociales
sobre la salud materno infantil***

Ana Gabriela Perroni Marañón

Agradecimientos

A las voces frías de la montaña, mujeres que durante un año y medio me compartieron lo que pasa en lo más íntimo de sus casas. Ocotepc y su gente me ha abierto la posibilidad de ir más allá del trabajo investigativo, me ha permitido ser consciente de la realidad de muchas familias y de la injusticia social de desigualdad muchas veces olvidada por quienes nos encontramos en una situación más favorecida.

A la Dra. Jeysira Jacqueline Dorantes Carrión, por su dirección y correcciones que me brindo durante toda la especialización. Gracias por todo su apoyo.

A la Dra. Alejandra Núñez de Mora, por su acompañamiento en mi crecimiento profesional y personal. Gracias por ser un ejemplo para mí.

A la Dra. María Luisa Hernández Maldonado, por su tiempo y asesoría para el análisis de datos textuales.

A la Especialización en Estudios de Opinión, por brindarme la oportunidad de ser parte de su respetable Centro de Estudios.

Al Equipo DeMano, que va a la comunidad de Ocotepc con la intención de generar conocimiento trabajando y aprendiendo de las mujeres, los niños y las niñas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por financiar el proyecto dentro del marco de Problemas Nacionales convocatoria 2014 (PN2014-N°246999) y el programa de becas de estudios de posgrado.

Después de año y medio y de quedarme varios días en la comunidad concluyo mi experiencia con la firme idea que para cualquier trabajo de campo realizado con personas es necesario anteponer el código ético, la escucha activa, la solidaridad y la humildad para aquellos quienes son los informantes y poseedores del conocimiento que tanto se busca. Es ante todo primero la gente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVO	18
<i>General.....</i>	<i>18</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>18</i>
JUSTIFICACIÓN	20
MARCO TEÓRICO	23
ASPECTOS TEÓRICOS	23
<i>La importancia de los estudios de opinión</i>	<i>23</i>
<i>Teoría de las Representaciones Sociales</i>	<i>26</i>
<i>Antecedentes de las representaciones sociales.....</i>	<i>28</i>
<i>Desarrollo de las representaciones sociales</i>	<i>29</i>
<i>Dimensiones de las representaciones sociales</i>	<i>33</i>
<i>Descripción de los procesos y herramientas para el estudio de las representaciones sociales</i>	<i>36</i>
SALUD MATERNO INFANTIL.....	37
<i>Salud.....</i>	<i>37</i>
<i>Salud reproductiva</i>	<i>39</i>
<i>Salud materno infantil.....</i>	<i>41</i>
<i>La salud materno infantil como derecho.....</i>	<i>41</i>
<i>La otra cara de la pobreza: un factor de riesgo para la salud materno infantil.....</i>	<i>43</i>
<i>Problemas relacionados con la salud materno infantil</i>	<i>45</i>
MARCO CONTEXTUAL.....	49
UBICACIÓN DEL TERRITORIO.....	50
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	52
METODOLOGÍA	54
TIPO DE ESTUDIO	54
POBLACIÓN	54
VARIABLES DE ESTUDIO	56
DESCRIPCIÓN DE TIPOS DE VARIABLES POR DIMENSIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	56
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
ANÁLISIS DE DATOS.....	66
I. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	66
<i>Características sociodemográficas de la población.....</i>	<i>66</i>

<i>Características reproductivas de la población</i>	69
II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR DIMENSIÓN	73
<i>Dimensión de información</i>	73
<i>Dimensión de actitud</i>	84
<i>Dimensión de campo de representación</i>	87
III. SOPORTES GRÁFICOS	94
<i>Percepción de salud infantil</i>	94
<i>Representación de la figura materna</i>	95
<i>Análisis descriptivo de las dimensiones ponderadas información y actitud</i>	98
<i>Análisis descriptivo del cuidado en pro de la salud materno infantil</i>	98
<i>Análisis descriptivo de cuidados relacionados con la higiene</i>	99
<i>Análisis descriptivo uso de servicios de salud</i>	100
<i>Análisis descriptivo de conocimientos de promoción de la salud</i>	100
<i>Análisis descriptivo de la dimensión información</i>	101
<i>Análisis descriptivo de pensamiento en pro de la salud</i>	102
<i>Análisis descriptivo en acciones en pro de la salud</i>	102
<i>Análisis descriptivo de actitud</i>	103
ANÁLISIS BIVARIADO DE LA DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y ACTITUD CON VARIABLES SOCIO	
DEMOGRÁFICAS	103
<i>Edad por grupos con uso de servicios</i>	104
<i>Edad por grupos con información</i>	104
<i>Estado civil promoción a la salud</i>	105
<i>PROSPERA uso de servicios</i>	105
<i>PROSPERA información</i>	106
<i>PROSPERA acciones en pro de la salud</i>	106
V. ANÁLISIS DE DATOS TEXTUALES	107
<i>Proceso del análisis estadístico de datos textuales (AEDT)</i>	108
<i>Descripción de resultados por pregunta abierta</i>	110
<i>Resultados del análisis de opinión para la pregunta abierta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?</i>	111
<i>Análisis de texto por variables para la pregunta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?</i>	113
<i>Descripción de resultados por pregunta abierta ¿Qué es para usted ser madre?</i>	126
<i>Análisis de texto por variables para la pregunta ¿Qué es para usted ser madre?</i>	129
CONCLUSIÓN	137
REFLEXIONES FINALES	143
BIBLIOGRAFÍA	146
<i>REFERENCIAS ELECTRÓNICAS</i>	150
ANEXOS	153

<i>Anexo 1. Cuestionario: Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil</i>	<i>153</i>
<i>Anexo 2 Fotografías del trabajo de campo</i>	<i>161</i>

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Descripción de los procesos y herramientas para el estudio de las representaciones sociales de las mujeres sobre la salud materno infantil.....	36
Tabla 2. Datos sociodemográficos	52
Tabla 3. Población.....	55
Tabla 4. Variables de la dimensión de información	56
Tabla 5. Variables de la dimensión actitud.....	58
Tabla 6. Variables de la dimensión campo de representación	59
Tabla 7. Grupos por edad de las mujeres	66
Tabla 8. Tipos de familia en Ocotepc	66
Tabla 9. Densidad del hogar en Ocotepc	67
Tabla 10. Estado civil y presencia de trabajo de la pareja de las mujeres en Ocotepc.....	67
Tabla 11. Situación económica de las mujeres en Ocotepc	67
Tabla 12. Número de partos por grupos por edad de mujeres	69
Tabla 13. Mortalidad infantil en niños menores de 5 años en Ocotepc	69
Tabla 14. Conocimiento de las madres acerca de cuidados básicos en la salud infantil.....	73
Tabla 15. Actitudes hacia la salud.....	85
Tabla 16. Palabras asociadas a la Salud materno infantil	87
Tabla 17. Situaciones en las que hay que ir con el médico	90
Tabla 18. Ponderación de reactivos de la dimensión de información.....	96
Tabla 19. Ponderación de reactivos de la dimensión de actitud	97
Tabla 20. Variables en el análisis de textos.....	108

Tabla 21. Nivel de conocimiento en información y actitud en pro de la salud materno infantil	110
Tabla 22. Lematización del corpus ¿Para usted qué es la salud materno infantil? de acuerdo a la raíz léxica	111
Tabla 23. Lematización del corpus ¿Para usted qué es la salud materno infantil? de acuerdo a la semejanza de significados entre palabras utilizadas por las mujeres.....	112
Tabla 24. Grupo 1: 18 a 30 años	113
Tabla 25. Grupo 2 : 31 a 50 años	114
Tabla 26. Grupo 3 : 51 a 83 años	114
Tabla 27. Grupo 1: Mujeres con capacidad de lectura y escritura.....	116
Tabla 28. Grupo 1: Mujeres sin capacidad de lectura y escritura.....	117
Tabla 29. Grupo 1: Mujeres con beneficio de PROSPERA	117
Tabla 30. Grupo 2: Mujeres sin beneficio de PROSPERA	118
Tabla 31. Grupo 1: Extremadamente informada y muy informada	119
Tabla 32. Grupo 2 : Informada.....	120
Tabla 33. Grupo 3: Moderadamente Informada	121
Tabla 34. Grupo 4: Moderadamente poco informada.....	122
Tabla 35. Grupo 5 : Poco informada	122
Tabla 36. Grupo 6 : Muy poco informada y extremadamente no informada.....	123
Tabla 37. Grupo 1: Extremadamente de acuerdo y muy acuerdo.....	123
Tabla 38. Grupo 2: De acuerdo	124
Tabla 39. Grupo 3: Moderadamente de acuerdo	125
Tabla 40. Grupo 4: Indiferente	126
Tabla 41. Lematización del corpus ¿Qué es para usted ser madre? de acuerdo a su raíz	127
Tabla 42. Lematización del corpus ¿Qué es para usted ser madre? de acuerdo a la semejanza de significados entre palabras utilizadas por las mujeres	128
Tabla 43. Grupo 1: 18 a 30 años	129
Tabla 44. Grupo 1: 31 a 50 años	130

Tabla 45. Grupo 1: 51 a 83 años	131
Tabla 46. Grupo 1: Mujeres que saben leer y escribir	133
Tabla 47. Grupo 2: Mujeres que no saben leer y escribir	134
Gráfico 1. Alfabetismo en Ocotepéc.....	68
Gráfico 2. Tiempo de vida en niños <5 años	70
Gráfico 3. Causas de muerte en niños <5 años	71
Gráfico 4. Disponibilidad del seguro popular	72
Gráfico 5. Enfermedad diagnosticada.....	72
Gráfico 6. Asistencia a pláticas sobre salud materno infantil	74
Gráfico 7. Lugares de asistencia a pláticas sobre salud materno infantil	74
Gráfico 8. Personas que han brindado pláticas sobre la salud materno infantil	75
Gráfico 9. Conocimiento de campañas de salud	76
Gráfico 10. Conocimiento de campañas de salud	77
Gráfico 11. Conocimiento de las complicaciones en el parto.....	78
Gráfico 12. Motivos de asistencia al centro de salud.....	79
Gráfico 13. Motivos de asistencia al centro de salud para los hijos	80
Gráfico 14. Estudio médico realizado o servicio de salud recibido.....	81
Gráfico 15. Solicitud de estudios realizados	82
Gráfico 16. Resultados de estudios realizados.....	83
Gráfico 17. Interés por el cuidado de los hijos	84
Gráfico 18. Sentimientos por cuidar a sus hijos	86
Gráfico 19. Para tener una buena salud qué cantidad de dinero se necesita	87
Gráfico 20. Presencia de servicio de salud para la atención de los hijos	89
Gráfico 21. El centro de salud resuelve las necesidades de salud de las madres y los niños	90
Gráfico 22. Percepción de salud de los hijos	91

Gráfico 23. ¿Quién cuida mejor a un niño(a)?.....	92
Gráfico 24. En caso de ausencia de la madre quien cuida mejor a un hijo enfermo	93
Gráfico 25. Redes de apoyo de las mujeres en situaciones de salud	93
Gráfico 26. Percepción de salud infantil.....	94
Gráfico 27. Representación de la figura materna.....	95
Gráfico 28. Frecuencia de información acerca de cuidado en pro de la salud materno infantil	98
Gráfico 29. Frecuencia de información acerca del cuidado de higiene de la salud materno infantil	99
Gráfico 30. Frecuencia de información acerca del uso de servicios de salud.....	100
Gráfico 31. Frecuencia de información acerca del conocimiento en promoción de la salud	100
Gráfico 32. Frecuencia de la dimensión información.....	101
Gráfico 33. Frecuencia de los pensamientos en pro de la salud	102
Gráfico 34. Frecuencia de acciones es en pro de la salud.....	102
Gráfico 35. Frecuencia de la dimensión actitud.....	103
Gráfico 36. Edad por grupos con uso de servicios.....	104
Gráfico 37. Edad por grupos con la dimensión información	104
Gráfico 38. Estado civil con promoción a la salud	105
Gráfico 39. PROSPERA con uso de servicios.....	105
Gráfico 40. PROSPERA con información.....	106
Gráfico 41. PROSPERA con acciones en pro de salud	106
 Figura 1 Dinámica de las dimensiones de la representación social	 36
Figura 2. Mapa del estado de Veracruz representando al municipio de Ayahualulco.....	49
Figura 3. Mapa de Ocotepéc.	50
Figura 4. Soporte gráfico de salud infantil	61
Figura 5. Soporte gráfico de la representación de maternidad	62

Esquema 1 Representación social de la salud materno infantil	140
Esquema 2 Representación social de ser madre	141

Introducción



*<<La salud materno infantil es darles de comer, bañarlos y llevarlos a recoger leña.>>
(Mujer de 52 años)*

Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil

INTRODUCCIÓN

En un contexto de pobreza se incrementan los riesgos para la salud de los niños y las madres. Los individuos que viven en zonas rurales generalmente se ven afectados por determinantes sociales (OMS, 2009) tales como problemas de marginación y vulnerabilidad en específico inseguridad alimentaria, inseguridad por carencia de agua, dificultad de acceso a servicios de salud, bajo apoyo social, pago mayor al precio de servicios sociales y de bienes, entre otros. Estos determinantes sociales están altamente relacionados con el contexto ambiental, el acceso a la educación, el nivel económico, las normas sociales, la cultura, las tradiciones, las creencias y la forma de pensar de los grupos sociales.

El presente proyecto de investigación desarrollado en la Especialización en Estudios de Opinión de la Universidad Veracruzana, denominado: <<Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil>>, se desarrolló en una comunidad rural llamada Ocotepéc, en el estado de Veracruz. El estudio tiene como objetivo conocer los conocimientos de sentido común, término utilizado por Moscovici (Moscovici, 1979), que han construido y elaborado un grupo de mujeres adultas madres de familia hacia el cuidado de la salud de sus hijos. La intención es poder dar cuenta de los conocimientos de sentido común de dichas mujeres en un contexto de vulnerabilidad económica y social mediante la perspectiva de la teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1979), a través de sus tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

Dicho proyecto se enfocó en seguir la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC) <<las estrategias cuantitativas y cualitativas para la medición de la opinión y representaciones sociales>> que ofrece el programa de la especialización, el cual permitió identificar los patrones y la variación de respuesta de las informantes en el tema de salud materno-infantil, en específico, prácticas hacia el cuidado de la salud.

Se eligió trabajar bajo la perspectiva de esta orientación con la finalidad de conocer las subjetividades y poder englobar un conjunto de métodos que permitan evaluar la concordancia entre las representaciones sociales y las opiniones de las mujeres, con ello

poder lograr un análisis e interpretación de los testimonios por medio de la técnica de soporte gráfico apoyado de la técnica de la encuesta; su combinación metodológica permitió conocer las formas particulares de pensar del grupo social de mujeres de Ocotepéc.

La estructura del trabajo se realizó en cuatro fases, de las cuales tres fueron realizadas en campo. La primera de ellas, fue el acercamiento empático con la comunidad, la segunda fase fue la elaboración y aplicación de la encuesta y de los soportes gráficos con los cuales se obtuvieron los datos referentes a las tres dimensiones de las representaciones sociales sobre la salud materno infantil, la tercera fase fue la sistematización de la información y análisis de los datos y por último la cuarta, comprendió la estructuración de las conclusiones y reflexiones finales acerca de la salud materno infantil.

La aportación de este proyecto de investigación, es sumar evidencia a favor a los estudios de Representaciones Sociales en materia de salud materno infantil. Se espera que los resultados de la presente investigación informen y sirvan en el diseño de programas de salud comunitaria y salud materno infantil relevantes a la población de estudio como parte del esfuerzo para reducir la situación de vulnerabilidad de ésta.

Planteamiento del problema



*<<La salud materno infantil es cuidar que no se enfermen, proteger del frío, mandarlos a la escuela, tener alimentos y bañarlos>>
(Mujer de 39 años)*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas de salud materno infantil, es decir todo aquello relacionado con el cuidado del embarazo, el parto, el posparto y la crianza de los hijos ha sido de interés internacional y de cada uno de los países debido a que el énfasis en salvaguardar el bienestar de la madre e hijos es de su suma importancia para el desarrollo social (OMS, 2009, p. 2). Las principales causas de mortalidad infantil son enfermedades evitables como neumonía, diarreas y problemas de malnutrición mientras que en las mujeres la mayoría de las muertes son ocasionadas por complicaciones de parto (OMS, 2015, p. 89).

Debido a determinantes sociales como analfabetismo en la población adulta, inseguridad alimentaria, bajos índices de calidad de vida, vulnerabilidad económica y acceso limitado a servicios de atención primaria a la salud, las estrategias para mejorar la calidad de vida y el estado de salud de las madres y niños van encaminadas a brindar información e intervenciones que proporcionen servicios de atención primaria, tales como campañas de vacunación, acompañamiento para las mujeres en el uso de anticonceptivos para su planificación familiar, atención del parto, campañas de alimentación e higiene entre otras.

Sin embargo las estrategias de intervención han contemplado poco, cual es la representación individual y colectiva que tienen y hacen las mujeres acerca de la salud materno infantil, entender la realidad que rige y guía las actitudes, acciones y comportamientos hacia el cuidado o no cuidado de la salud.

Por tanto lo que se busca en este proyecto es conocer, ¿cuáles son las representaciones sociales de las mujeres de una comunidad rural de alta marginación Ocotepéc Veracruz, sobre la salud materno infantil?

Las representaciones sociales son un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social (Abric, 1994, p. 13). Esta comprensión hará que el análisis de comportamientos o prácticas relacionadas con la salud materno infantil de las mujeres sea más asequible.

Asimismo conocer las dimensiones de las representaciones sociales, ¿Qué información tienen las mujeres sobre la salud materno infantil?, para tener claridad de la información que poseen. Para explorar las acciones, ¿Qué actitudes tienen las mujeres

sobre la salud materno infantil? Y conocer ¿Cuál es el campo de representación social de las mujeres con respecto a la salud materno infantil?. La opinión colectiva o campo de representación es la que guía y orienta la conducta de los individuos (Abric, 1994), por lo que es importante para comprender la totalidad de las Representaciones Sociales.

Objetivo



<< La salud materno infantil haga de cuenta que es cuando yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaban bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos>>

(Mujer de 51 años)

OBJETIVO

General

Conocer mediante un estudio de opinión las representaciones sociales sobre la salud materno infantil que han construido un grupo de mujeres madres de familia hacia el cuidado de la salud de sus hijos mediante la técnica de encuesta a través de los instrumentos del cuestionario y soportes gráficos en una comunidad rural de alta marginación Ocotepéc, Veracruz, México.

Específicos

1. Conocer mediante la técnica de encuesta que información han obtenido las mujeres de Ocotepéc sobre la salud materno infantil con respecto a los cuidados en salud, prácticas de higiene, conocimiento en la promoción de salud y uso de servicios de salud.
2. Identificar las actitudes en pensamientos y acciones en pro de la salud que tienen las mujeres de Ocotepéc sobre la salud materno infantil mediante la técnica de encuesta.
3. Conocer cuál es el campo de representación social de las mujeres de Ocotepéc sobre la salud materno infantil mediante la técnica de encuesta y soporte gráfico.

Justificación



***<<La salud materno infantil es aprender a cuidarlo, limpiar la casa, higiene, agua hervida, atender a los niños, llevarles con mes a consulta y tener cuidado en nosotros como comer cosas sanas>>
(Mujer de 27 años)***

JUSTIFICACIÓN

En México son pocos los estudios y la implementación de programas comunitarios vinculados con la salud materno infantil que ahonden en la importancia del conocimiento y la interpretación de la realidad de sentido común que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social que además determinan sus comportamientos o sus prácticas.

Ser vulnerable, está relacionado con innumerables amenazas y determinantes sociales que incrementan las probabilidades que tienen los individuos de estar en desventaja por el resto de sus vidas (Sen, 2007). Por eso considero importante adicionar evidencia teórica y empírica sobre la salud materno infantil debido a que salvaguardar el estado de bienestar físico, mental y social de las madres, niños y niñas es una prioridad mundial, nacional que de hacerlo incrementa el desarrollo social, con repercusiones positivas en el grupo social de pertenencia.

Los problemas y riesgos relacionados con la salud materno infantil hoy por hoy siguen presentes afectando a millones de madres e hijos (UNICEF, 2016).

En el mundo 836 millones de personas viven en pobreza extrema (ONU, 2015) y la situación en México según Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el 46% de la población se encuentra en situación de pobreza y alrededor de un 9.5% en pobreza extrema (CONEVAL, 2014). Un ejemplo de un indicador de la vulnerabilidad al que están expuestos dicha población es que alrededor de 1 de cada 5 personas vive con menos de 1.25 dólares diarios (ONU, 2015), aproximadamente 25 pesos mexicanos.

Esto impacta en la adquisición de alimentos, en México, el 35% de la población que vive en el campo no gana lo suficiente para adquirir la canasta básica (Banco Mundial, 2005), además el tratamiento de enfermedades y la prevención de la salud se ve afectada directamente.

Se pretende incrementar la evidencia a favor del que el conocimiento de las representaciones sociales puede permitir conocer las prácticas y formas de pensar específicas de las mujeres en esta época.

Además se espera que los resultados de las representaciones sociales de las mujeres, en este caso de la comunidad de Ocotepéc sean una aportación a los estudios de opinión.

Los cuales son una herramienta para entender y abordar temas como la salud materno infantil desde una perspectiva social, cultural y psicológica.

Marco Teórico



**<< La salud materno infantil es llevarlos a la clínica , tomar suplementos y que cumplan con sus vacunas, les doy agua de limón naranja y frutas porque lo platicaba la auxiliar>>
(Mujer de 53 años)**

MARCO TEÓRICO

Aspectos teóricos

La importancia de los estudios de opinión

El constructo de opinión, existe de forma independiente al tratamiento sistemático de los sociólogos, psicólogos y otros estudiosos de las ciencias sociales. Hablar de la opinión es remontarnos a la estructura social que tiene el ser un individuo. Hablar de lo social tiene que ver con las interacciones entre individuos, donde el lenguaje forma un código, la comunicación el proceso y la opinión es el resultado de la relación entre código y proceso que forma las actitudes, los sistemas de creencias y como resultado la opinión, ésta se convierte en un instrumento para acercarse a la realidad individual y social.

Las opiniones son ventanas hacia la comprensión de los pensamientos, las creencias, las emociones, las actitudes y la realidad. Cuando un investigador se enfrenta a un estudio social se podría considerar el análisis de las opiniones debido a que anteceden el comportamiento.

Existen muchos tipos de definiciones de opinión que dependen en gran parte a la variedad de aplicaciones prácticas en diferentes contextos sean académicos, políticos, empresariales, entre otros además de la perspectiva teórica de la cual se fundamenta.

El énfasis de este capítulo recae en las bases psicológicas de las opiniones las cuales para fines del presente estudio son aquellas que brindan una base conceptual de las causas del comportamiento de los individuos.

Desde la perspectiva psicológica la opinión tiene una estrecha relación con la actitud. Las actitudes y la opinión es la forma explícita de la percepción la cual está relacionada a través del sistema conceptual valorativo del individuo (Abreu, 2006, p. 20).

La opinión, es la expresión verbal de la actitud, aunque las actitudes pueden ser expresadas también mediante expresiones no verbalizadas (Abreu, 2006, p. 21). Entonces la expresión verbal es una forma de conocer cuál es la información, presuponer las acciones y esclarecer el pensamiento social que los individuos hacen al respecto de un tema. Pero hay que tener claro que los estudios de opinión son un instrumento de naturaleza más voluble que las actitudes, su contenido es una aproximación para conocer medianamente porque las

personas piensan como piensan, dicen lo que dicen y actúan lo que actúan puesto que no refleja la totalidad de los componentes cognitivos, afectivos y conductuales (Quiroz, 2011).

Las opiniones se definen, en general, como simples expresiones verbales que no tienen consecuencias prácticas; no son, a diferencia de las actitudes, compromisos que signifiquen socialmente obligación para los individuos, y aunque son concebidas como sistemas de creencias y de acciones, que poseen la cualidad de ser socialmente apropiadas, se piensa que en esencia son de tipo periférico a la personalidad del individuo (Quiroz, 2011). Un ejemplo al respecto es, opinar a favor de las campañas de vacunación y vacunarse pero no estar más que superficialmente interesado o no informado en los tipos de vacunas o mejor todavía, el que una persona afirme que los cuidados de higiene como lavarse las manos antes y después de comer e ir al baño, bañarse regularmente entre otras no obliga a la persona a llevar a cabo dichas acciones, dado que lo dicho fue una simple expresión que no implica más que un reconocimiento de algunos hábitos de higiene pero no necesariamente la intención de la acción.

Siguiendo con la idea de que la opinión es una expresión verbal de la actitud Abreu cita a Harolsten y Blake quienes definen la opinión como:

El producto de las actitudes de un individuo que, ante ciertas condiciones de su ambiente social, ordena sus actitudes en jerarquías. Cuando el individuo escribe o habla, expresa su jerarquía de actitudes expresa su opinión. Cuando la situación externa se modifica, también se producen variaciones en la jerarquía de actitudes y surgen nuevas ordenaciones que conducen a nuevas opiniones. Una opinión es, por lo tanto, la expresión de una actitud en palabras (Abreu, 2006, p. 23).

Otros autores señalan que las opiniones son habitualmente expresadas con certeza completa acerca de su verdad, le otorgan un carácter más bien secundario, como para el psicólogo social Brown, para quien son meras declaraciones hechas en cualquier ocasión que pueden o no reflejar los verdaderos sentimientos del individuo con respecto a alguna cuestión o en el mejor de los casos reflejan un interés puramente pasajero (Brown, 1978). Citado por Abreu, el padre del periodismo francés Dovifat describe la opinión como el sostenimiento de una aseveración objetivamente insuficiente pero susceptible de conformación, y por eso busca testimonios y confirmaciones por medio del convencimiento (Abreu, 2006).

Las opiniones son reflejos de la realidad, de un momento específico donde se encuentren los individuos, es por eso que la formación de opiniones tiene una gran dependencia en los aspectos socioculturales, de los hechos sociales y las normas sociales.

El comunicólogo Vincent Prince expone en su obra opinión pública (1992) que las opiniones tienen la característica de ser verbalizadas oralmente o escritas son la declaración de apoyo u oposición a alguna acción. Además uno decide qué opinión quiere dar a diferencia de las actitudes que generalmente no es comprendida como algo conscientemente resuelto o decidido completamente de la misma manera. (Esta distinción para Prince no es particularmente firme). Asimismo las opiniones funcionan como adaptaciones de actitudes a temas específicos, es decir, una opinión es una respuesta consciente dada en consecuencia a una cuestión particular en una situación específica, es una decisión que adapta actitudes relacionadas al tema a la percepción individual de la realidad en la cual el comportamiento debe cambiar. Mientras que la actitud representa una predisposición estructural, una orientación duradera a responder a algo favorable o desfavorable.

Sin embargo el estudio de las opiniones hoy por hoy se siguen utilizando debido a que son una forma sistematizada de acercarse al conocimiento de las creencias, las actitudes y las realidades mediante instrumentos como lo son las encuestas, las escalas y las entrevistas las cuales bien elaboradas pueden organizar la información obtenida por las personas desde el nivel cognoscitivo, afectivo y conductual de un grupo específico.

En la actualidad, existen muchos ejemplos de estudios de opinión, aplicados con éxito en muchas esferas de lo social. Han funcionado como una forma de acercarse a las ideas más íntimas de las personas que guía el comportamiento.

Por citar algunos ejemplos de las implicaciones son los sondeos de opinión se comenzaron a utilizar en 1824, en Estados Unidos, a partir del interés de los medios por conocer quién ganaría las elecciones presidenciales. Los estudios de opinión comenzaron con los llamados votos de paja, se pasó luego a utilizar las encuestas con muestreo por cuotas y fue hasta 1956 que se comenzó a trabajar con técnicas de muestreo actuales. Actualmente los estudios de opinión no solo se encuentran en un contexto político puesto que son útiles en muchas áreas como por ejemplo en aspectos de salud, tal es el caso de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT)

<http://ensanut.insp.mx>, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/ena.asp?c=7095&e=18>, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México (ENVIM) <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/envim-146/encuesta-nacional-sobre-violencia-contra-las-mujeres>, Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) <https://www.insp.mx/encuestoteca.html>, por citar sólo algunos.

Si bien los estudios de opinión son una herramienta válida en las investigaciones sociales o en cualquiera donde se busque el conocimiento valorativo que las personas le dan a determinados temas se debe cuidar la rigurosidad del método, es decir cuidar cada paso del proceso haciendo énfasis en el concepto teórico que se quiera investigar como lo marca el sociólogo Pierre Bourdieu (1992) en su conferencia titulada la opinión pública no existe.

En conclusión, las opiniones son la expresión verbalizada de las actitudes, una forma de acercarse a conocer porque las personas actúan, dicen y piensan como lo hacen. Además son un instrumento capaz de aproximarse a conocer la realidad social de las personas. Son las opiniones un medio para conocer los sistemas cognitivos (actitudes, pensamientos, estereotipos, creencias, valores, normas) pero no son la totalidad de la representación de la realidad. Por esto he decidido utilizar la base teórica de las representaciones sociales, la cual consiste en conocer mediante la expresión verbal, escrita o conductual; la información, las actitudes y la idea colectiva que un individuo o grupo han formado de un tema en particular.

Por lo tanto bajo esta óptica es posible acceder al conocimiento, comprensión y análisis más objetivo de la realidad.

Teoría de las Representaciones Sociales

El presente apartado describe la Teoría de las Representaciones Sociales (RS) con la finalidad de sustentar el abordaje del objeto de estudio salud materno infantil, asimismo describe los antecedentes de las RS, el desarrollo del concepto, sus dimensiones (información, actitud y campo de representación) y las funciones y las aplicaciones de la teoría. Por último se describe el proceso para el estudio de las representaciones sociales.

El apartado se basa principalmente en las aportaciones conceptuales del creador de la teoría de las Representaciones Sociales el psicólogo social Serge Moscovici (1961) y en

las de su discípulo el doctor en letras y profesor de psicología social Jean Claude Abric (1994) con la finalidad de lograr un planteamiento metodológico del estudio del conocimiento del sentido común, es decir la comprensión de la construcción de la realidad social.

En la obra principal de Serge Moscovici *El Psicoanálisis, su Imagen y su Público* publicada en 1979 las representaciones sociales son definidas como:

Una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y de actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, p. 17).

El modelo teórico de las representaciones sociales ha sido dentro de la psicología social y otras ciencias sociales una de las maneras de estudiar la forma de pensar de los grupos. De acuerdo con Moscovici (1979), el estudio de las representaciones sociales es un medio y un recurso efectivo para conocer sistemas cognitivos que se manifiestan en opiniones, creencias, valores, normas, estereotipos y actitudes con orientación sea negativa o positiva.

Así pues, la representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía y una orientación para las acciones y las relaciones sociales (Abric, 1994, p. 13).

Es importante, tener claro, que la conceptualización de una definición de representación social implica muchas interpretaciones de todo aquel que las ha estudiado. Sin embargo la característica invariable de las RS independientemente del autor y objeto social de estudio es la conformación de un proceso de construcción de la realidad que incorpora procesos psicológicos y sociales que además se componen de tres dimensiones las cuales son información, actitud y campo de representación (explicadas más adelante) cuya función recae en entender, en explicar la realidad, en definir la identidad y en permitir salvaguardar la especificidad de los grupos.

Antecedentes de las representaciones sociales

Históricamente las representaciones sociales derivan del concepto de las representaciones colectivas que fue creado y usado por el sociólogo francés Emilio Durkheim (Quiroz, 2011, p. 79). Las representaciones colectivas traducen la manera en que el grupo se piensa en sus relaciones con los objetos que lo afectan. Ahora bien, el grupo está constituido de otra manera que el individuo, y las cosas que lo afectan son de otra naturaleza. Por ello no podrían depender de las mismas causas que no representan ni los mismos temas ni los mismos objetos. Para comprender cómo la sociedad se representa a sí misma y al mundo que la rodea, es necesario considerar la naturaleza de la sociedad y no de los individuos particulares (Durkheim, 2001, p. 23).

Por tal motivo, representaciones colectivas y representaciones sociales no son equivalentes en cuanto a significado, pues mientras que Durkheim las ve como partes del pasado, a nivel de mitos y de presentaciones religiosas, siempre exteriores al individuo, y que se imponen en el presente por la vía coactiva, Moscovici las concibe como algo vivo que corresponde al presente con carácter dinámico y no exteriores a la persona, puesto que son fracturadas por los propios individuos a través de las interacciones cotidianas (Quiroz, 2011, p. 79).

Durkheim menciona que todo debe estudiarse como un hecho social. Conceptualmente Durkheim señala, los hechos sociales como formas de hacer, pensar y sentir que pueden ejercer sobre el individuo una presión exterior y que poseen una existencia propia independientemente de las conciencias individuales que se desarrollan en el interior de la sociedad (Durkheim, 2001, p. 38). Elemento coincidente con la teoría de las representaciones sociales.

Otro término que sirvió de soporte en el desarrollo de las RS es el concepto de la psicología de lo ingenuo o del sentido común, trabajado y plantado por el psicólogo alemán Fritz Heider (Quiroz, 2011). La noción de la RS tiene que ver con la manera como los individuos sociales, aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas del entorno sea próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento espontáneo, ingenuo que tanto interesa en la

actualidad a las ciencias sociales es lo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural (Gutiérrez, 2007).

Por último, la teoría de la construcción social de Berger y Luckman, la construcción social de la realidad, se encuentra articulada a una vida cotidiana, es decir una vida diaria, común y compartida que se puede observar en la rutina, donde las acciones sociales son cara a cara, y se desarrollan en un tiempo y espacio determinado continuamente. Por lo tanto la vida cotidiana se presenta como una realidad por los individuos y para ellos tiene un significado subjetivo de un mundo coherente (Berger y Luckmann, 2003, p. 34).

Berger y Luckmann plantean que en vida cotidiana existe interacción social cara a cara como se mencionó, pero en esta interacción surge un elemento valioso el lenguaje, denominado como: el instrumento más importante para la socialización, porque de allí se comprenden sus significados, se analiza su contenido, se da cuenta de formas peculiares de hablar, de expresarse y de ser dentro de su grupo social (Berger y Luckman, 2003). Es así que Berger y Luckmann, se acerca a las subjetividades, y también al estudio de las formas de objetivar la realidad.

En conclusión las RS se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes se tiene algo que ver, teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo cuando se les comprende dentro de la realidad concreta la vida social, las representaciones sociales son todo ello junto (Jodelet, 1986, p. 472).

Desarrollo de las representaciones sociales

Serge Moscovici psicólogo social francés fue quien crea y propone la Teoría de las Representaciones Sociales en 1961 como una ruptura a la corriente de pensamiento de la época y constituye una nueva forma de analizar la realidad a partir de lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción.

La obra de Moscovici <<El Psicoanálisis, su imagen y su público>> estudia la manera en que la sociedad francesa veía el psicoanálisis, es decir, qué pensaban acerca de él, cómo y para quien era la práctica de la terapia así como por qué era tan popular y sobre todo qué representaba para los individuos. Llevó a cabo el trabajo estudiando la prensa francesa y realizando entrevistas a diferentes grupos sociales para conocer qué información poseían del tema los grupos sociales, qué actitudes tenían hacia el psicoanálisis y por último qué idea colectiva era dominante en la opinión pública. La idea central de Moscovici fue establecer relaciones de interacción e interdependencia entre la estructura social, cultural (de información) y los aspectos mentales (actitudes) para poder conocer las representaciones sociales.

El auge de las RS fue tal que muchos psicólogos sociales siguieron la línea de investigación de Moscovici (1961), uno de ellos y de los más representativos es Jean Claude Abric (1990) quien logró conceptualizar cuatro funciones de las RS a partir de la idea que estas desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales. Las funciones son:

- *Funciones de saber: permite entender y explicar la realidad*

El saber práctico de sentido común como le llama Moscovici, permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. Por lo tanto es una condición necesaria que facilita la comunicación social (Abric, 1994, p. 15).

El poder comprender el sentido común que tienen las mujeres respecto a la salud materno infantil abre una posibilidad a entender cuáles son las prioridades e importancia que le dan a determinados aspectos del cuidado hacia la salud de ellas y sus hijos.

- *Funciones de identificar: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos*

Para Mugry y Carugati citado en Abric (1994) las representaciones tienen también la función de situar a los individuos y a los grupos en el campo social, es decir permiten elaborar una identidad social y personal gratificante, compatible con los sistemas de normas y valores sociales e históricamente determinados.

Cada grupo social tiene su propia historia, sus propias reglas, sus objetivos y su forma de relacionarse e identificarse con otros grupos, por lo tanto comprender la identidad social de un grupo de mujeres de una comunidad permitirá hacer distinciones entre otros grupos.

- *Funciones de orientación: conduce los comportamientos y las prácticas*

La representación social es prescriptiva de comportamiento o practicas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado (Abric, 1994, p. 17).

El poder predecir comportamientos o prácticas sociales de un grupo, en este caso de mujeres, podrá ser una herramienta para crear estrategias para la prevención de factores de riesgo y el fomento de factores de protección relacionados a la salud materno infantil.

