

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD QUE DEMUESTRAN LA  
CONFORMACIÓN DEL SABER FEMENINO EN CUANTO AL CUIDADO A LA  
SALUD FAMILIAR EN MUJERES DE LA INVASIÓN COLOSIO DEL POBLADO

MIGUEL ALEMÁN

**TESIS**

TODO · LO · ILUMINAN

Como requisito para obtener el título de

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presentan

Araceli Tapia Durazo

Lydia Isela Ramírez Córdova

Directora

DRA. ROSA MARIA TINAJERO GONZÁLEZ

Asesores

Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal

MC Claudia Figueroa Ibarra

Dr. Julio Alfredo García Puga

Hermosillo, Sonora

Febrero de 2015

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## AGRADECIMIENTOS

Es gracias a la orientación, el apoyo y los consejos de personas con la preparación adecuada, además del interés y el amor a enseñar y compartir sus conocimientos que proyectos como éste logran culminarse; por lo tanto queremos agradecer en primer lugar a nuestra directora de tesis Dra. Rosa María Tinajero G; por su apoyo, paciencia, y compromiso en cada proyecto, así mismo queremos agradecer a nuestros asesores de tesis M.C Claudia Figueroa Ibarra, Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, Dr. Julio Alfredo García Puga; por sus sabios consejos, paciencia y todo el apoyo; de igual manera agradecemos a la UNIVERSIDAD DE SONORA, por abrirnos sus puertas y por ser un segundo hogar, porque aquí vivimos buenos y malos momentos, hicimos amistades inigualables y sobre todo le agradecemos el habernos regalado los mejores 4 años en nuestra vida como estudiantes.

## DEDICATORIAS

A Dios, porque entre tanta gente nos eligió a nosotros para desempeñar ésta hermosa labor, por darnos salud, y por mediar nuestra superación en todos los aspectos cada día.

A nuestros padres Cruz Elena Durazo D., Gerardo Daniel Tapia M., Ana Lydia Córdova A. y Juan Ramírez S, quienes nos han apoyado a lo largo de nuestras vidas incondicionalmente, a quienes debemos cada logro, cada palabra para alentarnos y motivarnos, pero sobre todo les debemos todo lo que somos.

A nuestros maestros porque han sido la guía, son esas personas que a lo largo del camino van marcando esas líneas que hay que seguir para llegar así a concluir cada etapa.

## ÍNDICE.

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>REFERENTES TEÓRICOS</b>	<b>8</b>
<b>TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES</b>	<b>10</b>
<b>SUPUESTOS PRINCIPALES</b>	<b>13</b>
<b>AFIRMACIONES TEÓRICAS</b>	<b>14</b>
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>15</b>
<b>1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>18</b>
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>1.3 HIPÓTESIS:</b>	<b>19</b>
<b>CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>20</b>
<b>2.1 CONTEXTO</b>	<b>22</b>
<b>2.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO</b>	<b>26</b>
<b>CAPITULO III.</b>	<b>28</b>
<b>3.1 MARCO EPISTEMOLÓGICO</b>	<b>28</b>
<b>CAPITULO IV. METODOLOGÍA</b>	<b>35</b>
<b>CAPITULO V. RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b>	<b>43</b>
<b>PROPUESTAS:</b>	<b>43</b>

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y WEBGRAFÍA** **45**

---

**ANEXOS** **48**

---

- 1. ZONA GEOGRÁFICA** **48**
- 2. CALENDARIO DE ACTIVIDADES** **52**
- 3. INSTRUMENTOS:** **53**
  - A) *GUION DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA*

## RESUMEN.

**Objetivo:** Explorar los ámbitos y agentes que determinan la conformación del saber femenino en cuanto al cuidado de la salud, visto como proceso social dinámico de carácter colectivo, consecuencia de las interacciones sociales.

**Método:** Estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, realizado con grupos focales y entrevistas a profundidad. Se entrevistaron a un total de dieciocho mujeres con edades entre 16 y 50 años, para conocer los saberes en relación al proceso salud-enfermedad de las mujeres del Poblado Miguel Alemán. El trabajo de campo en la comunidad duró ocho meses, dando como resultado que las mujeres intentan cuidar la salud familiar en casa, si ven que estos no mejoran, acuden al Centro de Salud; además se identificó que las mujeres consideran las condiciones ambientales y de vivienda como principal causa de enfermedad.

**Resultados:** Los hallazgos del estudio señalan el papel que juegan las diferentes interacciones sociales de las mujeres en el desarrollo de sus prácticas de cuidado a la salud. Dentro de esas interacciones se encuentran: los servicios de salud a través de la consulta; el uso de la farmacopea; el contacto con los médicos tradicionales; la transmisión de conocimientos de sus abuelas (os), madre, mujeres de la comunidad y finalmente, por su propia observación y quehacer cotidiano de cuidado a la salud de la familia. Los cuidados a la salud realizadas en el hogar están mezclados entre prácticas tradicionales curativas y las que el modelo médico hegemónico ha diseminado entre la población.

**Conclusión,** podemos evidenciar que todos estos determinantes afectan de manera directa e indirecta la salud de esta población y requieren la colaboración de las autoridades correspondientes para lograr que todos los sistemas de apoyo, grupos de ayuda, programas educativos y de salud sean bien distribuidos en la población para lograr mejorar las condiciones de vida en las familias.

**Descriptores:** Determinantes sociales, Saber femenino, cuidado a la salud familiar, mujeres, Invasión Colosio.

## INTRODUCCIÓN

México, como país en vía de desarrollo viene manifestando una transición social y Epidemiológica importante, similar a otros países de Latinoamérica, por tener patrones de morbilidad y mortalidad, en enfermedades de carácter crónico y degenerativo propias de países de desarrollo y otras que están relacionadas directamente con las condiciones de vida. Existen determinantes de salud que hablan de problemas socioeconómicos que tienen relación con la salud como la pobreza, el desempleo, la violencia y el desplazamiento forzado (migración de lugares de origen).

En este ámbito se hace necesario buscar alternativas que promuevan en los individuos, y en sus grupos sociales, el mejoramiento de estas condiciones. La participación social y el empoderamiento son alternativas viables que tienen cabida en diferentes espacios. Uno de ellos lo constituye la familia (*Irwin, 2007*).

Los Determinantes Sociales en Salud (DSS) son factores que se derivan de las estructuras organizativas creadas por y para el hombre y, por tanto, son consecuencia de las relaciones de interdependencia del individuo con sus semejantes y de éste con el medio y engloba los comportamientos y estilos de vida. Biología humana, entorno del hombre y organización para la atención de la salud (*Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud, OMS*).

Las prácticas de salud que una mujer madre de familia lleva a cabo se relacionan con elementos, es decir, la manera en que una mujer cuida de sí misma y de su familia se relaciona con los elementos estructurales que le ofrece su entorno y de sus características individuales.

En las últimas décadas, la dinámica del sistema mundial se ha caracterizado en gran medida por sus intensos movimientos de población dentro de los mismos países o entre naciones de distinto nivel de riqueza. Aunque estos fenómenos sociales suceden por diferentes causas y en diferentes contextos, en general predominan aquellas migraciones caracterizadas por la búsqueda de una mejor calidad de vida para la población y sus familias. Hermosillo, Sonora es uno de los Estados de la República Mexicana que viene recibiendo un intenso flujo de



personas de diferentes culturas, aunque predominan aquellas que proceden de Estados del Sur del país.

En general, la investigación científica ha destacado que la población inmigrante se caracteriza por un estado de salud no muy bueno y éste se va siendo erosionada por el propio proceso migratorio, y por las condiciones de vida al que esta población se ve abocada en el lugar de destino, convirtiéndose en grupos especialmente vulnerables a los factores de riesgo para la salud. Investigar sobre la salud de la población inmigrante constituye uno de los retos más importantes para la Salud Pública. Existen todavía importantes limitaciones para realizar estos estudios debido a la dificultad de encontrar una definición consensuada del concepto de “inmigrante”, el problema que implica acceder a esta población por las barreras religiosas y culturales, la escasez de datos apropiados y de sistemas de información fiables, (aunque progresivamente en los registros se están introduciendo nuevas variables que permiten describir la situación social, y de salud), y el desconocimiento sobre cómo aplicar las metodologías adecuadas para abordar la complejidad del fenómeno.

