



Grupo focal con madres de familia. Sabanilla, Chiapas.

Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas

Qualitative study on social support networks during pregnancy and childbirth by three municipalities of Chiapas

Dra. Susan K. Kolodin*

Dra. Gisela Rodríguez**

Resumen

Conocer los actores y factores que determinan el uso o no de servicios institucionales de salud para la atención del embarazo y parto es, sin duda, información relevante para reducir las brechas de equidad en salud de las poblaciones en extrema pobreza. El presente estudio cualitativo busca identificar los actores principales que prestan apoyo a la mujer durante el embarazo, el parto, y emergencias obstétricas y analiza los principales factores y motivaciones que influyen en la decisión de usar o no los servicios de salud durante estos procesos. El estudio se llevó a cabo en comunidades predominantemente indígenas de los municipios de

Chilón, Sabanilla y San Juan Chamula, Chiapas; con él se encontró que la mayoría de las redes de apoyo a la mujer embarazada están conformadas por la familia nuclear y extendida, particularmente las mujeres, y la mujer embarazada tiene poco o ningún poder de decisión de usar o no los servicios de salud. Los actores con mayor influencia en la toma de decisión son el cónyuge, la suegra, y la partera, y por tanto las estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud deben tener en cuenta las estructuras sociales en que las personas se desenvuelven¹.

¹ Para fines de este estudio, los actores se definen en relación con la mujer embarazada. Por tanto, el término "cónyuge" se refiere a la pareja de la mujer embarazada (ya sea en unión libre o matrimonio); "madre" se refiere a la madre de la mujer embarazada; "suegra" a la madre del cónyuge y "pareja" a la mujer embarazada y su cónyuge.

*Especialista Principal en Desarrollo Social, SM2015/BID.

**Consultora de Protección Social y Salud, BID.

Palabras clave: Redes de apoyo, mujeres embarazadas, familia, uso de servicios de salud.

Summary

Meet the actors and factors that determine the use or non- institutional health services for care during pregnancy and childbirth is certainly relevant information to reduce equity gaps in health of populations in extreme poverty. This qualitative study seeks to identify the main actors providing support to women during pregnancy, childbirth, and obstetric emergencies and analyzes the major factors and motivations that influence the decision whether to use health services during these processes. The study was conducted in predominantly indigenous communities in the municipalities of Chilón, Sabanilla and San Juan Chamula, Chiapas. The study found that most of the support networks for pregnant women are shaped by the nuclear and extended family, particularly women, and pregnant women have little or no power to decide whether to use health services. The most influential actors in decision making are the spouse, the mother-in-law and the midwife and therefore strategies to reduce inequities in health should take into account the social structures in which people operate.

Keywords: Support networks, pregnant women, families, health care use.

Introducción

Este estudio forma parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) para Chiapas, que tiene como objetivo contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en 30 de los municipios más pobres de Chiapas a través de una estrategia de atención de salud integral. En el marco de este y otros proyectos se han realizado estudios sobre barreras de la oferta y demanda de servicios, como también sobre la toma de decisión para la utilización o no de servicios de salud durante el embarazo y parto.

Nazar (1999) señala que acudir al control prenatal está asociado con la confianza a los establecimientos de salud y la percepción de la morbilidad durante el embarazo. Estudios en las comunidades indígenas tsotsil y tseltal muestran que las decisiones tomadas alrededor de la atención prenatal, lugar de parto y emergencias obstétricas incluyen principalmente a los miembros de la familia y a la partera. Asimismo, Molina (2001) indica que la “atención del parto es un proceso colectivo en el que la mujer no puede decidir lo que necesita, sino que depende de lo que los responsables de ella consideren conveniente”.

Un estudio cualitativo realizado por Freyermuth (2003) en Chenalhó, analiza cómo la muerte materna no es producto de eventos independientes, sino que es

la culminación de toda una vida e identifica como principales determinantes: a) la violencia de género que pone en riesgo la salud de la mujer, y b) las percepciones en torno al riesgo y a la causalidad de la enfermedad durante la maternidad. La autora concluye que “la violencia doméstica y las redes de apoyo son fundamentalmente resultados de los vínculos creados por el matrimonio”, lo que define la vida futura de las mujeres. En el matrimonio se redelinea su posición en su familia de origen y se consolidan sus redes de apoyo, lo cual determina el proceso de la toma de decisión en caso de urgencias obstétricas, es decir, la asistencia de las mujeres a un centro médico depende de las “relaciones interétnicas, genéricas y generacionales que ocurren en el interior de la familia y de la comunidad” (Freyermuth y De la Torre, 2004; Freyermuth, 2010; Freyermuth y Sesia, 2009).

