

Educación y salud reproductiva en la biosfera de Calakmul, Campeche

Selene Álvarez*
y Mauricio Ortiz**

En México existe un importante desencuentro entre la precaria salud reproductiva de la población y la educación que ofrece la red nacional de servicios. Un alto porcentaje de los 24.5 millones de mujeres en edad reproductiva vive en situaciones de pobreza, marginación y alto riesgo: tasa de fecundidad elevada (3.2%), atención a partos inadecuada (sólo 70% con médico, enfermera o partera), alta demanda insatisfecha del control de la fertilidad (66%), espaciamiento inadecuado de embarazos, embarazos tempranos y tardíos, abortos,¹ sida, otras enfermedades sexuales transmisibles y atención tardía del cáncer mamario y cérvico-uterino. El índice de mortalidad materna² es

* Centro INAH Veracruz.

** Grupo Consultor Cíclope, S.C.

¹ Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Perú y República Mexicana, AGI, 1992. Citado por Instituto Guttmacher, *Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994.

² "Mortalidad materna", en *Sistema Nacional de Salud. La salud de la mujer en México. Cifras concentradas*, México, Programa Nacional, Mujer, Salud y Desarrollo, 1990.



Petros Pharamond Blanchard, *Vigilando el horizonte*, 1838, acuarela.

de 110 por cada 100 000 nacidas(os) vivas(os) y el grupo de 15 a 24 años aporta el 19.4% de las defunciones.³ Los servicios de salud proporcionan información (básicamente de contracepción)⁴ sin tomar en cuenta la desventaja social y cultural de las mujeres, sobre todo de aquellas que están en mayor riesgo reproductivo: analfabetas o que no hablan español.⁵ Además, en el campo mexicano existen múltiples problemas de accesibilidad por distancia, costos, lenguaje, cultura y por desconfianza y mal

³ Instituto Nacional de Perinatología, *Anuario Estadístico 1990*, México, 1990.

⁴ J.P. Kirscht, "Preventive health behavior: A review of research issues", en *Health Psychol*, 1983, núm. 2, pp. 277-301. L.W. Green, M.W. Kreuter, S.G. Deeds, K.B. Partidge, *Health Education Planning. A Diagnostic Approach*, USA Mayfield Publishing Co., 1980.

⁵ El Cairo y más adelante: cómo enfrentar los retos administrativos críticos. Estrategias para el mejoramiento de los programas y servicios. Actualidad Gerencial en Planificación Familiar, 1994, III(4):1-8.

trato por parte de los servicios, que minan la posibilidad de utilizar la educación como un instrumento de prevención y mejoramiento de la salud reproductiva. La difícil situación social y el desencuentro aludido impiden la estimulación de prácticas que redunden en la salud reproductiva.

Existen múltiples experiencias de educación para la salud: alternativas, multicanales y culturalmente significativos.⁶ El proyecto Población y Medio Ambiente en la Biosfera de Calakmul agrega a las expe-

⁶ S. Álvarez-Larrauri, "Un experimento educativo-comunicativo para fomentar el uso de la terapia de hidratación oral. Promotion and Education", 1994, I(4), pp. 22-6; S. Álvarez-Larrauri *et al.*, "Aprendiendo a prevenir la deshidratación en comunidades alejadas y mercados mexicanos", *Soc. Sci. & Med.*, 1994, 38(11), pp. 1499-1508; S. Álvarez-Larrauri, "Cultura de prevención de enfermedades sexuales transmisibles y embarazo en adolescentes", en *Dimensión Antropológica*, 1998, vol. 12, pp. 77-98. N. Ehrenfeld-Lenkiewicz, "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada", en

riencias propiamente educativas, la organización y acción social para la creación de un ambiente institucional y comunitario que fomente y respalde las decisiones de las familias en materia de salud reproductiva. Atiende a las razones principales del desencuentro entre servicios y población a través de una nueva organización, y desarrolla procesos de aprendizaje específicos dentro de los servicios, en la comunidad, con las familias y con las mujeres solas.