Nuestro interés fue lograr a partir del análisis de información empírica proponer un ejercicio interpretativo basado en el intercambio de experiencias y saberes de las mujeres madres de familia alrededor del proceso salud enfermedad en una localidad ubicada en el Poblado Miguel Alemán, en una colonia de población vulnerable.

#### REFERENTES TEÓRICOS

Los movimientos de la población parecen ser una característica de nuestro tiempo, las tendencias indican un aumento de las migraciones. La inmigración va ser tema de análisis frecuente de los próximos años, especialmente la inmigración económica, es decir, las personas de países empobrecidos que viene con la esperanza de encontrar unas mejores condiciones de vida y de trabajo para ellos y sus hijos.

Es y será necesario un cambio de mentalidad, actitud y preparación de los profesionales de enfermería frente al nuevo reto de diversidades de cultura en nuestro país.

En la medida en que se evidencia el aumento progresivo de usuarios migrantes en las instalaciones de salud, se ha determinado que los cuidados de enfermería congruentes o beneficiosos se consiguen únicamente cuando los valores culturales se conocen y se utilizan de manera apropiada.

El cuidado es un fenómeno que puede estudiarse y no únicamente actos o acciones que se realizan para el paciente, por lo cual la edificación continúa de esta ciencia ha demostrado que los conceptos de cultura y cuidados constituyen un marco de referencia de la perspectiva transcultural.

Para aprender a utilizar el conocimiento y poder asistir, ayudar, sostener o habilitar a los diferentes grupos culturales, la elaboración de conceptos y la investigación son indispensables, los mismos se deben documentar, comprender y utilizar de una manera terapéutica para que los cuidados sean una terapia.

Factores de la estructura social tales como la religión, la política, la cultura, la economía, la educación y el estrato social son fuerzas significativas que afectan a la salud, los cuidados y la curación, pues la práctica de cuidados entre humanos es un fenómeno universal pero las expresiones, procesos y modelos de cuidado varían de cultura a cultura.

Es así como se plantea la influencia de la transculturización en la mejora del diagnóstico y tratamiento, evidenciándose que el mencionado aspecto resulta clave para promover a nivel general la calidad de los cuidados de enfermería.

Uno de los objetivos del personal de Enfermería sobre la condición salud-enfermedad está basado en la administración de cuidados, y también en la educación para la salud lo cual requiere suficiente capacitación para su eficaz aplicación, pues no puede producirse curación sin cuidados pero pueden producirse cuidados sin curación.

Dado que la cultura y cuidados constituyen un marco de referencia a la perspectiva transcultural, es posible encontrar fácilmente desarmado a un profesional de enfermería al cuidar pacientes que vienen de otras culturas, pues

estos son muy diferentes los unos de los otros, tanto en la manera que tienen de expresar sus necesidades como en los que esperan de los cuidados del profesional de enfermería.

Isabel Hernández Tezoquipa, María de la Luz Arenas Monreal y Rosario Valdez Santiago (2006), realizan una investigación cualitativa llevada a cabo en cuatro regiones de México. Se seleccionaron y analizaron 40 entrevistas realizadas con mujeres de mediana edad (entre 35 y 65 años de edad) cuyos resultados señalan el papel que juegan las diferentes interacciones sociales de las mujeres en el desarrollo de sus prácticas de cuidado a la salud. Dentro de esas interacciones se encuentran: los servicios de salud a través de la consulta, la influencia de los medios de comunicación (en especial la televisión); el uso de la farmacopea; el contacto con los médicos tradicionales; la transmisión de conocimientos de sus abuelas (os), madre, mujeres de la comunidad y finalmente, por su propia observación y quehacer cotidiano de cuidado a la salud de la familia. Los cuidados a la salud realizadas en el hogar están mezclados entre prácticas tradicionales curativas y las que el modelo médico hegemónico ha diseminado entre la población. El estudio concluye que las diferentes interacciones sociales en las que las mujeres se encuentran inmersas determinan la forma como construyen el qué y el cómo del cuidado a la salud de su familia y el de la suya propia.

## TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES

### *MADELEINE LEINNINGER*

La primera antropóloga y enfermera profesional, fundadora de la enfermería transcultural y pionera en la teoría de los cuidados transculturales.

Ha definido así la enfermería transcultural: “Área principal de la enfermería que se centra en el estudio y análisis comparativo de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductos cuidantes, cuidados de enfermería, valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud – enfermedad, con objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística

para proporcionar la práctica de unos cuidados de enfermería específica y universalmente culturales”.

Leininger afirma: que existirá una nueva taxonomía práctica de enfermería que reflejará distintos tipos de cuidados que están culturalmente definidos, clasificados y verificados como guía para proporcionar cuidados de enfermería y que es un campo de estudio, investigación y práctica más importante, relevante y prometedor del futuro de la enfermería. Lo define como “un conjunto de conceptos, hipótesis o proposiciones vinculados lógicamente y que pueden ser comprobados con el propósito de explicar o predecir un suceso, fenómeno o situación. Desarrolló su teoría a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que desean o necesitan recibir de parte de los profesionales de la salud. El objeto de esta teoría es que los consumidores propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales válidas. Es una teoría de enfermería global porque encuentra la estructura social, el panorama mundial, valores, entorno, expresiones de lenguaje y sistemas profesionales.

Para Leininger, el foco intelectual y de la práctica de enfermería unificador, dominante y central es el cuidado. Para ella, la etnoenfermería, es “el estudio, clasificación sistemática de creencias, valores y prácticas de los cuidados de enfermería recibidos o percibidos por una cultura dada a través de su lengua local, experiencias, creencias y sistema de valores.”

Ella sostiene que “la conducta y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas”. Sus razones para estudiar los cuidados son cuatro:

1. La clase de cuidados parece crítico para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos.
2. Necesidad de explicar los papeles del proveedor de cuidados y del receptor en las diferentes culturas.
3. Preservar y mantener los cuidados ya que, es esencial para la supervivencia de los humanos y las culturas a través del tiempo.

4. La profesión de enfermería nunca ha estudiado los cuidados en relación con los cuidados de enfermería.

El cuidado es un concepto poderoso y el fenómeno particular de la enfermería pero los conceptos de cuidados de cada cultura se deben documentar, comprender y utilizar de una manera terapéutica para que los cuidados sean la terapia.

Leininger en seis culturas estudiadas ha identificado cincuenta y ocho clases de cuidados.

Las creencias, los valores y los modos de vida proporcionan una base sobre la que planificar y ejecutar de forma eficaz los cuidados específicos de cada cultura. Para ella el cuidado es aquella cualidad de los servicios humanos que hace que los consumidores de bienes salud estén satisfechos o insatisfechos con los servicios y que es el cuidado y no la curación lo que los consumidores valoran consciente o inconscientemente.

Para ella:

- ❖ Cuidados: actos de asistencia, apoyo o facilitación para un grupo o individuo con necesidades para mejorar su condición o modo de vida.
- ❖ Cuidar: acciones, procesos o decisiones sustentadoras y expertas que reflejan el apoyo, compasivo protector de auxilio de otros al individuo o grupos que se asiste teniendo en cuenta sus valores, necesidades y problemas.
- ❖ Cultural: la cultura es el conjunto de valores aprendidos o transmitidos. Es la fuerza para determinar los patrones de cuidados y conductas de la salud – enfermedad.
- ❖ Valores culturales: fuerzas que dan orden y significado al pensamiento, las decisiones y acciones de la gente.
- ❖ Variaciones culturales: variabilidad entre culturas. Lo que los hace diferentes, únicos.

- ❖ Enfermería: arte y ciencia aprendida que se centra en los cuidados personalizados con funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas de salud o recuperación de enfermedades de significación física, psicocultural y social.

## SUPUESTOS PRINCIPALES

1. La práctica de cuidados es universal y varía de una a otra cultura.
2. Los procesos de cuidados son esenciales para el nacimiento, desarrollo, supervivencia y muerte del ser humano.
3. La práctica de los cuidados es la esencia de la enfermería.
4. Los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas y ambientales.
5. Los actos de enfermería son transculturales y exigen la identificación enfermera-paciente.
6. Los estilos, funciones y metas varían con la estructura social y los valores de cada cultura.
7. Los auto-cuidados varían de una cultura a otra y de un sistema de asistencia a otro.
8. La manifestación de conducta, creencias y prácticas de los cuidados es esencial para el avance del cuerpo de conocimiento de enfermería y de los cuidados.
9. La administración de cuidados es una práctica de raíces culturales por tanto requiere un conocimiento de la cultura para su eficaz aplicación.
10. No hay curación sin cuidados pero sí cuidados sin curación.
11. La enfermería es una profesión humanística y científica cuyo fin principal es atender a todos los seres humanos.
12. Toda cultura cuenta con prácticas que varían con respecto a otras.
13. Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables cubren las necesidades culturales.

