

Artículo original

Salud reproductiva en mujeres wixaritari, 2004, y comparación con la información de la ENSA 2000 y ENSANUT 2012

Morales-Rodríguez J.A.

Médico de urgencias en el Hospital Comunitario de Colotlán de la Secretaría de Salud Jalisco.

Resumen

Objetivo. Realizar un diagnóstico de la salud reproductiva de las mujeres wixaritari del estado de Jalisco durante el 2004 y comparar dicha información con la reportada de la población indígena en la ENSA 2000 y ENSANUT 2012. **Material y métodos.** Estudio transversal que se realiza en el año 2004 aplicando un cuestionario a una muestra de mujeres wixaritari en edad fértil del estado de Jalisco. Se solicitó autorización al Consejo de Ancianos para la realización del trabajo y todas las participantes firmaron una carta de consentimiento informado. Los resultados fueron comparados con la información de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 y 2012. **Resultados.** La edad promedio de la menarca, inicio de vida sexual activa y menopausia fue de 13.7, 15.7 y 40.5 años, respectivamente. El promedio de embarazos fue 5.6, y la media de edad del primer embarazo de 17.9 años. El 36.8% ha presentado al menos un aborto. El 73.6% de los partos se han atendido en casa. La media de amamantamiento fue de 19.3 meses. La proporción de mujeres que tiene información sobre métodos anticonceptivos fue del 47.2%, sobre cáncer cervicouterino en el 49.4%, de cáncer mamario en 24.5% y sobre infecciones de transmisión sexual en el 32.1% de los casos. Existe una gran brecha entre estos resultados y los reportados en las encuestas nacionales de salud para población indígena. **Conclusiones.** La información obtenida ayuda a adaptar los programas de salud a regiones donde los aspectos culturales influyen en la decisión de solicitar atención de salud; además, se identificaron diferencias entre esta información y la de la población indígena que reportan las Encuestas Nacionales de Salud.

Palabras clave. Salud de Poblaciones Indígenas, Servicios de Salud del Indígena, Salud Reproductiva.

Abstract

Objective. Conduct a diagnosis of the reproductive health of wixaritari women in the state of Jalisco and compare this information with that reported by the indigenous population in ENSA 2000 and ENSANUT 2012. **Methods.** Cross-sectional study carried out by applying a questionnaire to a sample of wixaritari women in fertile age in the state of Jalisco. Authorization was requested from the Council of Elders to carry out the work and all the participants signed an informed consent letter. Results. The average age of menarche, onset of active sexual life and menopause was 13.7, 15.7 and 40.5 years, respectively. The average number of pregnancies was 5.6, and the average age of the first pregnancy was 17.9 years. 36.8% have presented at least one abortion. 73.6% of births have been attended at home. The mean number of breastfeeding was 19.3 months. The proportion of women who have information on contraceptive methods was 47.2%, on cervical cancer in 49.4%, of breast cancer in 24.5% and on sexually transmitted infections in 32.1% of cases. In addition, some beliefs and practices on these topics were obtained. **Conclusions.** The information obtained helps to adapt health programs to regions where cultural aspects influence the decision to request health care; in addition, differences were identified between this information and that of the indigenous population reported by the National Health Surveys.

Key words. Health of Indigenous Peoples; Indigenous Health Services, Reproductive Health.

1 "Wixárika" es el nombre original del grupo indígena mejor conocido como "Huichol"; sin embargo, en el presente trabajo se prefiere utilizar el primero por respeto, dado que el término "Huichol" es un término castellanizado no original que data de tiempos de la Conquista. Se pronuncia "virráríca", y es el gentilicio singular; el plural es "wixaritari", huicholes, y se pronuncia "virraritari".

Introducción

Los diversos componentes de la salud reproductiva van de la mano con la línea de vida, desde la educación sexual en la adolescencia; la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio en la edad adulta; hasta el cáncer cervicouterino y mamario en la madurez, sin olvidar las infecciones de transmisión sexual que se pueden presentar a lo largo de toda la vida.

Por ello, es necesario el acceso de toda la población a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva asequibles y aceptables, aunque implantar acciones de salud reproductiva en un país multiétnico y pluricultural puede tornarse complejo. El 70% de la población indígena de México vive en municipios rurales, y 96.5% radica en localidades marginadas, con escasez de servicios públicos, de fuentes de trabajo, de empleo remunerado, y en condiciones de precariedad, aislamiento y exclusión.¹

Con respecto a los wixaritari, uno de los grupos indígenas de México que conservan más puras sus tradiciones y el principal del estado de Jalisco, existen 38,020 que conforman el 0.5 % del total de indígenas nacional. Se encuentran distribuidos en los estados de Jalisco, Nayarit, Durango y Zacatecas. La orografía de la región donde viven es sumamente accidentada, con profundas barrancas que separan los cerros. La altitud media es de 1900 metros sobre el nivel del mar, con máximas de 3000 y mínimas cerca de los 500 metros. Estos contrastes dan origen a un terreno que forma parte de la Sierra Madre Occidental.² La población wixárika habita en forma dispersa, ya que todavía siguen manteniendo patrones mesoamericanos de dispersión en su hábitat, pues los asentamientos están condicionados por las mencionadas cuestiones naturales, así como por principios religiosos o místicos.³ Todo lo anterior influye en la definición que esta población realiza del proceso salud-enfermedad, donde es importante el mantenimiento del equilibrio físico, espiritual, religioso y social. Por ello, el personal de salud que labora en las unidades médicas y casas de salud de esta región debe estar sensibilizado en estas interpretaciones, creencias, tradiciones y prácticas para que no atente en su diario actuar contra la cosmovisión local.