- *Funciones justificadoras: permite justificar a posteriori las posturas y los comportamientos*

La representación tiene por función perpetuar y justificar la diferenciación social, puede -como los estereotipos- pretender la discriminación o mantener una distancia social ente los grupos respectivos. Permiten a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación o en consideración a sus colegas (Abric, 1994, p. 17).

El comprender porque las mujeres actúan como actúan, es decir, cuál es su justificación ante determinada acción permitirá acercarnos a la comprensión de su realidad social y así poder, de ser necesario, motivar el cambio a conductas promotoras de la salud materno infantil.

En este sentido, las funciones de las representaciones contribuyen al proceso de formación de conductas y a las formas de comunicación. Las RS dan forma a las interacciones sociales y proporcionan los motivos bajo los cuales se actúa y justifica los comportamientos sociales.

Para conceptualizar el alcance e identificar las funciones e impacto que tienen los estudios de las representaciones sociales se describen a continuación los trabajos que se realizaron bajo la guía de Jean Claude Abric (1994) discípulo de Moscovici (1961), los cuales muestran la versatilidad de objetos de estudios y el principio del auge de las representaciones sociales. Los trabajos que se describen más adelante han sido realizados bajo este modelo teórico y conciernen el papel que las representaciones sociales pueden desempeñar en las prácticas sociales reales.

Estudios con temas como el SIDA, (Morín, 1994) servicio de las enfermeras (Guimelli, 1994), prácticas comerciales (Mardellat, 1994) y cambio tecnológico en empresas (Singéy, 1994) han sido realizados con la finalidad de conocer las prácticas respecto de prevención de los jóvenes frente al riesgo que representa del SIDA, la función de la enfermera, las prácticas comerciales con el artesanado y las asociadas a la aplicación de un proyecto de informatización en empresa (Abric, 1994).

Las metodologías empleadas en dichos estudios han sido cuantitativas y cualitativas, las cuales emplearon instrumentos de investigación tales como cuestionarios, entrevistas semi dirigidas y asociación de palabras. Estos estudios fueron llevados a cabo en Francia y en distintos contextos sociales, como el sur de Francia, Hospitales de Asistencia Pública en Marsella, zonas urbanas y rurales (Provence- Alpes- Côte d’Azur, y Var y Boches du Rhone) y zonas empresariales del sector de servicios. Con muestras totalmente varias como son la de 283 jóvenes entre 16 y 25 años, 210 jóvenes del sexo femenino, 40 enfermeras, 49 artesanos incluidos los panaderos, carpinteros y peluqueros y 100 trabajadores de unidades contables de todos los servicios de exploración.

Es importante señalar que las posturas dentro del modelo teórico de las presentes investigaciones pertenecen también a las aportaciones de los autores Serge. Moscovici, Jean Clau Abeic, Kales, Denisse Jodelet, Flament, Degenne y Verges, Doise, Grize y Ghiglione.

Los objetivos de estas investigaciones fueron en la primera lograr conocer la transformación de conductas sociales ligadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), evaluación de los conocimientos y las creencias. En la segunda conocer cuál es la influencia de la evolución en las funciones prácticas de las enfermeras a través de su representación social. En la tercera, se estudió la autopercepción del trabajo de los artesanos. En la cuarta se confirmó la hipótesis respecto que las representaciones sociales tienen influencia en el cambio tecnológico sobre las prácticas de los trabajadores, en este caso existe un sector que se ve positivo ante el cambio tecnológico y otro que evalúa el cambio de forma negativa (Abric, 1994).

Estos ejemplos muestran la diversidad de objetos sociales y sus aplicaciones en las cuales se obtuvieron resultados positivos respecto al conocer las representaciones sociales de los grupos.

Dimensiones de las representaciones sociales

Las representaciones sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. También son la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; mediante los marcos de aprehensión que proporciona un bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas (Jodelet, 1986, p. 473).

Entonces este conocimiento se construye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Gutiérrez, 2007). Todo aquello en interacción con el individuo y su contexto social se puede convertir en un objeto de estudio para la investigación en RS y como se ha mencionado crean proposiciones, reacciones o evaluaciones que están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases sociales, las culturas, normas sociales y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos. Cada universo, según la teoría de las representaciones sociales tiene tres dimensiones: La información, la actitud y el campo de representación o la imagen (Moscovici, 1979).

La información o dimensión concepto se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social (Moscovici, 1979, p. 45). En otras palabras la dimensión de información permite saber la cantidad, claridad y calidad del conocimiento respecto al objeto social como también las explicaciones que los individuos hacen sobre el objeto social o una situación determinada.

La información surge cuando los individuos tienen contacto y algún tipo de interacción con el objeto de estudio (Moscovici, 1979). Por lo tanto es variable y sensible al cambio.

La actitud hace evidente la orientación global en relación con el objeto de la representación social (Moscovici, 1979). La actitud es la representación del cómo los

individuos actúan, es la expresión de la conducta previamente evaluada. Existen muchos tipos de definiciones las cuales tienen en común las siguientes características: una respuesta afectiva relativamente estable, en relación con un objeto (Newcomb, 1973); un sistema duradero de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias a favor o en contra en relación con un objeto social (Krech y Crutchfield, 1962) y una disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias (Brown, 1974).

En este sentido, una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y los afectos relativos a dicho objeto (Rodríguez, 1983). Por ejemplo las actitudes pueden ser evaluaciones positivas, negativas o mixtas, constituyen el tipo de palabras que los individuos acostumbran utilizar para describir sus acciones como gusto, amor, desagrado, odio, admiración, dolor, aborrecimiento, vergüenza, inferencia, compasión etcétera (Kassin y Markus, 2010).

El campo de representación remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación (Moscovici, 1979, p. 46). En esta dimensión lo que se busca es entender el tipo de organización e importancia interna que los individuos o grupo social han generado a partir de la información y las actitudes ante el objeto social. Por lo tanto el campo de representación se analiza con la totalidad del discurso y la integración de los elementos de las dimensiones. Es decir que el campo de representación implica conocer y entender qué se cree y cómo se interpreta el objeto social por un grupo específico.

La idea de imagen viene también de lo que en las RS se denomina *el imaginario*. El imaginario según Wunenburger citado por Banchs, Agudo y Astorga (2007) son reproducciones mentales o materializadas en obras, basadas en imágenes visuales (pinturas, dibujos, fotografías) o en formas de habla (metáforas, símbolos, narraciones) que forman conjuntos coherentes y dinámicos en los que destaca una función simbólica expresada en la conjunción de sentidos propios y figurados (p. 50).

De la definición anterior se infiere que si la imaginación, como proceso psicológico, es de carácter individual, sus productos, los imaginarios, mientras sean simples proyectos, mientras permanezcan como ideas para la creación, también son de carácter individual. Pero cuando esos proyectos se materializan y se comparten, cuando esos productos se

transforman en sistemas simbólicos, en obras basadas en imágenes visuales o en formas de habla, adquieren un carácter social. Resultan construcciones comunicativas, representaciones socialmente compartidas. Definidos de esta manera, todas las formas de creación humana son imaginarias. (Banchs, Agudo, Astorga, 2007, p. 50). Es por eso que una frase, una imagen, un dibujo, un símbolo pueden tener el potencial de ser la expresión de la representación social del objeto social estudiado.

Para Castoriadis (1981), el imaginario social es lo que mantiene unida a una sociedad y le otorga su singularidad propia, diferenciándola de otras sociedades y de la misma sociedad en diferentes épocas. Es una compleja urdimbre de significaciones imaginarias que amparan, orientan y dirigen toda la vida de la sociedad considerada y a los individuos concretos que corporalmente la constituyen (Banchs, Agudo, Astorga, 2007 p. 54).

El imaginario concebido en términos de facultades sociales ha designado la elaboración de una representación de sí. Debido a que marca la distribución de los roles y posiciones sociales; expresa e impone ciertas creencias comunes. El imaginario social es una de las fuerzas que regulan la vida colectiva (Banchs, 2007, p. 328).

En este sentido, la elección de un soporte gráfico ayuda en conjunto con la narración a entender las formas de vida de la comunidad y la forma de dar respuestas a necesidades como por ejemplo la salud. Las opiniones y las creencias de estas mujeres explican la justificación de porque piensan como piensan, actúan como actúan y da cuenta a la identidad de su comunidad.

Por lo tanto, las tres dimensiones (información, actitud y campo de representación) que conforman a las representaciones sociales, hablan de un proceso de modificación de un elemento, cambian o alteran en consecuencia también las RS.

Es importante señalar que el grado de importancia o la jerarquía de cada dimensión son otorgados por los individuos o grupos sociales que se están estudiando como lo marca la *fig.1*.

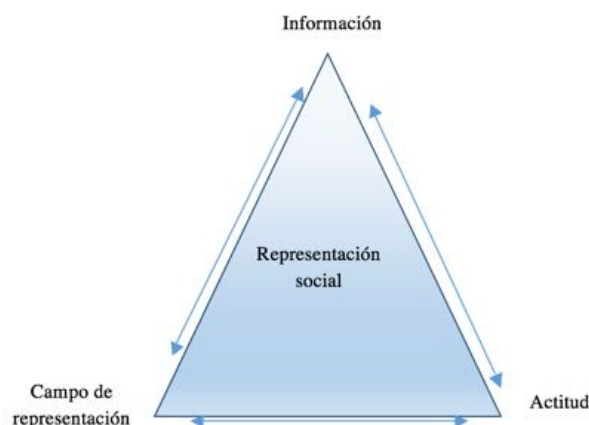


Figura 1. Dinámica de las dimensiones de la representación social (Elaboración propia)

De manera general las RS, permitirán conocer la forma de pensar de las mujeres, la forma en cómo viven, la salud materno infantil, asimismo sus prioridades ante la salud. Se les dará voz a las mujeres en este trabajo pues es su forma de pensar la articuladora de la investigación.

Descripción de los procesos y herramientas para el estudio de las representaciones sociales

La siguiente tabla describe los procesos y las herramientas que se deben seguir para lograr una investigación en representaciones sociales. Se nombra, se describe y se menciona el resultado esperado de cada proceso.

Tabla 1. Descripción de los procesos y herramientas para el estudio de las representaciones sociales de las mujeres sobre la salud materno infantil

<i>Proceso</i>	<i>Descripción/Función</i>	<i>Resultado</i>
1. Seleccionar un objeto de estudio.	El objeto de estudio seleccionado para el estudio de las RS debe estar presente en la vida cotidiana de los individuos además de tener una significación social que haga referencia a valores y un contenido cognitivo-emocional. p. ej. Salud materno infantil.	Asegurar en las respuestas siempre un proceso cognitivo-emocional por parte de los informantes que permitan respuestas confiables de la realidad social.
2. Seleccionar un espacio y contexto.	Tener claridad del espacio y contexto, es decir, de los hechos sociales actuales, de la polémica, de la cultura, y de los usos y costumbres, normas y castigos que estén establecidos en el grupo social sobre la Salud materno infantil.	De una construcción mental y emocional se pasa a una estructura y expresión verbal o escrita fácil de analizar, cuantificar, estudiar y reportar.

3. Recopilar datos	Crear o adaptar instrumentos como: escalas de actitudes, cuestionarios, historias de vida, entrevistas semiestructuradas o a profundidad, asociación libre, grupos focales y de discusión, dibujos, etcétera. (A mujeres sobre: la Salud materno infantil).	Obtener y concentrar los datos de las dimensiones de las representaciones sociales: información, actitud y campo de representación.
4. Análisis de datos	Analizar los datos por dimensiones, para después clasificarlos en centrales, en significativos, por jerarquía, por frecuencia, etcétera.	Permite evidenciar las relaciones entre las dimensiones, la información de cada una de ellas así como la importancia de los datos.
5. Interpretación del objeto de estudio seleccionado	Interpretar la realidad que rige el objeto de estudio en relación con los individuos las mujeres implicadas en su contexto físico, social que determinan sus comportamientos, acciones y formas de pensar, sobre: la Salud materno infantil.	<i>Representaciones sociales del objeto de estudio.</i>

Tabla --- Elaboración propia

El proceso adecuado y las herramientas que ofrece la metodología de las representaciones sociales descritas en la *tabla 1*. permitirá comprender las opiniones, actitudes y formas de pensar de las mujeres de Ocotepc respecto a la salud materno infantil. Establecer con claridad el proceso metodológico incrementa el éxito de la representación social de las mujeres respecto a la salud materno infantil.

Salud materno infantil

Salud

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, define salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Se debe entender a la salud como el recurso necesario para alcanzar un objetivo, para llegar a un fin que permita a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (OMS, 1986).

En otras palabras, la salud como un estado de funcionamiento físico y psicológico, efectivo y total, tiene un significado tanto relativo como absoluto, que varía a través del tiempo y del espacio, así en el individuo como en el grupo; es el resultado de la combinación de muchas fuerzas, intrínsecas y extrínsecas, heredadas y adquiridas,

individuales y colectivas, públicas y privadas, médicas, ambientales y sociales y está condicionada por la cultura y la economía, por la ley y el gobierno (Cohen DeGovia, 1983, p. 20). La explicación de la salud es compleja porque involucra la interacción de más de un elemento del aspecto bio-psico-social, cultural y espiritual de las personas y los grupos.

De acuerdo con la OMS (1986), la salud se debe concebir como un derecho humano fundamental, un condición instrumental que le permita a las personas su realización. La carta de Ottawa para la promoción de la salud destaca determinados prerrequisitos para alcanzar la salud, donde se incluyen:

- La paz
- Adecuados recursos económicos y alimenticios
- Vivienda
- Ecosistema estable
- Uso sostenible de los recursos

Hablar de salud es también un desafío vinculado a la desigualdad social, económica y cultural donde las personas más expuestas a factores de riesgos son aquellas con mayores posibilidades de vivir en un contexto de violencia, a tener carencias a recursos alimenticios y remuneración económica justa, a la falta de una vivienda digna que cuente con servicio de drenaje, disposición de energía eléctrica, piso firme, a un contexto donde la vida cotidiana se desarrolle con calidad de vida y con un uso adecuado de recursos.

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que se tienen motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia (Sen, 2007, p. 64). Todos los individuos tendríamos que tener garantizada o por lo menos no obstaculizada la atención de la salud y no sólo la intervención de enfermedades en el mejor de los casos.

Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud (Sen, 2007, p. 64). Esta visión alternativa sugiere, que se debe considerar la salud como un tema multidimensional donde se ven involucrados los aspectos individuales y sociales del ser humano así como también se deben considerar las distintas ciencias involucradas en el estudio, investigación, prevención y/o intervención de la salud.

La salud es tan amplia que hablar de cada aspecto relacionado y estudiado resultaría infinito, por lo que se ha decidido en relación al tema enfocarse en la salud reproductiva en específico la salud materno infantil.

Salud reproductiva

La Organización de las Naciones Unidas, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, definió salud reproductiva como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho de recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el

asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (ONU, 1994, p. 7).

Los aspectos culturales y sociales tienen influencia en la forma de vivir la salud reproductiva, como por ejemplo creencias, normas sociales, discriminación por género y el nivel de vulnerabilidad de una sociedad. Por ejemplo en comunidades donde la mujer aun siendo adolescente tiene que establecer un rol de pareja y tener hijos a temprana edad ilustra la importancia de la relación de aspectos culturales y sociales que tienen un impacto clave en la forma de vivir la salud reproductiva de una población.

Estudiar e intervenir en la salud reproductiva es importante para lograr un buen estado de salud en general. Tener una vida sexual satisfactoria y segura así como la capacidad de tener un niño sano cuando se desee son derechos y necesidades humanas. Para lograr cada aspecto de la salud reproductiva, los individuos necesitan estar informados y tener acceso a formas seguras de vivir su salud. Es por eso que en la agenda pública programas de intervención, educación para la salud y programas de prevención siguen siendo prioridad de salud.

De todos los aspectos sociales de la salud reproductiva existe una gran carga de discriminación sexual contra las mujeres siendo las jóvenes, en particular las más afectadas (Sen, 2007, p. 92) y de forma similar los niños que se ven involucrados en embarazos y partos no deseados, con dificultades de asistencia, de protección, de cuidado. Por eso muchas veces la salud del recién nacido y de los primeros años de vida de los niños y niñas resulta determinante para no morir o tener una vida sin someterse a factores predictores de una vida no saludable.

Es importante hacer hincapié en la salud materno infantil como un tema fundamental en la salud y desarrollo de las sociedades. Tan sólo las madres jóvenes que son proporción importante de los sectores más humildes padecen riesgos mucho más altos que los promedios de madres la población (Kliksberg, 2007, p. 205) sus niveles de desprotección durante el embarazo y en el mismo parto son considerablemente superiores a las medidas según los datos del Banco Mundial (2004), en el 20% más pobre de la población el 43% de las madres no reciben asistencia de personas medicamente entrenadas durante el embarazo, y el 60% no la recibe en el parto. En 2003 murieron 23.000 madres latinoamericanas durante el embarazo o a dar a luz, proporción que multiplica el 25 los

promedios de los países desarrollados. Mientras que para los niños menores de 5 años la diarrea y las infecciones respiratorias siguen siendo las dos causas más importantes de muerte infantil en todo el mundo (Biran, 2014, p. 145).

Salud materno infantil

La salud materno infantil, es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el cuidado del embarazo, parto, posparto y crianza de los hijos (OMS, 2009, p. 2). Las madres e hijos han sido de interés internacional debido a que el énfasis en salvaguardar su bienestar es de su suma importancia para el desarrollo social.

Bajo la perspectiva de la salud materno infantil, ahora los personajes principales son el binomio madre e hijos, donde el estado de salud precario de uno puede comprometer seriamente la supervivencia del otro. Tan solo en el reporte del estado mundial de la infancia 2015 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2015_Summary_Spanish_Web.pdf, se reporta que a nivel mundial, el 20% de los niños más pobres del mundo tienen alrededor del doble de probabilidades que el 20% de los más ricos de sufrir retraso en el crecimiento debido a la mala alimentación, y de morir antes de su quinto cumpleaños. Los niños de las zonas rurales sufren una desventaja similar en comparación con lo que viven en la zonas urbanas. Las niñas tienen muchas más probabilidades de estar casadas o en unión durante la adolescencia que sus homólogos masculinos, y menos posibilidades que los niños de tener un conocimiento amplio del VIH (UNICEF, 2016, p. 4). Son algunos de los costos de la vida en la marginación que por lo menos en México enfrentan el 46 % de la población y en extrema situación un 9.5 % de la población mexicana, datos según la medición de la pobreza por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

La salud materno infantil como derecho

Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de

establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de la salud en el plazo más breve posible. Lograr que esto ocurra es el reto al que tiene que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública (OMS, 2002, p. 9).

Se consagró el derecho a la salud por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud OMS (1946) y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de (1978) y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en (1998). Ese derecho ha sido reafirmando en toda una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

Hoy en día en las agendas de trabajo de distintas organizaciones y programas de gobierno son de prioridad las estrategias en reducción de la pobreza (ONU, 2015; PROSPERA, 2014; Pick, García Rodríguez, Leenen., 2011).

Es evidente que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos y depende de su realización, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación (OMS, 2002, p. 10). La Constitución de la OMS (1946) también incluye en el derecho a la salud los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas de trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual, reproductiva y por lo tanto la salud materno infantil.

La comunidad de estudio Ocotepéc, presenta problemas para sus habitantes respecto al cumplimiento del derecho a la salud, tales como falta de acceso a bienes y servicios de salud, un centro de salud con equipo y mantenimiento constante y una atención de calidad y actualizada por parte de los representantes de salud. Estas condiciones deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado y culturalmente apropiados a la sensibilidad del género y ciclo de vida de las personas (OMS, 2002).

La disponibilidad y la accesibilidad a estos servicios públicos de salud es complicada pues la clínica de salud más cercana se encuentra a dos horas caminando o a 50 pesos por transporte lo cual la hace asequible pues las mujeres viven con aproximadamente de 25 pesos diarios.

Además para poder ser entendido con mayor facilidad se necesita estar registrado en el Programa de Inclusión Social PROSPERA, otro problema que enfrentan las mujeres es que el acceso a la información muchas veces no es tan comprensible para ellas. Asimismo las mujeres reportaron no ser atendidas con amabilidad y muchas veces el trato refieren que fue ofensivo provocando un descontento por el servicio de salud, lo cual motiva a buscar otras formas de atención a la cura de una enfermedad tales como automedicación o pago por servicio de salud. También las mujeres reportan que muchas veces el medicamento o diagnóstico proporcionado por la clínica de salud no cubre sus necesidades o no elimina los síntomas provocando la resolución de sus necesidades con respecto al tratamiento de una enfermedad o malestar.

La otra cara de la pobreza: un factor de riesgo para la salud materno infantil

La pobreza es un problema en materia de desarrollo social que se ha expresado por muchos siglos. Sus diferentes manifestaciones, significados y formas de mediarla han sido materia de estudio para historiadores, sociólogos, economistas principalmente, y últimamente psicólogos, lo que ha dado como resultado una gran variedad de definiciones (Matus Robles, 2008).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social define pobreza cuando una persona se encuentra en situación donde tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias, y pobreza extrema se refiere cuando la persona tiene tres o más carencias de las seis posibles (CONEVAL, 2014).

Sin embargo la definición de pobreza que sólo identifica carencias materiales excluye las carencias personales, hoy los factores personales han demostrado tener un impacto importante tanto como para la ruptura o continuación del ciclo intergeneracional de la pobreza. A partir de los años noventa se incorporaron factores personales a la manifestación, significado y operacionalización a las definiciones de pobreza.

Por ejemplo, Amartya Sen Premio Nobel de Economía en 1998, señala que la pobreza no es la falta de riqueza o ingreso, sino de capacidades básicas para dirigir la vida que le permiten al individuo insertarse en la sociedad, a través del ejercicio de su voluntad (Matus Robles, 2008).

La Organización de las Naciones Unidas por medio del Programa de las Naciones para el Desarrollo presentó por primera vez en 1997, la expresión pobreza humana, basada en el concepto de Sen y definió pobreza como la negación de opciones y oportunidades de vivir una vida tolerable (Mathus Robles, 2008).

Sin embargo, las críticas a la teoría de Sen, es que capacidades humanas que permiten dirigir la vida son dependientes de muchos factores sociales, culturales, y difíciles de operacionalizar debido a que no todo se le puede dejar a la voluntad y deseos del individuo.

Por su parte Martha Nussbaum filósofa estadounidense a diferencia de Sen presenta en su teoría de capacidades humanas explícitamente una lista de capacidades funcionales humanas centrales que deben fomentarse especialmente en contextos de pobreza. En su libro las mujeres y El Desarrollo Humano: El Enfoque de las Capacidades, se centra explícitamente en las capacidades y opciones de las mujeres y niñas del planeta (Nussbaum, 2000).

Nussbaum (2000), aborda diez capacidades para el desarrollo humano las cuales son:

1. Vida, 2. Salud corporal, 3. Integridad corporal, 4. Sentidos, imaginación y pensamiento, 5. Emociones, 6. Razón práctica, 7. Afiliación, 8. Vivir en relación con otras especies, 9. Capacidad de jugar y 10. Control sobre el entorno de cada uno. Estas diez capacidades hacen que las personas tengan experiencias placenteras y de evitar daños innecesarios, tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida, ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, vivir interesados y en relación

con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza, disfrutar de actividades de ocio y control sobre el entorno de cada uno (p. 139).

La teoría de las capacidades de Nussbaum ofrece una perspectiva no centrada en la cantidad de bienes para tener una mejor salud sino más bien en el ser humano con oportunidad a llevar una vida digna, es decir centrarse en lo que hace a los individuos vivir en un completo estado de bienestar físico, social, emocional y hasta cultural.

Por ello cuando se habla de intervenir o mejorar la salud materno infantil en un contexto como es el de pobreza se debe hacer la reflexión de pensar qué condiciones desfavorables condicionan a las personas a pensar, a actuar, a decir y a sentir como lo hacen, incluso a cuestionarse porque los programas de salud muchas veces no logran su objetivo.

La pobreza, definida simplemente en función de bajos ingresos, no es el aspecto primordial considerado por el ex director de la UNICEF James Grant para señalar lo terrible de la situación. En el mundo hay demasiada pobreza, pero aún más aterrador es el hecho que muchas personas, incluyendo niños con un historial de continua y permanente desventaja, están condenados a una vida miserable y precaria y a una muerte prematura. En términos generales, mas no exclusivamente, esas dificultades guardan una relación directa con una condición de bajos ingresos. Sin embargo, también reflejan un inadecuado servicio de salud pública y de apoyo nutricional, una deficiencia en la disposición de los servicios de seguridad social y la ausencia de responsabilidad social y de interés por parte de las autoridades (Sen, 2007, p.80).

Problemas relacionados con la salud materno infantil

Como parte de los problemas de la salud materno infantil, la diarrea y las infecciones respiratorias siguen siendo las dos causas más importantes de muerte infantil en todo el mundo (Biran, 2014, p. 147) esto asociado a un contexto de pobreza incrementa los riesgos de la salud para los niños y las madres. Para las mujeres, el impacto de los riesgos que afectan la salud es mayor que el de los hombres debido a factores socioeconómicos y culturales tales como, menor acceso a educación, empleo, información y a prácticas sanitarias de autocuidado y alimentación (OMS, 2015). Por ejemplo; en países en desarrollo

como es el caso de México, las complicaciones del embarazo y el parto son la causa principal de muerte en las mujeres de entre 15 y 19 años y la causa principal de muerte de las mujeres en edad reproductiva es el SIDA; esto se debe en gran medida, a desigualdades de género, desconocimiento de medidas preventivas y a la exposición a prácticas sexuales de riesgo. La alta prevalencia de violencia contra las mujeres, es otro factor de riesgo importante para la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres, (OMS, 2009).

No obstante, México enfrenta retos importantes respecto a la salud materno infantil tales como obesidad en niños y niñas menores de 12 años, carencias por acceso a servicios de salud en alrededor de 6.5 millones de niños, niñas y adolescentes, carencia de acceso a la alimentación en alrededor de 11 millones de niños y niñas y sólo el 30.8% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva (Save the Children, 2017). Los problemas asociados a una mala alimentación, tales como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, amenazan la salud de los países en vías de desarrollo (Santrock, 2007), con mayor impacto en etapas vulnerables como lo son la infancia, la adolescencia y la tercera edad.

Anualmente alrededor de 35, 000 niñas y niños menores de 5 años mueren en su mayoría por causas prevenibles y 1 de cada 5 nacimientos en México es en una mujer adolescente menor de 20 años (Save the Children, 2017). Los individuos que viven en zonas rurales se ven severamente afectados por problemas de marginación y vulnerabilidad.

Desde hace ya algunas décadas, la evidencia de los riesgos asociados a la salud se ha reportado en numerables publicaciones. Cada vez hay un aumento en la variedad de publicaciones, que muestran trabajos con diferentes grupos de población (rurales, urbanas o comunidades particulares), intervenciones para probar o comprobar estrategias de salud y cada vez son más los estudios que involucran variables psicológicas, culturales y económicas (De Silva, 2006), principalmente con aquellas poblaciones a ser más vulnerables.

Las aportaciones científicas al tema de la salud materno infantil realizadas en los últimos años, aporta datos relevantes sobre aspectos como reducción de mortalidad infantil en algunos países y en otros un incremento en una prevalencia de mortalidad en menores de 5 años (Granich, 1999), (Biran, 2014). Esto brinda la posibilidad de diseñar una agenda de investigación e intervenciones que se trabajen en conjunto con las Organizaciones tanto nacionales como internacionales que proporcione a las áreas menos exploradas, urgentes e

importantes en diferentes contextos tal como la Estrategia Global para Mujeres, Niños y Adolescentes 2016 -2030, que responde al cumplimiento de las metas del milenio para el desarrollo sostenible (ONU, 2015, p.10).

Los hallazgos más sobresalientes en la salud materno infantil se reportan principalmente en aspectos relacionados con la nutrición pues este el indicador por excelencia que muestra el estado de salud de una población. Se destacan los estudios donde se relaciona el estado nutricional con variables de bienestar social y vulnerabilidad (Tallman, 2016), empoderamiento en las mujeres (Kenda, 2015), desarrollo de agencia personal (Pick, García, Leenen, 2011), importancia en las creencias y comportamientos de las personas para crear intervenciones hacia el cuidado de la salud e higiene (Biran, 2014) y aspectos como estrés, depresión y efecto de la migración de los padres en la salud de los hijos (Viet, 2016).

Así pues, destacan los trabajos de tipo cuantitativo más que cualitativo, los estudios longitudinales resultan atractivos porque se puede saber a través del tiempo la evolución del objeto estudiado, en el caso de la salud si hay o no un mejoramiento en el estado de salud de los individuos y o poblaciones, los estudios emplean, muestras superiores a 1000 participantes o a casi toda la población generalmente donde se interviene y se centran en mujeres, niños y niñas por ser una población altamente vulnerable ante condiciones de género, de cultura, de normas sociales, entre otros. De igual forma predominan los estudios empíricos sobre los teóricos, dirigidos en su mayoría al análisis de factores de riesgo, factores de protección, prevalencia y consecuencias en salud. Por tal razón un estudio como el que aquí se presenta puede contribuir a sumar evidencia desde un enfoque mixto, en un contexto altamente similar a muchas comunidades en México, Centro América, América latina y otros países en desarrollo acerca de la importancia de la comprensión de la realidad construida por el grupo social estudiado <<las mujeres, madres de familia>> en relación con factores determinantes para la salud en condiciones de pobreza. Pues el conocimiento de esta realidad social podrá ser un elemento más para poder contribuir a la reducción de factores de riesgos e incremento de condiciones favorables en la salud materno infantil.

Marco Contextual



***<< La salud materno infantil es que estemos bien, bien alimentados, tener sus manos limpias, asearlos, llevarlos al doctor, mandarlos a la escuela, platicar con ellos, jugar y ayudar en las tareas>>
(Mujer de 47 años)***

MARCO CONTEXTUAL

Ocotepec es una comunidad rural mestiza en las laderas del Parque Nacional Cofre de Perote, en el municipio de Ayahualulco, Veracruz a 106 km de la ciudad de Xalapa. Esta pequeña comunidad agrícola de subsistencia de aproximadamente 79 hogares y 550 habitantes depende en gran parte de milpas (cosechas de maíz y cultivos asociados) ofrecidas por la familia para su suministro de alimentos durante todo el año con cantidades limitadas de productos comprados como suplementos.

La mayoría de los índices de marginación y desarrollo humano son arquetípicos de las comunidades rurales pobres de todo México. A saber, alta inseguridad alimentaria, niveles muy altos de analfabetismo en adultos, alta morbilidad infantil predominantemente debido a infecciones respiratorias e intestinales agudas y acceso limitado a servicios básicos de salud, atención prenatal y planificación familiar (SEDESOL, 2013).

Municipio de Ayahualulco, Veracruz:



Figura 2. Mapa del estado de Veracruz representando al municipio de Ayahualulco. Mapa de dominio público. Gráfico vectorial creado con Inkscape el 20 de marzo de 2017.

Ubicación del territorio

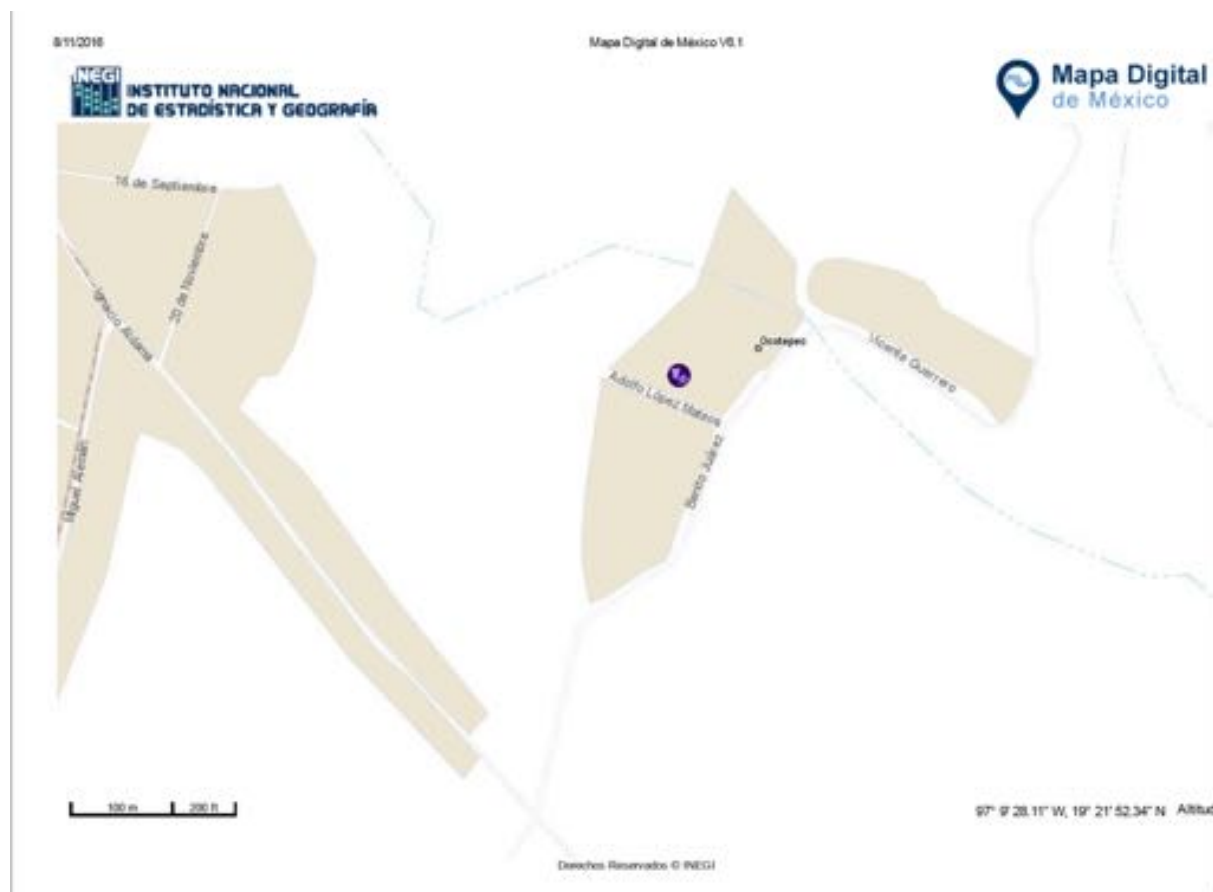


Figura 3. Mapa obtenido de la plataforma mapa digital de México del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Obtenido el 8 de noviembre del 2016 disponible en <http://www.inegi.org.mx>.

La comunidad de Ocotepes tiene una economía de subsistencia basada en la producción estacional de alimentos en milpas familiares. El escaso ingreso monetario proviene de remesas enviadas por familiares en empleos poco remunerados en las ciudades de Xalapa y México, y de la transferencia de efectivo del Programa del Gobierno Federal de Inclusión Social PROSPERA¹. Los principales migrantes son hombres seguido de mujeres jóvenes, dejando a la comunidad con un porcentaje alto de familias donde quien toma decisiones son las abuelas y los abuelos o la mujer a cargo de los hijos sin apoyo económico de una pareja,

¹ Es un programa federal mexicano para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos. Es un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales. Tuvo los nombres *Solidaridad* (1988 a 2002) *Progresas* (2002 a 2007) y *Oportunidades* (2007 a 2014) disponible en <https://www.gob.mx/prospera>.

lo que ocasiona que apenas se puedan cubrir las necesidades básicas como lo es la alimentación.

Predomina el clima frío, en invierno las temperaturas pueden llegar a bajo cero, debido a la ubicación montañosa donde se encuentra, la población no cuenta con vestimenta adecuada para soportar el frío en las condiciones de sus hogares no son las más recomendables. Sus casas constan de una habitación para dormir hecha de block, techo colado y piso de cemento, con una cocina anexa hecha de madera de mala calidad. El piso de la cocina es de tierra, y cuentan en su mayoría con un fogón de metal para ahorro de leña. Tienen de dos a tres camas que deben compartir entre toda la familia, una mesa y algunas sillas, generalmente tienen una televisión y un equipo de sonido para escuchar música a gran volumen (Amescua, 2015, p. 246).

Ocotepec cuenta con una escuela primaria, un jardín de niños atendido por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) y una telesecundaria. Sin embargo como la primaria es de reciente creación, la mayoría de los adultos son analfabetas o bien tienen sólo parte de la primaria. No le dan demasiado valor a la escolaridad, y tampoco pueden continuarla debido a que los jóvenes deciden o son presionados socialmente para vivir juntos y formar nuevas familias a edad muy temprana, por lo que los hombres empiezan a trabajar desde los 14 años aproximadamente y las mujeres se dedican al hogar y cuidado de los hijos, dejando de lado la posibilidad de continuar con los estudios (Amescua, 2015, p. 246). Sin embargo la escuela tiene una importancia fundamental para el desarrollo intelectual y promover habilidades sociales.

Ocotepec es reflejo de la realidad del 9.5 % de la población mexicana, quien vive en pobreza extrema, definida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social como situación donde las personas presentan tres o más carencias de las seis posibles tales como rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (CONEVAL, 2014).

Características de la población

La población con la que específicamente se trabajó son las mujeres mayores de edad y madres de familia. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en el Censo de Población y Vivienda (2000), (2010) <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/>, la población femenina mayor de 18 años en el 2000 era de un total de 89, para el 2010 la población femenina incremento a 116 y mientras que para el 2016, la totalidad de población se estima en 110 mujeres. (Estimación hecha por los registros de salud de los niños y listas escolares con las que se cuenta y se tiene acceso de consulta).

