

Saber de la mujer sobre salud y cuidado de enfermería en Nezahualcóyotl – México

Irma Cortés Escárcega¹, Delia A. Lázaro Aranda²

¹Universidad de Guanajuato, México; icecor2@yahoo.com

²Universidad Nacional de Trujillo, Perú; lazaroaranda45@gmail.com

Recibido: 05-11-2014

Aceptado: 14-11-2014

RESUMEN

La presente Tesis de Doctorado tuvo como objeto de estudio el saber de la mujer sobre salud y el cuidado de enfermería en Nezahualcóyotl – México. El abordaje teórico se basó en los conceptos sobre saber, mujer, salud y cuidado de enfermería. Abordaje cualitativo, método creativo y sensible de Cabral, dinámica almanaque, técnicas: entrevista colectiva, discusión grupal y observación participante, cuatro encuentros y 12 participantes. Para el análisis de resultados se utilizó el análisis de discurso de Orlandi, develando dos categorías: 1) El saber de la mujer sobre salud y 2) La visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer. La primera, con una subcategoría: Saber vivir con salud y bienestar, que fue desdoblada en cuatro temas: Salud es subsistencia, protección, bienestar, felicidad y controlarse para no enfermar. La segunda, con una subcategoría: El cuidado de enfermería es educar y prevenir enfermedades, desdoblada en temas: El cuidado de enfermería es orientar y educar, control y prevención de enfermedades.

Palabras clave: Saber, mujer, salud y cuidado de enfermería.

ABSTRACT

The present Doctoral Thesis had as an object of study the knowledge of women on health and nursing care in Nezahualcoyotl - Mexico. The theoretical approach is based on the concepts of knowing, woman, health and nursing. Qualitative research, creative and sensitive method of Cabral, with dynamic calendar and techniques: group interview, group discussion and participant observation, four games and 12 participants. For data analysis, speech analysis by Orlandi was used. The results of the thesis unveiled two basic categories: 1) Knowledge of women about health and 2) The technical view of nursing women. The first category with a generator topic for debate: Learn to live with health and wellness, with four subtopics: 1) Health is subsistence, protection, wellness, happiness and medical supervision to avoid getting sick. The second category with a generator for debate: Nursing care is education and disease prevention, and two sub-themes: Nursing care is guidance and education, control and prevention of diseases.

Keywords: Knowledge, women, health and nursing care.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio el saber de la mujer sobre salud y el cuidado de enfermería en Nezahualcóyotl, México. Siendo la motivación para trabajar con las mujeres y enfermería, el proceso que vengo vivenciando durante mi vida profesional como enfermera tanto en la asistencia como en la docencia. Observando que la mujer mexicana pospone el cuidado de su salud a la de su familia, porque lo asume como un deber moral y social, además de los múltiples roles que desempeña en el ámbito familiar, laboral y social; lo cual repercute en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en la mujer, no obstante que existen programas gubernamentales para el cuidado de su salud. Además, cuando la mujer acude a los servicios de salud, especialmente por problemas ginecoobstétricos, se siente atemorizada, avergonzada, condicionada por prejuicios

culturales, que la obligan a un uso restringido del recurso. A la vez, la atención institucional de la salud se caracteriza por tener una actitud autoritaria o por el contrario paternalista, que circunstancialmente puede ser digna, afectiva y respetuosa; donde el personal decide y la mujer no opina. Este distanciamiento en la comunicación provoca en la mujer una reacción de rechazo, porque le imponen decisiones sin ser escuchada o por sentirse tratada como una gente menor y no como una persona adulta con capacidad de elegir y decidir.

Las políticas internacionales han marcado las directrices de la atención de la salud en México, entre ellas destacan: la implantación del primer programa de promoción para la salud en 1984, propuesto por la OMS, con el fin de capacitar a las personas para controlar su salud y mejorarla; considerando a la salud como un proceso de la vida cotidiana, enfatizando los recursos sociales, los recursos personales y estableciendo principios claves para su desarrollo (Caudillo y Adriano, 2006). Desempeñando un papel muy importante, los profesionales sanitarios específicamente enfermería en la atención primaria, estableciendo la atención materno-infantil como prioridad.