Así, contar con información específica de temas de salud –reproductiva en este caso– permitirá realizar adaptaciones en las estrategias institucionales de salud para mantener y mejorar el nivel de salud de los wixaritari. Realizar comparaciones con los datos de las Encuestas Nacionales

de Salud para otras poblaciones indígenas fortalece la justificación de una atención específica y dirigida a dicha población. Para lo anterior, se plantea como objetivo realizar un diagnóstico de la salud reproductiva de las mujeres wixaritari del estado de Jalisco durante el 2004 y comparar dicha información con la reportada de la población indígena en la ENSA 2000 y ENSANUT 2012.

Metodología

Diseño de estudio. Estudio transversal que se realizó aplicando un cuestionario a una muestra de mujeres wixaritari del estado de Jalisco durante el año 2004. Con fines comparativos, se obtuvieron los resultados de los componentes de salud reproductiva en la población indígena estudiada en las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 y 2012. (No se utilizan los resultados de la encuesta del 2016 dado que su objetivo era conocer las condiciones nutricionales de la población y no incluye reactivos sobre salud reproductiva). Criterios de inclusión. Mujer wixárika con edad entre 12 y 49 años, con residencia habitual en el área indígena del estado de Jalisco y que acepte participar por medio de la firma de la carta de consentimiento informado para la inclusión de la información de las Encuestas Nacionales de Salud: pertenecer a una población indígena. Marco muestral y muestra. Se utilizó como marco muestral la totalidad de localidades del área indígena (n=555), wixárika, divididas en localidades pequeñas, medianas y grandes de acuerdo con la cantidad de mujeres de 12 a 49 años de edad que habitan en ellas de acuerdo al Estudio de Regionalización Operativa de la Región Sanitaria I Norte Colotlán de la Secretaría de Salud Jalisco, para el año 2004. Así, éste quedó conformado por 383 localidades pequeñas (menos de 5 mujeres en edad fértil [MEF]), 121 localidades medianas (5 a 10 MEF) y 51 localidades grandes (más de 10 MEF). En estas localidades habitaban 1250 MEF, y de ahí se obtuvo una muestra de 295 mujeres seleccionadas a aplicarles el cuestionario de aspectos reproductivos. Se calculó la muestra estratificada con el programa EpiInfo 2002, con un error del 10% y considerando un intervalo de confianza del 95%. La figura 1 y las tablas 1 a 3 desglosan esta información. Fuentes de información e instrumentos. La información se obtuvo de forma directa. Las preguntas se aplicaron en lengua wixárika. El cuestionario consta de ocho secciones (identificación, generalidades, embarazo, parto, anticoncepción, cáncer cervicouterino, cáncer mamario e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA). Dicho cuestionario fue sujeto previamente a una prueba piloto con mujeres indígenas wixaritari que radican fuera de la zona indígena. Además, se utilizó la información de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA

2000) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), pues tienen representatividad nacional y ofrecen información de las condiciones de salud de los mexicanos. Dado que estas encuestas incluyen variables que permiten identificar al encuestado como indígena, se posibilita la comparación de los datos obtenidos. La ENSA 2000 identificó a 4,542 mujeres indígenas de 12 a 49 años, y la edición de 12 años después, a 4,762.⁴⁻⁵ Análisis de datos. Se realizó un análisis univariado, obteniendo medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, así como proporciones para las cualitativas. Se utilizó el programa estadístico STATA v7.0 para ello. Aspectos Éticos. La naturaleza propia del estudio no involucró riesgo para los participantes. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Se obtuvo permiso de las autoridades –Consejo de Ancianos y Autoridades Tradicionales– y se elaboró una carta de consentimiento informado que se leyó en lengua wixárika previa aceptación de participar por medio de la impresión de la firma o huella digital de cada una de las participantes seleccionadas. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de las agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Resultados

Generalidades de la encuesta 2004

Se obtuvo información de 265 mujeres wixaritari (*mw*) con edades de 12 a 49 años ($x=30.2\pm 11.5$ años). 78% son unidas (casadas o en unión libre), 21% son solteras y 1% viudas. 52% no contaban con escolaridad, 29% habían acudido a la escuela por siete años o más y el resto (19%) lo habían hecho por uno a seis años. En cuanto a años de instrucción cursados en las *mw* que acudieron a la escuela, el promedio es de 6.4 (± 3.2). El 87 % de las mujeres encuestadas se dedicaba al hogar, 11% a estudiar y 2% trabajaban.

Etapas preconcepcionales

Casi nueve de cada diez *mw* (86.8%) sabía lo que es la menstruación, la cual *...sucede porque la luna empieza a avisarle a la mujer cuando cuenta con alrededor de 15 años de edad que ya está en edad de que tenga hijos... aunque sale sangre no es para preocuparse porque es normal, la luna se encarga de recordarle cada mes que ya está lista para tener hijos, pues una mujer debe tener hijos y la luna se encarga de que no se le olvide a uno eso...*

La menarca presentó una media de 13.7 años (± 0.9 , rango=12-15). En el 45.36% de los casos la descarga menstrual tenía una frecuencia de 30 a 45 días, menor a 30 días en el 22.68%, variable en el 20.62% de los casos, y de 46 a 60 días en el 11.34%. 34% no presentaba su ciclo menstrual al momento de obtener la información (41 % eran menopáusicas, 30 % aún no la iniciaba, 17 % se encontraba lactando y 12 % estaba embarazada).

El 81.51% ya tuvo relaciones sexuales, iniciando, en promedio, a los 15.7 años (± 2.7 , rango=12-30). El promedio de parejas sexuales de las *mw* que ya iniciaron su vida sexual activa fue de 1.2, con un rango de una a cuatro parejas en su vida (± 0.6).