Tabla 2. Datos sociodemográficos

<i>Aspectos sociodemográficos</i>	<i>Censo 2000</i>	<i>Censo 2010</i>
Población total	438	494
Población femenina mayores de edad	89	116
Total de viviendas particulares habitadas	54	72
Población de 15 años y más que no sabe leer y escribir	113	108
Población sin derecho a servicio de salud en alguna institución	435	489

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). Censo de Población y Vivienda, (2011) (Informe nacional y estatales), México.

Las características de Ocotepec permitirán poder hacer inferencias en escenarios con rasgos similares tales como economía de subsistencia basada en la producción estacional de alimentos en milpas familiares, inseguridad alimentaria, acceso limitado a servicios básicos de salud, de atención prenatal y planificación familiar, condiciones precarias de vivienda, alta prevalencia de analfabetismo en adultos, alta morbilidad infantil asociada a infecciones respiratorias e intestinales agudas y prevalencia importante de desnutrición infantil crónica y aguda.

Metodología



*<< La salud materno infantil es que no le duela nada, que esté bien, anda con gusto, anda jugando>>
(Mujer de 21 años)*

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente estudio se realizará desde un enfoque mixto, de tipo explicativo. Es decir que la investigación se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo (Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 246).

Población

Una población o indistintamente universo es la palabra para designar, de manera genérica, a un conjunto de unidades de análisis que son objeto de un estudio en particular. Tal conjunto puede estar definido con precisión en el tiempo y espacio o no, a él se referirán los resultados obtenidos en la investigación por muestreo. El tamaño que tiene una población es un factor muy importante, dependiendo de la cantidad de elementos que posee la misma puede ser tratada como infinita cuando el número de elementos que integran la misma es elevado, por ejemplo los habitantes totales de un país, mientras que finita es cuando el número de elementos es limitado y se puede tener acceso a todos o casi todos los elementos (Bologna, 2011, p. 253), por ejemplo las mujeres residentes en Ocotepc, Veracruz.

Una muestra se entiende como el subconjunto de una población que comparte sus características en los aspectos de interés para la investigación. El concepto de muestra va ligado al de representatividad, es decir a su capacidad de actuar como representante de los elementos de la población que no han sido seleccionados. Tal representatividad no implica una identidad en todos los aspectos, son solamente aquellas características que se encuentran bajo análisis las que tienen que ser compartidas por la muestra y la población (Bologna, 2011, p. 255). En específico las características de la población elegida para este estudio son:

Criterio de la población: se elegirán a las mujeres de 18 años en adelante, madres de al menos un hijo y residentes de la comunidad Ocotepc. El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo censo.

Justificación del uso del censo: se eligió el censo, debido a que la comunidad cuenta con 79 hogares habitados y un aproximado de 119 mujeres (al término del 2016) madres de

familia de distintos rangos de edad, lo cual permite tener una visión total de las representaciones sociales acerca de la salud materno infantil incluidas diferencias y similitudes ocasionadas por la variabilidad que provoca las diferencias de edades, escolaridad, estado civil, vulnerabilidad económica y por lo tanto la posible diferencia de pensamientos, creencias, actitudes y acceso a la información relacionadas con el cuidado hacia la salud de los hijos y ellas mismas.

Criterios de inclusión para la integración de la población en el estudio con las mujeres de Ocotepéc para el estudio de las representaciones sociales:

- Incluir a mujeres de 18 años en adelante.
- Incluir a Mujeres madres de familia.
- Incluir a Mujeres residentes en Ocotepéc.
- Incluir a quienes desearan tener una participación voluntaria.

Criterios de exclusión para la integración de la población en el estudio con las mujeres de Ocotepéc:

- Excluir a mujeres que no deseen participar en el estudio.
- Excluir a mujeres que no residan de manera formal en la comunidad de Ocotepéc.
- Excluir a mujeres que no tengan hijos.

Tabla 3. Población

<i>Población</i>			
Hogares	Total Mujeres	N esperada	N Final
79	119	100*	95**
*Se eliminaron las mujeres que no cumplían con los criterios de inclusión. ** Un total de 95 cuestionarios fueron administrados por la investigadora a las mujeres voluntarias en sus hogares (90% de las mujeres residentes en la comunidad al momento del estudio).			

Variables de estudio

Las variables de estudio son consideradas como los atributos del fenómeno, en este caso la salud materno infantil, que pueden adquirir diferentes valores (Yuni, Urbano, 2006, p. 179). En estudios cuantitativos los datos son los números obtenidos por el investigador como resultado del uso de los instrumentos de medición de variables, mientras que en los estudios cualitativos los datos son los discursos producidos por los sujetos estudiados (Yuni, Urbano, 2006, p. 57).

Demográficas: edad, escolaridad estado civil, ocupación, estructura familiar, residencia, migración, número de hijos.

Económicas: dependencia económica y remesas.

Salud: tipo de enfermedades en el hogar, cobertura médica, bienestar subjetivo, acciones de higiene y cuidado a la salud, percepción del estado de salud, información en el tema de salud materno infantil.

Descripción de tipos de variables por dimensión de las representaciones sociales

Tabla 4. Variables de la dimensión de información

Dimensión	Variable	Indicadores	Descripción de la variable
Información	Salud materno infantil	- Pregunta abierta	Saber lo que entienden las mujeres de la salud materno infantil.
	Lugares de información de salud materno infantil	- Hospitales - Consultorio de la comunidad - Clínica de salud cercana - Escuela	Conocer en qué lugares la mujer ha recibido información sobre salud materno infantil.
	Informantes de salud materno infantil	- Médicos - Enfermeras - Promotores de salud - Auxiliar de salud - Programas comunitarios	Conocer quienes han sido los principales informantes para la mujer sobre salud materno infantil.
	Variable	- Indicadores	Descripción de la variable
	Conocimiento de	- Vacunación	Identificar que campañas de salud conoce la mujer.

Información	campañas de salud	- Planificación familiar - Cáncer de mama - Cáncer cervico-uterino - Violencia familiar - Violencia de pareja - Consumo de drogas - Lactancia - Desparasitación	
	Asistencia médica	- Planificación familiar - Atención del parto - Atención prenatal - Tratamiento de enfermedades - Vacunas - Tamiz - Desparasitación	En qué momentos ha tenido asistencia médica.
	Conocimiento de las complicaciones de parto	- Presión alta - Hemorragia - Posición del bebé	Saber si la mujer conoce cuales son las complicaciones de parto.
	Cuidados de salud hacia los hijos	- Palabras asociadas a la higiene	Conocer cuáles son los principales cuidados que tienen las mujeres.
	Atención médica solicitada	- Estudios de mamas - Prueba de diabetes - Prueba de Papanicolaou - Prueba de SIDA - Prueba de embarazo - Solicitud anticonceptivos	Conocer cuales atenciones médicas la mujer ha solicitado o requerido.

Tabla 5. Variables de la dimensión actitud

Dimensión	Variable	Indicadores	Descripción de la variable
Actitud	Interés por el cuidado de los hijos	- Mucho - Más o menos - Poco - Nada	Conocer cuál es el interés por el cuidado de los hijos.
	Solución de problemas de salud	- Busca solución - Se queja con las autoridades de salud - Hace lo posible para que sus hijos estén sanos - Se preocupa por llevar a vacunar a sus hijos	Acciones que toma la mujer ante las situaciones.
	Acciones ante el cuidado de salud	- Odia resolver un problema de salud - Asiste a todas las consultas de salud - Se enoja cuando su marido toma alcohol o se emborracha - Se siente dudosa para tomar decisiones de salud	Acciones que toma la mujer ante las situaciones.
	Actitudes hacia el cuidado de la salud infantil	- Es demasiada responsabilidad cuidar a un hijo - Cuidar a los hijos es sólo una obligación por ser madre - Si los hijos se enferman de gravedad es porque dios así lo quiere.	Conocer las frecuencias de actitudes hacia el cuidado de la salud.
	Sentimientos hacia el cuidado de la salud para con los hijos	- Malestar, vergüenza, angustia, preocupación, tranquilidad, indiferencia, enojo, tristeza, alegría, orgullo.	Conocer que sentimientos le genera a la mujer cuidar de la salud de sus hijos.

Tabla 6. Variables de la dimensión campo de representación

Dimensión	Variable	Indicadores	Descripción de la variable
Campo de Representación	Confianza del cuidado de los hijos	- Abuelas - Parejas - Hijas mayores - Familiares - Otros	Saber a qué persona la madre confiaría la salud de sus hijos.
	Opinión de buena salud en relación con el poder adquisitivo	- Mucho dinero - Poco dinero - No importa el dinero	Saber si la mujer considera el dinero como determinante o no para una buena salud.
	Valoración del sistema de salud	- Si - No - A veces	Saber si la mujer considera que el sistema de salud cubre sus necesidades.
	Percepción de la salud	- Buenísima - Muy buena - Buena - Regular - Mala	Saber cuál es la percepción de la salud de los hijos para la mujer.
	Mejor cuidador de un hijo	- Mujer - Hombre - Ambos	Saber para las mujeres si un hombre, una mujer o ambos cuidan mejor a un niño.
	Opinión de ser madre	Pregunta abierta	Qué significa ser madre y si es bueno tener hijos.

Una vez seleccionadas las variables se diseñó un cuestionario ad hoc para explorar las representaciones sociales relacionados con la salud materno infantil en las mujeres de Ocotepc. Comprendió 37 preguntas (34 de opción múltiple, una escala de Likert y 2 preguntas abiertas) divididas en 4 secciones: I) Datos sociodemográficos; II) Conocimiento relacionado con la salud; III) Actitud hacia la salud; IV) Campo de representación (*anexo 1*).

Técnicas de recolección de datos

Para este proyecto, se integraron dos técnicas que a continuación se describen:

Técnica de Encuesta de representaciones sociales sobre la salud materno infantil, construida ex profeso para el estudio en forma de cuestionario con un total de 37 preguntas con opción de respuesta y dos preguntas abiertas divididas en 4 apartados. I. Datos generales, II. Información de salud, III. Actitud hacia la salud y IV Campo de representación. *Anexo I*

El cuestionario es un instrumento muy utilizado en el estudio de las presentaciones sociales (Abric, 1994, p. 56). Este éxito parece poder explicarse por diversas razones: al contrario de la entrevista- método esencialmente cualitativo, el cuestionario permite introducir los aspectos cuantitativos del contenido que permite, por ejemplo, identificar la organización de las respuestas, poner de manifiesto los factores explicativos o discriminantes en un población, o entre poblaciones, identificar y situar las posiciones de los grupos estudiados respecto de sus ejes explicativos (Abric, 1994, p. 56).

Técnica de soporte gráfico, ideada como una técnica de acceso a las representaciones sociales. Facilita la expresión al emplear un modo de recolección más apropiado de la población por ejemplo niños y en este caso una población en su mayoría analfabeta y con casi nada de años escolares cursados. Los sujetos utilizan un orden esencialmente no verbal, lo que llaman << ideas espaciales>> difícilmente traducibles en palabras. El interés es, además de permitir poner en evidencia elementos de las representaciones, penetrar con cierta facilidad en los elementos organizadores de la producción, es decir, en la significación central de la representación producida (Abric, 1994, p. 58).

La selección de imágenes se realizó lo más parecido a la realidad contextual de las mujeres, es decir, se cuidó que el aspecto físico, corporal y ambiental fuera similar al de las mujeres de la comunidad. Las fotos fueron elegidas a color y de acceso libre bajo el filtro creative commons images de GOOGLE imágenes,
<https://www.google.com.mx/#q=creative+commons>.

Características de la aplicación y obtención de datos: se utilizaron dos instrumentos para la aplicación de las técnicas las cuales fueron un cuestionario y dos secciones de imágenes.

Debido a que en su mayoría la población de mujeres de Ocotepéc es analfabeta, el cuestionario se realizó en forma oral, con entrevistas cara a cara con una duración promedio por entrevista de 20 a 30 minutos.

El cuestionario se llevó a cabo en el salón comunitario, consultorio de salud y principalmente en las casas de las mujeres.

Las entrevistas fueron grabadas con permiso de las participantes.

Después de que se realizaba el cuestionario se les enseñó a las mujeres dos conjuntos de imágenes *fig. 2.*, la primera sección fueron tres imágenes de niños con diferentes características físicas en donde la mujer tenía que elegir el niño que representaba ser el más sano. En la segunda sección *fig. 3.*, se les mostraba a las mujeres seis imágenes de mujeres con atributos de madre, donde ellas tenían que elegir qué imagen presentaba para ellas mejor a una madre. La reacción de las mujeres ante las imágenes fue positiva y de interés, elegían en promedio las dos imágenes en menos de dos minutos.

Figura 4. A la mujer se le pedía: Observe por un momento las siguientes imágenes y cuando esté lista indíqueme por favor quién es el niño(a) más sano(a)



Figura 5. A la mujer se le pedía: Observe por un momento las siguientes imágenes y cuando esté lista indíqueme por favor cuál imagen representa mejor ser madre



Procedimiento de recolección de datos

Plan de recolección de datos en cuatro fases:

Fase I: Acercamiento a la comunidad. Consistió en establecer un ambiente no invasivo y un clima de confianza entre la investigadora y las mujeres participantes a través de la convivencia semanal, la participación en talleres comunitarios, en sus actividades y en sus reuniones. Al término del muestreo se realizaron 42 visitas a la comunidad de un día y una estancia de 4 días comprendidos en el periodo noviembre 2015 - marzo 2017.

Fase II: Aplicación de técnicas de recolección de datos. Se realizó el censo de cuestionarios y soportes gráficos. Para el muestreo fueron requeridas 4 visitas para la aplicación de un pilotaje y 4 visitas para el muestro final.

Las visitas fueron todos los días jueves de 8:00 a 17:00 horas y cuatro días de trabajo en la comunidad de 8:00 a 19:00 horas donde se requirió hacer una estancia en la comunidad con el conocimiento de las mujeres y apoyo por parte de la auxiliar de salud de la comunidad.

La aplicación de los cuestionarios consistió en ir de casa en casa y hacer la invitación a las señoras a participar, se les hablaba del proyecto, se les explicaba en qué consistía su participación y la duración del cuestionario mediante el consentimiento informado (*anexo 1*), además fue requerido su permiso para grabar el audio. Se utilizó un equipo celular *iPhone SE, Gold, 16GB* para grabar las respuestas al cuestionario de las mujeres.

Las mujeres fueron muy amables y dispuestas a realizar el cuestionario y soportes gráficos. De las 100 mujeres a quienes se les preguntó si querían participar en el estudio sólo dos mujeres rechazaron la invitación. De igual forma los señores que se encontraban en la comunidad fueron respetuosos y muy amables al dejarme hacer preguntas relacionadas con la salud de sus hijos e hijas en sus casas.

Las visitas en las casas de las mujeres fueron muy placenteras pues el entrar en sus casas me permitió darme cuenta de su contexto familiar, sus condiciones de higiene, su tipo de alimentación además de poder establecer una empatía con ellas, lo cual daba como resultado un ambiente de confianza por parte de las mujeres para poder expresarse libremente. Cada visita tuvo una duración de 30 a 40 minutos cuando había una sola mujer en casa, en las casas donde había dos o más mujeres la visita fue de una duración mayor a una hora.

Fase III: Sistematización de la información. Se procedió al análisis de los datos para obtener resultados, conclusiones y las reflexiones correspondientes, descritos en el siguiente capítulo.

La base de datos se elaboró en el programa de Microsoft Excel 2016. Posteriormente se eligió el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versión 21, los cuales permitieron obtener el análisis descriptivo univariado y bivariado de las respuestas de las mujeres.

Para el análisis de las preguntas abiertas se utilizó el análisis estadístico de datos textuales (AEDT) con el software estadístico *SPAD-T Systeme Portable pour L'Analyse des Donees Textuelle* versión 5,6. Los métodos de la estadística textual se aplican ahora a todo tipo de textos transcritos sobre soporte informático. Dichos métodos elaboran tipologías mediante el recuento de las formas gráficas, esto proporciona la ventaja de estudiar los

perfiles lexicales en su conjunto, y por lo tanto, tomar en cuenta redes de autocorrelaciones bastante finas (Bécue, Lebart, Rajadell, 1992, p.8).

Fase IV: Retroalimentación a las participantes. Una vez obtenidos los resultados de la investigación se les dio a conocer los aspectos de salud que resultaron relevantes del estudio a las mujeres participantes así como a la auxiliar de salud quien es la encargada de temas como las campañas de vacunación, la planificación familiar, los periodos de desparasitación, las pláticas de salud materno infantil, consumo de drogas, alimentación entre otras.

Análisis de Datos



*<<Es una responsabilidad, si los cuidas bien, no hay dinero para llevarlo al médico, antes no se enfermaban comíamos más verduras>>
(Mujer de 64 años)*

ANÁLISIS DE DATOS

I. Descripción de la población

La investigación fue realizada con $n= 95$ mujeres madres de familia residentes de la comunidad de Ocotepec, Ayahualulco, siendo 32 mujeres el 33.7 % de 18 a 30 años, 44 mujeres el 46.3 % de 31 a 50 años y 19 mujeres el 20 % de 51 a 83 años con $\bar{x}= 39.9 \pm 15$ [18 – 83].

Características sociodemográficas de la población

Tabla 7. Grupos por edad de las mujeres

<i>Grupos por edad</i>	
<i>18 a 30 años</i>	<i>33.7 %</i>
<i>31 a 50 años</i>	<i>46.3 %</i>
<i>51 a 83 años</i>	<i>20 %</i>
$\bar{x}= 39.9 \pm 15$ [18 – 83].	

Se eligió esa división por grupos de edad de acuerdo a la brecha generacional y situación reproductiva de las mujeres así como estilos y formas de crianza para con sus hijos e hijas.

Tabla 8. Tipos de familia en Ocotepec

<i>Tipo de familia</i>	
<i>Mujer e hijos</i>	<i>20 %</i>
<i>Nuclear</i>	<i>25.3 %</i>
<i>Extendida</i>	<i>54.7 %</i>

En Ocotepec el tipo de familia más común es aquella denominada extensa, es decir, donde en la misma casa viven de 2 a 6 personas las cuales muchas veces están formadas por abuelos, hijos, nietos, nueros, nueras, tíos, tías. Se puede notar que existe una alta prevalencia de mujeres madres directas o abuelas que viven sin una figura masculina que apoye económicamente en el hogar. Esto provoca que la mujer tenga que salir a trabajar

varias horas al día dejando a los hijos solos o al cuidado de hermanos y/o hermanas mayores.

Tabla 9. Densidad del hogar en Ocotepec

<i>Tamaño del hogar</i>		<i>Hijos o nietos a cargo al momento del estudio</i>	
<i>1 persona</i>	<i>1.1 %</i>	<i>0 hijos</i>	<i>11.5 %</i>
<i>2 a 6 personas</i>	<i>67.4 %</i>	<i>1 a 3 hijos</i>	<i>69.4 %</i>
<i>7 a 10 personas</i>	<i>26.3 %</i>	<i>4 a 7 hijos</i>	<i>17.8 %</i>
<i>11 a + personas</i>	<i>5.3 %</i>	<i>8 a 11 hijos</i>	<i>1 %</i>

En Ocotepec la densidad del hogar es en promedio de 2 a 6 habitantes por vivienda con el 67.4 % y con un 26.3 % de 7 a 10 habitantes por hogar. Esto hace sentido debido a que la mayoría de las familias son extensas. Sólo el 5.3 % vive en hogares con más de 11 personas y sólo una mujer de las que fue entrevistada vive sola. La densidad del hogar con respecto al número de hijos o nietos que al momento del estudio cuidan las mujeres fue de 11.5 % para aquellas que no tiene a cargo niños pequeños, el 69.4 % mujeres que cuidan de 1 a 3 niños, el 17.8 % mujeres a cargo de 4 a 7 niños y sólo una mujer que representa el 1% cuida 11 niños.

Tabla 10. Estado civil y presencia de trabajo de la pareja de las mujeres en Ocotepec

<i>Estado civil de la mujeres</i>		<i>Presencia de trabajo en la pareja</i>	
<i>Casada/unión libre</i>	<i>72.6 %</i>	<i>Si</i>	<i>61 %</i>
<i>Soltera</i>	<i>8.4 %</i>	<i>No</i>	<i>10.5 %</i>
<i>Viuda</i>	<i>14.7 %</i>	<i>No hay pareja</i>	<i>28.4 %</i>
<i>Separada</i>	<i>4.2 %</i>	<i>Total de ausencia de trabajo</i>	<i>38.9 %</i>

Tabla 11. Situación económica de las mujeres en Ocotepec

<i>Economía</i>	
Beneficiarios de PROSPERA	
<i>Si</i>	<i>73.7 %</i>
<i>No</i>	<i>26.3 %</i>
Trabajo ocasional pagado	
<i>Si</i>	<i>37.9 %</i>
<i>No</i>	<i>62.1 %</i>

La situación económica es vulnerable debido a que sólo una mujer de la comunidad cuenta con un trabajo formal mientras que las otras 94 mujeres subsisten gracias a las remesas de familiares que trabajan principalmente en el estado de México y la ciudad de Xalapa o a el trabajo ocasionalmente pagado (generalmente trabajo de campo durante la siembra y cosecha) y en un 73.7 % su principal ingreso monetario de las mujeres es la transferencia de dinero en efectivo proveniente del programa gubernamental PROSPERA. Las mujeres encuestadas que cuentan con el apoyo PROSPERA utilizan el dinero principalmente en alimentos, vestido y calzado para los hijos e hijas así como pagos de cuotas escolares.

Según el reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, de los hogares en Veracruz, 44 % fue beneficiario de algún programa de ayuda alimentaria y un tercio 33.7 fue beneficiario de OPORTUNIDADES hoy PROSPERA. Esta proporción fue aproximadamente el doble a la cobertura nacional 18.8 % y la misma de la región sur 33.4 %, resultado favorable dadas las condiciones de pobreza de la población (ENSANUT, 2013, p.88).

Alfabetismo en Ocotepc

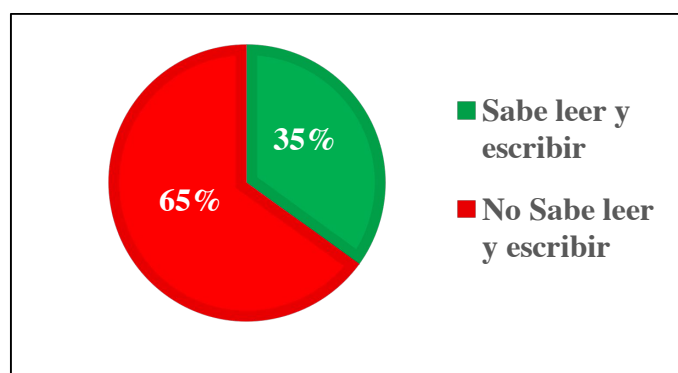


Gráfico 1. Alfabetismo en Ocotepc

Ocotepc cuenta con una población 65 % analfabeta, esto ocasiona que las mujeres sean vulnerables ante situaciones donde se requiera escribir y leer. Ha existido un gran avance en la escolaridad, las madres hoy reconocen que leer y escribir es importante y algunas de ellas asisten al programa social de alfabetización para adultos que se brinda

como un servicio comunitario por una trabajadora social externa a la comunidad. Por otro lado los niños y niñas que asisten a la escuela alcanzan un nivel de lectura y escritura leve al término de la primaria debido a la irregularidad de las clases, la poca asistencia de maestros y estudiantes, entre otros posibles factores que afectan el desarrollo cognitivo de los niños y niñas.

Características reproductivas de la población

Las 95 mujeres reportaron que el 98.5 % de sus partos fueron de forma natural y el 93.3 % de sus hijos fueron amamantados de forma exclusiva en promedio 8 meses.

Tabla 12. Número de partos por grupos por edad de mujeres

<i>Grupos por edad de mujeres</i>	<i>Número de partos</i>		
	1 a 3	4 a 7	8 a 12
18 a 30	32.6 %	1 %	0 %
31 a 50	8.4 %	21 %	9.4 %
51 a 83	0 %	9.3 %	12.6 %

Respecto al corte por grupos de edades se puede notar claramente que las mujeres de 51 a 83 años son quienes tuvieron de 8 a 12 partos, mientras que las mujeres de 31 a 50 años decidieron tener 4 a 7 partos y las mujeres de 17 a 30 años han decidido tener entre 1 a 3 partos. Es totalmente esperable con respecto a la literatura que las mujeres hoy decidan tener menos hijos debido a la extensa labor de las campañas de planificación familiar entre otros factores sociales.

Tabla 13. Mortalidad infantil en niños menores de 5 años en Ocotepéc

<i>Grupos por edad de mujeres</i>	<i>Porcentaje de muertes en niños <5</i>	
	1 a 3	4 a 7
18 a 30	32.6 %	1 %
31 a 50	8.4 %	21 %
51 a 83	0 %	9.3 %

En la tabla 13 se observa que el porcentaje de muertes en niños menores de 5 años está presente en un 32.6 % en mujeres de 18 a 30 años con referencia a pérdidas de 1 a 3 hijos, mientras que el grupo de mujeres de 31 a 50 años reportan haber perdido de 1 a 3 hijos en un 8.4 % y en un 21 % perdieron de 4 a 7 hijos menores de cinco años. En cambio el porcentaje de muertes en niños menores de 5 años en las mujeres de 51 a 83 años sólo está presente en pérdidas mayores de 3 hasta 7 hijos en un 9.3 %.

Tiempo de vida en niños menores de 5 años

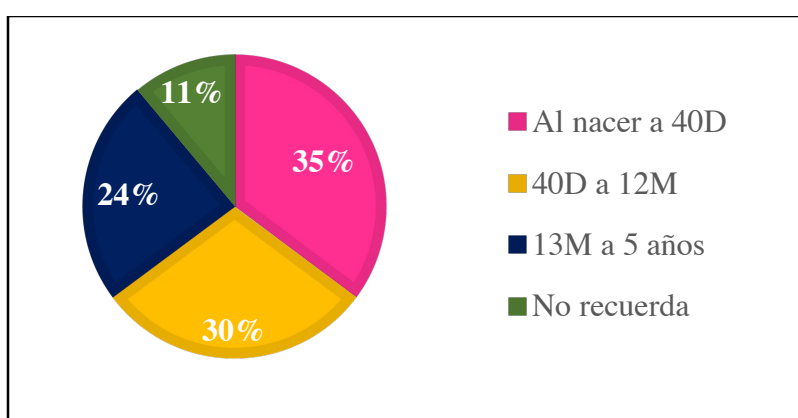


Gráfico 2. Tiempo de vida en niños <5 años

Se puede observar que el tiempo de vida en los niños menores de 5 años, es de un 35% al nacer a 40 días, seguido de un 30% 40 días a 12 meses, lo que significa que el tiempo de vida es muy corto aproximadamente un año. Mientras que el 24% reportó que el tiempo de vida de niños menores de 5 años es de 13 meses a 5 años., un 11% no recuerda cuál es el tiempo de vida en niños menores de 5 años, lo que habla de un desconocimiento de por lo menos una de cada diez mujeres de Ocotepéc, Veracruz.

Principales Causas de muerte en niños <5 años

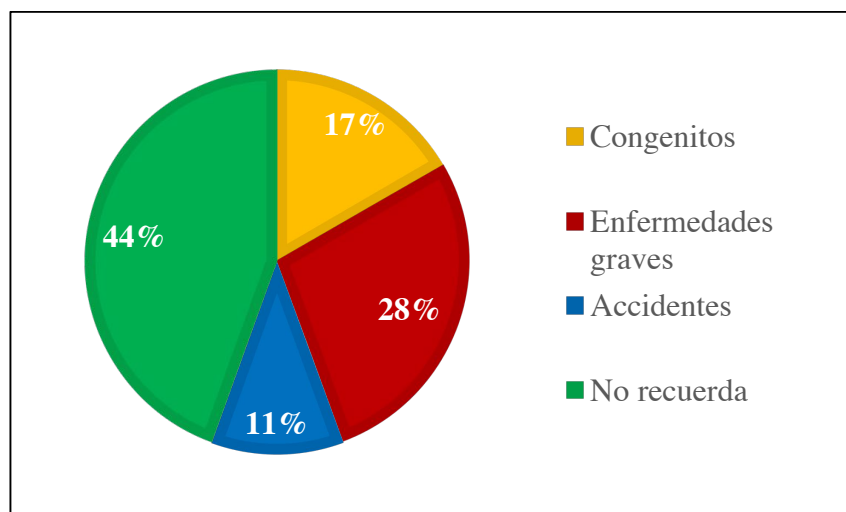


Gráfico 3. Causas de muerte en niños <5 años

Los datos reportados respecto a las causas de muerte en niños menores de 5 años indican que cuatro de cada diez mujeres no recuerda cuales son las causas de muerte y tres de cada diez considera que la muerte de sus hijos se debió a enfermedades graves mientras que dos de cada diez mujeres señaló que fue debido a problemas congénitos y una de cada diez mujeres reportó que la causa de muerte fue debido a accidentes.

Durante el primer año de vida de un niño el riesgo de morir es muy alto. Más del 70% de las muertes infantiles que se producen todos los años en México, se deben a causas como: diarrea, enfermedades infecciosas, neumonía, parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer (WoldVision, 2015)

Por otro lado, Ocotepéc refleja una alta mortalidad infantil en niños menores de 5 años. Este dato aporta evidencia a los principales problemas de salud materno infantil mencionados anteriormente en el marco teórico. Las mujeres de 31 a 83 años han perdido de 1 a 3 hijos (33.6 %) principalmente por problemas en el parto, seguido de problemas congénitos, enfermedades graves y accidentes con un tiempo de vida promedio de 40 días, seguido de 12 meses y de la categoría que abarca 13 meses a 5 años de vida.

De las mujeres encuestadas el 11 % reporta que no recuerda el tiempo de vida de sus hijos menores de 5 años que murieron y el 44 % reporta no recordar o no saber las causas de muerte de sus hijos menores de 5 años.

Disponibilidad del seguro popular

El gráfico 4, población que el 96.8 % de las mujeres si cuenta con el servicio de Seguro Popular. Sólo un 3% de las mujeres carece de la disponibilidad de dicho seguro.

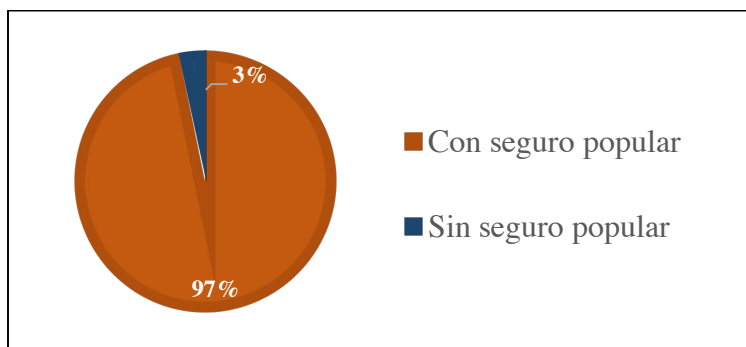


Gráfico 4. Disponibilidad del seguro popular

Enfermedad diagnosticada

Las enfermedades diagnosticadas al momento del estudio en las mujeres fueron colitis 1 %, riesgo a diabetes 1 %, problemas de oído 1 %, diabetes 4.2 %, hipertensión 6.3 %. El cuadro número 5 muestra la prevalencia de enfermedades por edad haciendo evidente que las mujeres que padecen alguna enfermedad crónica o que requiera atención pertenecen al grupo de edad más grande comprendido de 51 a 83 años. El 86.3 % de las mujeres no presentó al momento del estudio alguna enfermedad crónica diagnosticada o alguna enfermedad que mes con mes deba atenderse.

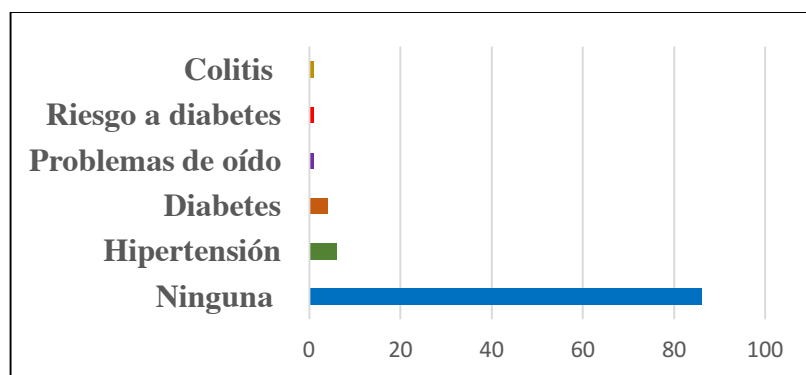


Gráfico 5. Enfermedad diagnosticada

El gráfico 5 indica que las mujeres de Ocotepec no reportan ninguna enfermedad

diagnosticada a nivel de la salud, esto puede indicar que no han sido diagnosticadas por ningún servicio de salud y que por lo tanto se desconoce la enfermedad o el riesgo a una de ellas como es el caso del sobrepeso e hipertensión. La otra posibilidad es que las mujeres no presenten ninguna enfermedad grave.

II. Análisis descriptivo por dimensión

Dimensión de información

Tabla 14. Conocimiento de las madres acerca de cuidados básicos en la salud infantil

Variables	Porcentajes	
	Respuesta Negativa	Respuesta Positiva
Asistir al control médico mínimo dos veces al año	13.7 %	86.3 %
Pasar tiempo con los hijos, como jugar, comer juntos, platicar	7.4 %	92.6 %
Lavarle los dientes a los niños o asegurarse de que los niños se los laven	5.3 %	94.7 %
Beber agua hervida	1.1 %	98.9 %
Vigilar que el peso de los hijos sea adecuado	5.3 %	94.7 %
Bañar a los niños/ Que se bañen los niños	4.2 %	95.8 %
Comer poca azúcar	8.4 %	91.6 %
Vacunar a los niños como lo marca la cartilla de vacunación	2.1 %	97.9 %
Lavarle las manos a los niños antes y después de comer	6.3 %	93.7 %
Castigar, golpear y gritar a los niños	86.3 %	13.7 %
Desinfectar las frutas y verduras	3.2 %	96.8 %
Lavarle a los niños las manos antes y después de ir al baño	3.2 %	96.8 %
Llevar bastimento a los hijos a la escuela	5.3 %	94.7 %

Las mujeres de encuestadas reportan tener conocimiento en salud materno infantil. En la *tabla 14* se puede observar que las respuestas fueron positivas cuando se trataba de conocimiento que involucra aspectos de la higiene y aseo personal así como acciones que implican un mejor desarrollo cognitivo y emocional en los niños como por ejemplo pasar tiempo con ellos, llevar alimentos a la hora del receso en la escuela y no golpear, castigar y gritar a los niños. La tabla sólo demuestra que las mujeres tienen conocimiento al respecto.

Es importante señalar que 9 de cada 10 mujeres de Ocotepéc tienen incorporado en su concepción de salud materno infantil los cuidados básicos de la salud para con sus hijos.

Asistencia a pláticas sobre salud materno infantil

El 92.6 % de la población que corresponde a 88 mujeres reporta haber asistido alguna vez a pláticas sobre salud materno infantil mientras que sólo el 7.4 % de las mujeres que corresponde a 7 mujeres reporta no haber asistido a dichas pláticas.

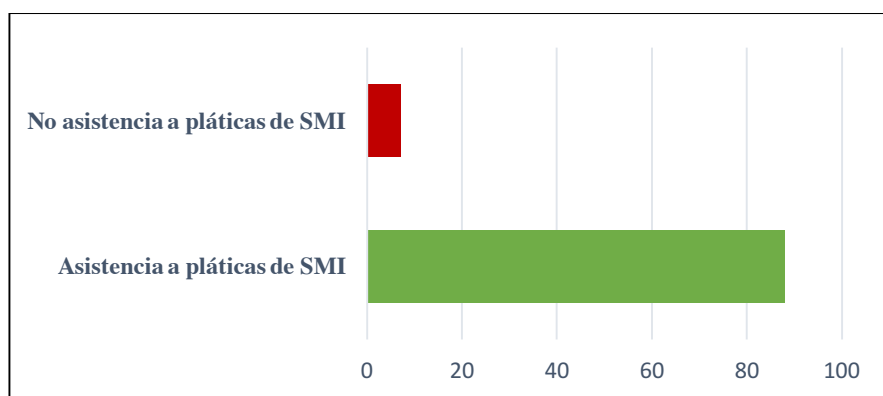


Gráfico 6. Asistencia a pláticas sobre salud materno infantil

Esta información es consistente con la *tabla 13* pues a mayor asistencia a pláticas sobre salud materno infantil se espera que las mujeres adquieran mayor conocimiento en cuidado de salud materno infantil.

Lugares de asistencia a pláticas sobre salud materno infantil

El gráfico 7 muestra que existe poca diferencia entre los lugares mayormente frecuentados respecto a los grupos de edades.