Materiales y métodos

Se trabajó en la selva de Campeche, en 75 comunidades indígenas y campesinas de 15 000 habitantes, con problemas de accesibilidad. El universo constó de 123 familias de tres comunidades representativas (dos indígenas y una campesina). La intervención fue de noviembre de 1997 hasta octubre de 1998. Los objetivos fueron lograr un proceso de aprendizaje significativo en población heterogénea, disminuir el acceso por problemas de pobreza y marginación, crear confianza, atender temores y prejuicios y ampliar las oportunidades de transmi-

Salud Pública de México, 1994, núm. 36, pp. 154-60. I. Shoham-Yakubovich, J.S. Pliskin, D. Carr. "The impact of a health education course on maternal knowledge: a comparative study in a low socioeconomic rural region", *Health Educ Q*, 1991, núm. 18, pp. 145-50. H.C. Stevenson, K.M. Gay, L. Josar, "Culturally Sensitive AIDS. Education and Perceived AIDS Risk Knowledge. Reaching the Know-It-All Teenager", en *Aids Education and Prevention*, 1995, núm. 7 (2), pp. 134-44.



tir un conocimiento que fuera instrumento preventivo para la salud de las mujeres. Se llevó a cabo una investigación de educación para la salud cuasi-experimental y multicanal, conceptualizada como un trabajo con seres bio-culturales (*habitus*),⁷ organizados socialmente y en situaciones de vida complejas y desventajosas, dentro de las cuales hay que ubicar e instituir el proceso de aprendizaje y las metas a lograr.⁸

El aprendizaje planeado para tomar decisiones en familia (metas a lograr), que promueva la salud reproductiva, se concibe como una modificación constructiva.⁹ Se tra-

⁷ P. Bourdieu, L. Wacquant. *Responses*, Paris, Editions Seuil, 1992.

⁸ *Habitus* se refiere a la estructura mental que tienen los seres humanos que viven en distintas culturas, la cual es producto de su proceso de socialización. Se trata de un principio de organización del mundo que está internalizado por los individuos y que es resultado de su experiencia personal, pero que está socialmente constituido. Este principio está formado por visiones, sentidos y significados diversos y funciona como guía de las prácticas de los sujetos ante las situaciones diversas a las que se enfrentan cotidianamente. Así, nuestro ámbito de trabajo para la educación son las percepciones, los significados y la organización del mundo de los *habitus*, que guían sus prácticas, y que son a la vez individuales y colectivas.

⁹ J. Berbaum. *Aprendizaje y formación. Una pedagogía por objetivos*, México, FCE,

ta de un cambio que parte de la visión del problema y la experiencia del *habitus*, pasa por la adquisición de conocimientos y habilidades específicas, desembocando en una nueva práctica y un cambio en las redes de significados del entorno social que respalde o por lo menos no entorpezca las decisiones y las nuevas prácticas. Las situaciones de aprendizaje¹⁰ se diseñaron para permitir el fortalecimiento de las mujeres campesinas e indígenas para tomar decisiones, junto con sus parejas o individualmente, en beneficio de su salud reproductiva, contando con el apoyo de la comunidad y los servicios. El proceso educativo se realizó en cuatro contextos distintos: servicios de salud, comunidad, secundaria y familias.¹¹

Se ofreció un curso para detectar y prevenir riesgos; también se hizo labor educativa con tres médicos de las clínicas institucionales, tres auxiliares de salud, tres jóvenes de la secundaria y ocho parteras. Se utilizó la metodología, las situaciones de aprendizaje, técnicas, mate-

1988; B.F. Díaz, "El aprendizaje significativo desde una perspectiva constructivista", en *Educar*, 1993, núm. 1(4), pp. 23-36.

¹⁰ Usher R. Bryant I., *La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo*, Barcelona, Morata, 1992.