Estos estudios revelan la importancia de las redes de apoyo a la mujer embarazada y señalan al embarazo y parto como procesos colectivos; sin embargo, muchos de estos datan de hace más de diez años y los mensajes de salud pública y mercadeo social en torno a la salud materno infantil en Chiapas han sido generalmente dirigidos solo a las mujeres embarazadas, sin incluir a las personas cercanas a ellas que influyen en las decisiones. Esta estrategia ha tenido un impacto limitado en la mortalidad materna e infantil y sería oportuno preguntarse si este impacto puede ser atribuido, en parte, a la falta de conocimiento del proceso de toma de decisiones. De ahí la necesidad de identificar los actores y factores en la toma de decisiones, con miras a reformular las estrategias de comunicación y reflexionar las intervenciones desde la demanda de los servicios de salud.

Metodología

Este estudio es de carácter exploratorio y usa como base conceptual el análisis de redes sociales (ARS). El ARS establece que más allá de los atributos personales de cada individuo, existen relaciones entre diferentes unidades o redes sociales (personas, grupos, organizaciones, países), y estas relaciones o conexiones rigen el comportamiento de los individuos dentro de esta. En el ARS se examinó un número suficientemente explicativo de redes egocéntricas que apoyaron a la mujer durante el embarazo, el parto y emergencias obstétricas¹.

Técnicas de investigación

Se utilizaron tres técnicas de investigación:

- a) Entrevistas individuales semiestructuradas con

¹Las redes egocéntricas (también llamadas personales o locales) describen a un individuo y todas las personas con quienes este individuo se relaciona.

mujeres y hombres (con por lo menos un parto), parteras y proveedores de salud, b) Mapa de actores (Net_Map), que es una herramienta que se basa en la entrevista semiestructurada para mostrar de forma visual los actores de una red, sus relaciones y sus posibles influencias y c) cuestionarios cerrados.

La entrevista y el mapa de actores se centra en identificar a todos los actores siguiendo preguntas como: ¿quiénes estuvieron en el parto? Si la mujer embarazada fue a los controles prenatales, ¿quiénes la acompañaron? ¿Quién enterró la placenta?, etc. Luego se pregunta ¿Quién de estas personas le recomendó ir al centro de salud? ¿Quién tomó la decisión de tener su parto en la casa? (o ¿en el centro de salud?).

Se entrevistó a 54 mujeres y hombres para la realización de los mapas. Se obtuvieron en total 96 mapas de redes individuales debido a que en 42 entrevistas se capturó un mapa para el primer parto y otro mapa para el último parto o para una emergencia obstétrica y/o neonatal. Asimismo se aplicaron entrevistas a 9 proveedores de salud y 19 parteras.

Figura 1. Ilustración del mapa actores (Net_Map) basado en la entrevista semiestructurada.



Esta herramienta muestra de forma visual los actores de una red social, sus relaciones con el ego (mujer embarazada), el tipo de apoyo o vínculo que tienen y los tomadores de decisión enumerados con los numero 1 y 2 (en este caso la suegra y cónyuge de la mujer embarazada). Las líneas rojas muestran vínculos en relación a una emergencia.

La edad promedio de las personas entrevistadas se situó en 30.6 años para las mujeres y 30.9 años para los hombres. Entre las mujeres, la edad promedio de su primer embarazo fue a los 18.8 años, con un rango que varía de 13 a 36 años. 46% de las mujeres entrevistadas tuvo un parto en casa y 52% en un establecimiento de salud. De las mujeres que parieron en un establecimiento de salud, 44% lo hizo por posibles emergencias obstétricas y 36% de las

mujeres entrevistadas reportó que en, al menos, uno de sus embarazos había sufrido violencia doméstica.

Hallazgos

Entre los hallazgos más importantes se encuentran:

1. Las redes sociales de apoyo a la mujer embarazada están compuestas por a) la familia nuclear y extendida, predominantemente las mujeres; y b) la partera, que en un 43% constituye parte de la familia. Con poca o ninguna frecuencia se observa a los establecimientos y proveedores de salud, y otros actores comunitarios como parte de la red social de apoyo. Los actores clave de la red social y en la toma de decisiones sobre el lugar del parto son el cónyuge, la suegra, la partera, y la madre de la mujer embarazada. En casos de posibles emergencias, los cónyuges, juntamente con las parteras, tienen un rol más predominante que las mujeres (madre y suegra), y la red social de apoyo puede en algunos casos expandirse para incluir actores externos a la familia (amigos, vecinos, entre otros). La mujer embarazada tiene poco o nulo poder de decisión para usar o no los servicios de salud.