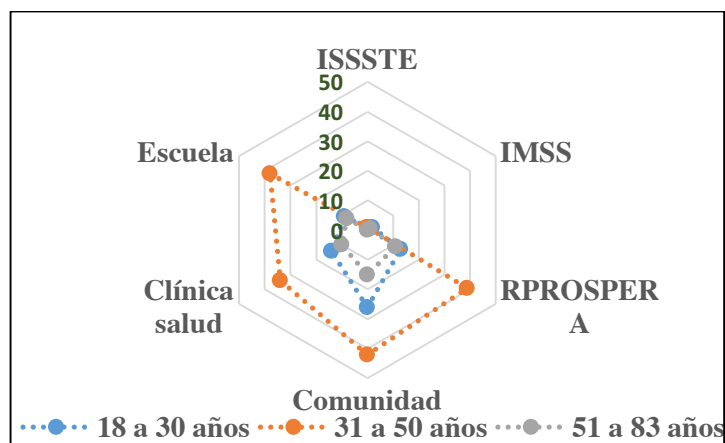


Gráfico 7. Lugares de asistencia a pláticas sobre salud materno infantil

Las mujeres reportan que los lugares de asistencia a pláticas donde han recibido información sobre salud materno infantil son los más cercanos en distancia a su vivienda, principalmente asisten a las pláticas que se dan en la comunidad que corresponde a una frecuencia del 87.3 % de las mujeres seguido por el 66.3 % quienes asisten a pláticas del programa gubernamental PROSPERA, mientras que el 61 % y el 57 % han asistido a la clínica de salud en la cabecera municipal y en la escuela primaria y secundaria de la comunidad respectivamente.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENASUT) 2012 la mayor parte de los usuarios de servicios ambulatorios de Veracruz 29.4 % fue atendida por Secretaría de Salud (SSa) y por servicios médicos privados 40.4 %. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sólo atendió a 14.0 %; el resto 16.2 % se distribuyó en otras instituciones públicas de salud (ENSANUT, 2013, p.95).

Personas que han brindado pláticas sobre la salud materno infantil

En el siguiente gráfico se muestra que existe poca diferencia entre las personas de las cuales mayormente se recibe información de salud materno infantil respecto a los grupos de edades.

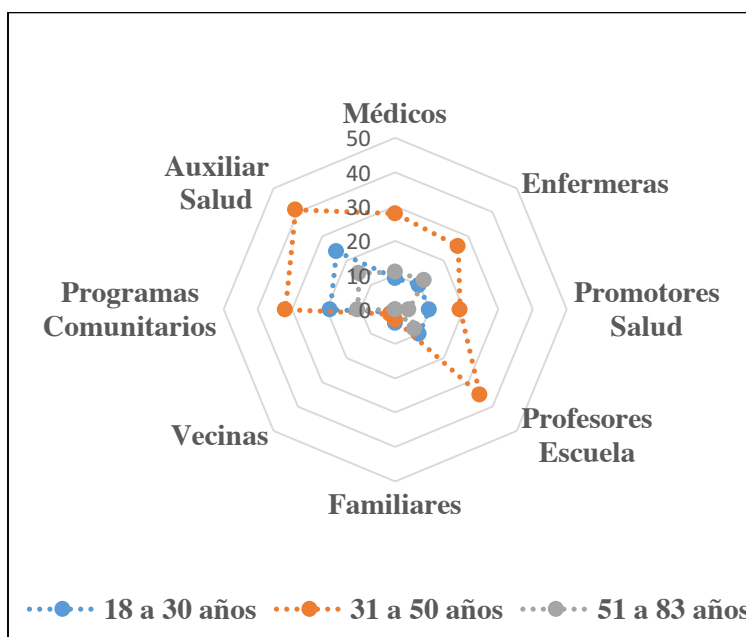


Gráfico 8. Personas que han brindado pláticas sobre la salud materno infantil

El gráfico 8 muestra la consistencia de los datos reportados por mujeres. Las mujeres reciben las pláticas de salud materno infantil de aquellas personas quienes van a la comunidad o están capacitadas por la Secretaría de Salud para ser auxiliares de salud dentro de la comunidad. En un 84.2 % las mujeres han recibido pláticas de salud por la auxiliar de salud, seguido por los programas comunitarios con un 65.2 %, mientras que la información otorgada por los médicos y enfermeras han estado presentes en 63.1 % de las mujeres, un 55.7 % por profesores de la escuela primaria y secundaria y sólo un 11.4 % ha recibido pláticas de promotores de salud externos a la comunidad. Observamos que son mujeres que tienen conocimiento e información sobre la salud materna infantil de por lo menos cinco autoridades médicas y una educativa, así como integrantes de la familia y comunidad.

Conocimiento de campañas de salud

El *gráfico 9* reporta la frecuencia de las mujeres por grupos de edades de 31 a 50 (n=44) años, 51 a 83 (n=19) años y 18 a 30 (n=32) años con referencia al conocimiento (+) o falta de conocimiento (-) de las campañas de salud.

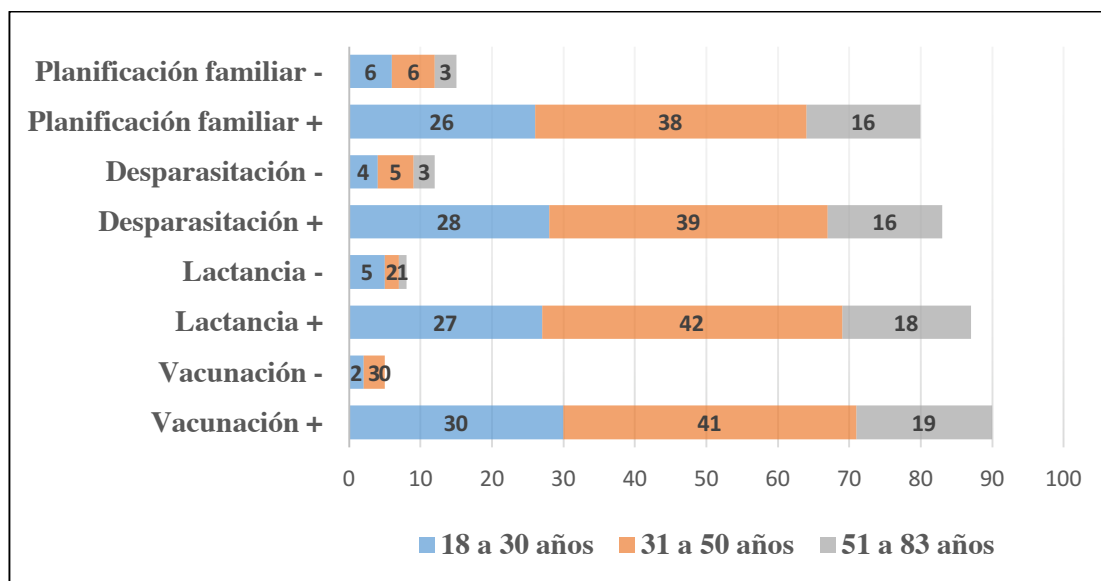


Gráfico 9. Conocimiento de campañas de salud

Las mujeres del grupo de edad de 31 a 50 y 51 a 83 años son las más informadas respecto a campañas de salud tales como planificación familiar 85.7 %, desparasitación

87.3 %, lactancia 95.2% y vacunación 95.2 %, mientras que las mujeres del grupo de 18 a 30 (n=32) años están menor informadas.

En el siguiente gráfico se muestra que la información respecto al consumo de drogas el 49.4 % y violencia de pareja el 35. 7 % es la que carecen más las mujeres. Mientras que de las campañas de violencia familiar 72.6 % y cáncer cervico-uterino 65. 2 % reportan tener conocimiento. La campaña de cáncer de mama es de la que poseen información las mujeres.

Conocimiento de campañas de salud

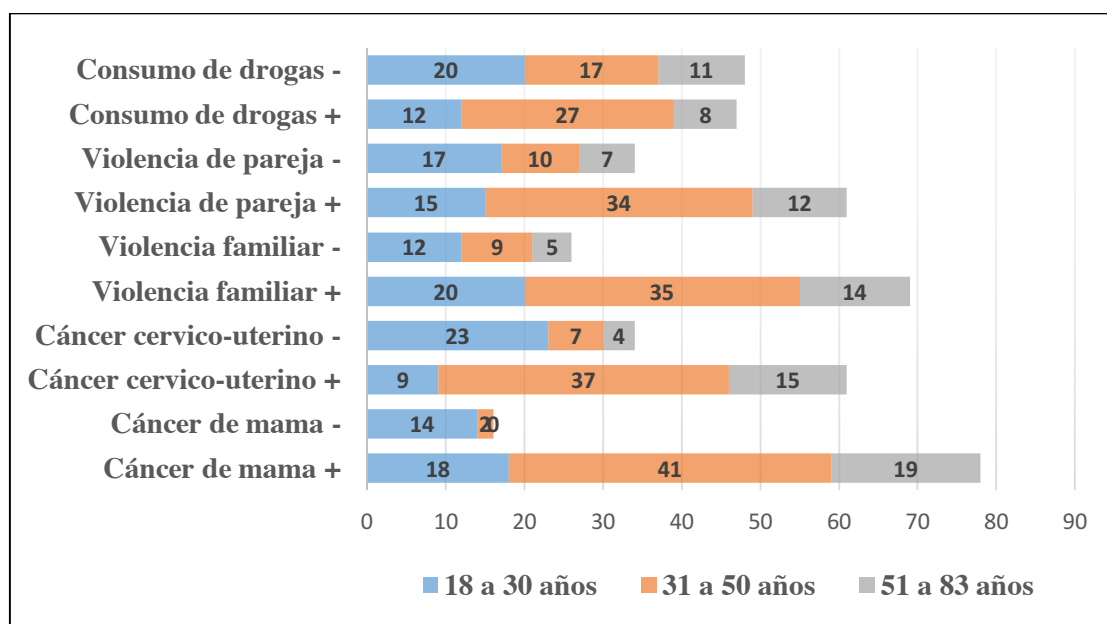


Gráfico 10. Conocimiento de campañas de salud

Las campañas más conocidas y de la cuales se tiene más información en los tres grupos de edades son: la campaña de vacunación en 94.7 %, la campaña de lactancia 91.5 %, la campaña de desparasitación 87.3 % y la campaña de cáncer de mama en un 82.1 %. El grupo de mujeres menos informadas en todas las campañas reportadas son las que pertenecen al grupo de 18 a 30 años.

Conocimiento de las complicaciones en el parto

A las mujeres les fue difícil contestar cuáles eran las complicaciones que podían afectar el parto. Tuvieron que pensar la respuesta durante algunos minutos y generalmente daban ejemplos desde su experiencia o la de las mujeres conocidas y cercanas a ellas.

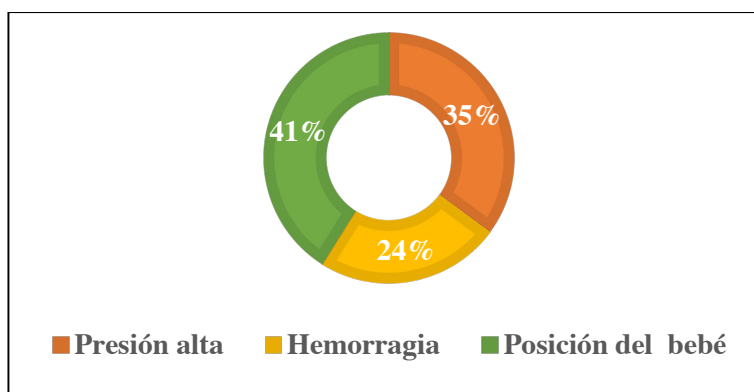


Gráfico 11. Conocimiento de las complicaciones en el parto

El 41 % de las mujeres encuestadas reporta conocer que la posición inadecuada del bebé puede ser un problema al momento del parto, el 35 % de las mujeres reconoce que la presión alta en el embarazo y el parto ocasiona complicaciones y el 24 % reporta conocer que las hemorragias pueden ser una dificultad para tener un parto de tipo natural.

Entre otras causas que reportaron las mujeres como complicaciones al momento del parto fueron: preeclampsia, el tamaño del bebé, que el bebé fuera prematuro y que la mujer se encuentre sola al momento del parto.

A pesar de la información que tienen las mujeres continua siendo muy poca y clara pues las mujeres no saben con exactitud que cuidados hay que tener durante el embarazo y durante el parto. Muchas de ellas han dado a luz solas o con compañía de otra mujer que casi siempre es la madre y sus conocimientos se remiten a la experiencia de partos previos. Sin embargo la asistencia obligatoria de control prenatal que pide la Secretaría de Salud, ha hecho que el número de complicaciones en los partos se reduzca y en caso de tener una complicación cuando las mujeres son asistidas con partera inmediatamente son canalizadas al hospital más cercano.

Motivos de asistencia al centro de salud

Se les preguntó a las mujeres los motivos por los cuáles ellas asisten al centro de salud. De las opciones planificación familiar, asistencia de parto, asistencia después del parto, enfermedad crónica, enfermedad pasajera, revisión de rutina y asistencia prenatal, las respuestas fueron las siguientes:

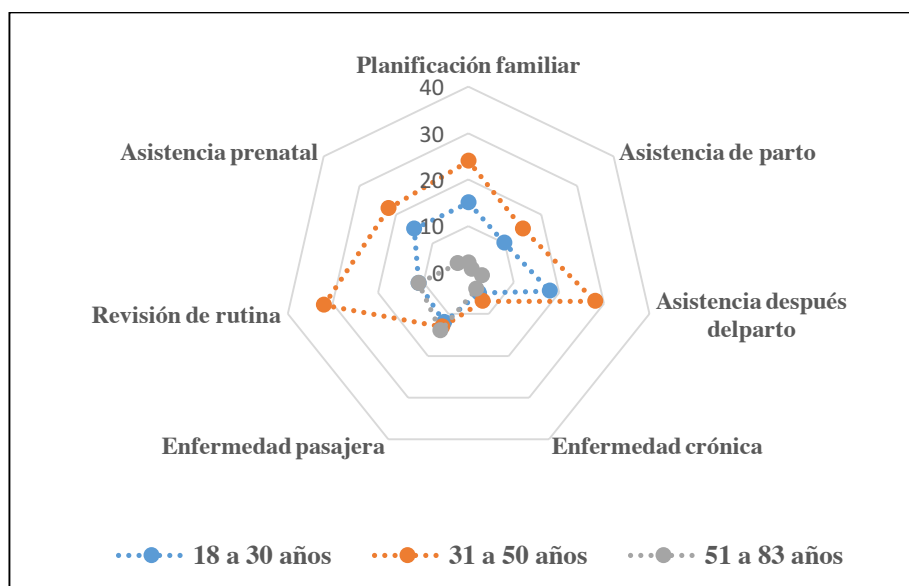


Gráfico 12. Motivos de asistencia al centro de salud

Los principales motivos por los cuales las mujeres asisten al centro de salud son: revisión médica de rutina 56.8 %, asistencia después del parto 51.5 %, planificación familiar 43.1 % y asistencia prenatal 42.1 %. Las mujeres reportan que si pertenecen a PROSPERA deben cumplir con un número de citas que su médico programa, además si se detecta que la mujer está embarazada el mismo programa gubernamental pide a la mujer que mensualmente vaya a una revisión general de su estado de embarazo y su estado después de éste. Sin embargo no todas las mujeres asistieron a la atención prenatal debido a que antes no existía esa práctica y no era tan controlado.

Motivos de asistencia al centro de salud para los hijos

Se les preguntó a las mujeres los motivos por los cuales llevan a sus hijos al centro de salud. De las opciones vacunación, por enfermedad, revisión de rutina, cuidado de los dientes, Tamiz de recién nacido y desparasitación las respuestas fueron las siguientes:

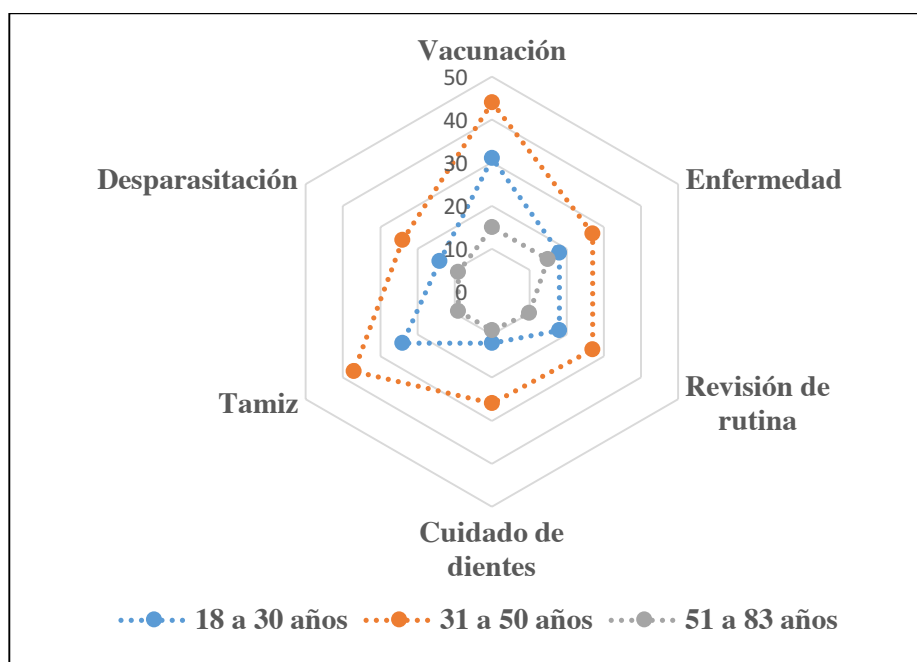


Gráfico 13. Motivos de asistencia al centro de salud para los hijos

En primer lugar observamos que los principales motivos por los cuales las mujeres llevan a sus hijos al centro de salud son la vacunación en un 94.7 %, seguido de la evaluación del recién nacido o Tamiz en un 73.6 %, en tercer lugar para el tratamiento de enfermedades en un 63.1 % y en cuarto lugar para hacer alguna revisión de rutina en un 57.8 %.

Las diferencias de edades entre las mujeres no fueron significativas con respecto a los principales motivos de asistencia al centro médico.

Estudio médico realizado o servicio de salud recibido

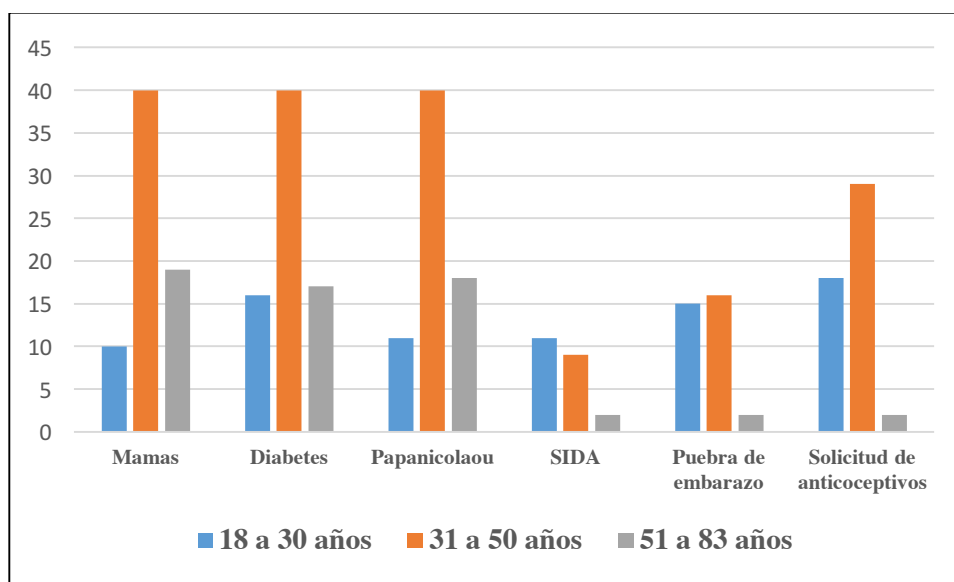


Gráfico 14. Estudio médico realizado o servicio de salud recibido

A las mujeres se les preguntó si se habían realizado estudios médicos tales como estudios de mamas, prueba de diabetes, estudio de Papanicolaou, prueba de SIDA, prueba de embarazo, solicitud de anticonceptivos u otro.

Las mujeres contestaron como lo muestra el *gráfico 13* la frecuencia de los estudios realizados por las mujeres con referencia a los grupos de edades. Se puede observar que el grupo predominante es el de 31 a 50 años quienes reportan haber realizado todas las pruebas incluyendo la solicitud de anticonceptivos, seguido de las mujeres de 18 a 30 años y de las mujeres de 51 a 83 años.

Los estudios y pruebas que se realizan con mayor frecuencia son: estudio y/o exploración de mamas, prueba de diabetes y prueba de Papanicolaou seguido de la solicitud de anticonceptivos. Esta última principalmente pedidos por las mujeres de que 31 a 50 años y de 18 a 30 años.

Los anticonceptivos más solicitados por las mujeres son inyecciones que corresponden a un 61.2 % y el 14.2 % pastillas anticonceptivas.

Solicitud de estudios realizados

El 83.3 % de los estudios realizados por las mujeres fueron pedidos por la clínica de salud en la cabecera municipal así como las mujeres beneficiarias de PROSPERA quienes deben cumplir cierto tipo de condiciones en materia de salud.

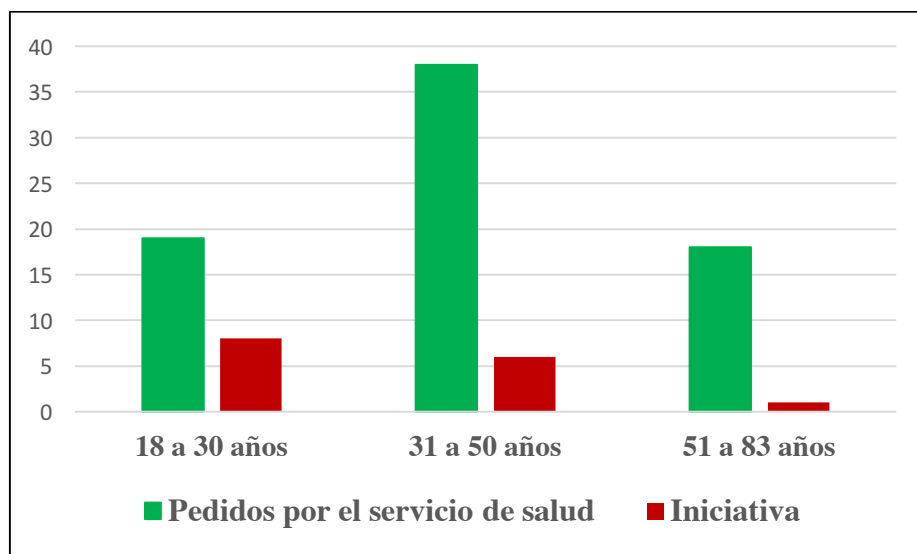


Gráfico 15. Solicitud de estudios realizados

El gráfico 15 muestra que la solicitud de estudios médicos realizados por las mujeres, en su mayoría lo hacen por petición del servicio de salud, sobre todo las mujeres de edades entre los 30 a 51 años, seguido de las mujeres de 51 a 83 años. Las mujeres más jóvenes de edades entre 18 a 30 años, son las que han tenido más interés en solicitar los estudios por iniciativa. A pesar de eso siguen siendo menos del 15 % de las mujeres quienes han solicitado algún estudio o prueba de salud para poder prevenir alguna enfermedad o conocer su estado de salud. Si no existiera la obligación o la condición para recibir el estímulo monetario por parte de PROSPERA, las mujeres difícilmente se harían alguno de estos estudios. Muchas de ellas desconoce su estado de salud o los riesgos que presenta su estado físico para desarrollar una enfermedad.

Resultados de estudios realizados

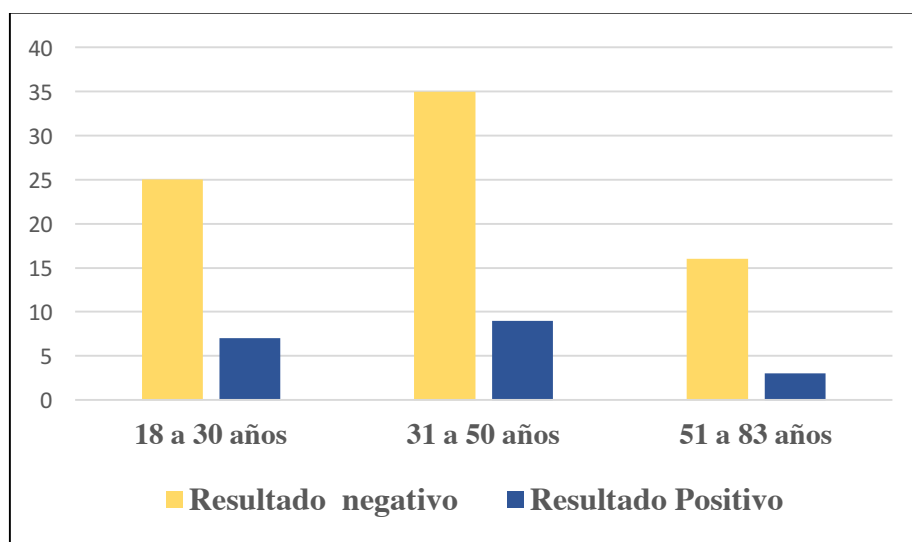


Gráfico 16. Resultados de estudios realizados

EL 9.4 % de las mujeres al momento del estudio reportó un resultado positivo, los cuales fueron colesterol, quistes en los pechos, diabetes, infección vaginal, miomas, problema relacionado con la matriz e hipertensión.

Mientras que la mayoría reportó un resultado negativo. Es decir, que al momento de la encuesta los resultados de las pruebas y estudios médicos no reportaron alguna condición que las mujeres deban atenderse de forma inmediata.

En conclusión el análisis descriptivo de la dimensión de información refleja que las mujeres de Ocotepc poseen información básica acerca del cuidado de la salud materno infantil. El grupo de edad menos informado es el que se compone de una $n= 32$ mujeres de edades comprendidas en un rango de 18 a 30 años seguido del grupo de mujeres más grandes en edad, que corresponde a una $n= 19$ mujeres de edades comprendidas entre 51 a 83 años. Mientras que la $n= 44$ de mujeres con edades comprendidas entre 31 a 50 años son las más informadas. Quizá esto se deba a que las mujeres de 51 a 83 años cuando tuvieron a la gran mayoría de sus hijos en edades menor a 10 años no recibieron información, era más difícil que los programas de salud llegaran a la comunidad y por lo menos en Ocotepc es desde hace 17 años que existe la figura de auxiliar de salud, sin embargo estas mujeres ahora son las que reciben PROSPERA y quienes se ven obligadas a asistir a pláticas de salud y revisiones de rutina de su estado de salud. Las mujeres más jóvenes de 18 a 30 años

son las que han comenzado a tener hijos y por lo tanto no todas reciben el apoyo de PROSPERA, debido a que no todas lo han solicitado además de cubrir con los requisitos.

Dimensión de actitud

Interés por el cuidado de los hijos

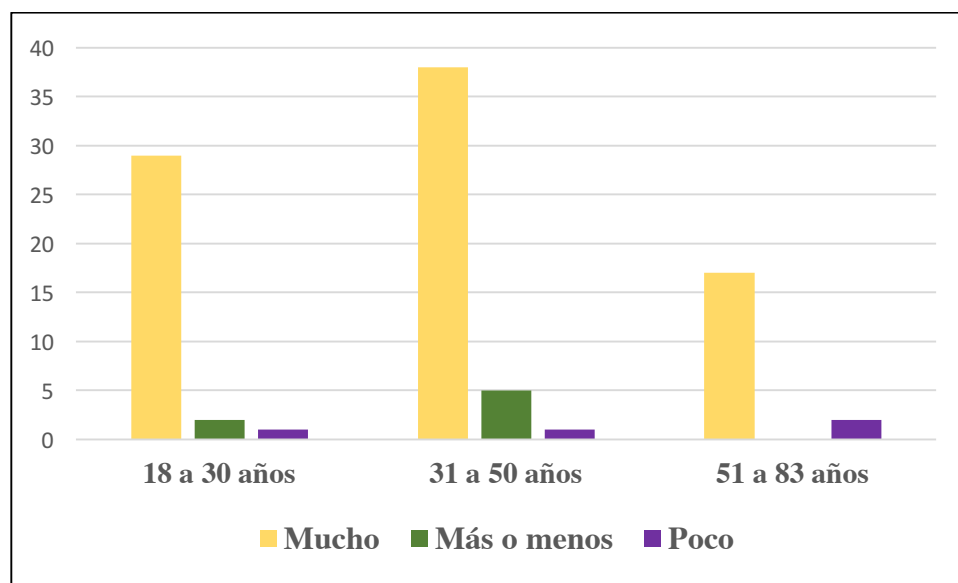


Gráfico 17. Interés por el cuidado de los hijos

Se les preguntó a las mujeres acerca del interés por cuidar a sus hijos. El 88.4 % de las mujeres reportó tener un mucho interés por el cuidado de los hijos. Las mujeres no tardaron más de un minuto en contestar que están muy interesadas en el cuidado de sus hijos especialmente cuando son pequeños, lo que para ellas significa antes de que el niño comienza a caminar. Es en esta etapa de vida de los hijos donde las madres concentran los cuidados a la salud.

Tabla 15. Actitudes hacia la salud

Variables	Porcentajes	
	Respuesta Negativa	Respuesta Positiva
Buscar solución a un problema aunque otros digan que no hay solución	8.4 %	91.6 %
Odiar tener que resolver un problema de salud	91.6 %	8.4 %
Hacer todo lo posible para que los hijos estén contentos	8.4 %	91.6 %
Asistencia de la consultas de salud programadas por el centro de salud	16.8 %	83.2 %
Quejarse con las autoridades de salud cuando hay una injusticia	51.6 %	48.4 %
Cuidar la salud de los hijos es algo maravilloso	3.2 %	96.8 %
Preocuparse por llevar a vacunar a sus hijos	5.3 %	94.7 %
Inseguridad ante la toma de decisiones respecto la salud de los hijos	62.1 %	37.9 %
Realizar estudios a los hijos para prevenir enfermedades	74.7 %	25.3 %
Es demasiada responsabilidad cuidar a los hijos	51.6 %	48.4 %
Cuidar a los hijos es una obligación sólo por ser madre	51.6 %	48.4 %
Si los hijos se enferman de gravedad es porque dios así lo quiere	43.2 %	56.8 %

En la *tabla 14* se puede observar que las mujeres reportan tener una actitud negativa cuando se trata de resolver un problema de salud, cuando las mujeres tienen dificultad para poder quejarse con las autoridades de salud, cuando hay una injusticia, cuando las mujeres reportan sentir inseguridad ante la toma de decisiones respecto a la salud de los hijos, cuando las mujeres reportan un bajo interés por realizar estudios a sus hijos para prevenir enfermedades y cuando las mujeres sienten que es demasiada responsabilidad cuidar la salud de sus hijos.

Las mujeres reportan tener una actitud positiva en cuanto se trata de buscar soluciones a los problemas de salud aunque otros digan que no hay solución, cuando las mujeres hacen todo lo posible para que sus hijos estén contentos, cuando la mayoría de la mujeres asisten a las consultas de salud programadas por el centro de salud además de preocuparse por llevar a vacunar a sus hijos. Las mujeres sienten que cuidar la salud de los hijos es algo maravilloso. Las mujeres reportan que el cuidado de los hijos no es sólo una obligación por ser madre, pues ellas reportan que ser madre es una decisión y por lo tanto cuidar a los hijos es de gusto y por último las mujeres reportan que las enfermedades de gravedad en los hijos es debido a los inadecuados cuidados por parte de la madre y la familia.

La tabla sólo demuestra el porcentaje de la población de mujeres con actitudes negativas y positivas.

Sentimientos por cuidar a sus hijos

Se les preguntó a las mujeres acerca de los sentimientos que han identificado al cuidar a sus hijos. Las respuestas fueron las siguientes:

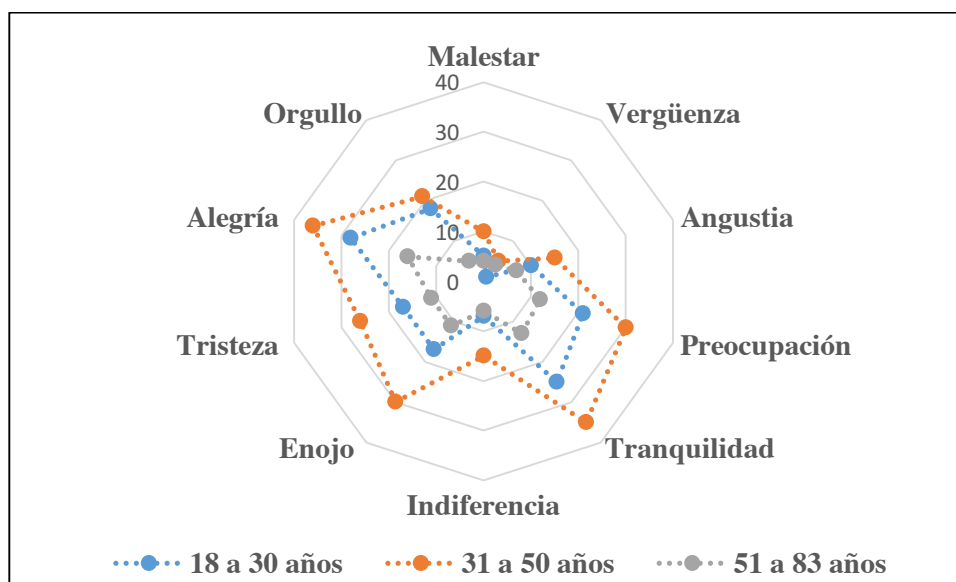


Gráfico 18. Sentimientos por cuidar a sus hijos

Los sentimientos positivos que las mujeres encuestadas reportan sentir fueron principalmente de alegría en un 84.2 %, seguido de tranquilidad en un 76.8 % . Mientras que los sentimientos negativos predominantes fueron preocupación en un 66.3 % y enojo en un 61 %.

Los grupos de edades no reporta diferencia significativa en la frecuencia de los sentimientos.

En conclusión los datos descriptivos de la dimensión de actitud demuestran que las mujeres sienten que cuidar a los hijos y ver por ellos es importante, concentran más de una acción al cuidado de los hijos y el estar bien con ellos. Sin embargo las mujeres reportan que en acciones que requieren demostrar agencia personal, empoderamiento y una buena autoestima tienen dificultades como lo muestra la *tabla 14*.

Esto coincide con la realidad que viven las mujeres de Ocotepc, en el sentido de que las mujeres a pesar de tener un interés por la salud, muchas de sus actitudes en su vida cotidiana son totalmente contrarias incluso aun cuando las mujeres poseen información y

tienen muy bien identificadas las acciones básicas de salud. Esto posiblemente se deba, como se mencionó en el marco teórico, a la falta de recursos personales y el desarrollo de las capacidades personales, es decir, a mayor información y a mayor desarrollo de agencia personal, autoestima y empoderamiento posiblemente mayor efecto en un proceso de cambio en pro de la salud.

Dimensión de campo de representación

Percepción de la salud en relación a la cantidad de dinero

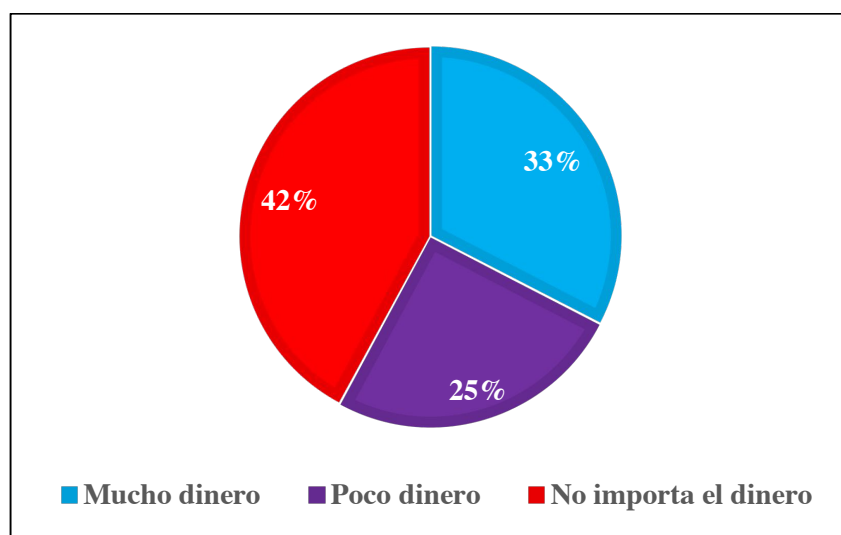


Gráfico 19. Para tener una buena salud qué cantidad de dinero se necesita

El gráfico 18 describe la percepción de salud de las mujeres en relación con la cantidad de dinero. El 42 % de las encuestadas opinan que no importa el dinero para tener una buena salud, el 33 % opina que si se necesita mucho dinero y el 25 % opina que se necesita poco dinero.