14. Cuando los cuidados de enfermería no concuerdan con valores, estilos de vida, mostraran conflictos culturales insatisfacción y preocupación éticas o morales.

#### AFIRMACIONES TEÓRICAS

1. Las experiencias de las expectativas de los pacientes frente a los cuidados de enfermería.
2. Hay diferencias en valores y normas de comportamiento cuidador entre sociedades.
3. Los profesionales que trabajan en entornos culturales ajenos pueden suscitar problemas y conflictos culturales a menos que estén dispuestos a admitir y adaptarse a los valores y expectativas locales.
4. Cuanto mayor es la dependencia de enfermería de tecnología mayor es el distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción de del usuario.
5. Las intervenciones de enfermería que aplican prácticas específicas de la cultura local producirán más satisfacción en los clientes.
6. Las diferencias interculturales en creencias, valores y prácticas de cuidado refleja diferencias en la práctica de los cuidados de enfermería.
7. Cuanto más valor al individualismo más prácticas de auto-cuidados.
8. Hay una estrecha relación de conducta entre quien suministra cuidados y quien los recibe.
9. Diferentes culturas identifican conductas asistenciales y no asistenciales.
10. Cuanto más diferencias entre valores asistenciales populares y valores profesionales más conflicto entre profesionales y receptores.
11. Las técnicas y prácticas asistenciales difieren entre culturas y producen resultados distintos.
12. Cuanto más tecnología más impersonalidad del cuidado.
13. Existe estrecha relación entre valores políticos, religiosos, económicos y culturales y la calidad de los servicios sanitarios que se prestan.

## CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México, como país en vía de desarrollo viene manifestando una transición social y epidemiológica importante, similar a otros países de Latinoamérica, por tener patrones de morbilidad y mortalidad, en enfermedades de carácter crónico y degenerativo propias de países de desarrollo y otras que están relacionadas directamente con las condiciones de vida. Existen determinantes de salud que hablan de problemas socioeconómicos que tienen relación con la salud como la pobreza, el desempleo, la violencia y el desplazamiento forzado (migración de lugares de origen).

En este ámbito se hace necesario buscar alternativas que promuevan en los individuos, y en sus grupos sociales, el mejoramiento de estas condiciones. La participación social y el empoderamiento son alternativas viables que tienen cabida en diferentes espacios. Uno de ellos lo constituye la familia, que puede definirse como un grupo de personas, conformado por diversas formas de unión religiosa, civil y/o libre, el parentesco o la adopción de nuevos miembros al grupo base familiar; Medio millón de mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el aborto en condiciones de riesgo, estas condiciones surgen en gran medida por los Determinantes Sociales que presentan las poblaciones.

Los Determinantes Sociales en Salud (DSS) son factores que se derivan de las estructuras organizativas creadas por y para el hombre y, por tanto, son consecuencia de las relaciones de interdependencia del individuo con sus semejantes y de éste con el medio. Un modelo para el trabajo sobre DSS engloba a estos dentro de 4 elementos generales que son: comportamientos y estilo de vida, biología humana, entorno del hombre y organización para la atención de la salud.

Las prácticas de salud que una mujer madre de familia lleva a cabo se relacionan con estos elementos, es decir, la manera en que una mujer cuida de sí misma y de su familia se relaciona con los elementos estructurales que le ofrece su entorno y de sus características individuales.



Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del Estado si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales.

Existen determinantes que inciden en la salud de las mujeres y que se relacionan con sus prácticas de salud, entre ellos se encuentran características individuales, familiares, de vivienda, estatus socioeconómico, características de la comunidad, cultura y del gobierno.

El poblado Miguel Alemán cuenta con las siguientes características que inciden como Determinantes Sociales para la Salud:

*ENTORNO SOCIOECONÓMICO:* La mayor parte de la población que habita en el Poblado Miguel Alemán se dedica al trabajo en campo, hombres y mujeres laboran en periodos largos con salarios bajos. Una jornada laboral los hace acreedores de alrededor de \$150.00 diarios. Este ingreso únicamente se obtiene en los períodos de cosecha, los cuales son aproximadamente 5 o 6 meses por año. El nivel educativo de los jefes de familia es nulo o muy bajo, En el censo del 2010 se estimó que más del 20% de la población total y 12.14% de los mayores de 15 años son considerados analfabetas, el grado promedio de la población no alcanza los 6 años.

Las condiciones de vivienda del área no cuentan con servicios básicos, en su mayoría las casas cuentan con piso de tierra, paredes y techos de lámina o adobe, letrina y deficiente suministro de agua.

**DEMOGRAFÍA:** La población total del poblado según el Censo del 2010 reporta un total de 40,449 habitantes. En promedio las mujeres de 12 años y más mencionaron haber tenido 2.77 hijos vivos por cada una. El crecimiento de la población es importante, se estima que anualmente cerca de 35 mil jornaleros llegan a trabajar a los campos agrícolas, de ellos, entre tres mil y cinco mil se establecen de manera permanente en esta comunidad.

**CULTURA:** 2,050 habitantes de 5 años en adelante del poblado hablan una lengua indígena (*INEGI, 2010*), las principales lenguas Triqui, Mixteco y Zapoteco. Existen dentro de la población gran variedad de indígenas por lo que es importante que dentro de las actividades se considere este aspecto ya que es considerado un determinante social para la salud.

**AMBIENTALES:** Las características del ambiente consideradas como problemáticas en el cual habita la población son: falta de agua, contaminación por polvos y humo, falta de saneamiento ambiental, fauna nociva, desechos de residuos sólidos al aire libre, quema indiscriminada de basura, fauna nociva en el área pública, entre otros.

Por lo antes mencionado, las mujeres y las familias que habitan en esta localidad cuentan con factores desfavorables para su desarrollo, por lo cual el presente trabajo de investigación - acción pretende incidir sobre los mismos para poder mejorar su estado de salud. Las actividades incluyen desde la identificación de los factores de riesgo relacionados con las prácticas de salud en las mujeres y que a su vez inciden en la familia, se implementaran intervenciones con programas de atención a la salud, donde esta población será cuidadosamente valorada para identificar en ellos los posibles riesgos que incrementen su vulnerabilidad. Una vez identificados los determinantes trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos, así como organizar y diseñar estrategias con los miembros de la comunidad con el fin de contribuir a la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con ciertos estilos de vida perjudiciales y factores de riesgo específicos, por medio de programas de intervención educativa para la promoción, protección, prevención y control, fomentado de esta manera conocimientos,

actitudes y comportamientos a favor del desarrollo social y comunitario. Por lo anterior se plantean las siguientes preguntas

### 1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ❖ ¿Cuáles son los determinantes sociales en salud que demuestran la conformación del saber femenino en cuanto al cuidado a la salud familiar en mujeres de la Invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán?
- ❖ ¿Cuáles son sus creencias, valores y normas sobre la salud y la enfermedad?
- ❖ ¿Cuál es la base cultural y cómo afecta a los comportamientos en salud?
- ❖ ¿Cómo influyen estos determinantes en los significados de salud y enfermedad?
- ❖ ¿Qué significa salud en términos de supervivencia?

### 1.2 OBJETIVOS

#### *GENERAL:*

Explorar los ámbitos y agentes que determinan la conformación del saber femenino en cuanto al cuidado de la salud, visto como proceso social dinámico de carácter colectivo, consecuencia de las interacciones sociales.

#### *ESPECÍFICOS:*

- ❖ Identificar las características demográficas y sociales.
- ❖ Conocer la Cultura de la población.
- ❖ Explorar las condiciones de trabajo y salud en la población
- ❖ Describir las condiciones ambientales de la comunidad
- ❖ Identificar las prácticas de salud de las madres de familia

### 1.3 HIPÓTESIS:

Los determinantes sociales en salud son factores que demuestran la conformación del saber femenino en cuanto al cuidado a la salud, consecuencia de las interacciones sociales.

## CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL

Este estudio se ubica desde una perspectiva teórica que se centra en el tema humano y edifica el mundo social a partir de la conciencia humana. Se opone a la dura imagen estructural de la sociedad propuesta por los durkheimianos y también al materialismo histórico de la teoría del conflicto. Contra la rígida previsibilidad de la ciencia, se exalta aquí la fluidez y todo el sentido del humanismo.

El cuidado a la salud en el ámbito doméstico ha sido explorado principalmente por la antropología médica. Menéndez, E. (2006), habla del modelo de auto atención, que tiene por centro a la mujer, y constituye el primer nivel real de atención a la salud. Otros autores, sostienen que para la atención de la salud en México existe un sistema real de salud, en contraste del sistema formal, autodenominado nacional, integrado por tres subsistemas o modelos: el de la medicina académica, el de la medicina tradicional y el de la medicina doméstica o casera.

El modelo de la medicina doméstica ha sido poco investigado. Menéndez, E. y Zolla, C. (2006), entre otras características, señalan que este modelo está estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas a los estados de desequilibrio en general y al proceso salud enfermedad/atención en particular. Como modelo de atención, su quehacer no se limita al área médica (preventiva o curativa) sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda.

La perspectiva teórica de la construcción social, argumenta, que los conocimientos vistos como verdad, deberían ser considerados como productos de relaciones de poder. Parte del saber femenino en salud, sobre todo el medicalizado, es resultado del conocimiento hegemónico de salud, consecuencia de un proceso

de profesionalización avalado por un poder político, que en su momento fue fundamental, para desconocer otros saberes del cuidado-curación a la salud.

La sociología interpretativa ha enfatizado que la experiencia subjetiva individual de salud-enfermedad no se puede entender completamente a menos que sea analizada en el contexto de las vidas individuales como un todo. Esta corriente propone que el análisis estructural no invalida el punto de vista de la gente común respecto a su salud y enfermedad. La principal representante de estos estudios es Cornwell (2006), quién propone una distinción entre la explicación pública y la explicación privada; la primera trata de los significados socialmente legitimados y la segunda trata de la experiencia y sentimientos individuales. Las teóricas feministas observan distinciones profundas entre los significados públicos y privados en las vidas de las mujeres. Las autoras feministas exploran la discrepancia entre los roles y expectativas impuestos sobre las mujeres por la cultura dominante y aquellas definiciones que las mujeres adquieren a través de su experiencia personal. La socióloga canadiense Smith, citada por Kasper, describe las consecuencias que tiene esta ruptura para las mujeres; habla de una "escisión de conciencia" o ruptura entre esas dos formas de significados, cuyo resultado es una asimetría que obliga a la mujer a devaluar su propia experiencia en favor de uno de los paradigmas dominantes, el discurso masculino.

Como resultado de esta ruptura asimétrica o "falla", las mujeres se pueden comportar como objetos pasivos y no como sujetos activos. Nuevamente Smith describe las consecuencias de esta ruptura para las mujeres: "Nosotras no hemos sabido cómo partir desde nuestro propio centro, cómo partir desde nuestra propia experiencia, y cómo recrearnos a nosotras mismas en tanto mujeres sujetos del

La perspectiva teórica de la construcción social, argumenta, que los conocimientos vistos como verdad, deberían ser considerados como productos de relaciones de poder (López, A. O. Oliva López Arellano, Escudero, J.C, Carmona; c. L. (2014).

## 2.1 CONTEXTO

### *UBICACIÓN Y EXTENSIÓN TERRITORIAL*

El poblado Miguel Alemán se ubica en el noroeste del país, a 65 km hacia el oeste de la Ciudad de Hermosillo por la carretera a Bahía Kino, con una altitud de 210 metros, latitud de 28.85'N y longitud de -111.483'O.

El Poblado Miguel Alemán (PMA) se ubica en la planicie costera centro occidental del Estado de Sonora a 60 metros sobre el nivel del mar, en el sur de la Ecorregión conocida como Desierto Sonorense.

Debido al tipo de clima predominante, tiene limitado acceso a fuentes de agua; no cuenta con ríos cercanos y se abastece del agua de los mantos acuíferos subterráneos, cuya antigüedad data desde hace 30,000 años, los cuales se alimentan con las recargas por infiltración de la precipitación pluvial y hoy se encuentran sobreexplotados.

La existencia de pozos y el desarrollo de la agricultura tecnificada representaron factores importantes para el poblamiento de la región, ya que se convirtió en polo de atracción de flujos migratorios de jornaleros agrícolas. Actualmente el Poblado Miguel Alemán ocupa una extensión de 260 has, le circundan terrenos agrícolas que cubren aproximadamente 31,834 has y alrededor de 34,000 se encuentran actualmente en desuso debido a la intrusión salina.

No se realiza saneamiento alguno en las calles del mismo, así mismo no cuentan con agua potable, red de drenaje y alcantarillado, por lo que los encharcamientos de aguas residuales domésticas son comunes, provocando la proliferación de insectos transmisores de enfermedades infectocontagiosas y otros problemas de salud en la población., ni alumbrado público; el alumbrado con el que cuentan es uno instalado por los mismos habitantes. Las calles no se encuentran pavimentadas, y tienen muy mala condición.

### *AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO*

La localidad se abastece gracias a cuatro pozos profundos, de los cuales, actualmente sólo funcionan tres informó personal del Organismo operador de agua en la localidad. Según datos del Censo, solamente hay en la comunidad 143 viviendas sin el servicio; sin embargo, muchas de ellas, sobre todo en las áreas no regularizadas, tienen toma clandestina que provocan fugas con frecuencia.

### *ENERGÍA ELÉCTRICA*

La localidad cuenta con una subestación eléctrica conocida como Subestación Punto P.

La cobertura del servicio es al 100% en los asentamientos regulares. El censo 2010 registro que 276 casas no cuentan con el servicio, es decir, 3.9% del total de viviendas.

Las conexiones clandestinas a la red de energía eléctrica son uno de los problemas más recurrentes en la localidad, situación que favorece la ocurrencia de accidentes, y limita el tránsito de vehículos que brindan servicios como la recolección de basura, bomberos, transporte, entre otros.

### *CLIMA*

Predomina un tipo de clima seco cálido, con temperaturas promedio de 25 a 28°C, cuyas oscilaciones van desde los 5°C en invierno y hasta 49°C en verano. Presenta lluvias en verano e invierno de hasta 175 mm.

### *VÍAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE*

- Comunicación. Los habitantes tienen acceso a medios de comunicación como el televisor, la radio y celular.
- Vías de transporte: camiones, autos propios, bicicletas.



### *CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO FÍSICO*

- Eventos climáticos: Sólo ha existido recientemente un evento climático extraordinario: la “ocurrencia de heladas severas del 2 al 4 de febrero de 2011”.
- Tipo de suelo: Está conformado por dos unidades: Xerosol y Yermosol.
- Flora: Dividida entre la flora local y los cultivos, principalmente uva, naranja, calabaza y nuez.
- Fauna doméstica: Perros, gatos, aves, ganado vacuno y porcino.
- Fauna silvestre: Liebres, coyotes, venados, zorrillos, víboras, lagartijas y sapos, entre los más comunes y
  - Fauna nociva: Alacrán, viuda negra, abejas, mosquitos y garrapatas, las cuales representan problemas de salud pública (Secretaría de desarrollo social, delegación sonora, diagnóstico situacional Poblado Miguel Alemán, 2011).

### *DEMOGRAFÍA*

#### *Estructura de la población por edad y sexo:*

El Censo 2010 reporta que en la Comisaría habitan alrededor de 40,449 habitantes que se encuentran distribuidos en 372 localidades, de los cuales 76% (30,869 hab.) están asentados en el Poblado Miguel Alemán.

De la población de la localidad, 51.8% son hombres (15,995) y 48.2%, mujeres (14,874), lo que representa un índice de masculinidad de 108; es decir, 108 hombres por cada 100 mujeres.

#### *Distribución de la población por grupos de edad y sexo.*

Como se observa en la pirámide poblacional, la localidad Miguel Alemán (La Doce) puede catalogarse como un poblado con una estructura poblacional joven, ya que la edad promedio de la población es de 26 años (hombres 26 años y en

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Principales resultados por localidad (ITER mujeres de 25 años). Se estima que en 2010, 58.3% de la población tiene entre 15 y 59 años de edad, 35.7% entre 0 y 14 años y 6.0% tiene más de 60 años de edad (INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010).