Poco menos de la mitad (47.2%) de las *mw* conocían métodos anticonceptivos, tales como pastillas (43.2%), dispositivo intrauterino (23.9%), inyecciones (23.9%) coito interrumpido (3.4%), plantas (3.4%), y preservativo (2.2%). *Existen hierbas que sirven para que una mujer no se embarace, pero sólo las conocen los mara'akate² y muy pocas son las que las usan porque son para ya no embarazarse nunca y porque sólo el mara'akame sabe cómo se llaman, cómo son, dónde se encuentran y cómo se deben tomar... además, también lo que puede hacer el mara'akame cuando uno está embarazada y ya no quiere embarazarse es voltear la matriz cuando el niño nace, es decir, inmediatamente después de que nace el bebé el mara'akame voltea la matriz, donde sale el niño lo voltea para arriba y así pues uno ya no puede tener otro [bebé]...*

Aunque casi la mitad de las *mw* encuestadas tenía información de anticonceptivos, sólo el 9% usaba alguno. Las que usaban, lo hicieron por 25.6 meses en promedio (± 21.9 , rango=4-72). Las causas por las que no se utilizaban fue en el 38.2% de los casos por la presencia de efectos colaterales en un uso previo, 29.3% por ignorar cómo se usaban, 20.6% por no contar con pareja sexual, 5.1% porque se encontraban lactando, 3.4% por haber estado embarazadas y por oposición de la pareja o en etapa premenopáusica en el 1.7% para cada uno de ellos. *Muchas mujeres no hacemos nada para no embarazarnos porque dicen los esposos que depende de ellos tener hijos y cuántos y así deben ser todas las señoras...*

Etapas prenatales

Algunas *mv* mencionaron que se requiere, en promedio, 36.1 encuentros sexuales para que en condiciones

2

El "mara'akame" es el médico y sacerdote tradicional "wixárika". El plural es "mara'akate".

normales una mujer se embarace (± 107.8 , rango=1-365), aunque el 66.8% de las encuestadas desconoció dicha cantidad requerida. El 80.75 % de las *mw* se habían embarazado al menos en alguna ocasión al momento de encuestarlas. En promedio, la edad del primer embarazo fue de 17.9 años, con rango de 13 a 32 (± 0.1). Ellas, en promedio, se habían embarazado en 5.6 ocasiones (± 3.1 , rango=1-13).

El 63.2% de las *mw* encuestadas no habían presentado ningún aborto. De las que lo presentaron, en una ocasión había sido en el 38% de los casos; dos, 27%; tres, 19%; y cuatro y cinco abortos en 13 y 3%, respectivamente.

Nueve de cada diez mujeres estaban convencidas de la importancia de la revisión a una embarazada por parte de un médico, enfermera o promotor de salud. Lo mismo se opina con respecto a la atención por parte del *maràakame* y casi en la misma proporción (89%). *Es importante que el médico revise a una mujer embarazada porque ellos saben cómo va el bebé, porque como le escuchan el corazón saben si va bien o va mal, porque aunque todo vaya bien a la hora del parto puede haber complicaciones como que sólo salga un brazo o porque le baje o suba mucho la presión a la mamá... igual a lo que hace el maràakame, pues desde la primera vez que te sientes mareada debes verlo para que diga si estás así porque traes un bebé o por otra enfermedad... ya que él ve cómo está creciendo por dentro el bebé, si está creciendo bien o no, pues él entiende lo que pasa con el bebé que está adentro de la mamá... porque si no la revisa se puede atravesar o enredar con el cordón o porque [nos dice que] hay que cumplir mandas para que no haya complicaciones³... por eso también es importante que un maràakame revise a una mujer embarazada, porque así es la costumbre, porque así es la cultura que tradicionalmente nos inculcaron nuestras mamás, porque él cuida que no venga la enfermedad y para que nazca bien [el bebé]... tanto al doctor, como a la doctora o el maràakame o la enfermera los necesitamos porque nos ayudan, aunque el maràakame está más cerca de nosotros...*

Al 67% de ellas se les realizó al menos una revisión durante su último embarazo, 42% de las ocasiones por parte de un médico, 28% por parte de un *maràakame*, 17% a cargo de una enfermera, 11 y 2% a cargo de un promotor de salud y partera, respectivamente.

El número de revisiones por embarazo osciló entre 1 y 14 ($x=2.9\pm 2.3$) y el mes de gestación al momento de la primera revisión fue, en promedio, el sexto ($=6.7\pm 1.7$, rango=3-9).

1% de las *mw* opinó que no es importante la revisión de una embarazada por parte del personal de salud y 4% así lo expresó en relación a la atención brindada por el *maràakame*, sobre todo porque cuando estuvo embarazada nadie la revisó... *y todo salió bien, o porque a veces no alivian, aunque el doctor si no puede aliviar lo manda a uno a otro lado para que aunque sea lo abran a uno...* [Operación cesárea].

El 64 % mencionó que la alimentación de una mujer embarazada es la misma que cuando no lo está. Así, cuando está la mujer embarazada *...debe de comer de todo porque le da mucha hambre y siente que no se llena, además que debe comer bien para que nazca y crezca sano el bebé... hasta limones y hongos, que sólo se antojan cuando la mujer está embarazada...* 19 % opinó que la dieta de una mujer embarazada es diferente, *ya que no debe comer pan o café porque tienen azúcar, tampoco pochote, guamuchil, cacahuatate, semillas, aguacate, manteca de cerdo o mucho plátano porque tienen grasa... debe evitar comer [carne de] chivo o puerco, porque si no el niño sale mudo... o si come aguacate saldrá prieto, o peludo si come camote del cerro... las tortillas deben ser contadas –sólo dos- y que sean tostadas... ya que si come muchas tortillas crece mucho el bebé y lo importante es que no crezca tanto para que no tenga problemas al momento de nacer, porque si crece mucho se puede atorar y eso es peligroso...*

Las mujeres encuestadas opinaron que la edad óptima para el primer embarazo se encuentra entre los 12 y 30 años ($x=19.1\pm 3.6$), y el número máximo de embarazos recomendable fue, en promedio, 4.9 (± 2.2 , rango=1-12); sin embargo... *la tradición dice que una mujer debe tener 12 hijos para que sea mujer...*

La media de número de hijos deseados fue de 4.2 hijos (± 1.9 , rango=1-10). El 42.3% de las *mw* no supo expresar cuántos hijos e hijas deseaba tener si tuvieran oportunidad de decidirlo.