Tabla 16. Palabras asociadas a la Salud materno infantil

Se les pidió a las 95 mujeres encuestadas asociar 5 palabras relacionadas con la salud materno infantil. De las 475 palabras, las que con mayor frecuencia se asociaron con la salud materno infantil fueron:

	Palabras asociadas	Frecuencia
1	Alimentación	139
2	Lavar las manos antes de comer	57
3	Cuidarlos de accidentes	50
4	Bañarlos	44
5	Beber agua hervida	31
6	Protegerlos del frío	26
7	Educarlos	24
8	Dar cariño	24
9	Vacunarlos	19

La palabra alimentación fue la que más relacionaron las mujeres con el cuidado de la salud de sus hijos. Las mujeres hicieron referencia a la alimentación con frutas y verduras como la importancia de dar pecho a los hijos recién nacidos. El segundo cuidado que las mujeres relacionan con la salud materno infantil es lavarse las manos antes de comer, práctica sanitaria que de hacerla previene enfermedades gastrointestinales e infecciones, que son las principales causas de muerte infantil. Las mujeres Ocotepc saben que lavar las manos antes de comer es una práctica de aseo personal sin embargo durante la observación en la comunidad pocas veces las mujeres llevaron a cabo esta acción para ellas como para sus hijos. El tercer cuidado que las mujeres reportan importante para la salud materno infantil es cuidarlos de accidentes, esto se refiere principalmente a accidentes con herramientas del campo, con fuego del fogón dentro de las cocinas de las casas, accidentes por caídas y por montar a caballo y accidentes por cuidar animales como puercos, perros, gallinas y borregos.

El cuarto cuidado importante para las mujeres respecto a la salud materno infantil es bañar a los hijos. Las mujeres reportan que los niños y ellas se deben de bañar cada tercer día. Generalmente las personas en Ocotepc, se bañan con cubetas de agua tibia dentro de las casas. El quinto cuidado que las mujeres reportan como importante para su salud es beber agua hervida. Esta práctica durante la observación de la vida cotidiana de las mujeres en la comunidad si la realizaban y procuraban tener siempre agua hervida.

Además de los cinco cuidados anteriores, las mujeres reportaron que se debe proteger del frío a los niños, como principal cuidado es abrigoarlos debido a que la comunidad se encuentra en una zona montañosa expuesta a bajas temperaturas sobre todo en el invierno. Como cuidados menos reportados aunque significativos, las mujeres

mencionaron que educar a los hijos, es decir, enseñar las buenas costumbres para ellas y dar escuela así como dar cariño por parte ellas y estar pendientes de la toma de vacunas es importante en la salud materno infantil.

Presencia de servicio de salud para la atención de los hijos

Se les preguntó a las mujeres que tipo de asistencia prefieren para atender a sus hijos cuando presentan alguna enfermedad, malestar o accidente. Se les dio tres opciones: 1. Curandero(a), 2. Servicio particular, 3. Servicio de salud.

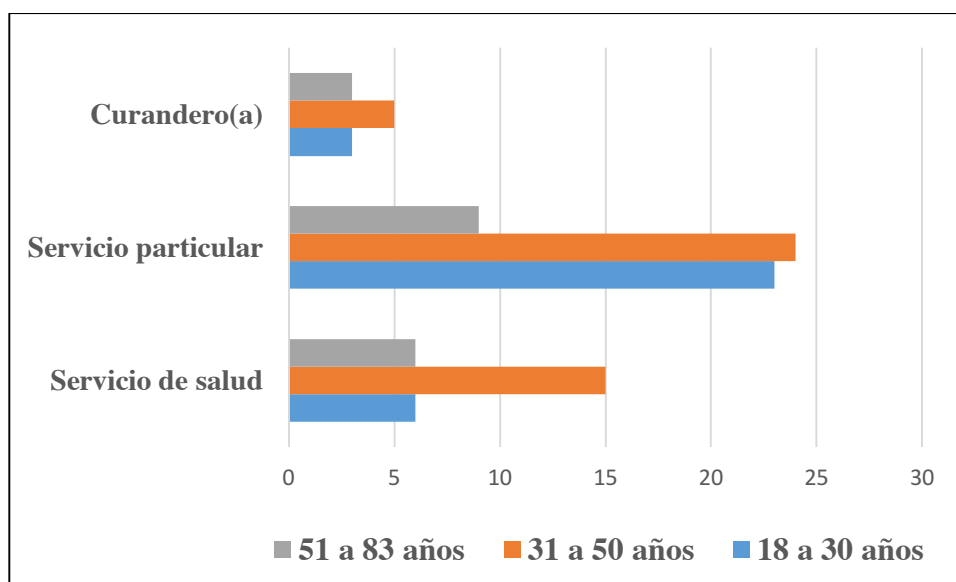


Gráfico 20. Presencia de servicio de salud para la atención de los hijos

El gráfico 19 muestra que las mujeres de los tres grupos de edades representados prefieren en un 58.9 % la asistencia de un médico particular. Las mujeres reportan que la atención no es buena en el centro de salud, además de no tener los medicamentos necesarios, dan preferencia a las mujeres que pertenecen a PROSPERA y esperan mucho tiempo para poder recibir la atención. El 28.4 % de las mujeres reportan que prefieren asistir al centro de salud porque no tienen que pagar la asistencia aunque tengan que esperar mucho tiempo.

La consulta particular en promedio les cuesta a las mujeres 200 pesos más medicamentos. Una visita con el curandero cuesta aproximadamente 150. Las mujeres generalmente van con este último si se trata de dolor muscular.

Percepción de la funcionalidad del centro de salud

Se les preguntó a las mujeres si el servicio del centro de salud resuelve sus necesidades de salud. A lo que reportaron:

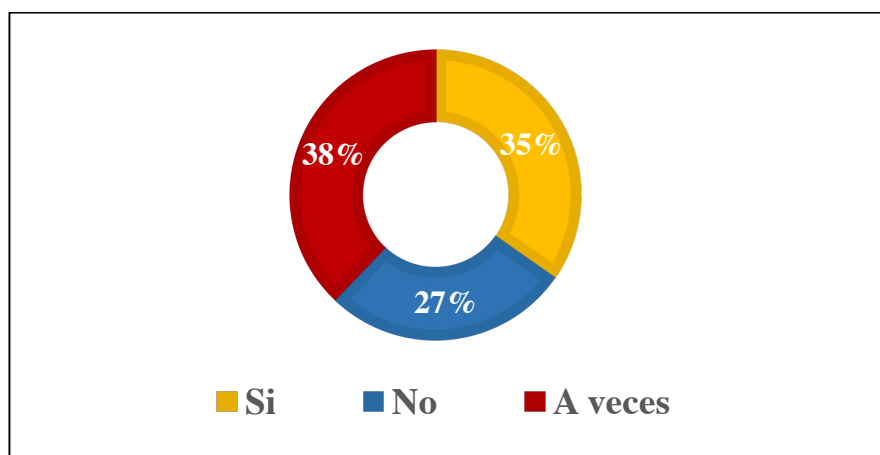


Gráfico 21. El centro de salud resuelve las necesidades de salud de las madres y los niños

El gráfico 17 muestra la percepción de las n=95 mujeres. Las mujeres del 18 a 30 años son las que reportan que el centro de salud no resuelve sus necesidades, seguido del grupo de las mujeres de 51 a 83 años de edad, mientras que las mujeres de 31 a 50 años considera que a veces y generalmente el centro de salud si resuelve sus necesidades.

Tabla 17. Situaciones en las que hay que ir con el médico

Variables	Porcentaje de las mujeres
Cuando los hijos están enfermos	99 %
Cuando la mujer se siente físicamente mal	90 %
Cuando la mujer se siente triste o enojada	17.8 %
Cuando la mujer debe hacerse un chequeo/revisión general	64.2 %

Las mujeres reportaron que se deben asistir al médico en un 99 % cuando los hijos están enfermos, en un 90 % cuando ellas se sienten físicamente mal y en un 64.2 % cuando la mujer debe hacerse un chequeo o revisión general. Esta última es un requisito para las mujeres que pertenecen a PROSPERA, las mujeres deben de cumplir con todas las citas programas para que el recurso monetario sea otorgado.

Las mujeres asisten menos a una revisión médica o al centro de salud cuando se sienten tristes o enojadas, sólo el 17.8 % reportó hacerlo. Las mujeres reportan que cuando se sienten tristes o enojadas salen a caminar al campo o se van a la iglesia de la comunidad a rezar y llorar. Poco mencionaron que hablarían con otra persona o que buscarían apoyo de un profesional.

Percepción de salud de los hijos

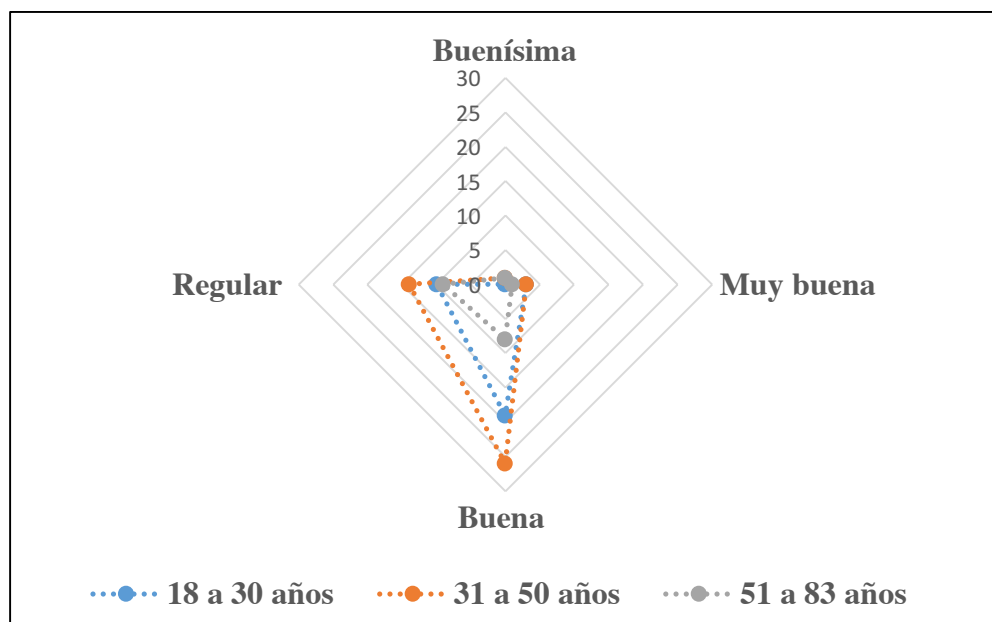


Gráfico 22. Percepción de salud de los hijos

Se les preguntó a las mujeres como consideraban la salud de sus hijos. La pregunta tenía cinco opciones: buenísima, muy buena, buena, regular y mala. Se puede observar en el gráfico 22 que las mujeres tienen una percepción de salud buena seguida de regular. Ninguna mujer contestó que la salud de sus hijos es buenísima y mala. Las mujeres reportan que tener salud es poder realizar las actividades diarias y sus hijos pueden realizarlas, entonces gozan de buena salud. La percepción es constante a pesar de los grupos de edad.

¿Quién cuida mejor a un niño(a)?

Se le preguntó a las mujeres quien es mejor cuidador para sus hijos. Las opciones fueron hombres o mujeres.

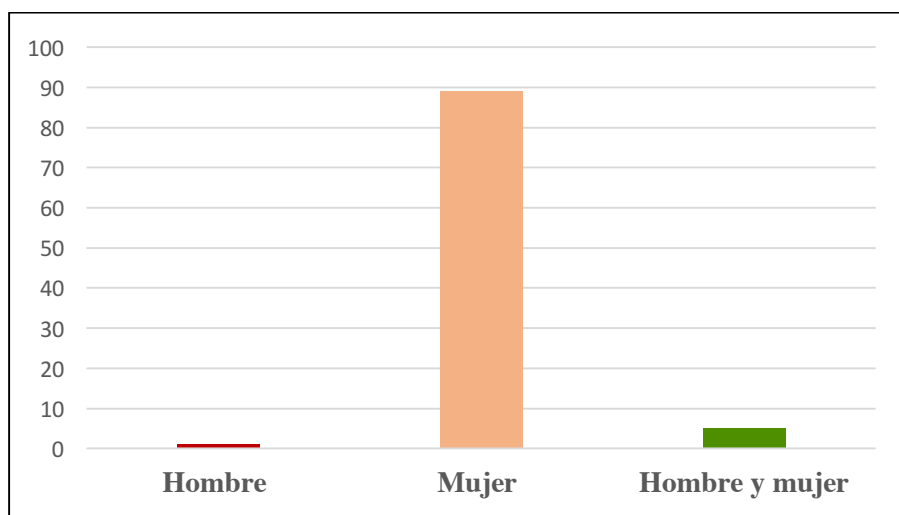


Gráfico 23. ¿Quién cuida mejor a un niño(a)?

El gráfico 22 reporta que la mujer sigue siendo la principal cuidadora de los hijos. El 90 % de las mujeres lo reportó. Mientras que sólo 5 mujeres todas ellas de 18 a 30 años que los mejores cuidadores era tanto la mujer como el hombre.

En Ocotepéc, los niños son cuidados por mujeres principalmente, los hombres adultos, especialmente el padre no queda a cargo de los hijos. Esto puede deberse a distintas situaciones como por ejemplo que el padre no se encuentre en la comunidad, que trabaje todo el día, que no sea capaz de cuidarlo debido a intoxicación alcohólica, porque considere que no es su rol dentro la dinámica familiar entre otros. El fenómeno que si se da en la comunidad es que si el hermano mayor es varón, este cuida a los hermanos menores cuando la mamá o la principal cuidadora está fuera del hogar.

En caso de ausencia de la madre quien cuida mejor a un hijo enfermo

La pregunta de ¿En caso de ausencia de la madre quien cuida mejor a un hijo enfermo?, se realizó para conocer cuáles figuras sociales y familiares son las encargadas en ausencia de la madre para cuidar la salud de los niños.

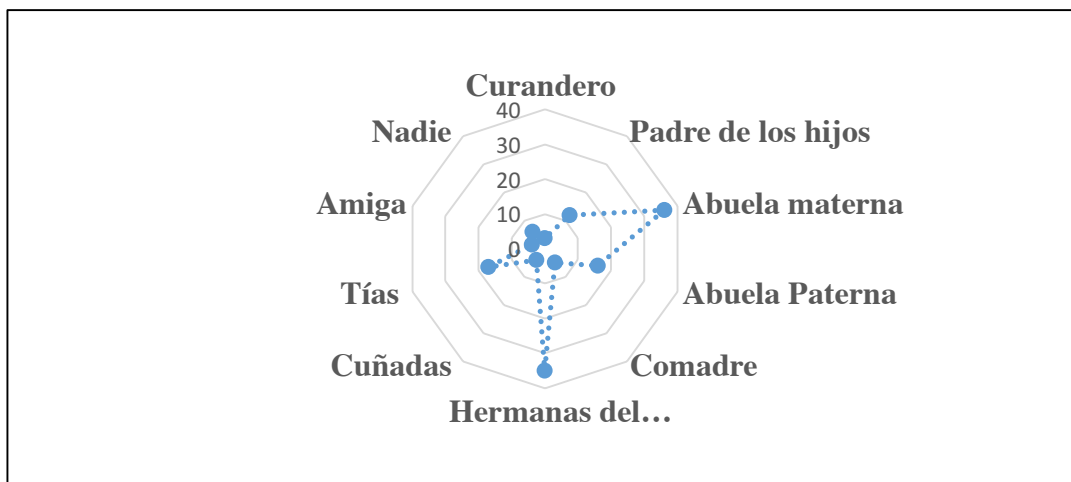


Gráfico 24. En caso de ausencia de la madre quien cuida mejor a un hijo enfermo

El gráfico 24 muestra cuales fueron las respuestas de las mujeres, se puede observar que las mujeres de 18 a 30 años en un 78 % prefieren que los hijos sean cuidados por la abuela materna, mientras que sólo el 20.4 % de las mujeres entre 31 a 50 años y el 10 % de las mujeres entre 51 a 83 años los dejarían con la abuela materna.

Las hermanas mayores de los hijos de las mujeres encuestadas tienen un rol de cuidadoras dentro del hogar.

Se puede concluir que las principales cuidadoras en ausencia de la madre son: en primer lugar abuela materna de los hijos, en segundo lugar las hermanas mayores de los hijos y la abuela paterna de los hijos.

Redes de apoyo de las mujeres en situaciones de problemas de salud

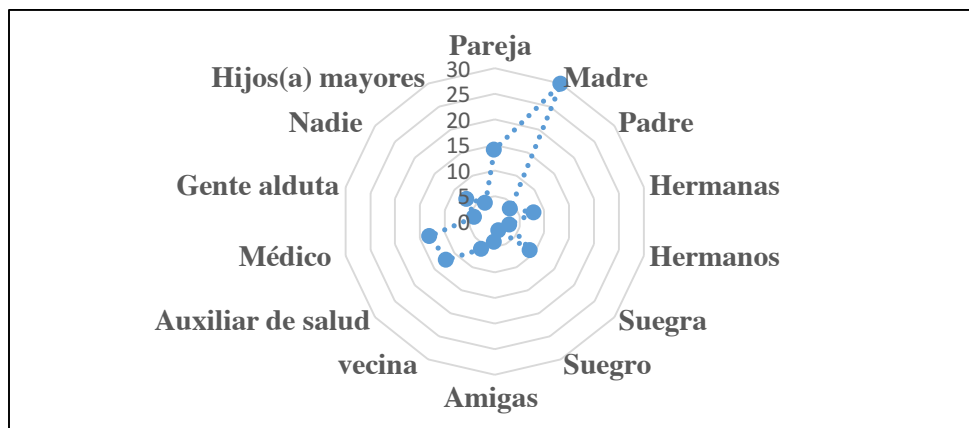


Gráfico 25. Redes de apoyo de las mujeres en situaciones de salud

Las mujeres reportan que en caso de un vivir un problema de salud la principal red de apoyo es la madre, seguido de nadie, es decir, que las mujeres no sabrían a quién pedir un consejo de salud y tratarían de resolverlo solas. Las figuras externas a una red familiar que sobresalen son los médicos y la auxiliar de salud de la comunidad.

III. Soportes gráficos

Percepción de salud infantil

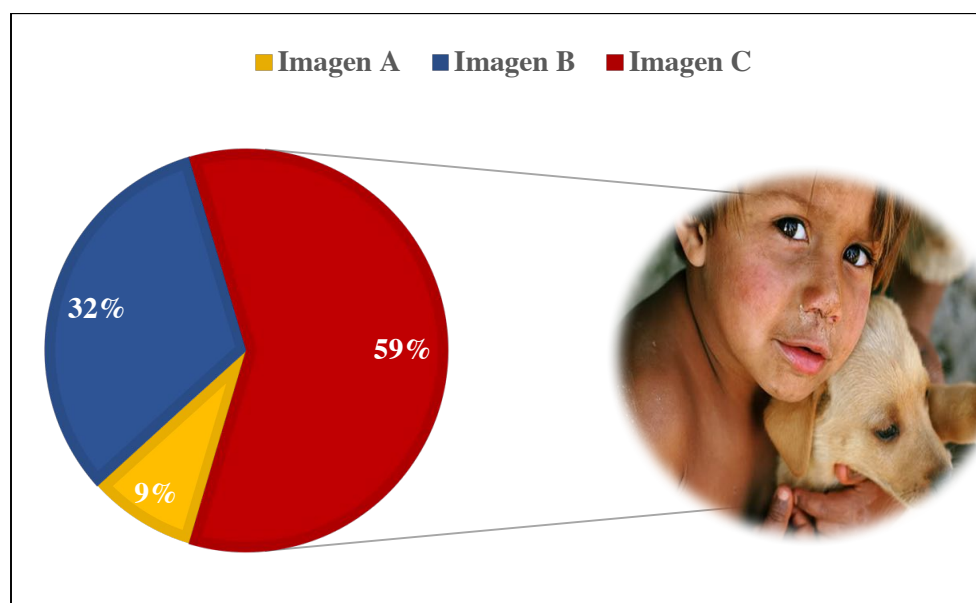


Gráfico 26. Percepción de salud infantil

El 59 % de las mujeres seleccionaron la imagen del niño con el perro porque para ellas la imagen representa que el niño está feliz y contento porque puede jugar con un perro. Las mujeres eligieron como tema central de la percepción de la salud el aspecto emocional y sentimental, dejando en segundo plano la higiene o el contexto donde se encontraban los niños en las imágenes.

Representación de la figura materna

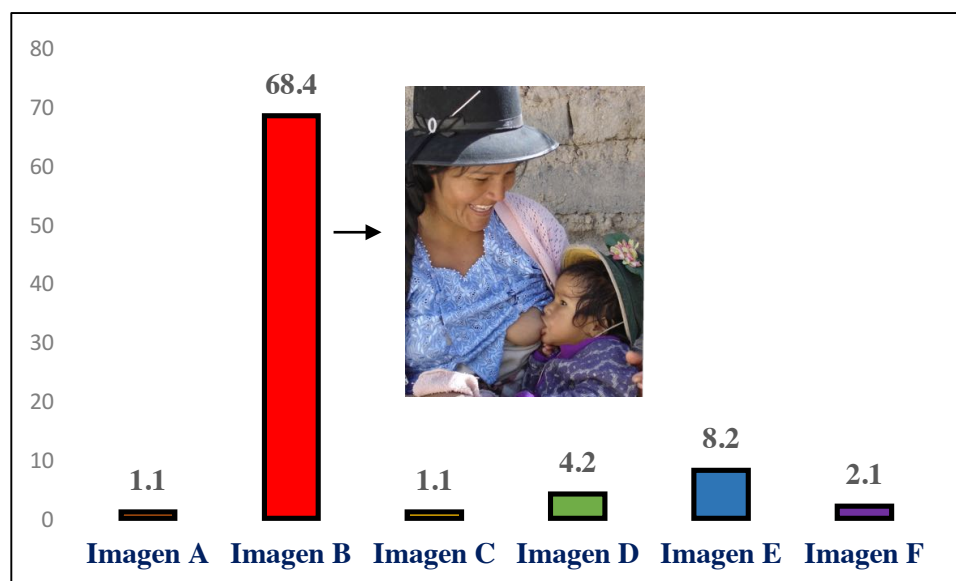


Gráfico 27. Representación de la figura materna

EL 68.4 % de las mujeres opinaron que la imagen que mejor representa a la figura materna es aquella donde la mujer se encuentra amamantando a su hijo porque ellas consideran que dar pecho es la forma de dar cariño y aprecio; opinan que dar pecho es lo más importante y que una buena madre es aquella que lo hace.

Las mujeres reportan que el pecho es importante para la alimentación de un bebé y que toda madre debe hacerlo. La parte emocional de las opiniones de las mujeres fue la representación de feliz y sonriente que tiene la mujer en la imagen.

Los datos obtenidos sobre la dimensión de información y actitud respecto a la salud materno infantil fueron ponderados con valores desde 4 a 1 de mayor prioridad a un nivel de prioridad secundario de acuerdo con la evidencia en la literatura científica respecto a las acciones que son indispensables para mantener una salud materno infantil adecuada así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Secretaría de Salud (SSa) y de los reportes nacionales de salud como la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) con la finalidad de obtener indicadores acerca de la información y actitudes que tiene las mujeres acerca de la salud materno infantil. Es importante señalar que la dimensión de campo de

representación y por lo tanto todos los reactivos del cuestionario no fueron ponderados debido a su carácter subjetivo representativo.

Se crearon 8 categorías para la dimensión de información la cuales van de extremadamente no informada hasta extremadamente informada pasando por muy poco informada, poco informada, moderadamente poco informada, moderadamente informada y muy informada. Mientras que para la dimensión de actitud se crearon 8 categorías las cuales fueron extremadamente de acuerdo, muy de acuerdo, de acuerdo, moderadamente de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo y extremadamente en desacuerdo.

Esta ponderación sirvió para poder crear un índice ex profeso para el estudio, el cual permitió poder obtener con estadística descriptiva el porcentaje y frecuencias con las cuales las mujeres tienen conocimientos y actitudes relacionados con la salud materna infantil.

La dimensión de información fue dividida en cuatro secciones: cuidados relacionados con la higiene, uso de servicios de salud y conocimientos de promoción de la salud. Ponderados de la siguiente forma:

Tabla 18. Ponderación de reactivos de la dimensión de información

Nivel de información	Cuidados en salud	Higiene	Promoción de la salud	Uso de servicios de salud	Información
Extremadamente informada	21 a 23	21 a 23	22 a 24	120 a 137	179 a 203
Muy informada	18 a 20	18 a 20	19 a 21	104 a 120	154 a 178
Informada	15 a 17	15 a 17	16 a 18	87 a 103	129 a 153
Moderadamente Informada	12 a 14	12 a 14	13 a 15	70 a 86	104 a 128
Moderadamente poco informada	9 a 11	9 a 11	10 a 12	53 a 69	79 a 103
Poco informada	6 a 8	6 a 8	7 a 9	36 a 52	54 a 78
Muy poco informada	3 a 5	3 a 5	4 a 6	18 a 35	29 a 53
Extremadamente no informada	0 a 2	0 a 2	0 a 3	0 a 17	0 a 28

Descripción de cuidados en salud: conocimientos en la importancia y ventajas de asistir a control médico mínimo dos veces al año, pasar tiempo con los niños como jugar,

comer juntos, platicar, vigilar que el peso de los niños sea adecuado, comer poca azúcar, vacunar a los niños como lo marca la cartilla de vacunación y llevar almuerzo a los hijos en horario escolar.

Descripción de higiene: conocimientos en la importancia y ventajas del aseo de los dientes, el aseo de las manos antes y después de comer, el aseo de las manos antes y después de ir al baño, del aseo y baño en general de cuerpo de desinfectar las frutas y verduras así como de beber agua hervida.

Descripción de promoción de la salud: conocimientos en la importancia y ventajas de vacunación, de la planificación familiar, del cáncer de mama, del cáncer cervico-uterino, de la violencia familiar, de la violencia de pareja, del consumo de drogas, de la lactancia y de la desparasitación.

Descripción de uso de servicios: conocimientos en la importancia y ventaja en asistencia a pláticas en salud materno infantil, donde y de quienes han recibido las pláticas, dificultades en el parto, motivos de asistencia al centro de salud, conocimientos sobre estudios médicos (mamas, diabetes, Papanicolaou, SIDA, embarazo, anticonceptivos).

Descripción de información: comprende la suma de la ponderación total de cuidados en salud, higiene, promoción a la salud y usos de servicios.

La dimensión de actitud fue dividida en dos secciones: pensamientos en pro de la salud materno infantil y acciones en pro de la salud materno infantil. Ponderados de la siguiente forma:

Tabla 19. Ponderación de reactivos de la dimensión de actitud

Nivel de actitud	Pensamientos en pro de la salud	Acciones en pro de la salud	Actitud
Extremadamente de acuerdo	21 a 22	15 a 18	36 a 40
Muy de acuerdo	18 a 20	13 a 14	31 a 35
De acuerdo	15 a 17	11 a 12	26 a 30
Moderadamente de acuerdo	12 a 14	9 a 10	21 a 25
Indiferente	9 a 11	7 a 8	16 a 20
En desacuerdo	6 a 8	5 a 6	11 a 15
Muy en desacuerdo	3 a 5	3 a 4	6 a 10
Extremadamente en desacuerdo	0 a 2	0 a 2	0 a 5

Descripción de pensamientos en pro de la salud: tener pensamientos de desagrado para resolver un problema de salud, preocupación por llevar a vacunar a sus hijos, tener dudas cuando toma decisiones respecto a la salud de sus hijos, es demasiada responsabilidad el criar a sus hijos, pensar que cuidar a los hijos es algo maravilloso y pensar que la enfermedad de gravedad es porque dios así lo quiere y pensar que se debe cuidar a los hijos sólo porque es una obligación de ser madre.

Descripción de acciones en pro de la salud: son acciones como buscar solución a problemas , hacer lo posible para que sus hijos estén contentos, asistir a todas las consultas que le marcan en el centro de salud para sus hijos, quejarse con las autoridades de salud cuando hay una injusticia y realizar estudios para prevenir enfermedades.

Descripción de actitud: comprende la suma de la ponderación total de pensamientos y acciones en pro de la salud.

Análisis descriptivo de las dimensiones ponderadas información y actitud

Análisis descriptivo del cuidado en pro de la salud materno infantil

En el gráfico 26 se observa que las mujeres reportan tener un conocimiento en la importancia y ventajas de asistir a control médico mínimo dos veces al año, pasar tiempo con los niños como jugar, comer juntos, platicar, vigilar que el peso de los niños sea adecuado, comer poca azúcar, vacunar a los niños como lo marca la cartilla de vacunación y llevar almuerzo a los hijos en horario escolar.

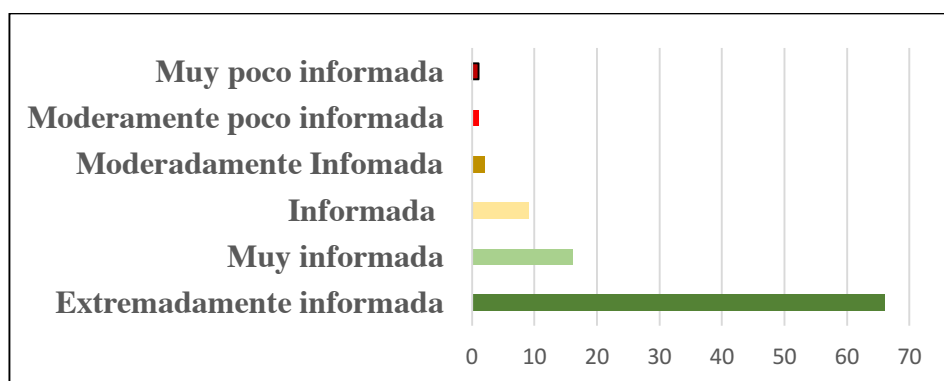


Gráfico 28. Frecuencia de información acerca de cuidado en pro de la salud materno infantil

La frecuencia de las mujeres extremadamente informada fue de 66 que corresponde al 42.6 %, mientras que la frecuencia para muy informada fue de 16 siendo el 10.3 % y las mujeres informadas la frecuencia fue de 9 que corresponde al 5.8 %. Para las categorías restantes la frecuencia fue de menos de 3. Por lo tanto las mujeres tienen información en cuidados básicos para la salud materno infantil.

Análisis descriptivo de cuidados relacionados con la higiene

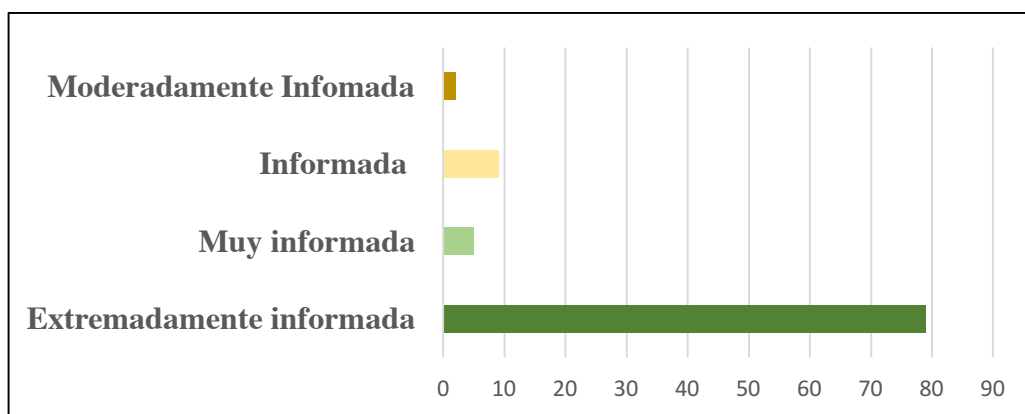


Gráfico 29. Frecuencia de información acerca del cuidado de higiene de la salud materno infantil

Las mujeres en general muestran tener información acerca de la higiene y aseo personal esto se refiere a conocer la importancia del aseo de los dientes, el aseo de las manos antes y después de comer, el aseo de las manos antes y después de ir al baño, del aseo y baño en general de cuerpo de desinfectar las frutas y verduras así como de beber agua hervida.

Los cuidados de higiene fueron los que las mujeres tienen más conocimiento, puesto que no hubo ninguna mujer que desconociera los cuidados básicos de higiene. Como lo muestra el gráfico 27 las mujeres están extremadamente informadas con una frecuencia de 79 que corresponde al 83.1 %.

Análisis descriptivo uso de servicios de salud

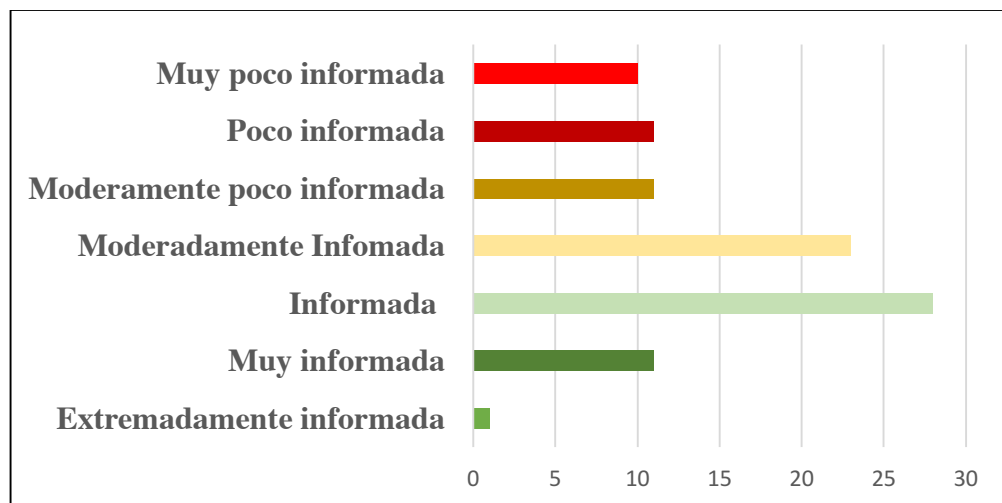


Gráfico 30. Frecuencia de información acerca del uso de servicios de salud

A diferencia del conocimiento en cuidados en pro de la salud y aspectos básicos de higiene las mujeres reportan estar menor informadas en los servicios de salud tales como dificultades en el parto, motivos de asistencia al centro de salud, conocimientos sobre estudios médicos (mamas, diabetes, Papanicolaou, SIDA, embarazo, anticonceptivos) siendo esta última donde más carencia de información se reporta.

Análisis descriptivo de conocimientos de promoción de la salud

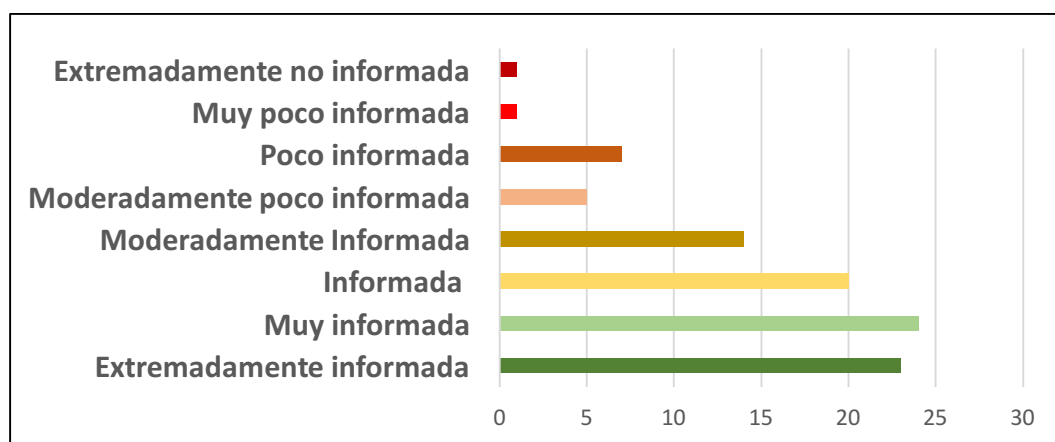


Gráfico 31. Frecuencia de información acerca del conocimiento en promoción de la salud

La frecuencia de mujeres moderadamente informadas, informadas, muy informadas y extremadamente informadas suman una frecuencia total de 81 lo que corresponde al 82,2 % de la población. Esto quiere decir que las mujeres poseen conocimientos de la existencia de campañas y programas de salud respecto a la vacunación, a la planificación familiar, al cáncer de mama, al cáncer cérvico-uterino, a la violencia familiar y de pareja, al consumo de drogas, a la lactancia y a la desparasitación.

Análisis descriptivo de la dimensión información

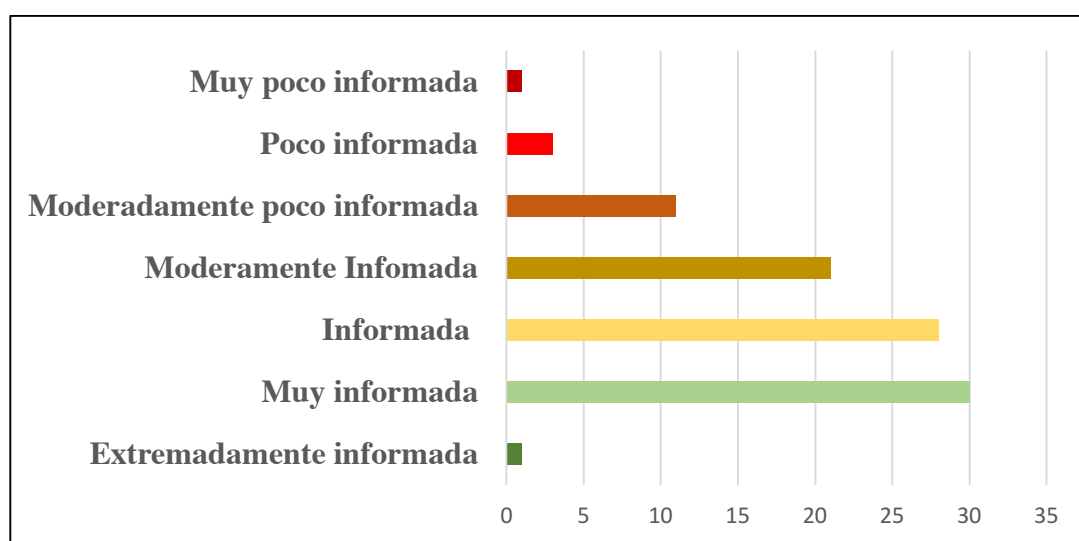


Gráfico 32. Frecuencia de la dimensión información

En conclusión 80 de las mujeres que corresponde a el 84.2 % manifiestan tener información respecto a los cuidados para la salud de los hijos y las madres, así como conocimiento en higiene, promoción a la salud y uso de servicios.