### *Fecundidad.*

Estimaciones de 2010 indican que 52 de cada 100 mujeres tienen entre 15 y 49 años de edad. En promedio las mujeres de 12 y más años de edad, declararon haber tenido 2.77 hijos nacidos vivos por cada una mientras que el promedio municipal es de 2.1 (INEGI. *Censo, 2010*).

### *Dinámica de crecimiento*

El incremento de la población en Miguel Alemán ha sido constante desde su origen. En el periodo de 2005 a 2010 tuvo un incremento promedio anual de 4 habitantes por cada 100 personas que vivían en 2005. Se podría pensar que a este ritmo de crecimiento, posiblemente la población se duplique en 17 años.

### *Migración*

El incremento de la población ha sido constante desde sus orígenes, se estima que anualmente llegan alrededor de 35 mil jornaleros a trabajar en poco más de 200 campos agrícolas, de ellos, entre tres mil y cinco mil se establecen en el Poblado demandando servicios, cuya infraestructura, sabemos, resulta insuficiente.

El aumento de la población sostenido, está ligado a la oferta de trabajo agrícola, la cual ha decrecido en las últimas décadas debido a la inhabilitación de tierras de cultivo y a la tecnificación que, aunado a la temporalidad de los empleos, han generado un creciente desarrollo de asentamientos humanos que viven en condiciones de marginación y pobreza.

Datos de las Cédulas de información Básica de la localidad Miguel Alemán (La Doce), levantadas en 2010, indican que los principales lugares de origen de la población inmigrante son los estados de: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Fundamento: Dado que la mayor parte de la población en estudio es inmigrante, éste es uno de los fenómenos con mayor impacto en los ámbitos político, social, económico y laboral, tanto para los Estados emisores, como para los Estados receptores. Aunque, en la mayoría de las ocasiones, el estado de salud de la población inmigrante es bueno a su llegada, las condiciones de vida a las que se enfrentan podrían estar generando desigualdades en salud en esta población. Un abordaje desde el enfoque de los determinantes sociales de las desigualdades en salud puede contribuir a explicar las vías y los mecanismos a través de los cuales se generan y actúan dichas desigualdades.

## 2.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO

### *GENERAL:*

Explorar los ámbitos y agentes que determinan la conformación del saber femenino en cuanto al cuidado de la salud, visto como proceso social dinámico de carácter colectivo, consecuencia de las interacciones sociales

### *ESPECÍFICOS:*

- Explorar las condiciones de trabajo y empleo en trabajadores inmigrantes y su relación con salud.
- Caracterizar a la población
- Identificar los determinantes de acceso a los servicios de salud para la población inmigrante económica y su impacto en la salud
- Conocer la Cultura de la población.

- Coadyuvar el estado biopsicosocial de los individuos integrantes de la colonia, mediante las valoraciones físicas y promoviendo estilos de vida saludables.
- Valoración y seguimiento de las mujeres en etapa gestacional, brindándoles asesoría específica en esta etapa.
- Identificar las prácticas de salud.

## **CAPITULO III.**

### **3.1 MARCO EPISTEMOLÓGICO**

#### *DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD*

Según la OMS en su documento Cerrando brechas: Políticas de acción sobre los determinantes de salud, publicada en octubre del 2011, la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la persona nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud.

Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las diferencias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud, en segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general y en tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales que depende de una mayor equidad en salud.

Con base en lo anterior, en este proyecto nos hemos enfocado en los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres de la invasión Colosio en el Poblado Miguel Alemán y para ello es necesario identificarlos y reconocer el trabajo de algunos autores que han dedicado tiempo y esfuerzo en el quehacer diario de las diversas disciplinas.

#### *MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD*

El modelo de los Determinantes Sociales de Salud ha sido propuesto por la Comisión Mundial de la OMS. Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente demográficamente o geográficamente” (OMS, 2007).

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano incluso en la región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Estos datos indican dentro de los países que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos.

La discusión sobre el tema de la equidad parte del reconocimiento de que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad en condiciones que inicialmente son desiguales. Según Richard G. A. Feachem en su documento *Desigualdades en salud* hace referencia “que las inequidades y las desigualdades se refieren a un estado de salud relativo, entre ricos y pobres, hombres y mujeres, grupos étnicos, regiones o, simplemente, entre los más sanos y los que tienen peor salud”. Las inequidades en salud han provocado un colapso de los sistemas de salud a nivel global y nacional y han dejado en evidencia las deficiencias en salud existentes en la actualidad. Según Olivia López A. en el artículo *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión, en México* este contexto se puede documentar mediante “los datos que existen sobre el deterioro de la calidad de vida, la polarización y el deterioro de las instituciones públicas. Hay un incremento de la población en condiciones de pobreza, un incremento en la desigual distribución del ingreso, disminución del empleo formal, incremento del empleo precario, y una disminución de la capacidad adquisitiva del salario”.

La importancia del actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

Uno de los primeros modelos y más influyente fue el de Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Este mismo autor destacó la diferencia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los

factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables como la edad, sexo, características biológicas propias de cada individuo, a su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud, pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos, los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, educación, vivienda, entorno y recursos naturales, en la capa más externa se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

El modelo pone énfasis en los diferentes niveles de acción donde habrá que intervenir sobre determinantes sociales. Las políticas de acción sobre determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento del acceso a servicios, disminución de las consecuencias gracias a acciones sectoriales y cambios en la estratificación social. Aquí se destacan también como aspectos o principios transversales a los niveles de intervención, las consideraciones por el contexto, la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, además de la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que influyen en la salud de las personas. La Comisión de Determinantes Sociales de Salud formuló tres recomendaciones integrales: mejorar las condiciones de vida



cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero, los recursos y medir y entender el problema así como evaluar la repercusión de las medidas.

En cuanto a los determinantes sociales que influyen en los saberes de la salud de las mujeres de la colonia Colosio del Poblado Miguel Alemán se encuentra una amplia variedad de determinantes sociales que van desde los recursos económicos, las fuentes de empleo, el acceso a los servicios de salud y los servicios públicos, la vivienda, el entorno, la cultura, educación y la migración de las familias, en cuanto a los determinantes propios e individuales se encuentran las etapas de desarrollo de los individuos que conforman la colonia y el determinante social referente al género.

### *REFERENCIAL TEÓRICO*

La Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1998), es la unión de los conceptos de los campos de enfermería y antropología. De acuerdo con Leininger, la finalidad y el objetivo de la teoría son "fortalecer un cuidado culturalmente congruente, seguro y significativo a los clientes de culturas diversas o semejantes". Esta teoría ha sido un instrumento que ayuda a desarrollar maneras de discutir la prestación de cuidados culturalmente apropiados para una determinada población y que estén unidas a las prácticas tradicionales de los cuidados de enfermería.

La cultura es definida como "los estilos de vida de un individuo o de un grupo respecto a los valores, a las creencias, normas, patrones y prácticas". La cultura es el legado que los miembros de un grupo pasan a otros entre las generaciones. Cómo un profesional de salud ve y comprende la cultura es de particular importancia para fortalecer un cuidado mejor.

La teoría de Leininger se deriva de cinco suposiciones principales, incluyendo la opinión de que curar no ocurre sin el cuidar, cada cultura carga un conocimiento original y único de prácticas del cuidado, y los varios factores socioculturales influyen valores, creencias y prácticas.

La teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables, Leininger, declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- *Enfermería transcultural*: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

- *Enfermería intercultural*: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación. Por otro lado Leininger defiende y promueve una

teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

## **CAPITULO IV. METODOLOGÍA**

Leininger da gran importancia a estudiar a la gente desde su entorno, conocimiento local y experiencias utilizando métodos cualitativos para la investigación.

Utiliza la observación participativa para el estudio de la conducta humana. El profesional de enfermería a través de la investigación obtiene métodos inductivos, datos descriptivos y documentos de conductas observadas y verificadas de la realidad que revelan la esencia, naturaleza, proceso y atributos de los comportamientos asistenciales y de los cuidados de enfermería terapéutica en una cultura dada.

Estudio de tipo cualitativo, con el propósito de conocer los saberes en relación al proceso salud enfermedad de las mujeres en el Poblado Miguel Alemán, enfocados específicamente en relación a los padecimiento y prácticas de atención a la salud familiar.