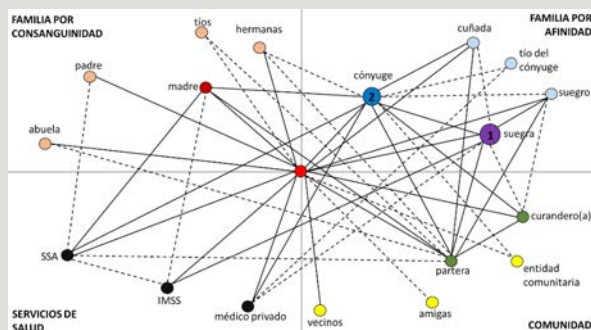
2. En Sabanilla y Chilón se identificó un total de 16 actores que podrían formar parte de la red de apoyo a la mujer embarazada. En Chamula, el número total de actores es 19^{III}. En los tres municipios, en los casos de mujeres jóvenes o primerizas se observan redes sociales de apoyo con mayor número de actores, donde las decisiones son tomadas a nivel de la red. Contrariamente, para partos subsiguientes, el tamaño de la red de apoyo disminuye y las decisiones se centran en la pareja. En casos de mujeres solteras o con cónyuges migrantes, el tamaño de la red se reduce a uno o dos actores, y en algunos casos estas mujeres no cuentan con ninguna red social de apoyo. Como resultado, las mujeres solteras que tuvieron el parto en casa no contaron con la ayuda de nadie, ni siquiera una partera, lo que deriva en un alto nivel de vulnerabilidad.

3. Los patrones de residencia determinan en gran medida la influencia de los actores. En los tres municipios el patrón de residencia de la pareja es patrilocal, y por tanto la familia del cónyuge, en particular la suegra, tiene mayor influencia en las decisiones sobre el embarazo y parto.

4. Existen diversos factores que influyen en el uso o no de los servicios de salud. En Chamula en particular, los factores culturales como el idioma, uso de parteras,

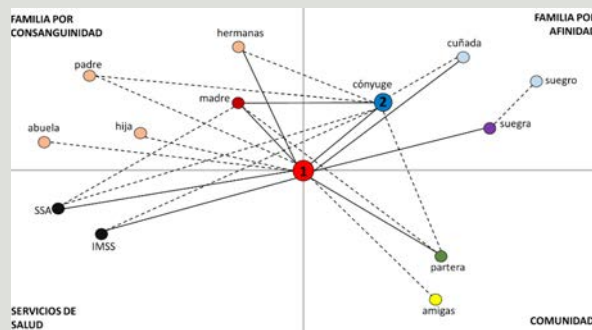
^{III}Los actores representan la suma de todos los actores (activos e inactivos) mencionados en las entrevistas por municipio. Los actores activos son aquellos que ofrecieron algún tipo de apoyo a la mujer embarazada mientras los inactivos son aquellos que fueron mencionados pero no tuvieron ningún rol.

Figura 2. Red general de los actores del primer parto en San Juan Chamula, Chiapas.



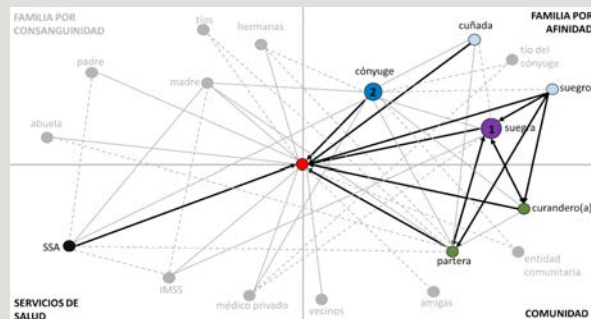
En el centro se ubica el ego (mujer embarazada) representada por un círculo rojo. Las rayas sólidas representan interacciones entre dos actores mencionados dos o más veces; las discontinuas hacia el ego, interacciones que solo fueron mencionadas una vez; las discontinuas entre actores, recomendación para buscar apoyo. Los números 1 y 2 representan a los tomadores de decisión (la suegra y cónyuge de la mujer embarazada).

Figura 5. Red social para último parto con madre/partera en casa. Chilón, Chiapas.



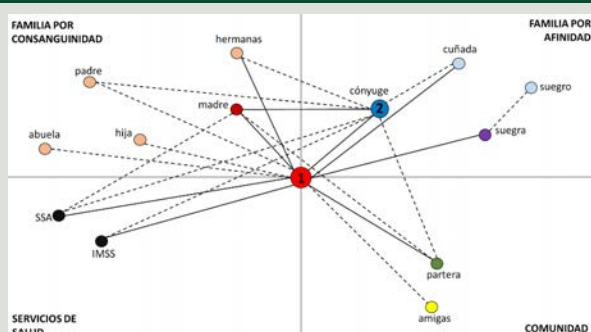
Parto en casa con solo dos actores: el cónyuge y la madre de la mujer embarazada. La madre de la mujer era partera y la decisión del parto en casa con partera fue de la mujer misma (#1), y el cónyuge (#2).