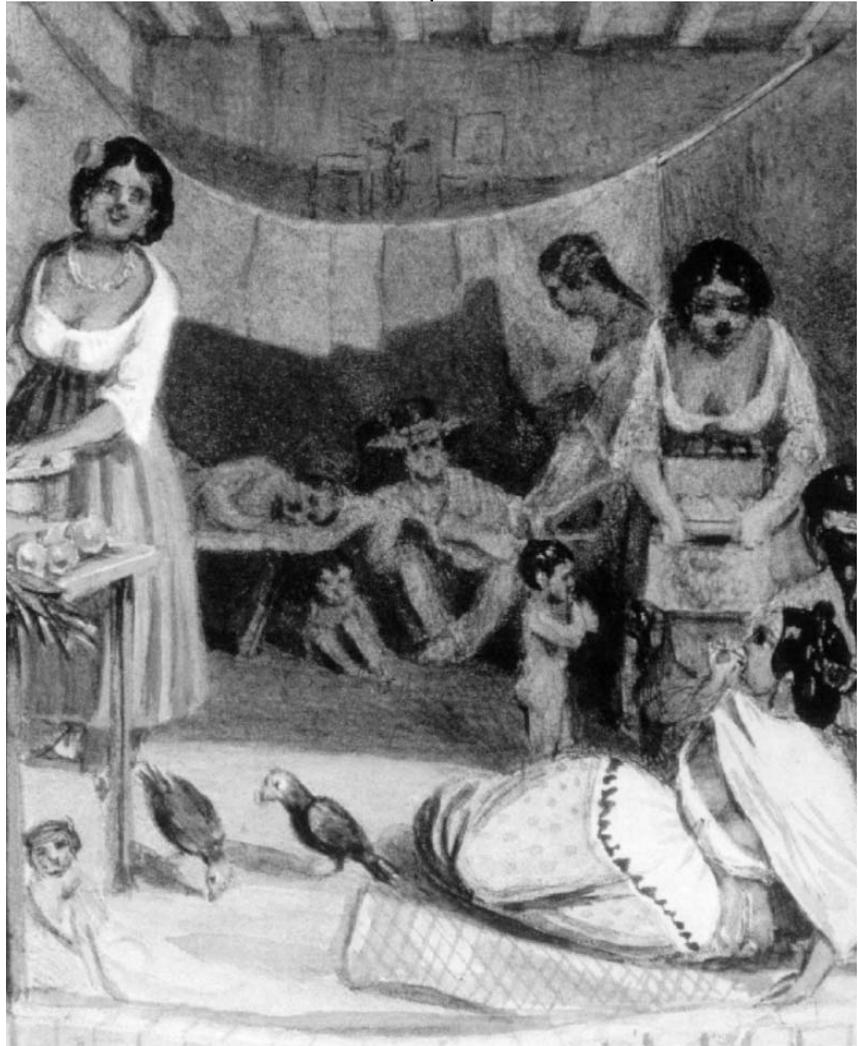
¹¹ La familia se conceptualiza como el espacio social de reproducción de lo económico y de la visión que tiene cada *habitus*, es el lugar en el cual se desarrolla el proceso de socialización básica. Por otro lado, el proceso de socialización del *habitus* está íntimamente ligado también al entorno comunitario y a las instituciones educativas y de salud.

riales y canales, que tenían los mismos contenidos que posteriormente ellos replicarían en la secundaria y con las familias. Los distintos participantes diseñaron un manual del educador en salud reproductiva adecuado al contexto, utilizado posteriormente en la intervención, y traducido al idioma chol. La Secretaría de Salud nos proporcionó rotafolios, videos y llevó a cabo los análisis de papanicolau y las salpingoclasias.