Antes de describir los procesos centrales de nuestro estudio vamos a presentar algunos datos contextuales respecto de los sujetos sociales con los que trabajamos. Las mujeres Triquis, zapoteca, mixteca, estudiados pertenecen a cinco grupos domésticos migrantes a la Colonia Luis Donaldo Colosio del Poblado Miguel Alemán, Municipio de Hermosillo, con un tiempo de permanencia variable.

Se entrevistaron a un total de dieciocho informantes, mujeres, con edades que fluctuaron entre 16 y 50 años, pertenecientes a dos generaciones. La información se obtuvo a través de trabajo etnográfico en el asentamiento urbano, buscando obtener no sólo sus representaciones sino observando también sus prácticas y apoyándonos para ello en nuestro propio trabajo de enfermería y en el del centro de salud de la Secretaría de Salud que les da atención. Subrayamos que la información se basa en observación participante y en entrevistas realizadas.

El trabajo de campo en la comunidad del poblado Miguel Alemán duró ocho meses. Las mujeres entrevistadas son originarias de Oaxaca, Puebla, de la cabecera municipal de San Juan Copala ubicada en la mixteca alta del estado de Oaxaca, una de las regiones más pobres de México, pobreza que se expresa en

tasas de mortalidad general de su población muy por arriba de la registrada a nivel nacional: 8,21 por 1.000 hab.

Se realizaron una serie de entrevistas (6) con mujeres de la comunidad; de ellas se realizaron dos sesiones grupales y cuatro individuales

Las entrevistas fueron conducidas por dos integrantes del grupo de investigadores, para ello se utilizó un guion de entrevista semiestructurada donde se contemplaron los temas: percepciones del proceso salud enfermedad, las enfermedades que se desarrollan en la comunidad y etiología y diversas prácticas de atención. Además, se consideraron sus condiciones migratorias, laborales y acceso a servicios médicos.

En la primera sesión grupal se entrevistaron a 10 mujeres residentes de la comunidad no pertenecientes a ninguna etnia (según lo referido por ellas), en la segunda sesión se entrevistaron a 9 mujeres de las etnias Triquis, Mixtecos y de la región mayo de Sonora. Las entrevistas grupales se realizaron en el hogar de Micaela, y tuvieron una duración de 55 minutos en promedio.

En relación a las entrevistas individuales, éstas se llevaron a cabo con 9 mujeres en el hogar de las mujeres, previo consentimiento de ellas; las entrevistas tuvieron una duración de 40 a 60 minutos; Cabe aclarar que los nombres que presentamos, por cuestiones éticas, no corresponden a sus nombres reales, no obstante no encontramos inconveniente por parte de ellas de mostrar sus nombres verdaderos.

Para el análisis de los datos en primer término se audiograbaron las entrevistas y se transcribieron en su totalidad para construir una base de datos en el programa NVivo versión 10. En los discursos de las mujeres se buscaron las ideas significativas que constituyeron los códigos.

## **CAPITULO V. RESULTADOS**

Para ubicar los resultados de esta investigación debemos profundizar en el cuidado a la salud que proporcionan esencialmente las mujeres madres de familia en el ámbito doméstico, entendiendo éste como un concepto más amplio que la simple lucha contra la enfermedad, siendo más bien como un pensar materno que estimula y facilita las condiciones para su desarrollo, es decir, un saber esencialmente femenino de cuidado a la salud en el ámbito doméstico, que podríamos llamar el pensar materno, cuyo objetivo es crear un ambiente sostenedor que aporta a los que están bajo su cuidado la protección para su vida y un crecimiento integral. Este saber femenino se refleja en los patrones de cuidado-curación que se realizan en el ámbito doméstico. Este saber femenino es construido socialmente, es decir, que todos estos conocimientos son productos sociales, construidos a través del camino de la socialización, al aceptar ciertos valores y normas de conductas. Estos conocimientos son dependientes de las situaciones socioculturales en los cuáles ellos ocurren y constantemente son renegociados.

El saber femenino del cuidado a la salud se refleja en los patrones de cuidado y curación que se realizan en el ámbito doméstico, se construye socialmente, es decir, todos estos conocimientos son productos sociales, que se aprenden a través del camino de la socialización, al aceptar ciertos valores y normas de conducta. Estos conocimientos son dependientes de las situaciones socioculturales en los cuales ellos ocurren y constantemente son renegociados. En el cuidado que las mujeres brindan en el hogar se refleja que sus conocimientos son resultados de procesos sociales, consecuencia de la interacción que establecen con ámbitos de socialización como son los servicios de salud del modelo dominante de atención a la salud, la transmisión de conocimientos del modelo dominado, medicina tradicional, y de nuevas experiencias adquirida a través de sus relaciones con mujeres y de su propia experiencia adquirida en especial en el ámbito doméstico. Se prefiere hablar de ámbitos de socialización, "por cuanto los sujetos no se socializan tanto por la acción de una serie de personalidades individuales que influyen sobre ellos como por su ubicación en unos entornos determinados, con

unas características sociales específicas y en los que existen unas redes de interacción social entre los distintos actores allí presentes".



El saber femenino del cuidado a la salud en el ámbito doméstico se construye a través de la experiencia de las mujeres en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, los cuales van aportando toda una gama de conocimientos relacionados con el cuidado-curación. A este conjunto de saberes y prácticas desarrolladas por las mujeres se le denomina medicina casera. Esta acción se caracteriza por la mezcla de conocimientos que se construyen principalmente a través de dos modelos centrales: el paradigma médico dominante y el paradigma médico dominado, medicina tradicional. Cada uno de estos espacios tiene sus diferentes agentes que, dentro de los recursos terapéuticos utilizados, tienen por un lado los medicamentos, y por el otro, el uso de plantas medicinales y otras prácticas de la medicina tradicional.

En esta sección mostramos resultados producto de las entrevistas, debido a la fase de desarrollo de la investigación, los hallazgos corresponden a la etapa exploratoria-descriptiva.

### *PERCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD*

Uno de los cuestionamientos de la investigación, fue conocer cómo la comunidad percibe su perfil epidemiológico, esto es de qué se enferman en la comunidad. Las respuestas prevalentes giraron en relación a las enfermedades gastrointestinales (diarreas), respiratorias (gripa, tos, asma) y de accidentes relacionados con las fuentes eléctricas.

“De tos de gripa y de calentura y a veces de diarrea, a veces les pega más de gripa y tos y no se les quita casi todo el tiempo de frio duermen con tos y gripa, voy al centro de salud y digo tienen tos y gripa y los niños se me enferman en tiempo de calor y tiempo de frio desde chiquitos dice mi cuñada pero ya de grandes no” (*Guedelia*)

Este tipo de enfermedades son características de comunidades pobres, donde las enfermedades crónicas aún no juegan un papel importante en la percepción de la comunidad.

### *MIGRACIÓN, CONDICIÓN LABORAL Y ENFERMEDAD*

Las mujeres entrevistadas vivieron procesos migratorios de diversas partes del país, en particular de los estados de Oaxaca y Guerrero. Esta situación se debe primordialmente por falta de oportunidad de trabajo en sus comunidades, y por la representación del norte del país como un espacio de oportunidades y desarrollo. Este proceso migratorio se desarrolla dentro de redes familiares o de amistades, más allá de cuestiones individuales.

“Es que la hija de mi hermano se vino adelante, entonces mi sobrina mandó a decir en qué parte estaba y, entonces me dijo le dijo mi hermano tráigase a mi tía y mándala traer de donde está y a que aquí hay buen trabajo... entonces mi hermano me mandó traer me dijo "sabes que dijo" si te quieres venir quiero que te vengas quiero que te, él me mandó el dinero, y agarré dije yo pues ya que me mandó el dinero [...]” (*Paulina*).

En diversos estudios se han evidenciado las condiciones que enfrentan los jornaleros agrícolas de la región (Álvarez, et al, 2013), aspecto coincidente en la presente investigación, ya que las mujeres aprecian cómo las condiciones labores



que se dan en los campos agrícolas provocan problemas de salud, tanto en los trabajadores como sus familiares, al no contar con medidas de protección adecuadas.

¿Y no tienen agua para lavarse allá en donde fumigan?

“...Si les ponen para según nomás pa tomar” (*Julia*)

¿Pero no para que se laven los brazos ni nada de eso?

“....Así llegan todos verdes todos así llegan [...] este los familia de trabajar y traen y vienen con todos los líquidos que hay en el trabajo ya llegan y se sientan y uno ahí se arriman los niños es cuando les agarra esa infección por lo mismo por lo que le ponen el tratamiento de las plantas los químicas y todo por eso se enferman a veces por eso se enferman los niños” (*Julia*).