Figura 3. Red social para un primer parto en SSA, San Juan Chamula, Chiapas.



Donde la suegra (#1) decidió que la mujer sería atendida por partera o curandera, y después en establecimiento de salud, a pedido del cónyuge (#2). La mujer embarazada no tuvo ningún poder de decisión.

Figura 4. Red general de los actores del último parto en Chilón.



Incluye a todos los actores mencionados en cada entrevista de este municipio. La conforman 13 actores, donde la gran mayoría son miembros de la familia de la mujer embarazada. Quien toma la decisión para un último parto es la pareja (mujer embarazada y cónyuge).

y la cosmovisión del parto como una celebración familiar y social tienen un alto grado de influencia para no buscar servicios institucionales. El poco y pobre flujo de información dentro y fuera de la red social también afecta profundamente las decisiones de usar o no los servicios de salud. La mayoría de los entrevistados señala que los controles prenatales en los establecimientos de salud son importantes, no así el parto institucional. Asimismo, si bien la mayoría de las personas considera que en caso de emergencias se debe acudir a los establecimientos de salud, pocos pudieron mencionar los signos de alarma del embarazo, y casi ningún entrevistado tenía plan de acción para una posible emergencia obstétrica.

5. En Sabánilla existe una mayor preferencia por parto institucional, particularmente entre los entrevistados más jóvenes. Sin embargo, la baja capacidad resolutoria de los centros de salud limita esta preferencia. Contrariamente, en Chamula aun con un mayor acceso a los servicios de salud (IMSS y Secretaría de Salud), la preferencia es por un parto en casa con parteras.

Conclusiones

Las estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud deben tener en cuenta las estructuras sociales en que las personas se desenvuelven, particularmente en comunidades indígenas y rurales. Este estudio evidencia que el embarazo y el parto se desarrollan en el ámbito de la familia, y los vínculos creados dentro de la red familiar determinan la salud de las mujeres. El hecho de que los principales tomadores de decisión sean el cónyuge, la suegra, y madre de la mujer embarazada, enfatiza la necesidad de informar e involucrar a estos actores en los cuidados del embarazo y parto.

La importancia del tamaño y presencia de una red social de apoyo se refleja en las mujeres solteras quienes, al contar con una red pequeña o ninguna red, enfrentan mayor vulnerabilidad durante el parto y durante emergencias obstétricas. Por tanto las estrategias de reducción de la mortalidad materna deberían incluir un enfoque particular para atender a mujeres en estas condiciones.



Entrevistas con madres de familia en San Juan Chamula, Chiapas.



Partera en la habitación donde atiende a las mujeres durante los partos. Chilón, Chiapas.

El poco y pobre flujo de buena información dentro de la red es un problema de repercusiones mayores, el más

evidente es una emergencia no identificada durante el embarazo y parto. Asimismo, la importancia de los factores culturales y el rol crucial de las parteras dentro de la red y durante emergencias obstétricas, resalta la necesidad de servicios de salud con pertinencia cultural y la inclusión activa de las parteras en el proceso de parto.

Las diferencias entre y dentro de los municipios (preferencias por lugar de parto entre Sabanilla y Chamula, y las diferencias generacionales entre las mujeres jóvenes y mayores) resaltan la importancia de estrategias integrales que consideren el contexto local y social de cada comunidad. Las decisiones relacionadas con la salud materna se basan en una racionalidad legítima dentro de un contexto social y es dentro de éste donde deben instrumentarse los enfoques para mejorar la salud.

Referencias

1. Banco Interamericano de Desarrollo. (2011). *Estudio de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México*. Informe de las Regiones Altos Tseltal – Tsotsil y Tulijá Tseltal – Chol. Chiapas, México.
2. Freyermuth, G. (2010). *Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad*. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Documento de Trabajo 2010/1, PNUD. Chiapas, México.
3. Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. CIESAS, Papeles de la Casa Chata, Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, Mujeres y hombres en el siglo XXI. México.
4. Freyermuth, G. y De la Torre, C. (2004). *La mortalidad materna en México: Los programas de ampliación de cobertura y arranque parejo en la vida en Los Altos de Chiapas*. Sans Serif Editores. México.
5. Jiménez C. V. et al (1999). *La muerte materna en Tenejapa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas*. Conapo, México.
6. Nazar-Beutelspacher., A. (1999). *Efecto de la desigualdad socioeconómica sobre la atención prenatal en la Región Fronteriza de Chiapas, México*. Artículo en: Tuñón P., E. (1999). *Género y Salud en el Sureste de México*. Ecosur, UNFPA, Coespo. Talleres de Arte y Tipografía por Computación. México.
7. Tuñón P., E. (1999). *Género y Salud en el Sureste de México*. Ecosur, UNFPA, Coespo. Talleres de Arte y Tipografía por Computación. México. ●