En ese contexto el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, para satisfacer las necesidades de salud de la población que habita en áreas rurales dispersas y zonas urbanas marginadas, estableció el paquete básico de servicios de salud (PBSS) a través de 12 estrategias (Secretaría de Salud, 1995), de las cuales específicas a la salud de la mujer fueron: la de atención prenatal, parto y puerperio y la de planificación familiar.

Entre las investigaciones, Campero (1996) realizó el trabajo sobre educación y salud de las mujeres, con el objetivo de analizar algunos supuestos en diferentes trabajos y prácticas en relación con la mujer y su salud, encontró que es posible apreciar algunos vínculos entre la situación de opresión en que viven las mujeres y sus condiciones de morbilidad y mortalidad; a la vez, subraya la necesidad de analizar constantemente la realidad con una visión crítica, que permita replantear la lógica subyacente en la organización social y en los trabajos de salud, en los que muchas veces se privilegia la función materna en la atención a la salud de la mujer, descuidando su salud integral y su bienestar social.

También, el género es otra variable que afecta la salud de la mujer, interactúa con otras desigualdades sociales produciendo riesgos y alterando las oportunidades para su salud. Las mujeres son el grupo más afectado por padecimientos como cáncer de mama, cáncer cervicouterino, desnutrición, sobrepeso u obesidad, diabetes, depresión y violencia. Las estrategias para reducir las inequidades de género tienen que considerar las diferencias de clase, etnia, edad, lugar de residencia rural o urbana y contexto sociocultural; por ello, la necesidad de visibilizar una dimensión de inequidad frecuentemente ignorada, ya que una visión que no integre la dimensión de género no puede dar cuenta cabal de la realidad (OMS-OPS, 1998).

La mortalidad materna representa un grave problema de Salud Pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio (OPS, 1998). Esto cobra relevancia ya que las muertes evitables son aquellas que dado el avance científico y el nivel de desarrollo de la tecnología médica no debieran producirse. La presencia de estas muertes puede evidenciar problemas de acceso o de calidad.

En la publicación de Verde, Monroy, Contreras et al. (2001), el objetivo fue discutir las relaciones existentes entre las condiciones de vida de algunas mujeres mexicanas y el proceso salud enfermedad, donde señalan que no es un proceso aislado que afecta al individuo sino que corresponde a un efecto de la estructura social de las mujeres, las construcciones culturales alrededor de género y salud, así como la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud, son factores que deben ser analizados para comprender las condiciones de salud de las mujeres; donde el personal de salud, especialmente enfermería, tiene el compromiso de reflexionar sobre las determinantes del proceso salud-enfermedad que afectan a las mujeres inmersas en un sistema de salud altamente biologista.

El reconocimiento de la necesidad de introducir el enfoque de género en las políticas públicas parte de la consideración de que hombres y mujeres están expuestos de manera distinta a riesgos de enfermedad y muerte, no solo por razones biológicas y por motivos de ciclo vital sino porque

enfrentan situaciones claramente diferenciales en función de los papeles, derechos y responsabilidades que socialmente les han sido asignados, lo cual les otorga posibilidades también distintas de tener acceso a los servicios de salud. Bajo esta consideración fue realizado en México en 2001, el seminario sobre Género y Salud en el día internacional de la mujer, donde participaron la OPS-OMS, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población de México, Centro de Análisis e Investigación. El objetivo fue crear un espacio de reflexión conjunta de hacedores de políticas públicas, académicos y miembros de la sociedad civil sobre los problemas acuciantes en la relación género y salud, detectar lagunas importantes en las políticas públicas en salud y recoger propuestas para impulsar su incorporación en el Programa Nacional de Salud (Castañeda, 2006).