Al empezar el trabajo se desarrolló un diagnóstico sobre la situación de salud, la economía, las instituciones, la organización social, la cultura y las normas religiosas, sociales y familiares. Ello nos permitió evaluar cómo cambiaban o interactuaban los distintos elementos sociales en las comunidades en relación al programa, y en especial en torno a los conflictos comunitarios preexistentes.

Para lograr la aceptación del tema de salud reproductiva, fomentar un entorno favorable para la creación de nuevas representaciones y prácticas que apoyaran las decisiones familiares, y lograr el compromiso de la comunidad, se realizó una presentación pública en cada comunidad. Esto nos permitió encarar rechazos y obstáculos, manejar conflictos y flexibilizar soluciones.

Se dieron cuatro pláticas en cada comunidad con dos objetivos: 1. crear concepciones y conocimientos de salud reproductiva que apoyaran la toma de decisiones familiares y/o individuales, partiendo siempre de las experiencias de



Petros Pharamond Blanchard, *Mujeres lavando*, 1838, acuarela.

los participantes y 2. lograr habilidades específicas que derivaran en prácticas que significaran una ventaja comparativa para la salud reproductiva. Los temas tratados fueron: a) Sexualidad, b) Embarazo, parto y puerperio, c) Planificación familiar y d) Enfermedades sexuales y cáncer. Cada plática empezaba con la problematización y la reflexión de las experiencias del auditorio. Se utilizaron técnicas participativas: diagrama de interacciones,

encuesta rápida e historias de vida. Se mostraron videos, rotafolios, el manual producto del curso y materiales radiofónicos. Para evaluar la comprensión general, los participantes elaboraron dibujos y sociodramas en los cuales describían cómo sus experiencias anteriores podrían mejorarse en beneficio de la salud con los nuevos conocimientos y habilidades adquiridos. Las sesiones cerraron con la técnica de la telaraña, que daba cuenta de



una evaluación general de la reunión. Las pláticas fueron replicadas para cada uno de los seis grupos de la secundaria que atiende la zona, y a la presentación del programa se invitó a maestros y padres de familia, solicitando su aceptación y compromiso, al igual que en la comunidad. Se trabajó con 150 adolescentes.

Cada mes se abordó un tema en todos los grupos y se emitieron mensajes relativos al mismo por la radio local, durante todo el mes.

Seguimiento y evaluación

Se llevó a cabo una evaluación de desarrollo con seguimiento cualitativo a través de entrevistas abiertas y registro de las sesiones del curso de capacitación, las pláticas a los distintos grupos y las visitas familiares. Se utilizó el diagnóstico como punto comparativo y a lo largo de las sesiones se trabajó con evaluación formativa detectando problemas, proporcionando apoyos necesarios para resolverlos y registrando las incidencias en el logro de las nuevas prácticas, o bien los obstáculos. Al final se realizó una evaluación sumativa.

Para monitorear procesos de resignificación y decisiones que derivaron en prácticas, así como para cuantificar estas respuestas nuevas en el ámbito familiar y/o individual, se escogieron aleatoriamente 64 mujeres (40% del total en las tres comunidades) y se conformó una *baseline* antes de la intervención educativa como evaluación diagnóstica de su salud, sus repre-

sentaciones y sus prácticas, que serviría de parámetro comparativo. Este número estuvo determinado por dos factores: abarcar la mayor parte de mujeres y la capacidad de atención del equipo. Conformaron la muestra 27 mujeres de 20 de Noviembre (comunidad maya), 13 de Nueva Vida (comunidad campesina) y 24 de Nuevo Campanario (comunidad chol). Incluyó tanto a mujeres que participaron en el proceso educativo comunitario, como a mujeres no participantes. Se recabó la información inicial de la *baseline* a través de entrevistas abiertas controladas con un cuestionario que se puso al día con una entrevista abierta mensual, durante los siguientes diez meses. Durante las visitas se realizaron sesiones de educación cara a cara para fomentar la realización de sus nuevas prácticas. Las prácticas-metas fue-