Sin embargo son conocimientos muy básicos y pocas veces realizados. Las madres descuidan mucho la higiene de los niños, realizan pocas acciones preventivas para el cuidado de ellas mismas como para el de sus hijos.

Análisis descriptivo de pensamiento en pro de la salud

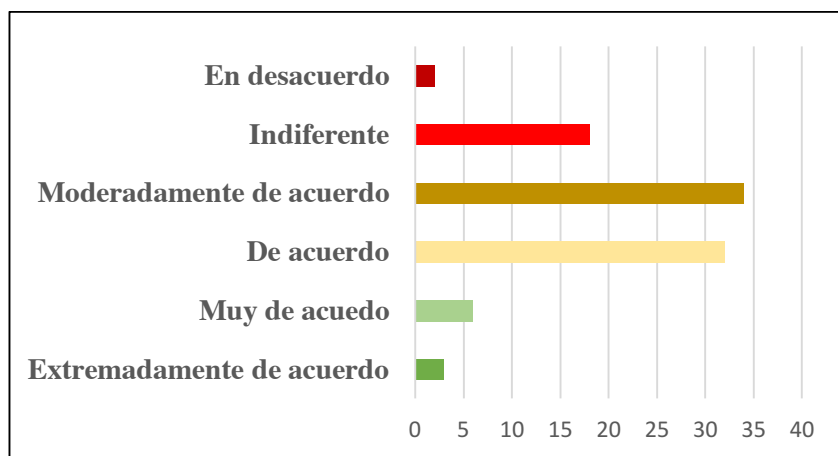


Gráfico 33. Frecuencia de los pensamientos en pro de la salud

Las mujeres manifiestan no estar de acuerdo y moderadamente de acuerdo seguido de una actitud indiferente en tener pensamientos para resolver problemas relacionados con la salud, sentir seguridad para tomar decisiones, sentir una gran responsabilidad por criar a los hijos y pensar que cuidar a sus hijos es solamente una obligación por ser madre. Los pensamientos que manifiestan las mujeres son importantes para el análisis de las representaciones sociales, porque son los pensamientos los que anteceden y condicionan las acciones para realizar conductas favorecedoras o no para la salud.

Análisis descriptivo en acciones en pro de la salud

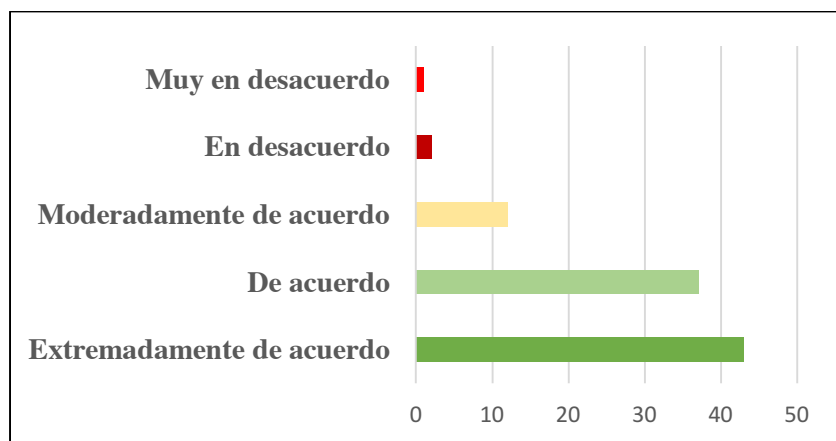


Gráfico 34. Frecuencia de acciones es en pro de la salud

Las mujeres manifiestan en un 96.8 % estar de moderadamente de acuerdo a extremadamente de acuerdo en acciones como buscar solución a problemas aunque otros les digan que no las hay , hacer lo posible para que sus hijos estén contentos, asistir a todas las consultas que le marcan en el centro de salud para sus hijos, quejarse con las autoridades de salud cuando hay una injusticia y realizar estudios para prevenir enfermedades.

Análisis descriptivo de actitud

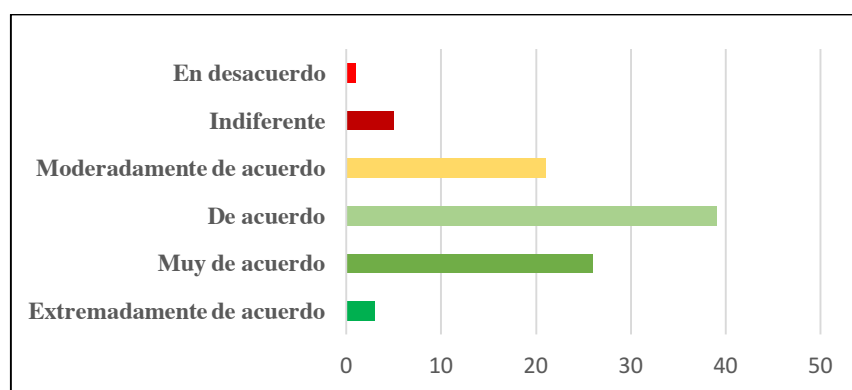


Gráfico 35. Frecuencia de la dimensión actitud

En general, se puede observar que las mujeres manifiestan tener pensamientos y acciones en pro de la salud para ellas y sus hijos. Sin embargo sólo las mujeres con mayor escolaridad fueron las que reportaron específicamente realizar acciones en pro de la salud. Mencionaban ejemplos o los dejaban ver dentro de sus casas, como la casa y el baño limpios, utensilios para el aseo personal, tener bien cuidado los papeles de salud entre otros.

Análisis Bivariado de la dimensión información y actitud con variables socio demográficas

En la siguiente sección se describen las relaciones significativas $p < 0.05$ chi sq. entre las variables sociodemográficas: edad por grupos de mujeres, estado civil, beneficiaria de PROSPERA con las variables uso de servicios, promoción de la salud, información y acciones en pro de la salud materno infantil. Los gráficos que se muestran son las representaciones de todos los cruces significativos entre las variables sociodemográficas y las variables de información y actitud.

Edad por grupos con uso de servicios

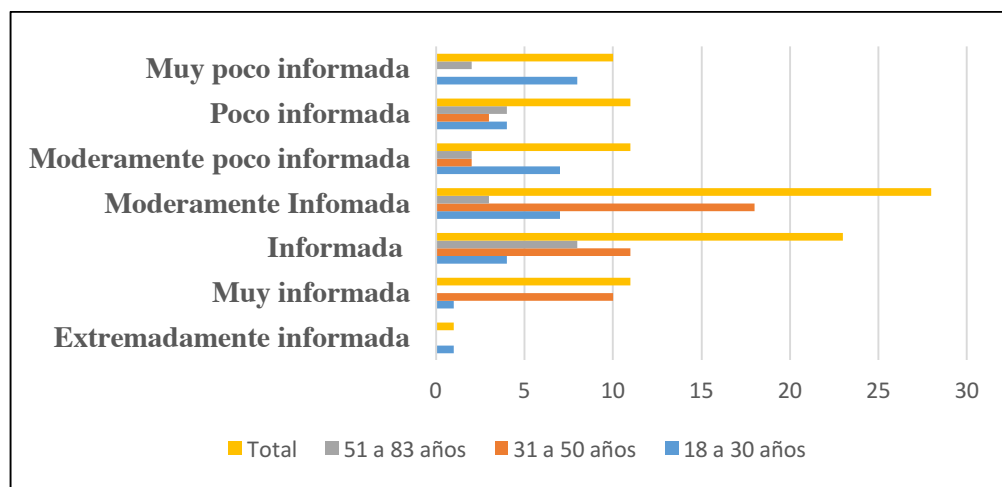


Gráfico 36. Edad por grupos con uso de servicios

Las mujeres mayor informadas con respecto al uso de servicios de salud con las que se encuentran en un rango de edad de 31 a 50 años seguido de las mujeres con edades de 52 a 83 años y siendo las mujeres más jóvenes con un rango de edad de 18 a 30 años las menos informadas. Este fenómeno quizá se deba a que las mujeres más jóvenes están comenzando a tener hijos y por lo tanto a incorporarse a las actividades para madres e hijos que marcan la secretaria de salud y el programa gubernamental de PROSPERA como obligatorias para recibir servicios y transferencias de dinero en efectivo.

Edad por grupos con información

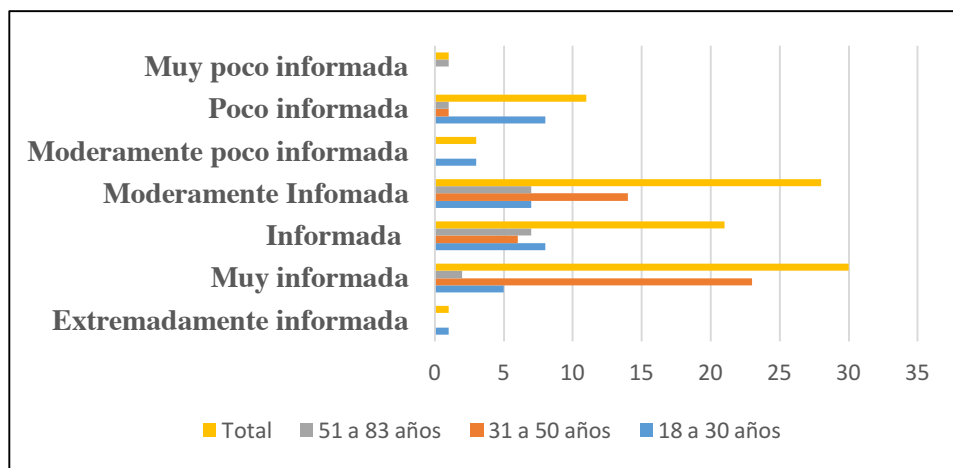


Gráfico 37. Edad por grupos con la dimensión información

La dimensión de información es significativa con la variable grupos por edad de las mujeres. El gráfico 34 muestra que las mujeres en congruencia con el gráfico 33 que las mujeres más informadas con las que tienen 31 a 50 años, seguido de las mujeres con edades de 51 a 83 años mientras que las mujeres jóvenes con edades de 18 a 30 años son las menos informadas. En general todas poseen información sobre la salud materno infantil pero en diferente grado y cantidad, la cual es notable en la tabla de rangos de edades descrita.

Estado civil promoción a la salud

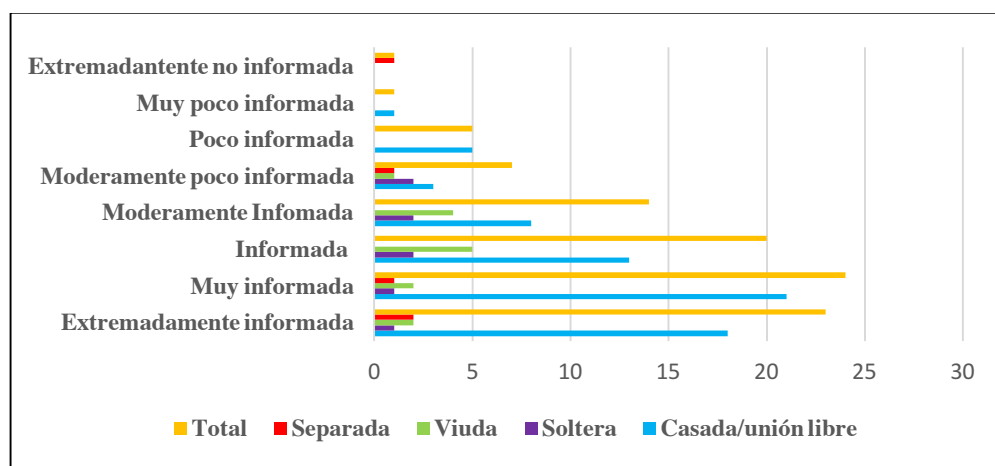


Gráfico 38. Estado civil con promoción a la salud

Se encontró una relación significativa en con el estado civil y las información que se tiene respecto a la promoción de la salud. El gráfico 35 demuestra no tener impacto el estado civil con la no información relacionada con promoción a la salud.

PROSPERA uso de servicios

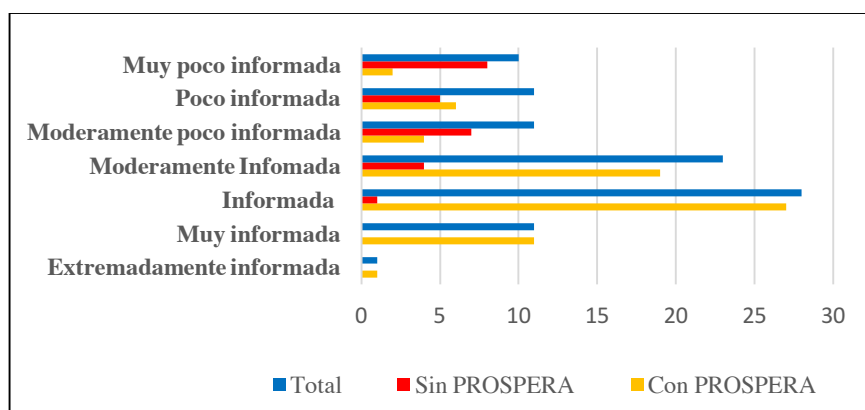


Gráfico 39. PROSPERA con uso de servicios

Las mujeres que cuentan con el apoyo gubernamental de transferencia económica PROSPERA tienen más información en el uso de servicios de salud que las mujeres que no cuentan con este apoyo. Esto quizá se deba a que las mujeres deben asistir al control médico regular, hacerse estudios, comprar que los hijos estudian entre otras actividades relacionadas con el cuidado de la salud de las madres y los hijos.

PROSPERA información

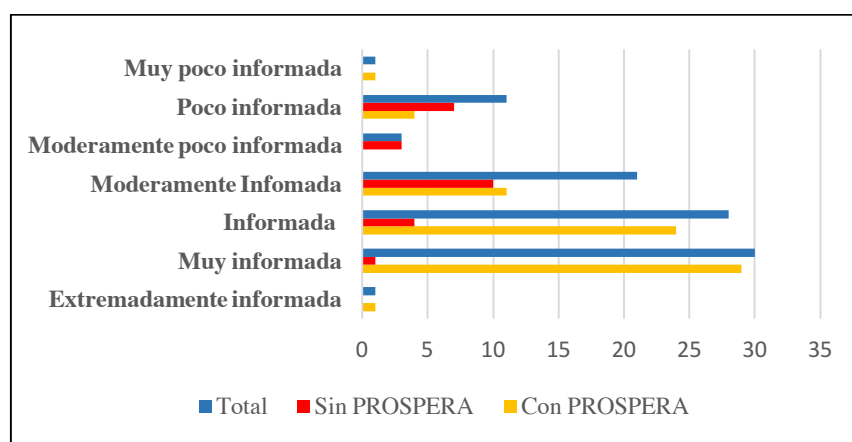


Gráfico 40. PROSPERA con información

En general las mujeres manifiestan tener información tal y como lo marca el gráfico 30 el 84.2 % de las mujeres tienen algún tipo de información respecto a la salud materno infantil. Sin embargo el gráfico 37 muestra que las mujeres sin el apoyo de PROSPERA son las menos informadas.

PROSPERA acciones en pro de la salud

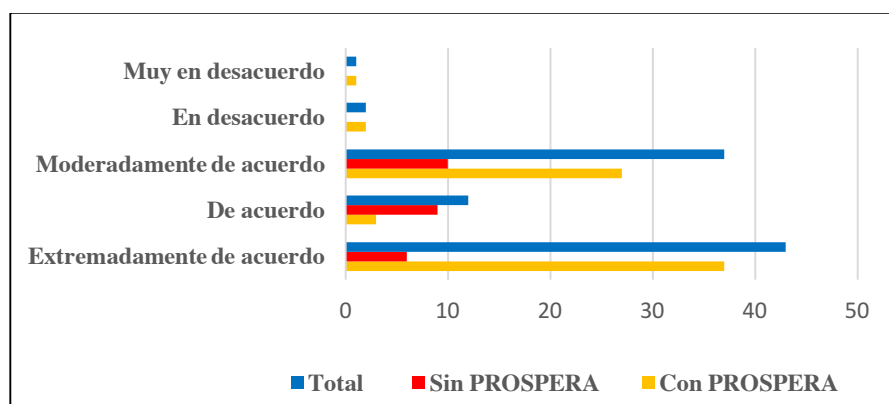


Gráfico 41. PROSPERA con acciones en pro de salud

Con respecto a las acciones en pro de la salud el gráfico 38 demuestra que parece no tener impacto tener o no apoyo gubernamental de PROSPERA para manifestar acciones en pro de la salud materno infantil.

V. Análisis de datos textuales

Los datos textuales obtenidos de las dos preguntas abiertas del cuestionario *Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil*, fueron analizados mediante un análisis estadístico de datos textuales (AEDT).

El análisis estadístico de textos, también llamado análisis estadístico de datos textuales, fue propuesto de manera formal por el Doctor en ciencias matemáticas Ludovic Lebart, creador del software SPAD-T y André Salem experto en lexicometría y procesamiento del lenguaje y textos (Lebart, Salem, 1994). Este análisis se basa en la comparación de las formas gráficas como por ejemplo palabras, números, o una cadena de caracteres que permiten definir e identificar las palabras que integran el conjunto de textos (pueden ser respuestas a una pregunta abierta), que se van a estudiar. El análisis consiste en indagar a través de la ocurrencia de las formas gráficas, la intención que tiene el autor al comunicar el discurso. Se toma en cuenta tanto la forma como el fondo del discurso de tal manera que en una pregunta abierta el análisis parte de las respuestas libres del grupo en este caso de las mujeres encuestadas, considera además la opinión de todos los individuos y las variables generadas a partir del resto de preguntas contenidas en el cuestionario (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez, Cruz López 2015 p. 56).

Las preguntas abiertas analizadas con estadística textual fueron:

1. ¿Para usted qué es la salud materno infantil?
2. Dígame por favor con sus palabras ¿Qué es para usted ser madre?

Se respetó la originalidad de las respuestas dadas por las mujeres, para poder captar sus opiniones libres y espontáneas. Las respuestas a las preguntas dieron lugar a la creación de un corpus; en otras palabras la colección de uno o más textos, subdivididos en partes codificadas por el investigador (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez, Cruz López 2015 p. 55) que fue tratado mediante un AEDT, conjuntamente con las variables categóricas descritas en la *tabla.16*.

Tabla 20. Variables en el análisis de textos

Variable	Escala categórica	Variable	Escala Categórica
Grupo de edad de la madre	1. 18 a 30 años 2. 31 a 50 años 3. 51 a 83 años	Información	1. Extremadamente informada 2. Muy informada 3. Informada 4. Moderadamente Informada 5. Moderadamente poco informada 6. Poco informada 7. Muy poco informada 8. Extremadamente no informada
Beneficiario de PROSPERA	1. Si 2. No	Actitud	1. Extremadamente de acuerdo 2. Muy de acuerdo 3. De acuerdo 4. Moderadamente de acuerdo 5. Indiferente 6. En desacuerdo 7. Muy en desacuerdo 8. Extremadamente en desacuerdo
Alfabetismo	1. Si 2. No		

Para el análisis de datos textuales del presente estudio se efectuó un cruce con las variables (ver *tabla.20*): edad por grupos de la madre, alfabetismo, beneficiaria de PROSPERA, nivel de información y nivel de actitud para la pregunta ¿qué es salud materno infantil? Así como edad por grupos de la madre y alfabetismo para la pregunta ¿qué es para usted ser madre?. Las cuales se consideraron las de mayor significancia para poder profundizar en el análisis de las presentaciones sociales que las mujeres han construido sobre la salud materno infantil.

Proceso del análisis estadístico de datos textuales (AEDT)

Para el AEDT se prosiguió de la siguiente forma:

1. Se depuró el corpus como lo marca la metodología para el AEDT. Realizando la selección del vocabulario iniciando con el conteo de las formas gráficas contenidas

en corpus. Se obtuvo el vocabulario completo generado por las mujeres encuestadas y las frecuencias con que cada forma gráfica fue utilizada.

2. Se seleccionó el vocabulario más representativo utilizado por las mujeres. Para ello se utilizó un filtro de conteo para eliminar palabras con frecuencia menor <3. También fueron eliminadas algunas de las palabras herramientas como artículos, preposiciones y muletillas utilizadas por las mujeres que no fueron de interés para el estudio.
3. El análisis inicio con el recuento de las formas gráficas que se utilizaron en las respuestas libres, ofreciendo métodos que analizan simultáneamente los textos y la información cerrada (variables de la *tabla 16*), permitiendo realizar un estudio de textos, desde una perspectiva multivariante (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez, Cruz López 2015 p. 56).
4. Se obtuvieron las palabras o segmentos de palabras repetidas y se procedió a la identificación del contenido más significativo por grupos de variables que representan a las mujeres encuestadas con ciertas características.
5. Se seleccionaron las respuestas características (o respuestas modales). Esta es una técnica que consiste en identificar las respuestas originales del corpus que caracterizan a cada categoría, de las correspondientes a la variable que se elige estudiar.

Existen dos criterios de selección; para este trabajo se utilizó el valor-test (que favorece a respuestas cortas), que parte de las palabras características y consiste en buscar las respuestas que contienen las palabras más características del grupo. Es poco probable que de todas las respuestas originales exista una sola respuesta capaz de resumir la caracterización de la categoría; por eso es recomendable seleccionar varias respuestas características por lo menos las primeras 10.

El criterio utilizado se basa en la selección de las palabras características (palabras que se obtienen de comparar el texto de cada categoría con el texto total). Para obtener las probabilidades de estas palabras se emplea la Ley Hipergeométrica que aparece en la *fórmula. 1* (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez, Cruz López 2015, p. 56).

$$Prob(k, k_i, k_j, n) = \frac{\binom{k_i}{n} \binom{k - k_i}{k_j - n}}{\binom{k}{k_j}} \quad (1)$$

K: es el tamaño del corpus

K_i : es la frecuencia de la palabra i en todo el corpus,

k_{ij} : es el tamaño (número de frecuencia) de la parte j del corpus, y

n : es la frecuencia absoluta.

Descripción de resultados por pregunta abierta

Se analizaron las respuestas de 95 mujeres mayores de 18 años, madres de familia y residentes de la comunidad de Ocotepéc, Veracruz. El 33.7 % de las mujeres tienen 18 a 30 años, el 46.3 % 31 a 50 años y el 20 % 51 a 83 años.

Sobre la situación económica de las mujeres en Ocotepéc el 73.7 % es beneficiaria del programa gubernamental PROSPERA y sólo el 37.9 % de las mujeres cuenta con un trabajo ocasional pagado. Además la situación de alfabetismo corresponde sólo al 35 % dejando al 65 % de las mujeres en una situación de desventaja ante oportunidades de trabajo, acceso a la información entre otras.

De acuerdo a la categorización del nivel de conocimiento de información y actitud en pro de la salud materno infantil las mujeres reportaron lo siguiente:

Tabla 21. Nivel de conocimiento en información y actitud en pro de la salud materno infantil

Información	Porcentaje	Actitud	Porcentaje
Extremadamente informada	1 %	Extremadamente de acuerdo	3.1 %
Muy informada	31.5 %	Muy de acuerdo	27.3 %
Informada	29.4 %	De acuerdo	22.1 %
Moderadamente informada	22.1 %	Moderadamente de acuerdo	41 %
Moderadamente poco informada	11.5 %	Indiferente	5.2 %
Poco informada	3.1 %	En desacuerdo	1 %
Muy poco informada	1 %	Muy en desacuerdo	0 %
Extremadamente no informada	0 %	Extremadamente en desacuerdo	0 %

Las mujeres reportan tener conocimientos básicos en salud materno infantil así como una actitud que va desde de moderadamente de acuerdo hasta muy de acuerdo en hacer acciones en pro para la salud de ellas y sus hijos.

Resultados del análisis de opinión para la pregunta abierta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?

El corpus de la pregunta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?, se obtuvieron los siguientes datos:

El texto contenido en la pregunta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?, está compuesto por 433 palabras y se eliminaron todas aquellas palabras con frecuencias menores a 3 repeticiones, quedando un total de 114 palabras. Además se utilizó para fines del análisis textual la lematización, procedimiento que consiste en la agrupación de las palabras de acuerdo a su raíz y la agrupación de palabras que para las mujeres tienen el mismo significado que otras palabras o expresiones como se expresa en la siguientes tablas (Bécue, Lebart, Rajadell, 1992, p.11).

Tabla 22. Lematización del corpus ¿Para usted qué es la salud materno infantil? de acuerdo a la raíz léxica

Palabra raíz	Palabras lematizadas	Palabra raíz	Palabras lematizadas
Abrigarlos	Abrigamos, suéter, tapada	Ir	Van, vayan, vaya
Alegres	Alegre, alegría	Jugar	Juega, juega, jugaban, jugando, jugar, reír
Andar	Anda, andan, anden	Lavar	Lavarle, lavarles, lavarse, lavarle
Asear	Aseo, asearlos	Limpiar	Limpias, limpieza, limpios
Bañar	Bañarse, bañarlos, Baño	Llevar	Llevaba, llevarles, llevarlo, llevo
Beber	Beben, bebido	Llorar/ chille	Chille, chillones, chococitos, llora, lloran llore
Bebés	Bebé	Madre	Madres, mamá, mamás
Contentos	Contenta, contento	Mandar	Mandarlos , mandar
Cosas	Cosa	Meses	Mes
Crecimiento	Crecían, crezca, crezcan	Mucho	Mucha, muchas, mucho
Cuidar	Cuidado, cuidarlos, cuidarlos, cuidarla, cuidarlo, cuidarse, cuidas, revisarlos, atenderlos	Ningún	Ninguna

Palabra raíz	Palabras lematizadas	Palabra raíz	Palabras lematizadas
Checarlos	Checado, checan, checar	Nosotras	Nosotros
Dar	Da, daba, dan, darles	Pesar	Pesan
Decir	Decían, dicen, digan, digo	Platicar	Platicaba, pláticas
Doctor	Doctores, médico	Proteger	Protegerla, protegerlos
Dolor	Dolía, dolores, duele, duela	Sano	Sana, sanas, sanito, sanitos, sanos
Empezar	Empiezan, empezaban	Sentir	Sentirse, sienten, sientes, siento
Enfermedad	Enfermaban, enferman, enfermarse, enfermedad, enfermedades, enfermos, enfermen, enfermes, enfermo, enfermos	Tener	Tenerlos, tengo, tiene, tienen
Estar	Esta, estaban, estado, estamos, están, estas, este, estemos, estén, estoy	Tomar	Tomaba
Hacer	Hace, hacen, hacer, hacerle, hacía, haga, hágase, hay	Tristeza	Tristes
Hervir	Hervida	Vacunas	Vacuna
Hijos	Hijas	Ver	Ve, vea, veía, vemos, veo, ves
Importante	Importantes		

Tabla 23. Lematización del corpus ¿Para usted qué es la salud materno infantil? de acuerdo a la semejanza de significados entre palabras utilizadas por las mujeres

Palabra	Palabras lematizadas
Escuela	Estudiar
Clínica	Consulta
Pecho	Mame
Alegres	Ánimo, entusiasmo
Alimentarlos	Alimentación, alimentado, alimentados, alimentarlos, alimentarse, alimentos, coma, coman, come, comen, comer, comemos, comida, comido, comidos, cocinar suplementos
Cabeza	Nuquita, cuajo
Correr	Corre, brinca, divertidos
Diarrea	Vómitos
Frutas	Limón, naranja, verduras
Gripa	Gripas, moco, tos

Análisis de texto por variables para la pregunta ¿Para usted qué es la salud materno infantil?

Grupo de edad de la madre

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable grupo de edad de la madre

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 24. Grupo 1: 18 a 30 años

Clasificación Criterio		Respuesta característica
1.336	1	Que estén bien comidos, bien vestidos, ropa cambiarlos.
1.332	2	Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien, anda tranquila, gustosa, juega.
1.328	3	Que coma bien, que duerma bien, que vaya avanzando en su crecimiento, que se vea bien.
1.206	4	Cuidarlos que estén bien, que no se enfermen
1.183	5	Que este bien, que no le duela nada, que mame bien, que no chille, que crezca bien.
0.987	6	Que no le duela nada, que este bien, anda con gusto, anda jugando.
0.910	7	Familia, estar y sentirse bien que no le duela nada que esté contenta que coma bien.
0.720	8	Que estén bien, está sano porque come bien, juega, anda a las carreras, hace su tarea.
0.672	9	Ir al centro de salud para que te digan que estás bien, no sientes molestia, no llorar, no se queja.
0.640	10	Que los niños estén bien que no se enfermen, que no anden sin suéter y darles de comer.

18 a 30 años: las mujeres encuestadas más jóvenes reportan que la salud está ligada a atender y cuidar a los hijos. Cuidados como alimentarlos, cuidar lo que comen y beben, higiene y limpieza del hogar así como tener fuerza necesaria para llevar actividades diarias como ir a la escuela, jugar, dormir y comer.

Tabla 25. Grupo 2: 31 a 50 años

<i>Clasificación</i>	<i>Respuesta característica</i>
<i>Criterio</i>	
0.889 1	Casi no se enferman solo tos y gripas, no tiene moco.
0.819 2	Protegerlos de las enfermedades abrigarlos bien, no salir en frio, llevarlos al doctor.
0.789 3	Cuidarlos, protegerlos, lavarse la manos antes de ir al baño, protegerlos del frio
0.542 4	Alimentarlos bien, la limpieza en la comida y en el hogar en todo para que los bebés crezcan fuertes y sanos.
0.486 5	Llevarlos a la clínica y los checan en talla y peso y no tienen ninguna enfermedad
0.479 6	Cuidar que no se enfermen, proteger del frio, mandarlos a la escuela, tener alimentos, bañarlos.
0.474 7	Sin enfermedad, sin accidentes, comer, beber, ir a la escuela.
0.444 8	Estar bien, vivir bien, en ocasiones se vive con violencia, no tener enfermedad.
0.391 9	Es cuidado de nosotros, el aseo, no tomar agua cruda, lavarse la manos, tener la comida tapada.
0.335 10	Sobre tener enfermedades o estar bien.

31 a 51 años: las mujeres de edades comprendidas de 31 a 51 años coinciden con las mujeres más jóvenes respecto al cuidado de los hijos. Sin embargo este grupo de mujeres menciona cuidados como protegerlos de enfermedades como resfriados mediante el cuidado a exposición a bajas temperaturas así como enfermedades gastrointestinales mediante el aseo de las manos, comer frutas y verduras, hervir el agua y llevar a los hijos a la clínica de salud sea por revisión general.

Tabla 26. Grupo 3 : 51 a 83 años

<i>Clasificación</i>	<i>Respuesta característica</i>
<i>Criterio</i>	
1.267 1	Pues haga de cuenta que yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaba bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos y pues ya cuando ahora si cuando empezaban a platicar, se empezaban a reír ya cuando empezaban a jugar empezaban a jugar y ya es cuando uno los ve que tan sanitos y ya cuando unos están enfermos no, porque hágase de cuenta que ellos no quieren el pecho, ellos no quieren beber, ellos no quieren nada y ya están chococitos y

empiezan llore y llore y ya ... pues yo a veces les digo ahora si sí no era de doctor los llevaba y cuando ya veía que se me ponían mal y cuando ya cuando no era de doctor era de hacerle de casero, porque aquí eso es lo importante porque le digo yo que si luego empiezan que lloran y lloran que les hace uno cualquier cosa y pues qué y no quieren comer que beber ya no quieren y ya no entonces buscarles quien los cure porque a veces pues si se <cain> y pues que se tuercen la nuquita se <cain> del cuajo y pues ya les agarra vómito y diarrea y pues ya correr con la partera para que los cure.

- 0.869 2 Si están sanos ellos beben y comen y si se sienten mal no quieren nada.
- 0.543 3 Hay dolor, una cosa de les duele.
- 0.324 4 Llevarlos a la clínica , tomar suplementos y que cumplan con sus vacunas, les doy agua de limón naranja y frutas porque lo platicaba la auxiliar.
- 0.261 5 No están chillones, no tiene diarrea.
- 0.251 6 Cuando están sanos no están enfermos, les doy de comer, no dan guerra si están sanos.
- 0.193 7 Darles de comer, bañarlos, llevarlos a recoger leña.
- 0.183 8 Crecían a los 3 o 2 meses jugaban.
- 0.132 9 No les dolía nada, no se enfermaban.
- 0.067 10 Los veo alegres, no están pálidos ni extraños.

51 a 83 años: las mujeres de esta categoría tienen presentes que la clínica que brinda los servicios para el cuidado de la salud es una alternativa para cuando los hijos se enferman. Además fue el grupo de mujeres que hizo referencia a que las vacunas en los niños son importantes para prevenir enfermedades. A pesar de reportar a la clínica de salud y las vacunas como medidas para el cuidado de la salud, las mujeres de este rango de edad reportan que un niño sano es aquel cuyo comportamiento es tranquilo, es decir que no recibe quejas.

Alfabetismo

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable mujeres que saben leer y escribir

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 27. Grupo 1: Mujeres con capacidad de lectura y escritura

CLAsificación	Respuesta característica
Criterio	
0.669	1 Pues nosotras más que nada, ahora si pues que no nos enfermemos y pues seguido nosotros como mamá y los niños depende de nosotros también porque si nosotros no los abrigamos en el tiempo de frío pues lógico que se nos van a enfermar seguido de gripa, eso es lo máximo ahora si que la gripa son las que los da a los bebés, también los bebés son como los viejitos, los viejitos tiene uno que abrigarlos también en tiempo de frío pues porque también se enferman, así igual que un bebé.
0.658	2 El cuidado para tener cariño hacer saber que los hijos son importantes para las madres.
0.639	3 Que coma bien, que duerma bien, que vaya avanzando en su crecimiento, que se vea bien.
0.544	4 Ofrecer bienestar y salud a los niños.
0.444	5 Que estén bien, por eso los llevo para revisarlos para que no se enfermen, asistir a las pláticas nos alertan.
0.425	6 La alimentación, frutas, verduras, sopitas, lavarle las manos, lavar los alimentos.
0.409	7 Que no se enfermen que coman bien, que vayan a la escuela.
0.343	8 Nos mandan a traer a la clínica, nos dicen que estamos bien y si no te mandan a Xalapa las pesan y las miden.
0.340	9 Aprender a cuidarlo, limpiar la casa, higiene, agua hervida, atender a los niños, llevarles con mes a consulta y tener cuidado en nosotros como comer cosas sanas.
0.314	10 Los ves bien, andan jugando, los llevo al doctor cada mes.

Mujeres con capacidad de lectura y escritura : las mujeres reportan como fundamentales los cuidados de higiene personal, la alimentación, el cariño, las consultas médicas de rutina, el control y asistencia con el médico. Se puede observar que las mujeres tienen respuestas más cortas aunque mejor estructuradas, mencionan acciones muy específicas relacionadas directamente con el cuidado y prevención de la salud.

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable mujeres que no saben leer y escribir

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 28. Grupo 1: Mujeres sin capacidad de lectura y escritura

CLAsificación	Criterio	Respuesta característica
1.035	1	No les dolía nada, no se enfermaban.
1.029	2	Cuando están sanos no están enfermos, les doy de comer, no dan guerra si están sanos.
0.995	3	Estar bien, hay dolor.
0.956	4	Estar bien, no estar enfermos, no gasta uno.
0.843	5	Si están enfermos están tristes y si están sanos se portan bien.
0.841	6	No están chillones, no tiene diarrea.
0.797	7	Están alegres, estar bien, comen bien, hacen actividades no están tristes.
0.782	8	No se enferman, no me duele nada, puedo trabajar.
0.774	9	Gracias a dios no hay dolor, no les duele nada a mis hijas.
0.730	10	Hay dolor, una cosa de les duele.

Mujeres sin capacidad de lectura y escritura: es clara la diferencia entre el grupo que sabe leer y escribir y el grupo que no tiene habilidades de lectoescritura. Estas mujeres coconceptualizan la salud materno infantil sólo como la ausencia de enfermedad física y un estado contrario a la tristeza. En ningún momento se mencionan acciones para el cuidado o la prevención de la salud.