La perspectiva de género dentro de los servicios de salud significa hacer propuestas de comunicación social en salud para invitar a las mujeres a hacerse cargo de sí mismas y no solo de su familia. Esto implica un enorme esfuerzo comunicativo para cambiar ideas y actitudes que tienen mucho arraigo dentro de la cultura popular mexicana como en este caso, la idea de que las mujeres deben dar todo por la familia aunque ellas se descuiden a sí mismas. También ayuda a plantear la necesidad de empoderamiento de las mujeres frente a quienes les prestan servicios de salud. También a mirar integralmente la salud de mujeres y hombres. La integralidad de los servicios de salud. El término integral también se refiere a los pacientes que llegan a los servicios de salud con sus propias emociones, afectos e ideas acerca de la enfermedad o padecimiento que sufren y que esas ideas que traen consigo forman parte de la cultura en que se desenvuelven y que también está en el cuerpo de ellas y ellos (Castañeda, 2006).

Así mismo, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2000) reportó que diariamente se diagnostican de cáncer alrededor de 20 casos, el 70% de ellos se encuentran en etapa clínica avanzada, en donde el tratamiento paliativo tiene un pobre efecto sobre la calidad de vida y un costo elevado para los servicios de salud, la sociedad y la propia familia, además del costo emocional para la mujer y su familia. El problema es aún más grave cuando se considera que en promedio mueren 12 mujeres al día por esta causa, son mujeres jóvenes que se encuentran en una de las fases más activas de su vidas, las cuales requieren hospitalizaciones prolongadas; la mayor parte de ellas proceden de niveles socioeconómicos bajos, lo cual agrava el problema familiar y social. Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2006) manifiesta que la mortalidad de la mujer ha permanecido sin grandes fluctuaciones, la cifra más baja fue en 1991 con 4158 muertes y la más alta en el 2000 con 4601. Pero según datos de la Subdirección de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino de la Secretaría de Salud (2007) mueren 11 mujeres al día y anualmente 4015. Las tasas de 25.0 por 100 000 mujeres de 25 años y más en 1990 y de 15.5 para el mismo grupo en el 2006, pero no por disminución del problema, sino por el aumento poblacional.

Además, el Programa Nacional de Salud (2007-2012), cuyo diseño se basó en las normas de la Organización Mundial de la Salud, pretendió medir el acceso regular a los servicios de salud a través de coberturas, señalando que una intervención en salud sería efectiva, si genera ganancia, para ello era necesario que los servicios estén disponibles, que las personas en los hogares perciban una necesidad y demanden el servicio, que los proveedores brinden la intervención correcta y que los pacientes se apeguen al tratamiento prescrito.

Otro aspecto importante, son los comportamientos culturales de la mujer que se constituyen en determinantes de su salud, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos populares, valores y otros elementos culturales, como creencias y costumbres que determinan la reacción de la mujer en particular y de la sociedad en general frente a la enfermedad; porque la realidad se construye socialmente y no es independiente de los individuos, el conocimiento colectivo, constituye un hecho social que permite la unidad en la sociedad, es definido como un saber común, que trasciende a los individuos como una fuerza integradora y puede ser visualizado a través de las creencias y otros productos culturales colectivos; la aproximación a las interpretaciones sociales permite aprehender las formas y los contenidos de la construcción colectiva de la realidad social, como señala Jodelet (2008).

La mujer está expuesta a problemas asociados a su salud reproductiva en un periodo amplio de su vida, se reconoce oficialmente de los 15 a los 49 años de edad, a esta etapa se enfocan principalmente los programas de salud; pero existen otros padecimientos que se presentan en el

siguiente periodo de su vida en los que también es necesario incidir, ya que actualmente la esperanza de vida de la mujer mexicana de acuerdo al censo de población es de 77 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010). Es decir, si bien hay evidencia de las Políticas Públicas dirigidas a la salud de la mujer, sin embargo, las acciones gubernamentales para mejorar la salud de la población en general y de la mujer en particular, aún no han tenido el impacto necesario en la población.

Teniendo como base el objeto de estudio, los conceptos principales que guiaron a la presente investigación son: saber, mujer, salud y cuidado de enfermería. En relación al saber, Japiassu (1991) refiere que este concepto tiene un sentido más amplio que el término ciencia, porque la ciencia solo considera al conjunto de conocimientos metódicamente adquiridos, sistemáticamente organizados y susceptibles de ser transmitidos por un proceso pedagógico de enseñanza. En cambio el concepto saber en su sentido amplio, puede ser aplicado al aprendizaje de orden práctico (saber hacer, saber técnico) y al mismo tiempo a las determinaciones de orden propiamente intelectual y teórico. Es en éste sentido que tomamos el término saber; es decir, como concepciones y prácticas.