#### *CONDICIONES AMBIENTALES Y SALUD-ENFERMEDAD.*

En forma recurrente las mujeres consideraron que las condiciones ambientales son las principales causas de enfermedad en la comunidad, especialmente para los niños, ya que hay una gran cantidad de polvo en el ambiente en toda el área lo que provoca diversos problemas de salud.

“.....Pues por el ambiente ¿no? el polvo, la suciedad, la tierra aquí en el poblado por más que uno quiera tener limpio no porque otro día vuelve a hacer tierra y así [...] Pues por la tierra por eso se enferman mucho porque la tierra tiene mucha suciedad, de ahí viene la diarrea” (*María*) ”

Ya que, parte de esta comunidad se asentó de forma irregular, y pese a diversas gestiones de la misma, existe carencia de servicios urbanos, lo que provoca que la comunidad haya establecido diversas prácticas como construir parte de su drenaje, o —colgarse de la luz para subsanar su situación. Sin embargo, a la vez ha generado problemáticas sanitarias, principalmente enfermedades diarreicas y en casos graves la muerte por electrocución, principalmente de niños.

“.....Hay un drenaje destapado por allá yo digo que estaba mal eso porque también acarrea muchas infecciones” (*Josefina*)

“....Pues los niños a veces cuando llueve por los alambres que tengo de electricidad. Y este hay muchas ponen alambres para poner la luz, entonces este los niños cuando llueve se

meten a agarrar sapos o juegan [...] pos como caen los cables al agua pos les da corto ya ahí quedan prendidos los niños [...]" (*Norma*)

Los habitantes si bien conocen el riesgo por la toma eléctrica, legitiman sus prácticas por las necesidades de su familia, especialmente por sus hijos,

".....Que no nos debemos disque colgar pues en los postes, porque no tenemos derecho a eso, pero cómo vamos a vivir si los niños sufren de calor, en tiempo de calor, falta si quiera un abanico o algo para que no sufran ellos, porque les sale mucho sapullido en tiempo de calor, son ellos que sufren, en cambio uno pues, ya uno ya está viejo, dijeran, ¿Pero ellos?" (*Ramona*)

#### *ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD*

Si bien en la comunidad existe un centro de salud, así como una unidad del instituto Mexicano del Seguro Social, a los cuales refieren las entrevistadas que han utilizado en algún momento, expresaron inconformidad con tales instituciones de salud, ya que desde su perspectiva no responden a sus necesidades, ya sea por falta o retraso en la atención, especialmente en su componente personal.

".....Nada, no lo atienden ahí está uno [...] Ahí van y tardan nomas llegas y hay estas sentada [...] hasta varias horas" (*Rosa*)

"No lo atienden ahí, te dejan [...] Te hacen sufrir un ratito hasta ni te llamen" (*Aurelia*)

Por lo anterior, cuando las mujeres al establecer un diagnóstico de poca gravedad ante las enfermedades suelen y prefieren utilizar distintas prácticas de atención tradicional antes de acudir al centro de salud, tales como automedicación o —remedios caseros.

Ustedes dicen que una (pastilla) ¿Quién les dice que una?

"....Pues compro ahí en la tienda [...] Nosotros mismos solos (risas)... (*Nora*)

"Antonces agarré agarro yo le pongo a hervir el epazote, la yerbabuena... y luego el orégano... y este luego como el orégano... y una raja de canela... y ya eso es para el pa los pujos, y luego eso y si no le cai eso antonces le digo que yo les doy la maicena, les doy el agua o la soda y unas gotas de limón... y ya" (*Paula*).

Lo anteriormente expresado por las mujeres, sugiere una articulación entre el proceso de medicalización y las prácticas tradicionales de atención, mediadas por las experiencias previas en las instituciones de salud y sus prácticas culturales. A la vez reflejan la efectividad de dichas intervenciones para solucionar sus padeceres.

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Puesto que la población de estudio comparte las características de ser mujeres, migrantes, de bajo estrato social, jornaleros(as), en las conclusiones podemos develar cómo se articulan los determinantes con el proceso salud enfermedad atención; en el entendido que los determinantes se interrelacionan en un complejo entramado, su desarticulación nos proveerá de una mirada parcial al fenómeno de estudio, por ello si bien se presentan de esta última forma la lectura integral de la situación de vida de estas mujeres y sus familias nos brindarán la posibilidad de comprender los saberes y prácticas de esta comunidad.

A la vez este estudio cualitativo presenta limitaciones, ya que al entrevistar solo a mujeres perdimos la voz de los varones en este proceso, lo que de acuerdo a Menéndez (2009) es inadecuado, ya que todo proceso salud enfermedad solo se da a través de relaciones sociales, donde existen una diversidad de factores significativos, y por ende solo a través de la incorporación de los mismos podemos estar en condiciones de aventurar resultados de mayor significancia.

### PROPUESTAS:

- ❖ Canalizar a los servicios de apoyo y asesoría legal para los casos de violencia intrafamiliar
- ❖ Requerir apoyo de las autoridades educativas para los estudiantes que no acuden y/o no lograron ingresar a la escuela primaria, secundaria y preparatoria.
- ❖ Solicitar el apoyo del municipio para la eliminación de maleza, raspado y regado de calles para atenuar de esta manera la contaminación por polvo, enfermedades diarreicas, alergias entre otras enfermedades.
- ❖ Solicitar la participación de la Secretaría de Salud para la prevención de dengue y promoción a la salud para prevenir las enfermedades diarreicas.

- ❖ Promover la creación de grupos de autoayuda de alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos para la prevención de adicciones.
- ❖ Promover la participación de las autoridades municipales para la creación de espacios recreativos (canchas de juegos, áreas de juego para los niños y jóvenes).

Reflexión final: La investigación se configura en una puerta de entrada que permite percibir esas perspectivas y también en un puente que aproxima al profesional de enfermería a la cotidianeidad de las personas para aprender de ellas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS y WEBGRAFÍA (CITADAS Y CONSULTADAS)

Álvarez R. (et al) (1998). Salud pública y medicina preventiva. México. ED. El manual Moderno.

CASTRO, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

Evans, R., Barrer, M., Marmor, T. (1996). ¿Por qué una gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos Ediciones.

Frías Osuna, A., Palomino Moral, P.A. 2000. "Concepto de Promoción de Salud". En Frías Osuna (Coord.), Salud pública y educación para la salud. 1ª Edición. Barcelona: Masson Ediciones.

Galarza, E., M.L. (2001). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud", en Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones.

Hernández, T. I., Arenas, M. M. L. y Valdez, S. R. (2006). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev Saúde Pública 2001;35(5):443-50. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor., México

Klainberg M. (et al). (1998) Enfermería para la salud comunitaria. Colombia: Mc Graw – Hill.

LEININGER, M. (1988). "Special Research Report: Dominant Culture Care (EM1C) Meanings and Practice Findings from Leininger's Theory." Journal of Transcultural Nursing, 9:2, January to June, E.U.

La promoción de la salud y los Determinantes Sociales de la Salud. Recuperadode:[http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema\\_memorias\\_confpes2012/downloads/Plenarias/Plenaria\\_II/Archivos\\_Plenarias/La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%](http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Plenarias/Plenaria_II/Archivos_Plenarias/La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%20)

20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud\_Orielle%20Solar-  
Universidad%20de%20Chile-Chile.pdf. Consultado el día 06 de Agosto del 2014.

Mari-Klose, M. (2008). Informe sobre la inclusión social en España. Barcelona: Caixa Catalunya. RIS, VOL.72. EXTRA 1, 71-91, Junio 2014. ISSN: 0034-9712. doi: 10.3989/ris.2013.02.16

<http://apsredes.org/site2013/wpcontent/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>, Consultado el 15 de Diciembre de 2014.

Marriner, Tomey, A. (2010). Modelos y teorías en enfermería, Quinta edición, Indiana.

<http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/>, consultada el

Ponce S. (2009). Temas de salud pública. Sonora. ED. UniSon.

PROGRAMA DE COMUNIDADES SALUDABLES. Consultado en:[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades\\_saludables.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf) el día 06 de Agosto del 2013.

López, A. O. Oliva López Arellano, Escudero, J.C, Carmona; c. L. (2014). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES\*. UAM. México

San Martín, H. (1995). Salud y enfermedad, México: La prensa médica mexicana.