ron establecidas a partir de la situación de vida específica, las características y las necesidades de cada mujer, antes de la intervención educativa. Se trató de una decisión conjunta entre auxiliares de salud, mujeres y/o pareja y el equipo de trabajo. Las mujeres no embarazadas se agruparon en cinco distintas categorías: 1. *No planifica y no quiere* (NPNQ), la práctica buscada era que planificara sobre todo en el caso de tener muchos hijos, de necesidad de espaciamiento o que la mujer expresase que no había pensado planificar o que carecía de información. 2. *No planifica y sí quiere* (NPSQ), la meta era atender la demanda insatisfecha. 3. *Usa sin problemas* (US), la meta era que tuviera más información sobre su situación específica de salud y que se practicara el papanicolau participando en las excursiones organizadas con

MUJERES EN LA LÍNEA DE BASE DE ACUERDO CON EL GRUPO INICIAL Y RESPUESTA ESPERADA			
Núm. mujeres	Comunidad	Grupo	Tipo de respuesta buscada
9	Nueva Vida	1. NPNQ	Planificación familiar
0	Nueva Vida	2. NPSQ	Satisfacer demanda
1	Nueva Vida	3. US	Papanicolau
1	Nueva Vida	4. NUM	Papanicolau
2	Nueva Vida	5. UC	Atender efectos
10	Campanario	1. NPNQ	Planificación familiar
3	Campanario	2. NPSQ	Satisfacer demanda
8	Campanario	3. US	Papanicolau
1	Campanario	4. NUM	Papanicolau
2	Campanario	5. UC	Atender efectos
7	20 Noviembre	1. NPNQ	Planificación familiar
4	20 Noviembre	2. NPSQ	Satisfacer demanda
8	20 Noviembre	3. US	Papanicolau
8	20 Noviembre	4. NUM	Papanicolau
0	20 Noviembre	5. UC	Atender efectos

Fuente: Seguimiento del grupo de madres nominado *Baseline* del Proyecto Población y Medio Ambiente en la Biosfera de Calakmul, enero-septiembre 1996.



Petros Pharamond Blanchard, *Convivencia porteña*, 1838, acuarela.

la comunidad para acudir al Centro de Salud de Xpujil. 4. *No usa y está en un proceso menopáusico* (NUM), la meta era que se realizara el papanicolau. 5. *Usa con problemas* (UC), la meta era atender los efectos secundarios para que siguiera planificando.

Al finalizar la intervención se clasificó y codificó cada caso, según lograra o no la meta. Se realizó un análisis de estadística no paramétrica (Xi cuadrada), para ver qué variables resultaban significativas en el logro de metas. Se utilizó el programa EPIINFO.

Las nuevas respuestas esperadas en el caso de los adolescentes eran que aumentaran sus conocimientos; que si tenían relaciones sexuales o empezaban a tenerlas, se protegieran ejerciendo su sexualidad de manera responsable; y que supieran cómo no exponerse a situaciones de riesgo. Estos logros fueron evalua-

dos de manera cualitativa para determinar las tendencias, ya que la cuantificación de las prácticas relacionadas con su sexualidad no fue posible.

Resultados

Los auxiliares de salud, promotores jóvenes y parteras adquirieron los conocimientos y las habilidades de seguimiento riguroso, detección, atención y prevención de situaciones de riesgo. Asimismo, aprendieron a educar a las mujeres en los temas relativos a su salud aplicando la misma metodología utilizada en el curso.

El personal médico y enfermeras aprendieron a entender las visiones de la población y a trabajar sobre éstas en sus intervenciones, tanto educativas como de atención.

En las comunidades, el rechazo explícito al programa de planifica-

ción familiar disminuyó, ponderando y priorizando la salud reproductiva como problema comunitario. Asimismo, se logró el compromiso público de la comunidad para apoyar el programa, lo cual derivó en una alta participación de mujeres, hombres y niños en las pláticas.