Referente a la concepción de la mujer, Canaval (2010) afirma que la mujer es una persona íntegra, digna, con múltiples potencialidades, fortalezas y necesidades. Que las mujeres están dejando de ser personas pasivas y receptoras de indicaciones de otros, para convertirse en actores protagónicos de su propio cuidado a partir de la toma de conciencia de su papel legendario de cuidadora de otros. El énfasis en la perspectiva de la salud como derecho, como recurso, como resultado, como parte del bienestar, la salud debe ser privilegiada para mantenerla o preservarla, buscarla y lograrla, y así darle preponderancia a su promoción. Contrario a la salud de la mujer según la concepción tradicional, que fue vista en base al modelo biológico y centrado en la enfermedad y la cura.

Los elementos conceptuales sobre salud propuestos por Franco (1995) quien afirma que no se trata de definir la salud ni de resumir las discusiones milenarias de las diferentes culturas sobre ella, basta destacar dos aspectos esenciales del concepto de salud: la salud como bienestar y la relación salud y vida. La salud como bienestar, es la capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento; como sensación y percepción placentera y agradable; como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna. Esta dignidad de sobrevivencia implica como mínimo tres componentes. La satisfacción de necesidades, es decir que estén favorablemente resueltas tanto las llamadas necesidades básicas como el conjunto de requerimientos físicos, psíquicos, emocionales y sociales del ser humano; la garantía de realización de las potencialidades, en el sentido de poder desarrollar las facultades y aptitudes individuales específicas en las diferentes áreas intelectuales, artísticas, deportivas, entre otras; y el acceso a las oportunidades, a los recursos económicos y científico-tecnológicos, al saber, a la información que la humanidad ha logrado acumular, a los niveles decisorios y a las oportunidades culturales, laborales y políticas. La dignidad de la sobrevivencia humana no debe pautarse por los niveles y requisitos mínimos y por la línea divisoria de la pobreza, sino por patrones de equidad, excelencia y calidad.

La esencial relación salud y vida, en cierta forma, la salud no es nada, sino en relación con la vida. Definida sintéticamente, la salud es la vida en presente positivo. La salud es la vida realizándose hoy y aconteciendo ahora en cada uno. Es la potencialidad energética, vital, intelectual, sexual de todos, que se materializa en cada momento. Es la posibilidad de que, esto que llamamos vida, que es esta fuerza, sincronía interna, organización, interconexión intelecto-cuerpo-espíritu, que funcione adecuadamente hoy. Si como ejercicio intelectual lográramos desconectar la salud del polo de la vida, perdería identidad, significado y potencia (Franco, 1995).

El cuidado según Waldow es humanizar y responde a la solidaridad, al respeto, a la armonía, al amor, es una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso como estar con el mundo y contribuir con el bienestar general preservando la naturaleza, la dignidad humana, la parte espiritual y construir la historia del conocimiento y la vida. El cuidado de enfermería es un proceso interactivo, entre cuidadora y ser cuidado, en el cual la primera toma el papel activo para desenvolver acciones y comportamiento de cuidar. El segundo, es el ser cuidado que toma un papel menos pasivo, toma conciencia de su situación, puede contribuir con el cuidado y es responsable de su propio cuidado en situaciones de educación para su salud. Dicha definición le da al cuidado una dimensión amplia e integradora, con un abordaje que contempla a las personas en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual, así como diversos determinantes del proceso salud y enfermedad en el ser humano visto en su unicidad

y diversidad e interacción constante con el entorno en el cual se desenvuelve. Además, indica que en los cuidados se relacionan las actividades, actitudes y sentimientos que son considerados complementarios (Waldow, 2004, 2006).

La problemática, antecedentes y abordaje teórico del estudio, motivaron la realización de la presente investigación, que tiene como pregunta norteadora: ¿Cuál es el saber de la mujer sobre salud y cuál es el cuidado que le brinda enfermería en Nezahualcóyotl, México?, y como objetivos: Describir y analizar el saber de la mujer mexicana sobre salud y el cuidado de enfermería en Nezahualcóyotl – México.

II. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El estudio fue con abordaje cualitativo que según Minayo (2003) responde a cuestiones muy particulares; se preocupa de la realidad que no puede ser cuantificada, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. Se utilizó el método creativo y sensible (DSC) desarrollado y aplicado por Cabral (1998), que consistió en la combinación de dinámicas de creatividad y sensibilidad, con producciones artísticas, asociadas a las técnicas: entrevista colectiva, discusión de grupo y observación participante, mediadas por el método dialógico, crítico reflexivo de Freire (2000), para producir datos pertinentes al objeto de estudio. La entrevista grupal, se llevó a cabo con 12 sujetos del estudio (8 mujeres y 4 enfermeras) en el Centro de Salud en la comunidad Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Se utilizó el análisis de discursos según Orlandi (1997).



Foto 1. Centro de Salud “Vergelito” Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.



Foto 2. Participantes del estudio elaborando sus almanaques

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Categoría I: El saber de la mujer sobre salud

En relación al saber, Japiassu (1991) refiere que este concepto en su sentido amplio, puede ser aplicado al aprendizaje de orden práctico y al mismo tiempo a las determinaciones de orden propiamente intelectual y teórico; es decir, comprende concepciones y prácticas. Además, el saber de la mujer sobre salud, tiene una visión integral de la vida, porque comprende aspectos biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos del contexto de las mujeres, como afirma Capra (1992), cuando señala que esta concepción va más allá de los límites disciplinarios y conceptuales y que el concepto de salud depende de manera crucial de la visión que se tenga de los organismos vivientes y su relación con el medio ambiente.

Categoría que tuvo como punto de partida para el análisis, la codificación del tema generador de debate, a través del dialogo establecido entre la investigadora y las mujeres del Programa Oportunidades residentes del Municipio de Nezahualcóyotl, México; con las siguientes preguntas generadoras de debate: ¿Qué es salud? y ¿Cómo aprendió a cuidar su salud? A partir de dichas preguntas, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando sus almanaques y utilizando imágenes que expresaban salud; las dinámicas fueron desarrolladas en el espacio de la educación dialógica, en 2 encuentros, con 8 participantes, elaborando 5 almanaques, donde surgió un tema y 4 subtemas.

Almanaque 1	SABER DE LA MUJER SOBRE SALUD
	<p><u>Saber vivir con salud y bienestar</u></p> <p><u>¿Qué es salud?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud es vivir, es tomar agua y comer sano, es comer muchas frutas y verduras. • Salud es higiene y ejercicio, salir a caminar, deporte. • Salud es bienestar.

Fig. 1. Saber de la mujer sobre salud

En la Fig. 1, la participante organizó sus respuestas a partir de la pregunta ¿Qué es salud?, colocando como título: Saber vivir con salud y bienestar, y enfatizando con figuras y textos, que salud es subsistencia, es tomar agua y comer sano, es comer muchas frutas y verduras. Además, Salud es higiene y ejercicio, salir a caminar, deporte y bienestar.

1. Saber vivir con salud y bienestar

Saber vivir con salud y bienestar, es coincidente con la concepción de Franco (1995) cuando señala que la salud es bienestar, es decir, como la capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento; como sensación y percepción placentera y agradable; como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna; que implica satisfacción de necesidades, garantía de realización de potencialidades, en las diferentes áreas intelectuales, artísticas, deportivas, entre otras; y el acceso a las oportunidades, a los recursos económicos y científico-tecnológicos, al saber, a la información que la humanidad ha logrado acumular, a los niveles decisorios y a las oportunidades culturales, laborales y políticas. La dignidad de la sobrevivencia humana no debe pautarse por los niveles y requisitos mínimos y por la línea divisoria de la pobreza, sino por patrones de equidad, excelencia y calidad.

Además, la esencial relación salud y vida, en cierta forma, la salud no es nada, sino en relación con la vida, es la vida en presente positivo, realizándose hoy y aconteciendo ahora en cada uno. Es la posibilidad de que, esto que llamamos vida, que es esta fuerza, sincronía interna, organización, interconexión intelecto-cuerpo-espíritu, que funcione adecuadamente hoy. Si como ejercicio intelectual lográramos desconectar la salud del polo de la vida, perdería identidad, significado y potencia (Franco, 1995).