Sánchez MP. 2003. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid: Díaz de Santos Editores.

Santos, P. H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Ene 29] ; 37(2): Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es).

Silberman, M., Moreno, A. L., Kawas, B. V., González, A. E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Ene 29] ; 56( 4 ): 24-34. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es).

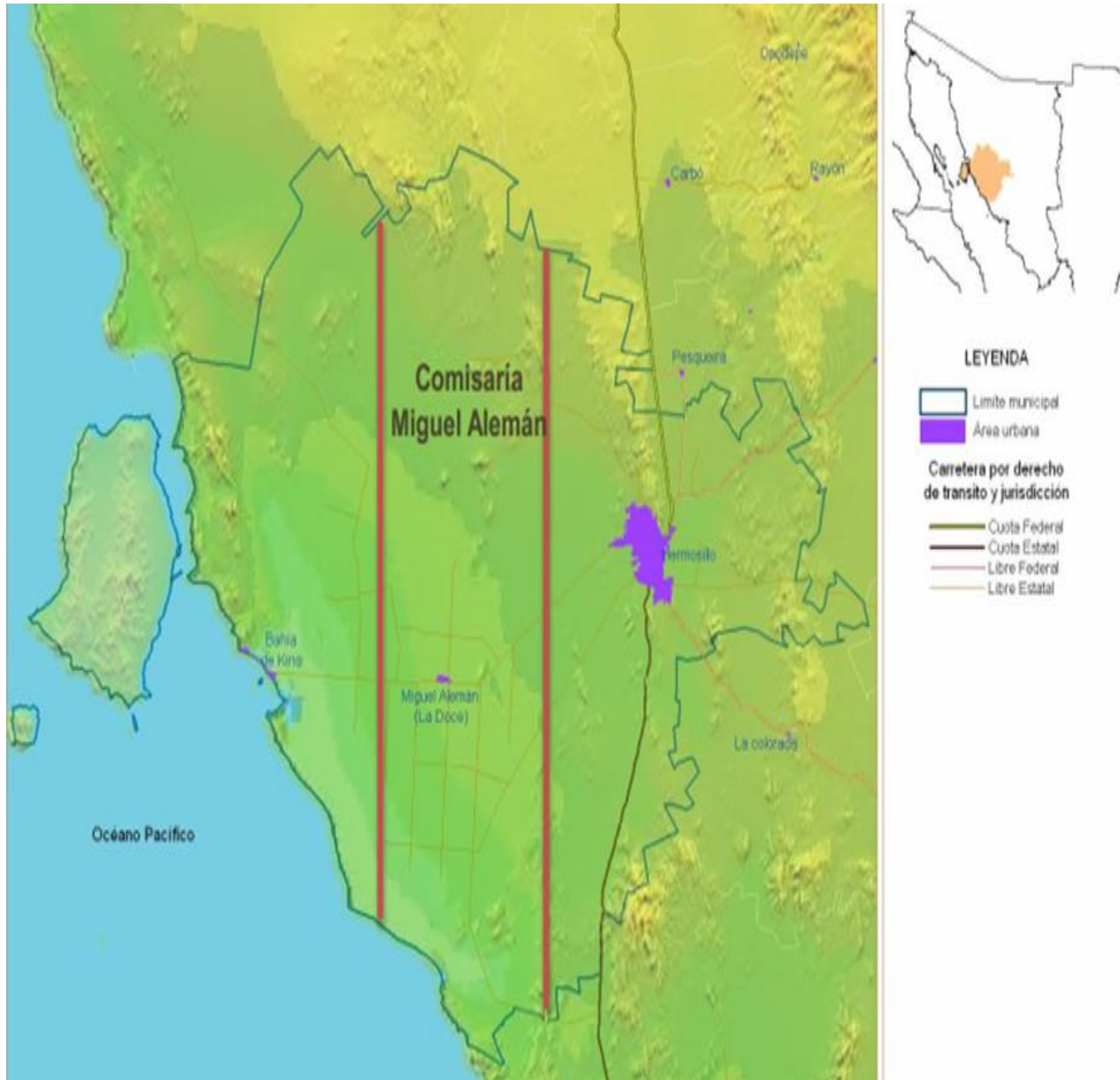
Teoría enfermera la enfermería transcultural: pasado... – RUA  
rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5115/1/CC\_07-08\_15.pdf de RE Spector - 2000

Menéndez, E., Zolla, C. (2006). Saberes de mujeres y varones triquis respecto de la crianza de sus hijos: cambios y continuidades generacionales. *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, enero-abril, 2006, pp. 47-59, Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014 en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120105>.



## ANEXOS

### 1. ZONA GEOGRÁFICA



2.

## FOTOGRAFÍAS











### 3. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO											
	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MA	JUN	JUL
Presentación con autoridades de la unidad receptora y recorrido de las instalaciones	■											
Recorrido de la comunidad y levantar censo	■	■										
Elaboración de croquis			■									
Planeación de actividades				■								
Aplicar encuestas y caracterizar la situación sociodemográfica de la población seleccionada				■	■							
Identificar los determinantes sociales relacionados con la cultura y las prácticas de salud de las mujeres madres de familia						■	■					
Realizar estrategias de intervención en las prácticas de salud, de acuerdo a los determinantes identificados								■	■	■		
Elaboración del informe final											■	■

ACTIVIDAD REALIZADA



ACTIVIDAD NO REALIZADA



4. INSTRUMENTOS:

A) *GUION DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA*

**GUÍA DE ENTREVISTA PARA CONOCER LOS SABERES DE MADRES/PADRES/CUIDADORES DE FAMILIA RESPECTO A LOS DIVERSOS PADECERES EN SU COMUNIDAD Y FAMILIAS.**

Debido al carácter de análisis de los saberes, esto es representaciones y prácticas (Menéndez, 1986) la entrevista se llevara al menos en dos sesiones: 1) Exploración inicial y 2) Explorar propiamente los saberes de las mujeres.

**Datos sociodemográficos**

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Tiene parientes que vivan en la comunidad?: \_\_\_\_\_

¿Quiénes? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto vive en el poblado?: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos?: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia ha padecido alguna enfermedad en los últimos seis años?:  
\_\_\_\_\_ ¿Cuál (es)?: \_\_\_\_\_

Quien vive en su casa

Nombre	Sexo	Edad	Ocupación	Lugar de nacimiento	Comentarios

## **Sesión 1.**

El objetivo de la primera sesión se centra en conocer las representaciones de salud/enfermedad y explorar cuales son los padecimientos y problemas a los que se enfrentan las mujeres/hombres del grupo familiar.

Tiempo estimado: 45 a 60 minutos.

1. Dar oportunidad a las participantes de sentarse libremente, y si es posible buscar que sea en medio circulo.
2. presentación del equipo de trabajo y exposición de motivos para estar con las mujeres
3. la persona que dirige la entrevista iniciará preguntando por tópicos generales:
  - a) Me podría platicar ¿Qué es estar sano para usted?
  - b) Y ¿Que es estar enfermo?
  - c) Ahora nos gustaría que nos dijera ¿Cuáles son los problemas de salud que han visto que se presentan en el poblado?
  - d) Y ¿en su familia cuáles son los problemas que ha tenido?

## **Sesión 2**

En base a la información que se analizó de la primera sesión se busca conocer dos aspectos:

- 1) Representaciones de los padecimientos
- 2) Prácticas de atención

## Representaciones de la enfermedad

Las preguntas se centraran en relación al grupo o enfermedad específica, por lo cual será necesario volver a las mismas una vez que se cambie de enfermedad.

Tema	Preguntas
Noción-concepto	¿Me podría decir que es...? ¿Alguien le explicó que es la enfermedad?, ¿Qué le dijo?
Causas-etología	¿Por qué se enferman de...? ¿Cómo se dio cuenta que le estaba pasando algo?
Expresión de la enfermedad-sintomatología	¿Cómo se presenta la enfermedad en el cuerpo?
Consecuencias-complicaciones	¿Qué le puede pasar a la persona que se enferma de...?
Prevención	¿Se puede evitar de lo que se enfermó? ¿Qué hace usted para evitar que se enferme de...?

## Prácticas de atención

Tema	Preguntas
Práctica de atención	¿Cómo se dio cuenta de que se estaba enfermando de...?
	¿Qué hizo usted una vez que se dio cuenta de que estaba enfermo?
	¿Y después que pasó? ¿Y luego que pasó?