Los cambios en los contextos de significado en las comunidades trabajadas se reflejaron en nuevas organizaciones. Fue el caso de su participación en los viajes colectivos (pago de transporte y almuerzo) a la clínica para la realización del papanicolau de 63 mujeres y los fondos colectivos creados por cada comunidad para las emergencias de partos.

No toda la comunidad participó de la misma manera; hubo grupos que no estuvieron de acuerdo. Ello obedeció más a conflictos previos en las comunidades que a un rechazo al proyecto en sí. Se trató sobre

todo de conflictos religiosos, de intereses y con el personal de salud.

Durante nuestra estancia hubo cinco mujeres embarazadas en las tres comunidades, las cuales se aplicaron la vacuna de tétanos por primera vez. Anteriormente no lo habían hecho debido al costo, por el temor de ser mal atendidas y por evitar un compromiso con la clínica de tener el parto ahí. Hubo dos embarazos no deseados por problemas con una auxiliar de salud y abasto.

La falta de capacitación técnica del personal que atiende el programa oficial, tanto de auxiliares como médicos que hacen su servicio social en las clínicas, incide de manera importante en la atención a los problemas de salud reproductiva. Por ejemplo, un bebé murió en el parto por falta de atención oportuna en la clínica e incapacidad de la partera de atender la complicación. Otro ejemplo es la incapacidad para atender la demanda, pudiendo manejar efectos secundarios de los métodos anticonceptivos o situaciones como la de dar opciones de contracepción durante la lactancia.

La tendencia de no ir a la clínica durante el parto no se pudo contrarrestar del todo. Las razones de este desencuentro son principalmente económicas y de confianza. Las mujeres prefieren las formas de atención tradicionales (con partera o solas), ya que implica confianza y respeto. Hay un explícito rechazo al maltrato, a parir acostadas, a que les hagan cesárea y a la episiotomía.

El logro de la planificación tan-



Karl Nebel, *Gente de tierra caliente*, siglo XIX, litografía (detalle).

to temporal como definitiva fue difícil y requirió de constancia y apoyo. Una de las principales razones expresadas por las mujeres para no planificar fue el temor a los efectos secundarios provocados por las pastillas. Hubo quienes ya las habían tomado y les cayeron mal. Otras habían oído hablar de esos efectos y las rechazaban sin haberlas usado. Otros motivos citados fueron que las pastillas adelgazan o engordan, el miedo a las inyecciones, el temor de que el DIU produzca úlceras, o se caiga, el no querer ser “rajadas” en la operación, no conocer los métodos y el hecho de que el marido no está de acuerdo, o no las deja ir a Xpujil. La oposición tajante del marido fue un factor

muy difícil de contrarrestar, incluso en casos en los que la mujer expresaba la necesidad de planificar y se mostraba decidida.

La incomunicación entre las parejas incide también en la posibilidad de usar condón. En el caso de las mujeres lactantes era una opción que fue practicada sólo por una pareja.

La prohibición religiosa fue un elemento de peso en el conflicto de ya no querer tener más hijos y no poder practicar la contracepción. Sin embargo, en la mayoría de los casos las mujeres privilegiaron su salud a través de las visitas. Sólo parte de ellas que se vieron expuestas públicamente por un incidente retrocedieron ante su decisión.

Existe un problema para la toma de decisiones más estructural en relación a la función prioritaria de ser madre que es asignada socialmente a la mujer. De esta función se derivan sus principales satisfacciones emocionales y su reconocimiento social, aunque implique un trabajo arduo y prácticamente una ausencia o una disminución de la importancia de proyectos propios (si es que éstos existen), especialmente en las mujeres choles. Por lo anterior, tomar una decisión de planificación implica en la mayoría de los casos una resignificación de esa función, ya que las mujeres lo relacionan con una pérdida de sentido en su vida, que no se sustituye con otra nueva.