Etapa neonatal

Ocho de cada diez *mw* encuestadas tenían hijos ($\bar{X}=4.3\pm 2.5$, rango=1-11); nacidos, en el 97% de los casos,

3 § **Indicaciones de una maràakame:** Una mujer en edad fértil no debe sentarse en los ‘+parixi (bancos), ya que como son hechos de [piel de] venado eso hace que la mujer se “tape” por donde nace el bebé y se complique el parto; también, para que no haya complicaciones, una mujer embarazada no debe portar collares, ni aretes ni pulseras, puesto que si así lo hace el cordón del bebé se puede enredar en su cuello o manitas y eso hará difícil el parto.

por parto eutócico ($\bar{X}=4.8\pm 2.9$ partos, rango=1-14), el resto hubo necesidad de practicar una cesárea para obtener el bebé.

21.26% de las *mw* que tuvieron su último hijo por parto eutócico no contaron con ninguna ayuda en ese momento. De las que tuvieron ayuda, en el 33% de los casos la recibieron de la mamá, 21% del médico, 20% con auxilio del esposo, 18% con ayuda de la suegra, 3% con asistencia de un promotor de salud y en la misma proporción con la de un mara'akame, y con la asistencia de la hermana o una partera en 1% de los casos para cada uno.

En cuanto al lugar de atención del nacimiento del último hijo, 42% sucedieron en su casa, 31.6% en casa de algún familiar, 18.4% en un centro de salud del área, 5.2% en hospitales de la Secretaría de Salud de Jalisco, 1.8% en instalaciones del ISSSTE y 1% en instalaciones del IMSS. *Es importante que la placenta y todo lo que sale al momento del parto no se entierre, puesto que todo eso es como la mamá que tuvo el niño cuando estaba adentro y si se entierra la familia se morirá poco a poco y se acabará, pues es como enterrar a la mamá... sin embargo, si una mujer tiene a su hijo fuera de la sierra no importa si lo entierran, queman o tiran... aquí [en la sierra] sí importa por lo que todo se envuelve con zacate y después en un trapo para dejarlo todo en [la horqueta de] un árbol...*

7% de las mujeres que se han embarazado presentó complicaciones durante alguno de éstos (embarazo gemelar, 28%; prematuridad, 22%; situación transversa, 22%; preeclampsia, 17%; parto prolongado, 11%). 71.32% de las *mw* encuestadas opinó que, en un momento dado, el embarazo puede tornarse peligroso para la mamá, el bebé o ambos. Puede tornarse peligroso... *si la mujer no se cuida, si trabaja mucho... si lava y cocina como si no estuviera embarazada se le puede enfriar la sangre y puede morir... si la mujer no come bien se va a enfermar porque se le va la fuerza y se puede morir ella y el bebé... si hay hemorragia, si no se mueve el bebé o se pone duro el estómago... si no hay un médico o mara'akame cerca de donde uno vive...*

24% contaron con la muerte de algún hijo antes de la edad de cinco años, aunque no fue posible determinar las causas (a 48% de las mujeres les han fallecido dos, 20% presentan uno, y cuatro decesos en la misma proporción, y 12% cuentan con tres defunciones).

Poco más de 98 de cada 100 *mw* estaban convencidas de la importancia del amamantamiento, mencionando que se debe amamantar, en promedio, durante 22.8 meses

(± 9.4 , rango=1-36), independientemente del sexo del bebé, aunque... *una mujer le da pecho a su hijo hasta que se vuelve a embarazar. 94% ha amamantado a su último hijo, en promedio 19.3 meses (± 6.7 , rango=3-36). Una mujer le debe dar pecho a sus hijos porque la leche de la mamá es para el bebé, porque esa es su comida... para que crezcan bien, no se enfermen, para que tengan fuerzas porque tiene vitaminas, pues el biberón les hace daño... para que crezcan rápido... porque ese es su alimento ya que, así como a los grandes nos gustan las tortillas a los bebés les gusta la leche de la mamá... porque si no les da leche se mueren de hambre, aunque si los primeros días no sale leche uno les da masa en jugo, o sea revuelta con agua, además de que dicen los viejos que dando pecho uno no se va a embarazar pronto... Sólo 1.6% de las mujeres no consideró tan importante el amamantamiento, aunque lo practican porque como somos pobres no tenemos dinero para comprar leche de lata... o los que sí tienen para comprar no hay dónde vendan o está muy cara...*

Poco más de la mitad de las mujeres (56.7%) afirmó la importancia de la ingesta de calostro por parte del bebé, pues es parte de la leche; 29.9% desconoció del tema, ya que... *eso del calostro muchas no mujeres no sabemos porque cuando un niño nace la mamá se lo pega para que coma pues debe comer el niño en cuanto nace y uno no se fija... y 13.4% opinó que no se debe dar a los niños ya que... tiene mucha grasa.*

En los casos en los que no se amamantó al último hijo, la ausencia de leche fue la causa en el 40% de los casos, porque había fallecido el niño o la mamá había enfermado en 20% para cada uno.