El primer tema generador de debate, saber vivir con salud y bienestar, a través del proceso crítico reflexivo y creativo sensible, fue desdoblado en cuatro subtemas: 1) Salud es subsistencia: es tomar agua y comer sano; 2) Salud es protección: es higiene y ejercicio; 3) Salud es bienestar, felicidad personal y familiar; 4) Salud es controlarse para no enfermarse.

1.1. Salud es subsistencia: Es tomar agua y comer sano

El saber de la mujer, señalando que la salud es subsistencia: es tomar agua y comer sano, es coherente con Max -Neef (1986,) cuando señala que la principal necesidad humana fundamental del ser humano es la subsistencia, con satisfactores existenciales tales como: Tomar agua, tener alimentación, bienestar, entre otros. Siendo preciso reconocer el umbral pre-sistema, por debajo del cual la urgencia por satisfacer una determinada necesidad llega a asumir características de urgencia absoluta, tal es el caso de la necesidad de subsistencia. Tal como se observa en el almanaque y discursos de las participantes, cuando Irma vuelve a preguntar: *¿Qué es salud?*

*La participante 1 responde: **Salud es tomar agua y comer sano.** Es decir, además del agua, comer muchas verduras y frutas (...).*

Participante 4** afirma: **Comer muchas verduras y frutas, tomar mucha agua y no comer carne ni frituras. Lo principal es una buena alimentación, solo así subsistimos y nos conservamos sanos.

Las imágenes, textos y discursos de las participantes, señalan que salud es subsistencia, es tomar agua y comer sano, comer muchas verduras, frutas, cereales y leche; comer más verduras que carne, no frituras; comer sano en el desayuno y el almuerzo, para subsistir. Es decir, que el saber de la mujer sobre salud, está en relación directa a la necesidad básica fundamental de subsistencia, como señala Max Neef (1986) cuando afirma que la principal necesidad humana fundamental del ser humano es la subsistencia, Por lo que se concluye que la salud es subsistencia, porque si no toma agua y se alimenta mal muere. Cuando ésta necesidad está infra satisfecha, toda otra necesidad queda bloqueada y puede llevar a las personas hasta la auto aniquilación.

1.2. Salud es protección: es higiene y ejercicio

El saber de la mujer, refiriendo que la salud es protección: es higiene y ejercicio, concuerda con Conde (2005) al señalar que la salud es una variable social, resultante de la interacción de múltiples ámbitos, generalmente lejanos y extraños a los profesionales de la salud, tales como la vivienda, servicios básicos, ambiente y recreación, que permita el uso de áreas de esparcimiento, higiene y ejercicio. También es coincidente con Max -Neef (1986) cuando manifiesta que otra de las necesidades humanas fundamentales del ser humano es la protección, con satisfactores existenciales tales como: Higiene, ejercicio y vivienda, entre otros. Durante las dinámicas, el grupo de mujeres identificó que la higiene y el ejercicio, son importantes para la salud. Tal como se observa en los almanaques y discursos de las participantes, cuando Irma pregunta: *¿Qué es salud?*

Participante 2** responde: **Salud es protegerse, es higiene, bañarse, es muy importante la mujer. También es hacer ejercicio, un poco de relajamiento y caminar.

Participante 4** afirma y complementa: **Ejercicio Sí!, porque de lo contrario uno se enferma de hipertensión y diabetes...

Participante 8** añade: **Salud es hacer ejercicio continuo, puede ser natación, correr, caminar o jugar; cualquier deporte nos ayuda porque ejercita nuestros huesos, nervios y músculos.