Beneficiario de PROSPERA

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable mujeres con beneficio de PROSPERA

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 29. Grupo 1: Mujeres con beneficio de PROSPERA

CLAsificación	Criterio	Respuesta característica
0.752	1	Comer mucha frutas y verduras para ayudar a nuestro cuerpo, comer, beben y no lloran

0.577	2	Llevarlos a la clínica y los checan en talla y peso y no tienen ninguna enfermedad
0.564	3	Ofrecer bienestar y salud a los niños.
0.523	4	La alimentación, frutas, verduras, sopitas, lavarle las manos, lavar los alimentos.
0.473	5	Sin enfermedad, sin accidentes, comer, beber, ir a la escuela.
0.453	6	Si están sanos ellos beben y comen y si se sienten mal no quieren nada.
0.415	7	Llevarlos a la clínica , tomar suplementos y que cumplan con sus vacunas, les doy agua de limón naranja y frutas porque lo platicaba la auxiliar.
0.394	8	Estar alimentados, asearlos, la higiene para ellos y nosotras, atentas a las vacunas.
0.333	9	Gracias a dios no hay dolor, no les duele nada a mis hijas.
0.316	10	Tienen ganas de salir a correr.

Mujeres con beneficio de PROSPERA: las mujeres que cuentan con el apoyo de PROSPERA reportan que la salud materno infantil es cuidar y prevenir enfermedades respiratorias y gastrointestinales, llevarlos a la clínica de salud para revisión general de talla, peso, vacunarlos, tomar suplementos alimenticios y cuidar la higiene y aseo personal. Esto posiblemente se deba a que las mujeres que cuentan con este apoyo gubernamental necesitan asistir a pláticas de promoción y prevención de la salud así como demostrar que sus hijos (si es el caso) asisten a la escuela para poder recibir la transferencia de dinero en efectivo.

Tabla 30. Grupo 2 : Mujeres sin beneficio de PROSPERA

Clasificación	Respuesta característica
Criterio	

1.821	1	Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien, anda tranquila, gustosa, juega.
1.602	2	Que coma bien, que duerma bien, que vaya avanzando en su crecimiento, que se vea bien.
1.571	3	que esté bien, que no le duela nada, que mame bien, que no chille, que crezca bien.
1.472	4	Que no le duela nada, que esté bien, anda con gusto, anda jugando.
1.402	5	Cuidarlos que estén bien, que no se enfermen
1.194	6	Familia, estar y sentirse bien que no le duela nada que este contenta que coma bien.

- 1.146 7 Sobre tener enfermedades o estar bien.
- 1.117 8 Que estén bien, está sano porque come bien, juega, anda a las carreras, hace su tarea.
- 0.976 9 Están alegres, estar bien, comen bien, hacen actividades no están tristes.
- 0.928 10 Esté bien él bebé comido, bien sano, tranquilo juega y su estado de ánimo indica que está sano.

Mujeres sin beneficio de PROSPERA: las mujeres sin el apoyo de PROSPERA reportan que la salud de los hijos es la ausencia de enfermedad y el estado de ánimo de los hijos debe ser de alegría. Estas opiniones son similares a las mujeres que no saben leer y escribir. Se puede observar que si no se cuenta con la capacidad de lectoescritura y además no se recibe información respecto a la prevención y cuidados de la salud, la concepción de salud se convierte en sólo la ausencia de enfermedad.

Información

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable información

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 31. Grupo 1: Extremadamente informada y muy informada

Clasificación	Respuesta característica
Criterio	
0.881 1	Pues haga de cuenta que yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaba bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos y pues ya cuando ahora si cuando empezaban a platicar, se empezaban a reír ya cuando empezaban a jugar empezaban a jugar y ya es cuando uno los ve que tan sanitos y ya cuando unos están enfermos no, porque hágase de cuenta que ellos no quieren el pecho, ellos no quieren beber, ellos no quieren nada y ya están chococitos y empiezan llore y llore y ya ... pues yo a veces les digo ahora si no era de doctor los llevaba y cuando ya veía que se me ponían mal y cuando ya cuando no era de doctor era de hacerle de casero, porque aquí eso es lo importante porque le digo yo que si luego empiezan que lloran y lloran que les hace uno cualquier cosa y pues qué y no quieren comer que beber ya no quieren y ya no entonces buscarles quien los cure porque a veces pues si se <cain> y pues que se tuercen la nuquita se <cain> del cuajo y pues ya les agarra vómito y diarrea y pues ya correr con la partera para que los cure.
0.694 2	Pues nosotras más que nada, ahora si pues que no nos enfermemos y pues seguido nosotros como mamá y los niños depende de nosotros también porque

- si nosotros no los abrigamos en el tiempo de frio pues lógico que se nos van a enfermar seguido de gripa, eso es lo máximo ahora sí que la gripa son las que los da a los bebés, también los bebés son como los viejitos, los viejitos tiene uno que abrigarlos también en tiempo de frio pues porque también se enferman, así igual que un bebé.
- 0.629 3 Llevarlos a la clínica y los checan en talla y peso y no tienen ninguna enfermedad.
- 0.474 4 Ofrecer bienestar y salud a los niños.
- 0.416 5 Gracias a dios no hay dolor, no les duele nada a mis hijas.
- 0.379 6 Tienen ganas de salir a correr.
- 0.292 7 Llevarlos a la clínica , tomar suplementos y que cumplan con sus vacunas, les doy agua de limón naranja y frutas porque lo platicaba la auxiliar.
- 0.242 8 Alimentarlos bien, la limpieza en la comida y en el hogar en todo para que los bebes crezcan fuertes y sanos.
- 0.216 9 Aprender a cuidarlo, limpiar la casa, higiene, agua hervida, atender a los niños, llevarles con mes a consulta y tener cuidado en nosotros como comer cosas sanas.
- 0.191 10 Comer mucha frutas y verduras para ayudar a nuestro cuerpo, comer, beben y no lloran

Extremadamente informada y muy informada: las mujeres extremadamente informadas y muy informadas reportan respuestas con ejemplos específicos de cuidados de la salud entre ellos estado de ánimo, la higiene personal, la asistencia a la clínica de salud, asistencia a la escuela, limpieza de espacios de convivencia y alimentación.

Tabla 32. Grupo 2 : Informada

Clasificación Respuesta característica
Criterio

- 1.268 1 La alimentación, frutas, verduras, sopitas, lavarle las manos, lavar los alimentos.
- 1.034 2 Que estén bien comidos, bien vestidos, ropa cambiarlos.
- 0.803 3 comen, juegan, comen bien, beben bien.
- 0.691 4 Están alegres, tienen entusiasmo de jugar, las mamás tienen animo de trabajar.
- 0.690 5 Estar bien, hay dolor.
- 0.685 6 Llevarlos a la vacuna con eso decían que estaban bien.

- 0.684 7 Nos mandan a traer a la clínica, nos dicen que estamos bien y si no te mandan a Xalapa las pesan y las miden.
- 0.601 8 Estar bien, cuidarse para no enfermarse, tener las cosas limpias donde van a cocinar.
- 0.576 9 Que estemos bien, bien alimentados, tener sus manos limpias, asearlos, llevarlos al doctor, mandarlos a la escuela, platicar con ellos, jugar y ayudar en las tareas.
- 0.574 10 Están contentos, con ganas de hacer cosas.

Informada: las mujeres moderadamente informadas reportan que la salud materno infantil tiene que ver con el estado de ánimo, el aseo personal, la asistencia a la clínica de salud.

Tabla 33. Grupo 3: Moderadamente Informada

Clasificación Respuesta característica
Criterio

- 1.110 1 Alimentación sana, higiene.
- 0.836 2 Comen, juegan, no me siento mal.
- 0.762 3 Crecían a los 3 o 2 meses jugaban.
- 0.667 4 Sobre tener enfermedades o estar bien.
- 0.598 5 Están alegres, estar bien, comen bien, hacen actividades no están tristes.
- 0.514 6 Esté bien él bebé comido, bien sano, tranquilo juega y su estado de ánimo indica que está sano.
- 0.498 7 Casi no se enferman solo tos y gripas, no tiene moco.
- 0.478 8 Estar sanos, no se ve ningún síntoma de enfermedad, comer bien.
- 0.444 9 Sin enfermedad, sin accidentes, comer, beber, ir a la escuela.
- 0.435 10 Cuidarse de no enfermarse, alimentarse bien, estar sano porque juega, corre, pide chucherías.

Moderadamente informada: las mujeres informadas reportan que la salud materno infantil es la ausencia de enfermedad y los cuidados para prevenirlas como por ejemplo la alimentación sana, higiene y el estado de ánimo. Estas mujeres también reportan que a mayor cuidado en la salud menor necesidad de llevarlos con el médico por lo tanto mayor ahorro económico.

Tabla 34. Grupo 4: Moderadamente poco informada

<i>Clasificación</i> <i>Criterio</i>	<i>Respuesta característica</i>	
1.033	1	No les dolía nada, no se enfermaban.
0.793	2	Que se encuentren bien de salud, no se enferman mucho como diarrea y vómito.
0.775	3	Es cuidarlo para que no se enfermen , abrigarlos para que no se enfermen.
0.558	4	Amanecen contento, no le da lata, casi no llora.
0.545	5	Estar bien y no tener otras enfermedades, que no te enfermes a cada rato
0.534	6	Porque no llora y veo que está bien , porque no tiene nada en su cuerpo como ronchas o algo así.
0.379	7	Cuidarlos, asearlos igual a uno, lavarle los dientes, tratar de tenerlos limpios aunque no se pueda.
0.318	8	Hay dolor, una cosa de les duele.
0.264	9	Cuidarlos, protegerlos, lavarse la manos antes de ir al baño, protegerlos del frio.
0.137	10	Que estén bien, está sano porque come bien, juega, anda a las carreras, hace su tarea.

Moderadamente poco informada: las mujeres poco informadas reportan la ausencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales así como un cuidado en la higiene personal y comportamiento tranquilo en sus hijos como el significado de salud materno infantil.

Tabla 35. Grupo 5 : Poco informada

<i>Clasificación</i> <i>Criterio</i>	<i>Respuesta característica</i>	
1.198	1	Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien, anda tranquila, gustosa, juega.
1.164	2	Que no le duela nada, que este bien, anda con gusto, anda jugando.
0.613	3	Que los niños estén bien que no se enfermen, que no anden sin suéter y darles de comer.

Poco informada: las mujeres reportan la ausencia de enfermedad y un comportamiento tranquilo en su hijos como el significado de salud materno infantil.

Tabla 36. Grupo 6 : Muy poco informada y extremadamente no informada

Clasificación Respuesta característica
Criterio

Ninguna mujer de las encuestadas estuvo en este nivel de información.

Actitud

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable actitud

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 37. Grupo 1: Extremadamente de acuerdo y muy acuerdo

Clasificación Respuesta característica
Criterio

1.557	1	Que este bien, que no le duela nada, que mame bien, que no chille, que crezca bien.
0.949	2	Porque no llora y veo que está bien, porque no tiene nada en su cuerpo como ronchas o algo así.
0.906	3	Que estén bien, no los tengo que llevar al doctor, están bien brincan y no están tristes.
0.885	4	Comen, juegan, no me siento mal.
0.470	5	Aprender a cuidarlo, limpiar la casa, higiene, agua hervida, atender a los niños, llevarles con mes a consulta y tener cuidado en nosotros como comer cosas sanas.
0.454	6	Están alegres, tienen entusiasmo de jugar, las mamás tienen animo de trabajar.
0.435	7	Anda alegre, siempre jugando llega contenta a ver la televisión.
0.429	8	Crecían a los 3 o 2 meses jugaban.
0.391	9	Es cuidado de nosotros, el aseo, no tomar agua cruda, lavarse la manos, tener la comida tapada.
0.373	10	Salud de los niños, darles verduras, agua hervida, bañarse diario, lavarse manos.
0.339	11	Estar alimentados, asearlos, la higiene para ellos y nosotras, atentas a las vacunas.
0.270	12	Es una responsabilidad, si los cuidas bien no hay dinero para llevarlo al médico, antes no se enfermaban comíamos más verduras.
0.256	13	Es bienestar, la salud de mis hijos, nutrirlos que coman bien, darles agua, darles frutas y verduras.

Extremadamente de acuerdo y muy de acuerdo: Las mujeres manifiestan hacer acciones muy específicas para el cuidado de higiene de sus hijos. Se puede notar que en el discurso de las mujeres se mencionan a sí mismas como un elemento de importancia para la salud de sus hijos. Mencionan también que la salud de los niños y las madres es una responsabilidad.

Tabla 38. Grupo 2: De acuerdo

Clasificación Respuesta característica
Criterio

		Pues haga de cuenta que yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaba bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos y pues ya cuando ahora si cuando empezaban a platicar, se empezaban a reír ya cuando empezaban a jugar empezaban a jugar y ya es cuando uno los ve que tan sanitos y ya cuando unos están enfermos no, porque hágase de cuenta que ellos no quieren el pecho, ellos no quieren beber, ellos no quieren nada y ya están chococitos y empiezan
0.987	1	llore y llore y ya ... pues yo a veces les digo ahora si si no era de doctor los llevaba y cuando ya veía que se me ponían mal y cuando ya cuando no era de doctor era de hacerle de casero, porque aquí eso es lo importante porque le digo yo que si luego empiezan que lloran y lloran que les hace uno cualquier cosa y pues qué y no quieren comer que beber ya no quieren y ya no entonces buscarles quien los cure porque a veces pues si se <cain> y pues que se tuercen la nuquita se <cain> del cuajo y pues ya les agarra vómito y diarrea y pues ya correr con la partera para que los cure.
0.808	2	Casi no se enferman solo tos y gripas, no tiene moco. Pues nosotras más que nada, ahora si pues que no nos enfermemos y pues seguido nosotros como mamá y los niños depende de nosotros también porque si nosotros no los abrigamos en el tiempo de frio pues lógico que se nos van a enfermar seguido de gripa, eso es lo máximo ahora sí que la gripa son las que los da a los bebés, también los bebés son como los viejitos, los viejitos tiene uno que abrigarlos también en tiempo de frio pues porque también se enferman, así igual que un bebé.
0.741	3	Llevarlos a la clínica y los checan en talla y peso y no tienen ninguna enfermedad
0.668	4	Cuando están sanos no están enfermos, les doy de comer, no dan guerra si están sanos.
0.650	5	Ofrecer bienestar y salud a los niños.
0.604	6	Si están enfermos están tristes y si están sanos se portan bien.
0.537	7	La salud es el complemento de una vida. me doy cuenta que mi bebé está sano por sus temperamentos y porque noto cuando quiere estar conmigo o apegado nada más hacia mí.
0.482	8	

- 0.445 9 Estar bueno y sano, estar uno bien, no tener dolores en la cabeza y cuerpo
- 0.301 10 Cuidarlos, no sufren ninguna enfermedad, checar con los doctores, hacer ejercicios, estar sanos prevenir y las pláticas.

De acuerdo: las mujeres que tiene una actitud de acuerdo hacia los cuidados a la salud reportan que la salud materno infantil tiene que ver con las acciones de llevar a los hijos a la clínica de salud para prevención y tratamiento de una enfermedad así como cuidar la alimentación, la higiene personal, su estado de ánimo y asistir a la escuela.

Tabla 39. Grupo 3: Moderadamente de acuerdo

Clasificación **Respuesta característica**
Criterio

- 1.113 1 Cuidarlos, protegerlos, lavarse la manos antes de ir al baño, protegerlos del frío
- 1.106 2 La alimentación, frutas, verduras, sopitas, lavarle las manos, lavar los alimentos.
- 1.074 3 Cuidarlos para que no se enfermen, lavarles las manos, comer frutas y verduras, protegerlos del frío para que no se enfermen.
- 0.755 4 Cuidar que no se enfermen, proteger del frío, mandarlos a la escuela, tener alimentos, bañarlos.
- 0.702 5 Protegerlos de accidentes, agua, fuego, cortes, alimentarlos para que estén bien de salud.
- 0.691 6 Protegerlos de las enfermedades abrigarlos bien, no salir en frío, llevarlos al doctor.
- 0.652 7 Comer mucha frutas y verduras para ayudar a nuestro cuerpo, comer, beben y no lloran
- 0.610 8 Sin enfermedad, sin accidentes, comer, beber, ir a la escuela.
- 0.600 9 Es cuidarlo para que no se enfermen , abrigarlos para que no se enfermen.
- 0.353 10 El cuidado para tener cariño hacer saber que los hijos son importantes para las madres.

Moderadamente de acuerdo: las mujeres se están de acuerdo con los pensamiento y acciones en pro de la salud definen las está como el tener cuidados básicos de la madres para los hijos como lavar las manos cuando se va al baño y antes de comer, protegerlos del frío y accidentes y cuidar que la alimentación tenga más variedad en frutas y verduras.

Tabla 40. Grupo 4: Indiferente

Clasificación *Respuesta característica*
Criterio

0.833	1	Este bien él bebé comido, bien sano, tranquilo juega y su estado de ánimo indica que está sano.
0.776	2	Estar bien y no tener otras enfermedades, que no te enfermes a cada rato
0.730	3	Estar bien, hay dolor.
0.720	4	Cuidarse de no enfermarse, alimentarse bien, está sano porque juega, corre, pide chucherías.
0.346	5	Amanecen contento, no le da lata, casi no llora.

Indiferente: Las mujeres que tiene una actitud indiferente hacia los cuidados a la salud reportan que la salud materno infantil es que el niño se encuentra sin alguna enfermedad aparente, que no exista dolor física y que su estado de ánimo sea alegre. Las mujeres en este nivel de actitud no reportaron ninguna acción en pro de la salud.

Grupo 5: En desacuerdo

Ninguna mujer de las encuestadas estuvo en este nivel de actitud hacia la salud.

Grupo 6: Muy en desacuerdo

Ninguna mujer de las encuestadas estuvo en este nivel de actitud hacia la salud.

Grupo 7: Extremadamente en desacuerdo

Ninguna mujer de las encuestadas estuvo en este nivel de actitud hacia la salud.

Descripción de resultados por pregunta abierta ¿Qué es para usted ser madre?

El corpus de la pregunta ¿Qué es para usted ser madre?, se obtuvieron los siguientes datos:

El texto contenido en la pregunta ¿Qué es para usted ser madre? Estuvo compuesto por 656 palabras y se eliminaron todas aquellas palabras con frecuencias menores a 3 repeticiones, quedando un total de 185 palabras. Además se utilizó para fines del análisis textual la lematización, procedimiento que consiste en la agrupación de las palabras de acuerdo a su raíz y la agrupación de palabras que para las mujeres tienen el mismo

significado que otras palabras o expresiones como se expresa en las siguientes tablas (Bécue, Lebart, Rajadell, 1992, p.11).

Tabla 41. Lematización del corpus ¿Qué es para usted ser madre? de acuerdo a su raíz

Palabra raíz	Palabras lematizadas	Palabra raíz	Palabras lematizadas
Año	Años	Hijas	Hija, muchachas
Abrazo	Abrazan	Lllamar	Lllamarles, llamarle
Agua	Agüita, tecito	Llegar	Llega, llego, llegue
Ahora	Ahorita	Llevar	Llevarme
Amamantar	Amamantarlos, amamantaban, amamantaba	Llorar	Llora
Algún	Algunas	Madre	Madres, mamá, mamás, mamaces
Andar	Anda	Malo	Mal
Arrullo	Arrullarlos, acaricias	Mandado	Manda, mandar, mandados, mandas, mandaditos, mando
Alegría	Alegran, alegrar, alegre	Mujer	Mujeres
Amor	Ama	Responsabilidad	Obligación, responsable, responsables, responsabilidades
Atender	Atención	Obedecer	Obedezcan
Ayudar	Ayuda, ayudan, ayudarlos, apoyo, apoyar	Padres	Papás
Comer	Comida	Pensar	Pensé , pienso
Cariño	Cariñosa	Platicar	Platicamos
Comadre	Comadrita	Quedar	Queda, quedaba, quedar, quede, quedo
Contenta	Contentas	Querer	Quiere, querida, quiera, quiere, quieren, quiero, quisieran
Crece	Crecieron	Rato	Ratos
		Respeto	Respetarlos, respeten
Contento	Contentos	Saber	Sabe, se
Crece	Crecieron	Sentir	Sentí, siento, sientes, siente
Palabra raíz	Palabras lematizadas	Palabra raíz	Palabras lematizadas
Decir	Decirles	Ser	Somos

Dejar	Dejarlos, dejamos, dejaron	Sola	Solita, solo, solito
Días	Día	Tener	Tenemos, tenerle, tenerlos, tenga, tengamos, tengo, teniendo, teniendo, tiene, tienen, tienes
Dice	Dicen, diga, digo	Traer	Traen, traiga
Enfermar	Enferma, enfermedad, enfermo, malean, malea	Tranquilidad	Tranquilo, tranquila
Estar	Esta, están, estoy	Tuve	Tuviéramos, tuvimos
Felicidad	Felices, feliz	Viene	Vienen
Gusto	Gusta, gustas, gustosa	Ver	Veía, veían
Hablar	Hablarles		
Hacer	Hacen, hace, hago	Viene	Vienen
Hermanos	Hermanas, hermanos, hermano	Ver	Veía, veían

Tabla 42. Lematización del corpus ¿Qué es para usted ser madre? de acuerdo a la semejanza de significados entre palabras utilizadas por las mujeres

Palabra	Palabras lematizadas
Bebés	Bebé, bebeces, chiquito, chiquitos, pequeños
Criar	Crie, cuidarlos, cuidarlo, educarlos, ideándolos
Cuidar	Cuidado, cuidados, curar, idear, vean, verán, verme, ideándola
Esposo	Marido, pareja
Niños	Chamacos
Tristeza	Agüite
vaso	Vasito, jarrito, trago
Viejita	Grande, viejito

Análisis de texto por variables para la pregunta ¿Qué es para usted ser madre?

Grupo de edad de la madre

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable grupo de edad de la madre

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 43. Grupo 1: 18 a 30 años

Clasificación	Respuesta característica
Criterio	
2.460	1 Bonito, te da felicidad.
1.946	2 Ser madre es una bendición de dios, es algo bonito.
1.814	3 Es algo muy bonito pero ser mamá es cuidarlo, no sé, ser mamá es difícil, es muy bonito pero es una responsabilidad muy grande es parte de la vida, yo creo que así es.
1.786	4 Es algo bonito darles cariño.
1.379	5 Contenta, agradecida, es mi todo.
1.157	6 Bonito es lo más hermoso que tengo
1.109	7 Es felicidad, un orgullo ser mamá, los tienes juegas con ellos y dan felicidad.
1.082	8 Para mi ser mamá es un regalo de me ha dado la vida, el más maravilloso. pues es una alegría, ser única bueno somos muchas, risas, pero para el hijo, para mi esposo pues soy única, risas, tener hijos en pocas palabras es muy bonito no sé cómo describirlo pero se siente muy bonito.
1.053	9 Es amor, cariño, cuidarlos mucho, estoy feliz siendo madre, los hijos nos dan la alegría y se siente bien ser mamá, feliz y emocionada.
1.030	10 Es lo más bonito de la vida, es lo mejor que puede pasarle a las mujeres, sentirlos crecer en nuestra pancita, se tiene que tener hijos porque hace una familia con la pareja es muy bonito ser mamá.

18 a 30 años: las mujeres más jóvenes centran su discurso en que la maternidad como algo bonito, como una alegría de la vida. Todos los adjetivos que utilizan son positivos e involucran la idea de ser mujer con ser madre.

Tabla 44. Grupo 1: 31 a 50 años

Clasificación Respuesta característica
Criterio

0.869	1	Es un gusto y orgullo tener familia, pensé que no iba a tener, tarde 3 años en tener, a largo tiempo uno se hace viejito y ellos verán por nosotros.
0.830	2	Pensar en los hijos y darles lo que tenga uno y darles los cuidados, si porque ellos ven por uno cuando ya es grande, es apoyo.
0.828	3	Es algo bonito, hay que tener responsabilidad sobre ellos, yo digo que algún día si uno se enferma como mamá ellos tendrán que ver por uno.
0.828	4	Alegría por tener un hijo, me siento contenta.
0.805	5	Se siente uno bien, contenta porque puedo tener hijos y hay otras que quisieran tener y no pueden, no es lo mismo tener ilusión a verlos que si verlos.
0.707	6	Ser mamá que tengamos hijos, pues a largo tiempo te ven porque vas a llegar a ser viejita y luego pues que no tenga ni un hijo pues como que no y a veces uno dicen que para que querer tener tantos hijos pero pues a largo tiempo quien nos ve.
0.701	7	Pues ser mamá ve usted ahora uno ya tiene los hijos y es una responsabilidad, pues es un orgullo que sea uno mamá que tenga hijos porque también ya se da uno cuenta que si quiere tener uno hijos y a veces cuando anda uno soltera ni sabe uno que si va uno a tener hijos o no y pues muchos quieren tener y nunca pueden, ahora si no es el motivo porque, de quien depende.
0.651	8	Se siente bien, alegría, nosotros tenemos y otras que quieren no. Es un poco difícil.
0.635	9	Es una felicidad por tener hijos, se siente uno contento y alegre por tener a todos en familia.
0.618	10	Se siente bien, a veces no tiene ni quien te traiga un vaso de agua así lo mandas y te trae un mandado, yo creo que si no tienes das lastima, con un hijo tiene que ver por uno.

31 a 50 años : Las mujeres de edades entre 31 a 50 años manifiestan que los hijos son quienes verán por ellas cuando esten enfermas y tengan una edad avanzada que las limite físicamente.

Tabla 45. Grupo 1: 51 a 83 años

Clasificación Respuesta característica
Criterio

0.570	1	Pues yo para mi pues hágase de cuenta es un orgullo por ser mamá tener a mis hijos y verlos y yo para mi respetarlos y ellos que me respeten como mamá y pues darles un buen ejemplo, llamarles la atención, darles un buen consejo mira sabes que no te tires al vicio no tomes o no hagas esto porque está mal, pues yo eso hágase de cuenta si ellos me comprenden me entienden luego así ellos me abrazan mamá no se sienta usted mal, pues me siento orgullo, es un orgullo para mi mis hijos, pos es un orgullo, sabe usted porque, porque no vamos lejos tengo una comadre pues yo para mí me da mucha lastima la comadre porque sola no tiene marido, no se casó, no la dejaron sus papás que se casaran sus hermanas y como yo que día la fui a ver, comadrita pues échele usted ganas no se agüite usted porque yo si para usted es una tristeza y una lástima para usted porque está usted sola no tiene usted tal vez se hubiera encontrado un marido sé que este ahí pues un rato se siente uno mal, pero mire usted ahora se va a quedar solita, su mamá ya se murió, su papá se murió, que va a ser de usted de aquí a mañana se llega usted a agarrar cama quien le va a decir dame esto llévame al doctor, con quien se va usted a alojar, con quien va usted a chillar, ahorita no quiera, usted déjese querer con su cuñada y ella aquí está cerca tiene que ver por usted, parece nada pero tener un niño o una niña hasta con dos pues ya estoy en la cama pues no va a ser tan malo mi niño o mi niña, mamá tenga usted este tecito, tenga usted este jarrito de agua, hay alguien quien le arrime su cama pero si usted ya no puede usted pararse y no hay ni quien le dé un jarrito de agua y ya no puede usted pararse y es una tristeza para uno, pues si tiene razón usted me dice la comadre y llora, llora la comadre porque ya quedo solita, pues ya ni quien, tengo mis hermano, pero no es igual ellos tienen su familia, tienen sus hijos, es duro oiga usted, por eso hay que tener una familia con uno que tenga, dos está bien porque se malea usted no seas tan malo hijo, que diga mamá ahí estate muriendo no te voy a llevar a curar, nooo el ve con dios como le hace y él va a ser a curar usted. Ser una mamá buena, porque lo ama lo quiere a su bebé y como le digo le da el alimento a su hora y todo eso, lo asea y todo, si bueno eso es mi pensar, no se usted como lo vea, risas, si no yo también solita como lo hago, como le acabo de decir bueno tal vez lo digo por mí que pues no mas no tengo quien, me llevo a enfermar y quien me va a ver o quien me va a idear o quien me a levantar, quien me va a dar agüita, siempre y cuando la familia.
0.523	2	

- Mucho cuidado con el bebé, lo tiene usted que bañar, cambiarlo, echarle talco, cremita o mucho cuidado (mmm), siento cansancio pero que quiere usted ya los tiene a los bebeces ni modo que los regrese o los vaya usted a vender, si pues por una parte es si, como yo ahorita tuve cuantos y todos a México, todos regaos, ya me quedo solita aquí no hacen bulla mis nietos sino yo nada más solita me quedaba. Estoy acompañada con mis nietos contenta y con gusto con ellos.
- ohm muchas cosas, mucha responsabilidad tener con los hijos, cuidarlos, amamantarlos porque eso de que ahora ya dan biberón, yo eso nunca me gusto. yo siempre los amamantaba yo y yo creo que gracias a dios por eso no se me enfermaban casi, pues cuando están chiquitos se siente bonito pero ya grandes son penas grandes por ejemplo como le acabo de decir los que toman, que tranquilidad va uno a tener sabiendo que su hijo está tomando o ya viene a llegar que viene bien borracho a ver cuál con gusto cual tranquilo va uno a estar y cuando son chiquitos no porque lo regaño, sabes no vas, pues ya se sentó porque no fue y ahora cuando están grandes más ora esta difícil que obedezcan a los padres ahora ya dicen que mandan ellos y en el caso mío cuando yo crie a mis hijos, yo pienso que es bueno tener hijos porque le digo yo ahorita gracias a dios a esta enfermedad por mis hijos tengo mis hijas en México, tengo mis hijas y pues gracias a dios y a ellos han gastado a demasía en mí.
- Pues ya está uno bien contento porque ya tuvimos bebé, pues si es bueno tener hijos porque cuando se malean uno ya siquiera agüita le dan a uno y no tener nada, se está usted jalando como un perrito y ni quien le dé a usted agua.
- Llevarle la atención a los hijos hay que decirles que se porten bien, como yo ahorita tengo mis hijos en la escuela, les he dicho que se porten bien. que no peleen con los niños, no quiero tener problemas en la escuela y mandan a traer a las mamases y yo con el favor de dios mis hijos los tuve en la escuela y nunca me mandaron a traer. me siento tranquila porque nunca me mandan a traer a la escuela, mis niños pues si me obedecen lo que les digo, porque me da pena si la maestra me manda a llamar y los tengo que trascalear por la pena.
- Siempre es bonito ser mamá (risas), es también ya uno solito no está uno bien (risas) ahorita ya le estoy contento me viene a ver mi hija (risas). Se siente bien, como le digo a usted ya cuenta con las hijas, se llega uno a melear tiene que verme ella, tiene que llevarme al médico.
- Pues ser mamá tiene ayuda con los niños cuando están grandes hacen mandaditos y ya va uno contento, ¿que sería sin hijos?
- Se siente uno bien al momento cuando pasa el dolor, si no tiene hijos y se llega uno a enfermar no hay quien la vea, ya le dije a mis muchachas que tienen que tener un hijo para que las vea.
- Una responsabilidad, tengo a cargo mis nietos porque son los hijos de mi hija.

51 a 83 años : son mujeres que han ya padecido una enfermedad o que se encuentran diagnosticadas con diabetes por lo que reportan que sus hijos han gastado dinero, que sus hijos ven por ellas y mencionan que es bueno tener hijos para que alguien las pueda cuidar.

Alfabetismo

Respuestas modales de una variable

Respuestas características de la variable alfabetismo

(Criterio frecuencia de palabras)

Tabla 46. Grupo 1: Mujeres que saben leer y escribir

Clasificación	Respuesta característica
Criterio	
2.064	1 Mejor experiencia de mi vida.
1.366	2 Bonito, te da felicidad.
1.286	3 Responsabilidad, reto, inspiración.
1.202	4 Es algo muy bonito pero ser mamá es cuidarlo, no sé, ser mamá es difícil, es muy bonito pero es una responsabilidad muy grande es parte de la vida, yo creo que así es.
1.158	5 Es algo bonito, parte de la vida de la mujer, de las etapas que tenemos que cumplir, es algo que las mujeres sólo pueden o algunas no por problemas de infertilidad, te llena de emociones y sentimientos bellos.
0.949	6 Es algo bonito darles cariño.
0.921	7 Es lo más bonito de la vida, es lo mejor que puede pasarle a las mujeres, sentirlos crecer en nuestra pancita, se tiene que tener hijos porque hace una familia con la pareja es muy bonito ser mamá.
0.886	8 Contenta, agradecida, es mi todo.
0.779	9 Para mí es lo mejor que ha pasado, puedo cuidar a mis hijos, puedo educarlos como creo que es mejor.
0.681	10 Bonito es lo más hermoso que tengo
0.663	11 Bendición de dios, contenta por tener hijos.
0.656	12 Para mí ser mamá es un regalo de me ha dado la vida, el más maravilloso. pues es una alegría, ser única bueno somos muchas, (risas), pero para el hijo, para mi esposo pues soy única, (risas), tener hijos en pocas palabras es muy bonito no sé cómo describirlo pero se siente muy bonito.

Mujeres que saben leer y escribir: las mujeres que saben leer y escribir reportan que el ser madre es algo bonito, lindo, una alegría de la vida y bendición de diós. También reportan que es una responsabilidad. En ninguna de las respuestas de este grupo mencionan que es una tranquilidad tener hijos por la idea de que los hijos en algún momento cuidarán de ellas.

Tabla 47. Grupo 2: Mujeres que no saben leer y escribir

Clasificación		Respuesta característica
Criterio		
0.816	1	Pues ya está uno bien contento porque ya tuvimos bebé, pues si es bueno tener hijos porque cuando se malean uno ya siquiera agüita le dan a uno y no tener nada se está usted jalando como un perrito y ni quien le dé a usted agua.
0.613	2	Ya teniendo hijos ya somos mamás, pues bien porque mañana o pasado llega uno a estar enfermo y le dan un trago de agua, si no tuviéramos nada quien.
0.444	3	Pues a la vez ser mamá de sus hijos, porque cuando tienes una familia se llegue a enferman diga usted cuando este uno más grande a quien se ponga y diga mi mamá vamos a curar pero quien no tiene a nadie nada más acostada ahí, ni quien le regale agua porque si vienen mis sobrinos, si no me viene a ver y así... pues... con mis hijos no creo que son varios que me vean uno al otro o cómo ve usted.
0.435	4	Ser una mamá buena, porque lo ama lo quiere a su bebé y como le digo le da el alimento a su hora y todo eso, lo asea y todo, si bueno eso es mi pensar, no se usted como lo vea, risas, si no yo también solita como lo hago, como le acabo de decir bueno tal vez lo digo por mi qué pues no mas no tengo quien, me llevo a enfermar y quien me va a ver o quien me va a idear o quien me a levantar, quien me va a dar agüita, siempre y cuando la familia.
0.377	5	Siempre es bonito ser mamá (risas), es también ya uno solito no está uno bien (risas) ahorita ya le estoy contento me viene a ver mi hija (risas). Se siente bien, como le digo a usted ya cuenta con las hijas, se llega uno a melear tiene que verme ella, tiene que llevarme al médico.
0.373	6	Pues yo para mi pues hágase de cuenta es un orgullo por ser mamá tener a mis hijos y verlos y yo para mi respetarlos y ellos que me respeten como mamá y pues darles un buen ejemplo, llamarles la atención, darles un buen consejo mira sabes que no te tires al vicio no tomes o no hagas esto porque está mal, pues yo eso hágase de cuenta si ellos me comprenden me entienden luego así ellos me abrazan mamá no se sienta usted mal, pues me siento orgullo, es un orgullo para mi mis hijos, pos es un orgullo, sabe usted porque, porque no vamos lejos tengo una comadre pues yo para mí me da mucha lastima la comadre porque sola no tiene marido, no se casó, no la dejaron sus papás que se casaran sus hermanas y como yo que día la fui a ver, comadrita pues échele usted ganas no se agüite usted porque yo si para usted es una tristeza y una lástima para usted porque está usted sola no tiene usted tal vez se

hubiera encontrado un marido sé que este ahí pues un rato se siente uno mal, pero mire usted ahora se va a quedar solita, su mamá ya se murió, su papá se murió, que va a ser de usted de aquí a mañana se llega usted a agarrar cama quien le va a decir dame esto llévame al doctor, con quien se va usted a alojar, con quien va usted a chillar, ahorita no quiera usted dese querer con su cuñada y ella aquí está cerca tiene que ver por usted, parece nada pero tener un niño o una niña hasta con dos pues ya estoy en la cama pues no va a ser tan malo mi niño o mi niña, mamá tenga usted este tecito, tenga usted este jarrito de agua, hay alguien quien le arrime su cama pero si usted ya no puede usted pararse y no hay ni quien le dé un jarrito de agua y ya no puede usted pararse y es una tristeza para uno, pues si tiene razón usted me dice la comadre y llora, llora la comadre porque ya quedo solita, pues ya ni quien, tengo mis hermano, pero no es igual ellos tienen su familia, tienen sus hijos, es duro oiga usted, por eso hay que tener una familia con uno que tenga, dos está bien porque se malea usted no seas tan malo hijo, que diga mamá ahí estate muriendo no te voy a llevar a curar, nooo el ve con dios como le hace y él va a ser a curar usted.

0.337 7 Ser mamá que tengamos hijos, pues a largo tiempo te ven porque vas a llegar a ser viejita y luego pues que no tenga ni un hijo pues como que no y a veces unos dicen que para que querer tener tantos hijos pero pues a largo tiempo quien nos ve.