Siete de cada diez *mv* mencionó que los alimentos de una mujer que amamanta deben ser los mismos que si no estuviera amamantando, *pues debe de comer para que pueda tener leche para su hijo y, en la medida de lo posible, comer pollo y carne blanca para que el bebé se ponga de ese color.* El resto opinó que debe tener una dieta diferente... *evitando comer los mismos alimentos que cuando está embarazada y además carnes rojas pues si no el bebé se pondrá colorado... aunque sólo durante los primeros tres meses ya que después de ese tiempo puede comer de todo y no le pasará nada al niño...*

Salud de la mujer

Casi la mitad de las mujeres encuestadas (49.4%) mencionó identificar la prueba de Papanicolaou (citología cervicovaginal), aunque sólo el 73% de ellas refirió que es para detectar cáncer en la matriz, ya que el resto mencionó su utilidad en la detección de infecciones. El 25.7% de

ellas se ha realizado al menos una citología cervicovaginal en algún momento de su vida. La edad promedio de la primera toma fue de 31.9 años (± 9.8 , rango=19-46). 13% se han realizado una toma citológica dentro de los seis meses previos, 29% entre siete y 11 meses previos y el resto (58%) entre uno y tres años.

El motivo de la toma citológica fue en 38% porque estaba citada para tal procedimiento por parte del personal de salud, 25% porque la convenció dicho personal, por presentar molestias ginecológicas en 28% y 9% por la presencia de una campaña de detección masiva. Casi nueve de cada diez mujeres (88%) que se realizaron ya una toma citológica conoció el resultado de su examen, siendo éste en 60% normal, 23% con infección, 12% con inflamación y 5% con presencia de displasia leve.

44% mencionó no haber presentado dolor al momento de la toma, 22% lo expresaron de leve intensidad, 18% lo presentó de forma regular y el resto (16%) señaló mucho dolor al momento de la toma. *Lo único malo de la prueba es que si salimos enfermas no podemos hacer nada, aquí nos quedamos pues no podemos salir para que nos curen en otro lado, pero la mayor parte de las veces sólo sirve para saber que estamos enfermas y no se va a hacer nada más...*

El 24.5% de las *mw* ha oído hablar del cáncer mamario, 74% gracias a la información de un médico, 14% a la televisión, 9% a revistas y 3% al radio. Sólo 14% de las encuestadas se han realizado una revisión mamaria y, de ellas, el 30% detectó masas. Aún no han solicitado atención al respecto.

Un 32.1% tenía conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, mencionando sobre todo al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (88%) y el virus de papiloma humano (12%). 20% conocía alguna forma de prevenir el contagio de las infecciones sexualmente transmisibles: 51% con abstinencia, 45% utilizando preservativo y el resto manteniendo fidelidad conyugal (4%). *El problema es que los hombres son muy enamorados y se pueden enfermar por tener más señoras de las que tienen en su casa... y se enferman y después nos enferman a nosotras, ya que es muy raro que una mujer se acueste con otro hombre que no es el de ella ...*

Cuatro de cada diez mujeres presentaban molestias ginecológicas en los tres meses previos al estudio: leucorrea, 36%; flujo vaginal amarillo, 24%; disuria, 16%; escozor genital, 11%; dispareunia, 9% e incontinencia urinaria de esfuerzo, 4%. Casi la mitad (49%) de las pacientes que presentaban molestias desconoce la

situación de salud de su pareja, 21% mencionó que su pareja sexual también presenta molestias genitales y 30% confirmaron el estado saludable de ésta. De ellas, 45% utilizaron remedios caseros para aliviar dichas molestias, 39% no han hecho nada y 16% acudieron a un centro de salud en demanda de atención.

Por último...es importante que se platique con los hombres y también se les pregunte qué opinan ellos de todo esto, pues no sólo es importante para las mujeres sino también para los hombres ya que los niños no son sólo de las mujeres, sino de los hombres también...

La edad de la menopausia presentó una media de 40.5 años (± 2.7 , rango=36-47), *...ya que, alrededor de los 40 años, cuando la mujer está ya grande, la luna sabe que esa mujer ya no está en la edad que daba tener hijos, entonces ya no la lastima haciéndole que tenga el sangrado...*

Resultados de la información de la ENSA 2000 y ENSANUT 2012.

Generalidades

La proporción de mujeres unidas detectadas en la ENSA 2000 fue del 61.03 %, y la de la ENSANUT 2012 del 59.09. La proporción de mujeres sin escolaridad fue del 17.07 y 14.38% para ambos años. En estas últimas encuestas se ha reportado un aumento en la proporción de mujeres indígenas con instrucción escolar superior a la primaria, al pasar del 24.28 en la ENSA 2000 al 36.75% en la ENSANUT 2012.

Con respecto a la ocupación de las encuestadas, el 64.88 % mencionaron en el año 2000 que se dedicaban a los quehaceres del hogar. Esa proporción no sufrió cambios doce años después, al presentarse este dato en el 64.66%.

Etapas preconceptuales

La proporción de mujeres indígenas que tienen vida sexual activa identificada en las encuestas nacionales fue del 76.93 y 75.57% para los años 2000 y 2012, respectivamente. La media de edad de inicio de fue de 17.86 y 17.93 años, respectivamente.