En los adolescentes se logró fomentar actitudes favorables a la sexualidad y asentar con claridad la responsabilidad tenida hacia su

propia salud reproductiva. Se descartaron prejuicios, creencias erróneas y se ponderó la importancia de la comunicación padres-hijos. No sabemos si influimos en que retrasen el tener relaciones sexuales, pero sí podemos afirmar que aprendieron a manejar situaciones de riesgo. Estos procesos son más difíciles de seguir por las barreras comunicativas con los jóvenes y porque la relación con ellos se desarrolló en una situación de institucionalidad. Con los jóvenes promotores que se capacitaron la comunicación fue muy distinta: se lograron registrar algunos de los cambios y prácticas, en especial en el uso del condón. El problema para este grupo es que los servicios no los tienen contemplados como población específica y no hay quien les proporcione condones.

En general el trabajo con los jóvenes fue productivo en cuanto a conocimientos y habilidades. Sin embargo, en el primer monitoreo se detectaron dificultades para la comprensión de los contenidos, ya que existen problemas de alfabetización y de castellanización. A través de la evaluación formativa se reforzaron los aprendizajes. Por otro lado, detectamos que a la secundaria acuden solamente los jóvenes cuyos padres se pueden dar el lujo de apoyarlos, quedándose fuera la mayoría de los adolescentes de la zona.

En cuanto al monitoreo y análisis cuantitativo de las respuestas nuevas esperadas en el grupo de mujeres de la *baseline*, se lograron nuevas representaciones y prácticas

que derivaron en una ventaja comparativa para la salud reproductiva de 40 de las 64 mujeres (65%). Del total de respuestas nuevas, 32 fueron en mujeres en edad reproductiva y 8 en mujeres que ya están en procesos menopáusicos. De las 32 mujeres, 18 no estaban planificando y empezaron a hacerlo. Hubo 6 que tenían como meta la operación pero no quisieron realizarla por temor o por sus ideas religiosas. Por otro lado sí empezaron a planificar, por lo que se consideró su respuesta como nueva. Las respuestas sobre practicarse el papanicolau se cumplieron en un 66%. Se detectaron dos metaplasias e infecciones en un 75% de las mujeres, mismas que fueron tratadas por los servicios de salud.

El análisis de estadística no paramétrica (Xi cuadrada) señaló que variables fueron significativas en el logro de las metas. El haber asistido a la presentación y las pláticas (5 en cada comunidad), así como el haber tenido ya una experiencia de planificación familiar en algún momento previo, fueron las únicas de 25 distintas variables controladas durante el proceso que mostraron una asociación estadísticamente significativa: $p < 0.0001$.

Discusión

Es importante hacer un seguimiento y evaluación más puntilloso de los procesos de decisión de las parejas y los adolescentes para conocer más cómo se van resignificando e incidiendo en las prácticas.

Es necesario investigar más so-



bre cómo la red de apoyo familiar en el embarazo y el parto influyen en las decisiones y sobre todo en que las mujeres rechacen ir a la clínica a los seguimientos y los partos.

Es necesario abrir opciones para fomentar la comunicación en pareja, entre padres e hijos y entre maestros y alumnos.

Es muy importante que la capacitación para educar y prevenir se proporcione a médicos y parteras. Es urgente encontrar respuestas alternativas a la demanda insatisfecha, especialmente para mujeres que no planifican, y quieren hacerlo, debido a los efectos secundarios, a que están lactando, o tienen prohibiciones religiosas.

Asimismo, es importante que los adolescentes tengan acceso a los servicios para que los cambios de representaciones y las nuevas prácticas encuentren un apoyo institucional.

Hay que enfrentar la necesidad de apoyo y trabajo con las mujeres en la creación de otras alternativas frente al rol de la maternidad, para que puedan tomar decisiones en sus vidas.

Es necesario replicar el programa en las escuelas primarias que están en las comunidades y capacitar también a los maestros de estas escuelas, quienes además son bilingües.