0.320 8 Se siente uno bien al momento cuando pasa el dolor, si no tiene hijos y se llega uno a enfermar no hay quien la vea, ya le dije a mis muchachas que tienen que tener un hijo para que las vea.

0.310 9 Pues ser mamá yo digo que es, este tenemos nuestros hijos y otras quisieran tener y no tienen, se siente uno feliz tener un hijo, alegría, contentos. tengo mis hijos este y algún día llego a estar más viejita pues ellos me van a ver si no tuviera yo hijos nadie me va a ver quién me va a idear y si llego a estar enferma pues me van a idear mis hijos o mis hijas también.

0.293 10 Es bonito ser mamá, unas quisieran y no tienen, cuando yo este viejita con quien va uno a contar pues con ellos, ellos te van a llevar al doctor.

0.271 11 Alegría, porque está uno joven y puede tenerlos y llega el primero y después viene otro, haga de cuenta que como yo, mi marido está en el vicio y ahora mis hijos le ayudan a uno, cuando están chiquitos se sufre como cuando lavábamos en el río o cuando teníamos que ir por leña y tenía que dejarlos solos pero ahora ellos ven por uno.

Mujeres que no saben leer y escribir: todas las opiniones de las mujeres que no saben leer y escribir coinciden en que los hijos son quienes cuidarán de ellas. Es clara la importancia de las mujeres en tener hijos y más de uno para poder garantizar una vejez con menores dificultades y estabilidad económicas.

Conclusión



*<<Salud materno infantil es que esté bien el bebé comido, bien sano, tranquilo juega y su estado de ánimo indica que está sano>>
(Mujer de 26 años)*

CONCLUSIÓN

En un contexto rural y de pobreza se incrementan los riesgos para la salud de los niños y las madres, generalmente se ven severamente afectados por problemas como inseguridad alimentaria, carencia de servicios y bienes, así como dificultad de acceso a servicios de salud, entre otros.

La comunidad de Ocotepéc del municipio de Ayahualulco, Veracruz, presenta bajo índice de desarrollo humano y calidad de vida, tales como, inseguridad alimentaria, acceso limitado a servicios básicos de salud, de atención prenatal y planificación familiar, condiciones precarias de vivienda, alta prevalencia de analfabetismo en adultos, alta morbilidad infantil asociada a infecciones respiratorias e intestinales agudas y prevalencia importante de desnutrición infantil crónica y aguda. Lo que en realidad es reflejo del 11.4 millones de personas en situación de pobreza en México (CONEVAL, 2015, p. 1).

El presente estudio tuvo como objetivo explorar cuáles son los conocimientos de sentido común que han construido un grupo de mujeres adultas madres de familia que viven en un contexto de vulnerabilidad económica y social hacia el cuidado de la salud de sus hijos. La intención fue proponer, desde la perspectiva de la teoría de las Representaciones Sociales, un modelo explicativo sobre la forma de pensar de dichas mujeres. La aportación de la investigación busca sumar evidencia empírica acerca de la importancia de este tipo de aproximaciones para el diseño de intervenciones eficaces en materia de salud materno infantil a nivel comunitario.

Abordé esta investigación desde una perspectiva de Representaciones Sociales, la cual se interesa por comprender la experiencia cotidiana y las formas de pensar tal cual es vivida, sobrellevada o sentida. Los resultados presentados aportan elementos que permiten conocer con mayor profundidad qué aspectos de las mujeres de Ocotepéc son ejes centrales de su concepción sobre la salud materno infantil.

Los resultados obtenidos mediante las opiniones, respuestas al cuestionario y soportes gráficos evidencian las representaciones sociales sobre la salud materno infantil. En este apartado se describen la conclusión sobre el contenido y sentido de las representaciones sociales que las mujeres de Ocotepéc han construido y elaborado.

Se eligió trabajar con las mujeres porque muestran mayores conocimientos sobre salud en comparación con los varones. Esto podría explicarse porque, por un lado, es en las mujeres en las que estereotípicamente recae el cuidado de la salud, sobre todo en las cuestiones de alimentación e higiene, lo cual favorece que ellas tengan un bagaje más amplio de conocimientos en materia de salud (Pick, García, Leenen, 2011, p. 337).

Como se ha mencionado a lo largo del capítulo de análisis de datos las mujeres en Ocotepéc refieren estar mayor informadas en temas de higiene personal y aseo personal, seguido de cuidados para la salud, conocimiento en promoción de la salud y por último uso de servicios. A saber que las mujeres de 18 a 30 años son las menos informadas, seguidas de las mujeres con edades de 52 a 83 años mientras que las mujeres de 31 a 50 años son las más informadas. También se encontraron diferencias significativas con las mujeres que cuentan con el apoyo de transferencia en efectivo del programa federal PROSPERA, debido a que las mujeres que asisten a las pláticas, consultas y actividades del programa federal adquieren información, lo que provoca conocimientos favorables para el cuidado de la salud.

Por otro lado las mujeres con capacidad de leer escribir tienen mayor acceso a la información y las actitudes compatibles con comportamientos que favorecen la salud de sus hijos. En investigaciones realizadas en México en contextos de vulnerabilidad los resultados indican que los individuos con mayor escolaridad tienen más recursos psicológicos y sociales, esto significa que la educación formal provee a los individuos de herramientas, habilidades y conocimientos que, además de ser necesarios para obtener mejores empleos y con ello un mejor ingreso y mejores condiciones de vida, tienen impacto en los ámbitos familiar, individual y social (Palomar Lever, 2015, p.269).

En cuanto a las actitudes, las mujeres reportan independientemente de la edad, del estado civil, de la capacidad de lectura y escritura, del tener o no apoyo de PROSPERA que existe un interés por el cuidado de los hijos. Es decir, las mujeres están interesadas en realizar acciones para que sus hijos se encuentren con un mejor estado de salud. Sin embargo las mujeres reportan tener dificultades cuando las acciones requieren agencia personal, empoderamiento, capacidad de relaciones interpersonales y autoestima. Esto posiblemente se deba a diversos factores como violencia de género, falta de escolaridad y capacidad de leer y escribir, entre otras. Los resultados obtenidos en investigaciones en

México reportan diferencias significativas con respecto a la comparación de sexo; son los hombres quienes muestran una mayor cantidad de recursos personales. En cambio, las mujeres presentan mayores índices en religiosidad, estilo de afrontamiento pasivo reflexivo, impulsividad frustración como estilo de solución de problemas, depresión, ansiedad, desajuste, relaciones familiares conflictivas, estilo de aprendizaje activo, estilo de aprendizaje reflexivo y estrés (Palomar Lever, 2015, p. 23).

Por otra parte, es relevante que las mujeres con respecto al campo de representación de la salud materno infantil no consideren que la importancia de tener mucho dinero sea necesario para tener buena salud. A nivel de campo de representación es importante para las mujeres que sus hijos presenten una ausencia de enfermedad física, que están alegres y realizando actividades y son ellas o las abuelas maternas e hijas mayores quienes están principalmente a cargo de la educación, cuidados y atención de los hijos.

A partir de los resultados anteriores y de todo el análisis descriptivo, bivariado y textual, fue posible conocer la representación social que las mujeres de Ocotepéc han construido y elaborado sobre la salud materno infantil. En este sentido, a pesar de la alta morbilidad infantil asociada a infecciones respiratorias e intestinales agudas, la importante prevalencia de desnutrición infantil crónica y aguda, la precaria higiene corporal y bucal y la obesidad generalizada en las mujeres adolescentes y adultas, la percepción que existe de la salud de sus hijos y de ellas mismas es buena, en otras palabras, se consideran y consideran a sus hijos sanos.

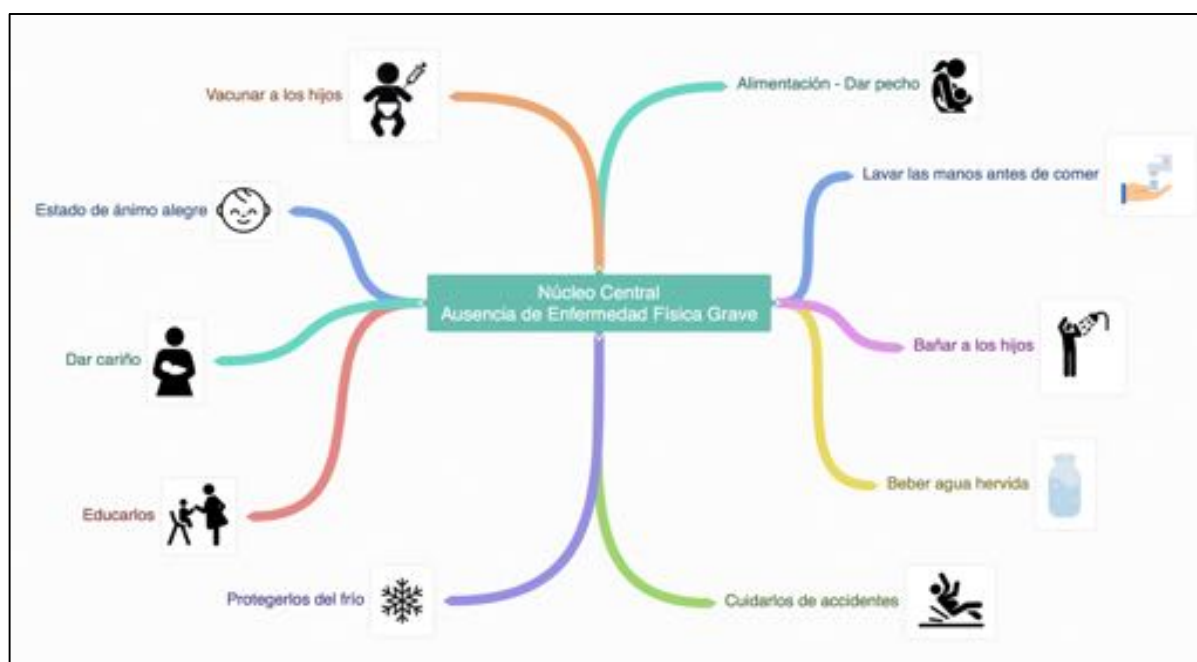
Idea generalizada que las mujeres han adoptado de salud, corresponde a la ausencia de una enfermedad física grave que limite sus actividades diarias así como un estado de ánimo aparente de alegría tanto para ellas como para sus hijos, esto posiblemente se debe a que han interiorizado la salud de tal forma que a pesar de tener condiciones que deben atenderse inmediatamente respecto a salud, las mujeres sólo consideran enfermedad y por lo tanto sus acciones en consecuencia son de cuidado cuando ellas o sus hijos necesitan una intervención médica o una hospitalización.

Durante el muestreo y visitas a la comunidad se pudieron observar muchos problemas de salud como niños con fuertes infecciones en la piel y los ojos, inflamación de encías y problemas con dientes picados, fuertes resfriados, fuertes episodios de pediculosis

y poco aseo personal; y estos no fueron considerados por las madres como una situación de atenderse de forma prioritaria.

Los resultados del análisis textual también permitieron conocer que las mujeres concentran los principales cuidados de higiene, alimentación, vacunación, cuidados de accidentes y otorgar cariño durante el primer periodo de vida de sus hijos, es decir, de 0 meses a generalmente después de que comienzan a caminar. Lo que ellas consideran como bebés.

El esquema 1 muestra la representación social de la salud materno infantil para las mujeres de Ocotepc.



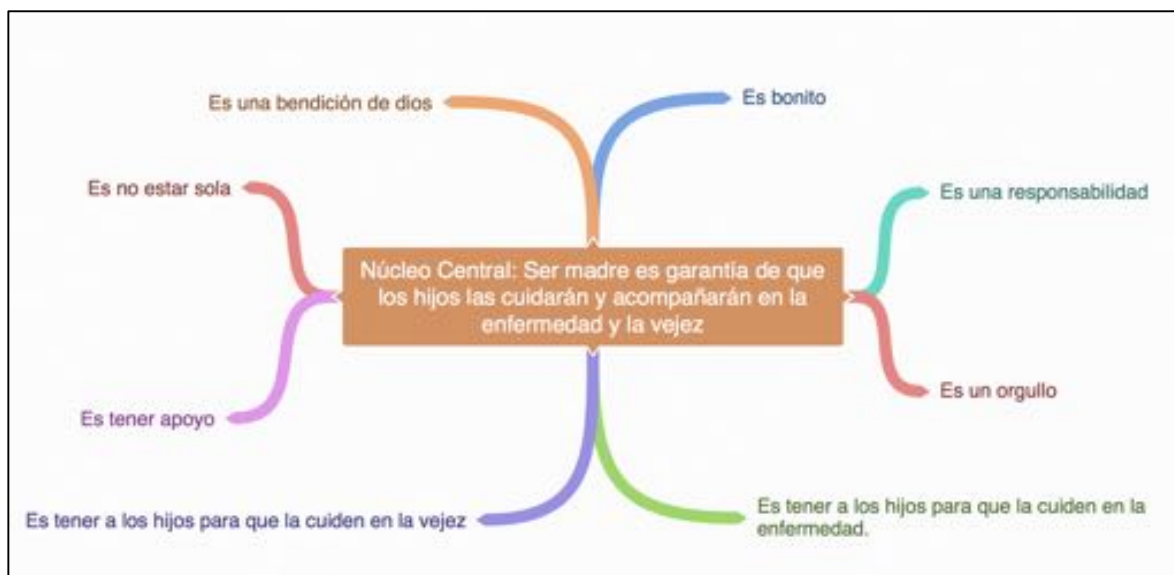
Esquema 1 Representación Social de la Salud Materno Infantil

Como ya se mencionó, la representación de la salud materno infantil en las mujeres de Ocotepc es la ausencia de enfermedad física grave en sus hijos que limite sus actividades diarias compuesta de elementos periféricos de información y acciones específicas tales como dar pecho, alimentarse diariamente con frutas y verduras, lavar las manos antes de comer, bañarlos, beber agua hervida, cuidarlos de accidentes, protegerlos del frío, educarlos, dar cariño, lograr que tengan un estado de ánimo aparente felicidad y llevarlos a vacunar.

En relación con la representación social de la salud materno infantil, también se preguntó a las mujeres ¿qué es para usted ser madre? con la finalidad de encontrar alguna relación significativa con el cuidado a la salud.

La información que las mujeres reportaron de esta pregunta fue que el ser madre es una alegría y una bendición aunque lo más importante de tener uno o varios hijos y de cuidarlos al inicio de sus vidas, es la garantía del cuidado físico que ellas tendrán al envejecer puesto que sus hijos se harán responsables de sus cuidados y no se quedarán solas y enfermas. Sino todo lo contrario serán ellos el apoyo emocional y económico. Esto es importante porque las mujeres reportan es sus opiniones que una forma de aliviarse ante una enfermedad grave y sobre todo de garantizar una vejez sin tantas dificultades es tener hijos para que cuando estos sean adultos, vean por ellas.

El esquema 2 muestra la representación social de lo que es ser madre para la mujeres de Ocotepéc.



Esquema 2 Representación Social de Ser Madre

En este sentido, la representación social de lo que significa ser madre es la garantía de que los hijos cuidarán y acompañarán en la enfermedad y la vejez compuesta de elementos periféricos tales como una bendición de dios, es algo bonito, es una responsabilidad, es un orgullo, es no estar sola y es tener apoyo.

Reflexiones Finales



*<<La salud materno infantil es cuidarse de no enfermarse, alimentarse bien, el hijo está sano porque juega, corre, pide chucherías>>
(Mujer de 26 años)*

REFLEXIONES FINALES

Estudiar las opiniones de 95 mujeres sobre lo que para ellas es la salud materno infantil me ha permitido poder conocer cómo este grupo de valiosas mujeres día a día cuidan lo más importante en la vida, que es la salud. Las condiciones de vulnerabilidad a las que está expuesta la comunidad de Ocotepéc deja a las mujeres limitadas para vivir una vida de calidad y de poder imaginarse como sería una vida en mejores condiciones.

A lo largo del documento se habló que un contexto de pobreza expone a números factores de riesgos a las personas que la viven aunque entender pobreza como ya se ha mencionado es no sólo pensar en la falta material o monetaria de los individuos. Luchar con tratar de erradicar la pobreza no es únicamente hacer llegar bienes y servicios, otorgar subsidios por parte del gobierno, ni siquiera dar mil pláticas de cuidados de la salud o seguridad alimentaria ayudarían si no se involucra el desarrollo humano y las capacidades que cada uno puede lograr. Es decir, enfocarse en las potencialidades que cada persona pueda alcanzar.

Hago énfasis en este punto porque las opiniones de las 95 mujeres fueron reflejo de la necesidad y carencias actuales que viven en casa, en la comunidad y me atrevería a pensar que son también el reflejo de muchas mujeres que se encuentran en una situación parecida. Aún y con todos los esfuerzos internacionales, nacionales y locales se sigue conceptualizando a la salud como la simple ausencia de enfermedad, sigue existiendo una falta de interés por la prevención de la salud, se sigue no llevando prácticas higiene básica, se desconoce aún los servicios de salud que todo mexicano tiene, entre otros.

Además, es interesante que las mujeres reporten que ser madre es la garantía de contar con apoyo moral y económico en una situación de enfermedad y en la vejez, esto muestra una inseguridad de salud proporcionada por el estado pero además refleja una herencia cultural del rol de las madres y el rol de los hijos una vez que sean adultos.

Como elemento conclusivo de este trabajo remarco remarcar la importancia del estudio de las opiniones como una herramienta para poder llegar a la intimidad de nuestros informantes que son los poseedores de la que información que después se convertirá en ciencia y esta podrá ayudar a mejorar, a solucionar o por lo menor entender sus condiciones de vida.

Darle un papel importante a las opiniones permitirá de una forma más fácil poder transitar a un vía de acción efectiva y eficaz para generar programas comunitarios, programas federales y mejores líneas bases en el área de investigación de salud comunitarias y salud materno infantil.

Bibliografía



*<<Ser madre es un gusto y orgullo tener familia, pensé que no iba a tener, tardé 3 años en tener, a largo tiempo uno se hace viejito y ellos verán por nosotros>>
(Mujer de 41 años)*

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu Sojo, I. (2006). El estudio de la opinión pública, Espacio Público y Medios de Comunicación Social. Venezuela: Vadell Hermanos Editores.
- Abric, J-C. (1994). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán México.
- Afnan-Holmes, H., Magoma, M., John, T., Levira, F., Msemo, G., Armstrong, C. E. (2015). Tanzania's Countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015. *The Lancet Global Health*, 3(7), e396–e409.
- Amescua Villela, G. (2015). Psicoterapia Infantil Relacional, Modelo CESIGUE. México: CEIG Editorial.
- Banco Mundial. (2005). Hay que invertir mejor en el campo para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://go.worldbank.org/07AZ4WLLK0>.
- Banchs, M, Agudo Guevara, A, Astorga L. (2007). Imaginarios, representaciones sociales y memoria social en Espacios Imaginarios y Representaciones Sociales. México: Anthropos.
- Banchs, M. (2007). Entre el mar y la montaña: imaginario, creencias mágico religiosidad y mitos de origen en una comunidad rural venezolana en Espacios Imaginarios y Representaciones Sociales. México: Anthropos.
- Bécue, M, Lebart, L, Rajadell, N. (1992). El análisis estadístico de datos textuales. La lectura según los escolares de enseñanza primaria. *Anuario de Psicología*, (55), 7-22. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/24200/1/79037.pdf>
- Berger, P. y Luckman, T. (2003). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Biran, A., Schmidt, W.-P., Varadharajan, K. S., Rajaraman, D., Kumar, R., Greenland, K., Curtis, V. (2014). Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): a cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, 2(3), e145–e154. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)

- Bologna, E. (2011). Estadística para psicología y educación. Argentina: Brujas.
- Brown, J. (1978). Técnicas de persuasión. Madrid, España: Alianza.
- Brown, R. (1974). Psicología social. México: Siglo XXI Editores.
- Cohen DeGovia, G. (1983). La psicología en la salud pública. México: Editorial Extraporeneos.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2014. México: CONEVAL.
- Cunnigham, C., Ploubidis, G., Menon, P., Ruel, M., Kadiyala, U., y Freguson, E. (2015)._Womens empowermet in agriculture and child nutrritional status in rural Nepal. Public Health Nutrition. Doi:10.1017/S1368980015000683
- De Silva, M. J., y Harpham, T. (2007). Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. Health & Place, 13(2), 341–355. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.02.005>
- Doise W., Clémence A., Lorenzi, C. (2005). Representaciones sociales y análisis de datos. México: Antologías Universitarias.
- Durkheim, E. (2001). Las reglas del método sociológico. México: Fondo de Cultura Económico.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Informe digital del Estado Mundial de la Infancia de 2015, reimaginar el futuro: Innovación para todos los niños y niñas. UNICEF. Clave en línea <<http://sowc2015.unicef.org/?lang=es>>
- Fotso, J.-C., y Kuate-Defo, B. (2005). Measuring socioeconomic status in health research in developing countries: should we be focusing on households, communities or both?. Social Indicators Research, 72(2), 189–237.
- Granich, R., Cantwell, M. F., Long, K., Maldonado, Y., y Parsonnet, J. (1999). Patterns of health seeking behavior during episodes of childhood diarrhea: a study of Tzotzil-speaking Mayans in the highlands of Chiapas, Mexico. Social Science & Medicine, 48(4), 489–495.
- Guimelli, CH. (1994). La función de enfermera. Prácticas y representaciones sociales. En Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.

- Gutiérrez Vidrio, S. (2007). El campo y el objeto de estudio de la comunicación. Un estudio de representaciones sociales. En prácticas y representaciones sociales en educación superior, IISEU. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández Maldonado, M., Ojeda Ramírez, M., Cruz López C. (2015). La metodología estadística: casos de aplicación. México: Imaginaria Editores.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Jodelet, Denisse. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría, en Serge Moscovici, Psicología social II. México: Paidós.
- Kassin, S y Markus H. (2010). Psicología social. México: CENGAGE Learning.
- Mardellat, R. (1994). Prácticas comerciales y representaciones en el artesanado. En Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.
- Mathus Robles, M.A. (2008). Principales aportaciones teóricas sobre la pobreza, Contribuciones a las Ciencias Sociales: Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss.
- Morin M. (1994). Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes. En Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público, Buenos Aires: Huemul.
- Newcomb, Th. (1973). Manual de psicología social. Buenos Aires: Eudeba.
- Nussbaum, M. C. (2000). Women and human development the capabilities approach. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. Suiza:OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud Glosario. Ginebra, Suiza: OMS. Clave en línea WHO/HPR/HEP/98.1
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra, Suiza: OMS. Clave en línea WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Cumbre de las Naciones Unidas Sobre Desarrollo Sostenible 2015. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

- Organización Mundial de la Salud. (2009). Resumen analítico: las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70121>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Palomar Lever, J. (2015). Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. México: Universidad Iberoamericana : Fondo Sectorial de Investigación para el Desarrollo Social : Gobierno de la República : Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología : Secretaría de Desarrollo Social : PROSPERA, Programa de Inclusión Social.
- Pick, S., García Rodríguez, G., Leenen, I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://site.ebrary.com/id/10609620>
- Pierre Bourdieu (2000). La opinión pública no existe. Noroit (Arras) en enero de 1972 y publicada en les temps modernes, no 318.
- Prince, V. (1992). Opinión pública. México: Dirección de publicaciones Universidad de Guadalajara.
- Quiroz Palacios, A. (2011). Teorías y escalas de actitud. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Psicología.
- Rodríguez, A. (1983). Psicología social. México: Trillas.
- Santrock, J.A. (2007). A tropical approach to life- span development Health. Recuperado el 15 de noviembre del 2016, de <http://iws.cccd.edu/jbrooks/LS/Notes/2006/Chapter4.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013). Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013 – 2018. México: SEDESOL.
- Sen, A. K., & Kliksberg, B. (2007). Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Barcelona: Deusto.
- Singéry, J. (1994). Representaciones sociales y proyecto de cambio tecnológico en empresa. En Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.

- United Nations. (2015). Every Woman, Every Child, The Global Strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030). <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>
- Viet Nguyen, C. (2016). Does parental migration really benefit left-behind children? Comparative evidence from Ethiopia, India, Peru and Vietnam. Social Science & Medicine, 153, 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.021>
- Yuni, J.A, Urbano, C.A. (2006). Técnicas para investigar recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Argentina: Brujas.

Referencias electrónicas

- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/ena.asp?c=7095&e=18>
- Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC). México. Disponible en: <https://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT). México. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México (ENVIM). México. Disponible en: <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/envim-146/encuesta-nacional-sobre-violencia-contra-las-mujeres>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). Censo de Población y Vivienda, 2000 (Informe nacional y estatales), México. Disponible en: <http://www.censo2000.otg.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010 (Informe nacional y estatales), México. Disponible en: <http://www.censo2010.otg.mx>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Cumbre de las Naciones Unidas Sobre Desarrollo Sostenible 2015. Disponible en <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

- Organización Mundial de la Salud. (2015) Temas de Salud-Factores de riesgo. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Programa de Inclusión Social PROSPERA/ Gobierno. Disponible en <https://www.gob.mx/prospera>
- Save the Children (2017). Save the Children México. México. Recuperado de <https://www.savethechildren.mx>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2014). Catálogo de localidades, Sistema de Apoyo para la Planeación del PDZP. México. Disponible en <http://www.microrregiones.gob.mx/>
- WorldVision México. (2015). Informe Anual de salud en México del 2015. Disponible en <http://worldvisionmexico.org.mx>

Anexos



*<< Ser madre es pues ya está uno bien contento porque ya tuvimos bebé,
pues si es bueno tener hijos porque cuando se malea uno ya siquiera agüita
le dan a uno y no tener nada se está usted jalando como un perrito y ni
quien le dé a usted agua >>
(Mujer de 64 años)*

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario: Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil

Estimada mujer,

Mi nombre es Gabriela Perroni, soy estudiante de Especialización en Estudios de Opinión de la Universidad Veracruzana y estoy llevando a cabo un proyecto de investigación para conocer cómo viven las mujeres y las familias de Ocotepéc y entender cómo se pueden mejorar los estilos de vida para lograr tener una mejor salud materno infantil. Para ello, estoy invitando a todas las mujeres adultas madres de familia que residan en la comunidad de Ocotepéc a participar en el estudio, pero antes de aceptar, me gustaría que entendiera de qué se trata el proyecto, qué le pediré que haga usted, los beneficios de participar y cómo vamos a proteger la información que usted nos proporcione. Tendrá tiempo de reflexionar si quiere participar o no. Si en algún momento no entiende alguna palabra, concepto o idea, por favor hágamelo saber para que tomemos el tiempo de explicarle así como de contestar cualquier duda que tenga sobre el proyecto.

Su participación en este proyecto de investigación es totalmente VOLUNTARIA. Es su decisión elegir si participa o no. Si no quiere participar, nadie le puede decir nada y no hay consecuencias negativas. Si desea participar, y en algún momento del estudio cambia de opinión, puede abandonar el estudio sin que haya consecuencias negativas; nadie la puede obligar a seguir participando. Toda información que proporcione será tratada de manera confidencial. Si después de hacer las preguntas que considere pertinentes y acepta participar de manera voluntaria, por favor firme aquí.

Firma

Folio:
Entrevistador:
Fecha y lugar de aplicación:

Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil

Instrucciones

Escuche con atención cada pregunta. Si tiene dificultad para responder, tome algunos segundos y pregúntese ¿Me he sentido así, así he llegado a ser o actuar? ¿Qué conocimiento tengo al respecto? Recuerde no hay respuestas incorrectas ni correctas.

I. DATOS GENERALES

Código especial:
0= No sabe 99= No contesta

1. Edad: 2. Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento:	9. ¿Usted recibe apoyo de PROSPERA? 1. SI () 2. NO ()
3. Estado civil: 1) Casada 2) Soltera 3) Viuda 4) Unión libre/ juntada 5) Otro _____ 4. Si tiene pareja. ¿Su pareja trabaja? 1. SI () Empleo de la pareja _____ 2. NO () 5. Si la respuesta es si 1. Fuera () de la comunidad comúnmente. 2. Dentro () de la comunidad.	10. ¿Usted con quien vive? _____ 11. Número total de hijos(a): 1. Vivos () 2. Finados () 3. Abortos () provocados () naturales () 12. Tipo de nacimiento de los hijos 1. Natural () 2. Cesárea () 13. ¿A cuántos de sus hijos amamantó? Total() 000.Cuenta usted con seguro popular 1. SI () 2. NO () 00.Usted padece alguna enfermedad crónica o que deba atenderse regularmente: _____
6. Grado escolar: 1. Sin estudios 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Bachillerato 5. Otro especificar: _____ 7. ¿ Sabe usted leer y escribir? 1. SI () 2. NO () 3. POCO ()	
8. Actividad económica: En los últimos 3 meses, ¿Usted ha recibido dinero por su trabajo? 1. SI () Actividad realizada _____ 2. NO ()	00.Alguno de sus hijos padece una enfermedad crónica o que deba atenderse regularmente: _____ 01.Religión: _____

II. INFORMACIÓN DE SALUD

14. ¿Para usted qué es la salud materno infantil?

15. Le leeré algunas frases y usted me dirá si tiene que ver con la salud materno infantil o no

1. Asistir al control médico mínimo dos veces al año.....1
2. Pasar tiempo con los hijos, como jugar, comer juntos, platicar2
3. Lavarle los dientes a los niños o asegurarse de que los niños se los laven.....3
4. Beber agua hervida4
5. Vigilar que el peso de los hijos sea adecuado.....5
6. Bañar a los niños/ Que se bañen los niños6
7. Comer poca azúcar7
8. Vacunar a los niños como lo marca la cartilla de vacunación8
9. Lavarle las manos a los niños antes y después de comer9
10. Castigar, golpear y gritar a los niños.....10
11. Desinfectar las frutas y verduras.....11
12. Lavarle a los niños las manos antes y después de ir al baño12
13. Llevar bastimento a los hijos a la escuela13

16. ¿Alguna vez usted ha asistido a pláticas sobre salud materno infantil?

1. SI1
2. NO.....2

17. De los siguientes lugares, ¿a cuál ha asistido a pláticas sobre salud materno infantil?

1. ISSSTE 1
2. IMSS 2
3. Pláticas de PROSPERA 3
4. Consultorio de salud de la comunidad.....4
5. Clínica de salud5
6. Escuela6
7. Otro _____

18. ¿Quiénes le han brindado pláticas sobre la salud materno infantil?

1. Médicos 1
2. Enfermeras 2
3. Promotores de salud 3
4. Profesores de la escuela4
5. Familiares5
6. Vecinas6
7. Programas comunitarios.....7
8. Auxiliar de salud8
9. Otro _____

19. ¿De las siguientes campañas de salud cuál conoce usted?

1. Vacunación.....1
2. Planificación familiar.....2
3. Cáncer de mama3
4. Cáncer cervico-uterino4
5. Violencia familiar5
6. Violencia de pareja6
7. Consumo de drogas7
8. Lactancia8
9. Desparasitación9
10. Otro

20. ¿Qué sabe usted de lo que puede salir mal en el parto?

1. Presión alta1
2. Hemorragia (sangrados fuertes).....3
3. Problemas debidos a la posición inadecuada del bebé en el vientre4
4. Otro

21. ¿Para qué ha asistido usted al centro de salud?

1. Planificación familiar1
2. Asistencia de parto2
3. Seguimiento después del parto3
4. Tratamiento de enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, etc.)4
5. Tratamiento de malestar, enfermedad pasajera (gripas, dolores de cabeza, diarrea, intoxicación, etc.)5
6. Revisión médica general de rutina6
7. Otro
8. Asistencia prenatal8

22. ¿Para qué ha llevado usted a sus hijos al centro de salud?

1. Vacunación1
2. Revisión de una enfermedad.....2
3. Tratamiento de enfermedad crónica3
4. Revisión médica general de rutina4
5. Cuidado de los dientes5
6. Test de Apgar /Evaluación del recién nacido/ Tamiz6
7. Desparasitación7
8. Otro

23. ¿En el centro de salud, qué tipo de estudio médico se han hecho o qué servicio ha recibido?

1. Estudios de mamas.....1
2. Prueba de diabetes2

3. Prueba de Papanicolaou (cáncer útero/matriz).....3
4. Prueba del SIDA.....4
5. Prueba de embarazo.....5
6. Solicitud de anticonceptivos.....6 ¿Cuáles?
7. Otro _____

24. ¿Los estudios que le realizaron fueron?

1. Pedidos por algún servicio de salud 1
2. Iniciativa propia 2
3. Resultado.....

25. ¿Cuándo alguno de sus hijos se enferma de gravedad con quién lo lleva primero?

1. Doctor(a) del servicio de salud1
2. Doctor (a) particular2
3. Curandero(a)3
4. Otro4

III. ACTITUD HACIA LA SALUD

26. ¿Cuánto le interesa cuidar la salud de sus hijos?

1. Mucho 1
2. Más o menos2
3. Poco3
4. Nada4
5. Sin respuesta5

27. A continuación le leeré un listado de situaciones y le pido que me indique si se identifica o no con ellas :

1. Busca solución a un problema aunque otros le digan que no hay solución.....1
2. Odia tener que resolver un problema de salud.....2
3. Hace lo posible para que sus hijos(a) estén contentos.....3
4. Asiste a todas las consultas que le marcan en el centro de salud para sus hijos(a).....4
5. Se queja con las autoridades de salud cuando hay una injusticia5
6. Cuidar la salud de sus hijos(a) es algo maravilloso6
7. Se preocupa por llevar a vacunar a sus hijos(a).....7
8. Se enoja cuando su marido toma alcohol/se emborracha8
9. Se siente dudosa cuando toma decisiones respecto a la salud de sus hijos(a)9

10. Le ha hecho a sus hijos(a) estudios para prevenir alguna enfermedad10
11. Siente que es demasiada responsabilidad el cuidar a sus hijos(a)11
12. Mucha de su tiempo lo concentra en limpiar su casa12
13. Cuidar a sus hijos(a) es solamente una obligación por ser madre13
14. Si sus hijos(a) se enferma de gravedad es porque dios así lo quiere14

28. ¿Qué sentimientos ha experimentado al cuidar de sus hijos?

1. Malestar1
2. Vergüenza2
3. Angustia3
4. Preocupación4
5. Tranquilidad5
6. Indiferencia6
7. Enojo7
8. Tristeza8
9. Alegría9
10. Orgullo10
11. Otro

IV. CAMPO DE REPRESENTACIÓN DE LA SALUD

29. En su opinión, para tener buena salud materno infantil hay que tener:

1. Mucho dinero 1
2. Poco dinero 2
3. No importa el dinero 3

30. ¿Cuáles son los principales cuidados que una mamá tiene que hacer para que su hijo(a) tenga buena salud?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

31. ¿Creé que el centro de salud le resuelve sus necesidades sobre la salud de madres y niños?

1. Si 1
2. No 2
3. A veces.....3

¿Por qué?

32. ¿En qué situaciones considera que hay que ir con el médico?

1. Cuando los hijos están enfermos.....1
2. Cuando me siento físicamente mal2
3. Cuando me siento muy triste o enojada3
4. Cuando considero que debo hacerme un chequeo/revisión general4
5. Otras

33. En general, usted diría que la salud de sus hijos(a) es:

1. Buenísima1
2. Muy buena2
3. Buena3
4. Regular4
5. Mala5

34. ¿Quién cuida mejor a un niño(a)?

1. Hombre1
2. Mujer2
3. Ambos3

35. ¿Quién considera que es la mejor persona para cuidar a un hijo enfermo?

1. Médico(a)1
2. Curandero(a)2
3. Padre de los hijos3
4. Abuela de los hijos (especificar cuál abuela materna o paterna).....4
-
5. Comadre5
6. Hermanas.....6
7. Cuñadas7
8. Tías8
9. Amiga9
10. Visitadora social/ enfermera10
11. Otros

36. ¿A quién le pide usted consejos para solucionar sus problemas de salud materno infantil?

1. Pareja1
2. Madre2
3. Padre3
4. Hermanas4
5. Hermanos5

6. Suegra	6
7. Suevo	7
8. Cuñadas	8
9. Comadre	9
10. Amigas	10
11. Vecina	11
12. Maestra	12
13. Promotora de salud de la comunidad	13
14. Promotora de salud fuera de la comunidad	14
15. Médico	15
16. Otros	

37. Dígame por favor con sus palabras, ¿Qué es para usted ser madre?

¡Gracias por su participación!

Anexo 2 Fotografías del trabajo de campo

Todas las mujeres y niños que aparecen en las fotos dieron su consentimiento.



Fotografía 1 Casa típica de madera en Ocotepec



Fotografía 2 Milpa de Ocotepec



Fotografía 3 Cosecha de frijol gordo en Ocotepec



Fotografía 4 Maíz criollo de Ocotepec



Fotografía 5 Cosecha de maíz en el mes de octubre



Fotografía 6 Niños de Ocotepec jugando



Fotografía 7 Toma de datos antropométricos de los niños



Fotografía 8 Plática de seguridad alimentaria a las mujeres



Fotografía 9 Mujeres y niños de Ocoatepec



Fotografía 10 Mujer amamantando



Fotografía 11 Mujer haciendo tortillas en comal



Fotografía 12 Mujer alimentando con fruta a su hijo



Fotografía 13 Convivencia con los niños de Ocotepec



Fotografía 14 Hermana mayor cuidando al hermano menor



Fotografía 15 Mujeres de Ocotepec con voluntarios e investigadores del proyecto DeMano