Los doce años que separan las encuestas nacionales dan cuenta del avance que en materia de planificación familiar se ha tenido. En el año 2000 sólo el 43.31% de las mujeres de 12 a 19 años había oído de algún método para evitar embarazarse; sin embargo, esta proporción para el año 2012 ascendió al 60.18%. De igual manera, en el primer momento sólo se conocía al preservativo en el 22.3% de



los casos, y para el 2012 ya era conocido en el 87.45% de las encuestadas. La proporción del conocimiento sobre las pastillas también aumentó, aunque en menor proporción (de 47.88 a 51.33%), destacando el aumento del conocimiento sobre la “pastilla del día siguiente”, ya que en el año 2000 no se detecta su uso, pero en el año 2012 ya es conocida por el 26.41 de las mujeres que participaron en esta encuesta nacional. A pesar de lo anterior, sólo el 42.02% de todas las mujeres encuestadas en el año 2000 notificó usar algún método anticonceptivo, proporción que bajó en la edición del 2012, al obtener una proporción del 37.12%. Los principales métodos utilizados en el año 2000 fueron: oclusión tubaria bilateral (33.25%), dispositivo intrauterino (19.88%) e inyecciones hormonales (14.5%), mientras que en 2012 la oclusión tubaria bilateral permaneció en el primer lugar aunque en menor proporción (31.42%), el preservativo se posicionó en el segundo puesto (19.97% -en el año 2000 se obtuvo una proporción del 3.75%-), desplazando al dispositivo intrauterino al tercer lugar (14.07%).

Etapa prenatal

También se han registrado cambios en los doce años que separan ambas encuestas con respecto a los embarazos, pues en el año 2000, el 94.7% de las encuestadas se habían embarazado alguna vez, y dicha proporción disminuyó al 86.17% en la edición realizada doce años después. En esta última encuesta se encontró que el promedio de veces que se han embarazado las mujeres fue de 3.79 (rango 1-14).

Además, también se presentó una disminución en embarazos al momento de encuestar a las personas, ya que en el año 2000 se encontró que el 7.83% de las encuestadas estaban embarazadas y dicha proporción en el año 2012 se encontró en el 3.37% de los casos.

La prevalencia de abortos ha disminuido también a lo largo del tiempo, dado que en el año 2000 el 19.52% de las mujeres encuestadas reportó haber tenido al menos un aborto, proporción que disminuyó 12 años después al 15.35%.

La proporción de personal que en la mayoría de las veces atiende el control prenatal presentó un aumento en la atención institucional, ya que el 69.46% reportado de atención prenatal por médico en la mayoría de las veces en el año 2000 ascendió al 85.51 doce años después. También la proporción de atención por parte de las enfermeras aumentó del 4.05% al 8.61% en los mismos años. Por el contrario, la atención por parte de las parteras presentó una disminución refleja, pasando

del 16.37% al 5.60%.

El promedio de citas de control prenatal también tuvo un aumento en esos años, al pasar de 5.96 (± 2.49) en 2000 a 7.2 (± 3.42) en el 2012. También se evidenció el hecho de que se acudió a control prenatal más tempranamente, al pasar, en promedio, la primera consulta al 3.47 mes (± 1.92) a solicitarla en el 2.76 mes (± 1.67).

Etapa neonatal

En el año 2000 el 86.45% de los nacimientos se obtuvieron por parto eutócico, proporción que disminuyó doce años después al 76.77%. Obviamente, la proporción de cesáreas aumentó, del 13 al 23.1%. A pesar de lo anterior, ha aumentado la atención de los partos por personal médico, al pasar de un 50.35% en el año 2000 al 72.82% en el 2012. De igual manera, aumentó la atención institucional de los mismos al pasar del 46.24% (22.71% en la Secretaría de Salud, 12.09% en el IMSS, 7.23% en IMSS Solidaridad, 2.38% en el ISSSTE y 1.83% en otra institución pública) al 69.27% (55.54% en la Secretaría de Salud, 7.26 en el IMSS, 5.15% en IMSS Oportunidades, 1.06% en el ISSSTE y 0.26 en la SEDENA). De manera refleja, la atención por parteras ha disminuido del 35.65% al 22.43% durante el mismo periodo y, consecuentemente, la atención en casa, al pasar del 47.44% (43.04% en casa de la parturienta y 4.4% en casa de la partera) al 24.67% (22.43% y 2.24%, respectivamente).

La ENSANUT 2012 reportó que el 12.14% de las mujeres indígenas encuestadas habían presentado algún tipo de complicación durante el último parto. De ellas, el 41.45% se debió a mala posición del bebé, el 21.62% a la presencia de preeclampsia y eclampsia, y el 14.41% a hemorragia, principalmente.

Esta misma encuesta identificó que el 3.97% de las mujeres indígenas no le habían dado lactancia materna a su hijo, y el 14.47% aún le daba. La media de tiempo de lactancia materna fue de 15.45 meses (± 10.26) con un rango de 1 día hasta 8 años.

Salud de la mujer

Con respecto a la citología cervico vaginal, los resultados de ambas encuestas denotan un ligero avance en la cobertura, ya que al 35.7 % de las mujeres en el año 2000 les habían realizado esta prueba, y 12 años después la proporción ascendió al 39.79%. No obstante, el hecho de que se haya presentado una disminución en el mismo periodo de la proporción de citologías tomadas por presencia de molestias (de 19.91 a 5.87%) favorece la conclusión de que existe mayor sensibilización sobre la

utilidad de esta prueba.

También se observó un incremento en lo que respecta a la autoexploración mamaria, pues en el año 2000 sólo el 7.71 de las mujeres encuestadas afirmaron realizársela en los 12 meses previos y dicha proporción subió al 57.46% en la encuesta del 2012.

La información sobre el hecho de cómo evitar una infección de transmisión sexual, en los adolescentes en el año 2000, sólo fue reportada en el 19.57% de los encuestados. De éstos, reconocían al preservativo como la opción para tal fin en el 66.1% de los casos, la abstinencia en el 15.25%, la fidelidad en el 7.63%, uso de algún otro método en el 4.24% y el resto (6.78%) prefirió no ser específico. La presencia de infecciones de transmisión sexual durante el último año estuvo presente en el 1.32% de los encuestados en el año 2000, y 12 años después así lo mencionó el 1.61%. Además de la detección, se registra un avance en la atención, ya que en el año 2000 sólo el 61.55% de los casos eran atendidos en una unidad de salud, proporción que subió al 100% 12 años después.

Discusión

En México, durante la última década del siglo XX, la Secretaría de Salud dio inicio a una serie de acciones con el propósito de desarrollar un Programa de Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas.⁶ Lo anterior reviste importancia pues generalmente se otorgan servicios de salud indistintamente en áreas urbanas, rurales e indígenas, al margen de los distintos contextos y realidades socioculturales, sin la participación de la comunidad y con frecuencia ignorando los valores religiosos, éticos y culturales de los grupos.⁷

Por lo anterior, es importante tener identificada toda la información que permita a las autoridades y personal sanitario el contexto local, con objeto de sugerir adaptaciones de los programas de salud a estos lugares; y esta información incluye datos estadísticos puros como interpretaciones del proceso salud-enfermedad de las personas que, si bien es cierto la tendencia general es tomar decisiones sólo con los primeros, también es cierto que las interpretaciones son necesarias para tener una visión global del contexto regional.

Las Encuestas Nacionales realizadas permiten tener la información estadística mencionada y puede servir de base para realizar comparaciones simples con otros trabajos, como éste; de hecho, la información de este trabajo, realizado en el 2004, queda en medio de las

encuestas realizadas en el año 2000 y en el 2012.

Así, analizando la información de las tres fuentes, se identifica que a nivel nacional se detecta menor proporción de mujeres indígenas unidas que en las wixaritari, así como el hecho de que hay mayor proporción de éstas sin escolaridad y que se dedican al hogar.

La frecuencia de mujeres wixaritari que tienen vida sexual activa al momento de la encuesta también es mayor, y el inicio de ésta en ellas es a menor edad. Además, es menor la proporción de mujeres wixaritari con información sobre anticoncepción que lo encontrado en la muestra de mujeres indígenas a nivel nacional.

El promedio de veces que se han embarazados las mujeres wixaritari y la proporción de abortos es mayor. Por el contrario, el promedio de consultas de control prenatal, así como de la primera consulta, es menor en este mismo grupo de investigación comparado a lo encontrado en ambas encuestas nacionales. También se aleja de esos resultados el tipo de parto del último hijo de las encuestadas wixaritari, al ser mayor el parto eutócico y menor el que fue por cesárea.

Por último, la proporción de mujeres que se han realizado una citología cérvico vaginal también es menor entre las mujeres wixaritari que en la muestra de mujeres indígenas del país. Similar situación se encontró con el tema de la autoexploración mamaria.

La información anterior da cuenta de la brecha existente entre las diferentes poblaciones estudiadas y, aunque la información de la población wixárika fue del 2004, los datos de los indígenas encuestados en la ENSA 2000 en muchas ocasiones presentan mejores indicadores. Éstos se alejan más en la encuesta de 12 años después.

Diversos trabajos han dado cuenta del avance en la atención en salud a las poblaciones indígenas; no obstante, este avance siempre es menor al observado en poblaciones no indígenas.⁸⁻¹⁰ Además, es entendible que, dentro de los grupos indígenas, existan algunos con mayor y menor rezago. El que se evidencia con este trabajo se podría explicar por el hecho de que los wixaritari viven en una de las zonas más agrestes del país, dificultando las atenciones en salud que institucionalmente se ofertan. Otras barreras que pueden dificultar estas atenciones son las culturales, dado que los wixaritari son uno de los grupos indígenas del país que conservan más pura su cultura y es probable que el personal de salud no se encuentre sensibilizado por la interpretación del proceso salud-enfermedad de esta población.



Por ello, tan importante es obtener datos estadísticos de la población que se atiende como el identificar las interpretaciones del proceso salud-enfermedad de ésta, pues su desconocimiento impide tener una visión global de los procesos que se entretienen para que una persona demande atención en salud, y para que el personal de salud la brinde de forma integral y sin atentar contra la cosmovisión de las personas.

Por esa razón, el personal de salud que labora en áreas indígenas –aunque no exclusivamente– debe comprender que el modelo de medicina tradicional está estructurado en un sistema de creencias y prácticas, con síndromes de filiación cultural que no se encuentran en los libros de la medicina occidental, ya que suele verse a los pacientes como un todo interrelacionado con el cuerpo social y con el universo. Todo ello influye para que las personas soliciten atención cuando se encuentra su salud deteriorada, pudiéndose solicitar esta atención en el sistema médico tradicional, el sistema médico institucional o, incluso, en una amalgama de ambas.¹¹

Así, es importante incorporar el enfoque intercultural en las políticas y en la práctica del personal de salud institucional; entendiendo la interculturalidad en salud como “la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional... es potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena... respetando y manteniendo la diversidad...”¹²⁻¹³

Bajo este contexto, este trabajo permitió la identificación de algunas creencias y prácticas de los wixaritari en cuanto a la salud reproductiva se refiere, como la idea de que una mujer debe tener 12 hijos, que en cuanto empieza a menstruar se debe embarazar, que los restos placentarios deben dejarse en un árbol o que existen ciertos alimentos que una mujer embarazada debe evitar ingerir, por el bien de su hijo y de ella misma, entre otros.

Al identificar estas interpretaciones se favorece el respeto por el personal de salud y una mayor aceptación por la población pues, generalmente, la práctica médica y la atención proporcionada por los centros de salud en zonas indígenas constituyen un elemento extraño y exterior a la cultura de estas comunidades.¹⁴⁻¹⁵ Un ejemplo práctico emanado de este trabajo puede ser que el personal de salud respete el hecho de que las embarazadas no usen collares, aretes o pulseras (para que el cordón umbilical del bebé no se le enrede al momento del parto), aunque no haya información científica a favor, ni en contra.

No se trata de hacer que la población sienta que el personal de salud institucional es el único poseedor privilegiado del conocimiento, sino que haya un diálogo horizontal y una comprensión mutua del proceso salud-enfermedad desde los puntos de vista del personal de salud y la población. Así, es entendible que para este grupo indígena (y probablemente para otros también), el embarazo y el parto sean algo tan natural como comer y, por ello, no se siente como una necesidad darle importancia a alguien que quiera enseñar a una mujer la forma de cómo llevar su embarazo o parir, dado que, por ser mujer, se encuentra “instintivamente” preparada para ello.

Sin embargo, también es cierto que, siguiendo la analogía anterior, alguien puede dar información sobre cómo comer mejor, cómo aprovechar o disfrutar más los alimentos; el mismo razonamiento se puede aplicar a la atención del embarazo y parto. Ese es el objetivo de dicho intercambio de información que, aunque en primera instancia pueden parecer opuestos por pertenecer a diferentes modelos, en realidad no son irreconciliables. Es tomar en cuenta la información de la población en las propuestas de atención.¹⁶ Esta comprensión mutua, al final, produce sinergias.

Así, es de entender que la tradición recomiende a las embarazadas no consumir determinados alimentos, para que la ganancia ponderal del bebé no sea tanta que, al momento del parto, pueda provocar una complicación durante éste y se arriesgue la vida del binomio. No obstante, con esta información, se pueden realizar las gestiones necesarias para implantar una estrategia que permita garantizar el traslado de urgencia de la paciente (preferentemente aéreo, dadas las condiciones geográficas de la región) en este tipo de situaciones a una unidad de salud que pueda resolver dicho problema. Esta estrategia le permite al personal de salud dialogar con los mara'akate y Consejos de Ancianos para que puedan prescindir de la recomendación de una dieta austera para la embarazada pues se contará con todo el apoyo para la atención de la mujer en un hospital de segundo o tercer nivel en caso de que se requiera. En este escenario, se involucran las instituciones, se toma en cuenta a las autoridades, se respeta la cultura, se atiende integralmente a la paciente y el personal de salud se encuentra satisfecho en su actuar: se logró una sinergia. Por ello es importante que el personal de salud se encuentre capacitado y sensibilizado en interculturalidad, así como en las barreras culturales que existen y comprometen una atención de calidad.

Por lo tanto, tan valiosa e importante es la información estadística para que la Salud Pública implante

estrategias de acción, como el desafío de traducir la interpretación sociocultural de éstas de una forma tal que apoye el esfuerzo organizado que se realiza para proteger, mejorar o restaurar la salud de las poblaciones, no sólo la reproductiva, y no sólo de los indígenas.

Conclusiones

Para mejorar la salud reproductiva de las mujeres wixaritari se requiere información que permita conocer la magnitud del problema de una forma integral. Es necesario que esta información no sólo se integre de datos numéricos, sino también aquella que permita identificar las interpretaciones que se entretujan en ésta.

Los datos numéricos permiten la comparación y evaluación posterior de las acciones realizadas. La comparación simple de esta información con la reportada en las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 y 2012 dan cuenta de la gran brecha existente de los indicadores de salud reproductiva en las mujeres wixaritari, lo que requiere esfuerzos mayores de las instituciones para mejorar el nivel de salud de esta población, una de las más puras de México.

Correspondencia dirigirla a:

José Alejandro Morales Rodríguez

Avenida de la Juventud No. 102, Colotlán, Jalisco, México. C.P. 46200, Tel: + 5233 1488 1849

Correo electrónico: xuaru_makuyeika@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Sepúlveda J (coord.) La salud de los pueblos indígenas en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista; 1993.
2. Torres JJ. El Hostigamiento a "el costumbre" Huichol: los procesos de hibridación social. Zamora, Michoacán, México: El Colegio de Michoacán, A.C.; 2000.
3. Weigand PC. Estudio histórico y cultural sobre los huicholes. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara; 2002.
4. Encuesta Nacional de Salud 2000 [Internet]. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2000 [consultado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/basesdoctos.php>
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2000 [consultado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/basesdoctos.php>
6. Secretaría de Salud. La salud reproductiva en comunidades indígenas, una propuesta institucional. México, D.F.: Dirección General de Salud Reproductiva; 1999.
7. Secretaría de Salud. Propuesta de intervención de salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas. México, D.F.: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
8. Blanco MJ, Cruz VA, Hernández MR, Montiel CAL, Pérez HL, Dubón TFJ, et al. Mortalidad infantil en población huichol del estado de Jalisco. Bol Med Hosp Infant Mex. 1997; 54(4):189-194.
9. Leyva FR, Infante XC, Gutiérrez RJP, Quintino PF. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. Salud Pública Mex. 2013; 55(supl 2):S123-S128.
10. Grupo de Estudio sobre Mortalidad Materna. Mortalidad materna en el área huichol de Jalisco, México. Salud Pública Mex 1994; 36:263-268.
11. Valadez FIA. Atención prenatal en Jalisco: Producción Académica de los Miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara; 2002.
12. Secretaría de Salud. El enfoque intercultural: herramienta para la sensibilización/capacitación al personal de salud. México, D.F.: Dirección de Medicina Tradicional; 2002.
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Memoria del "Primer Encuentro nacional Salud y Pueblos Indígenas". Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud; 1996 Nov 4-8; Saavedra, región de la Araucanía, Chile. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
14. Vargas BPN. Salud-enfermedad, vida y muerte entre "los hijos de venado". En: Pérez-Gil RSE, Ramírez RJC, Ravelo BP (coords). Género y salud femenina: experiencias de investigación en México. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"; 1995. p. 285-300.
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
16. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Pueblo Saraguro, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 2009.