Las imágenes y textos del almanaque y discursos de las participantes, al señalar que salud es protegerse, es higiene y hacer ejercicios, para evitar las enfermedades, demuestran que en el saber de la mujer sobre salud, también forma parte de sus necesidades básicas fundamentales, la necesidad de protegerse con higiene y ejercicios, lo que resulta congruente con lo expresado por De León (2007), quien afirma que una actividad física llevada a cabo de forma regular beneficia a la salud, porque contribuye a una vida sana, ayuda a controlar el peso, reduce las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, interviene en el control de la hipertensión, diabetes, retrasando su aparición o disminuyendo los valores en aquellas personas que la padecen, aumenta la fuerza y la resistencia de los diversos músculos, actúa como regulador del sueño y mejora el descanso, nos aporta bienestar y nos ofrece una imagen positiva de nosotros mismos.

1.3. Salud es bienestar, felicidad personal y familiar

Álvarez (2005) afirma que la mayor encuesta de opinión pública del mundo realizada por Gallup Internacional para el Informe del Milenio, presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas, mostró que la buena salud y el bienestar personal y familiar ocupaban el primer lugar entre lo más valorado por la gente. Para Paredes (2005) la salud está vinculada al concepto de bienestar, que recoge la dimensión colectiva de este derecho, y va más allá de la definición negativa de la salud, entendida como la ausencia de enfermedad, así considerada la salud está en la base del desarrollo humano, ya que el logro del bienestar de las personas permite la expresión de sus capacidades creativas, productivas y recreativas, desde esta perspectiva trabajar por la salud de las personas apunta a la realización del ser humano. El derecho a la salud exige para su plena realización una obligación positiva, de hacer o proporcionar, las condiciones bienes y servicios que hacen posible no solo la recuperación, si no también, la conservación de la salud. Dicha obligación está a la cabeza del Estado que deberá definir, de acuerdo con cada contexto particular, como realizarla.

Cabezas (2009), añade que el bienestar y la felicidad juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona y la familia. Hacer nuevos amigos y mantener las amistades a largo plazo, compartir alegrías, experiencias y empatizar con las vivencias de los demás, defender intereses, etc. son sólo ejemplos de su importancia. Por el contrario, cuando no hay bienestar y el sentirse infeliz, incompetente socialmente, puede conducir a una situación de aislamiento social y sufrimiento psicológico difícil de manejar, porque todas las personas necesitan crecer en un entorno socialmente estimulante para el crecimiento personal y familiar. Durante las dinámicas, el grupo de mujeres también señaló que salud es estar felices, Tal como se observa en los siguientes discursos de las participantes, cuando Irma nuevamente pregunta: _ ¿Algo más sobre salud?

Participante 5 añade: _ **Salud es estar felices**, porque de lo contrario todo lo demás se viene abajo; salir adelante, aprender de todo, porque hay cosas nuevas y necesitamos aprender, ¿para qué? para conocer, disfrutar y ser felices con nuestra familia; uno debe estar sana para mantener a la familia sana y feliz; eso es salud.

Participante 7 afirma: _ Así es! tengo que querarme, cuidarme, y eso es lo que hago, comparto un rato con mis amigas, converso, me río, soy feliz; sobre todo si compartes con personas agradables y buenas, como las amigas o la familia. **Eso es, la felicidad de uno y de la familia.**

Las respuestas organizadas en el discurso de la participante manifiestan que para mantener buenas relaciones interpersonales, es importante, compartir un momento con los amigos. Además reír es algo que relaja, mueve músculos, elimina el estrés, libera endorfinas que es bueno para el organismo y especialmente para la salud mental. Así mismo, se tiene salud y se da salud a otras personas. Coherentemente con Rivas (2004), quien manifiesta que las habilidades de relación interpersonal son un repertorio de comportamientos que adquiere una persona para interactuar y relacionarse con sus iguales de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. El ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje social y este ocurre inmediatamente después del nacimiento. Así mismo, la risa des estresa, alivia dolores del cuerpo y del alma, eleva la autoestima, mejora la digestión. **Irma** pregunta nuevamente: ¿Cómo aprendieron a cuidar su salud?

Participante 2 responde: _ **Aprendí de mi madre** y cuando tuve edad me cuidé de las **enfermedades y con las pláticas del centro de salud**. Además, una madre debe tener el cuidado necesario, para **llevar a los niños a un centro de salud desde corta edad para prevenir los males** que puedan tener y **vacunarlos**.

Participante 5 explica: _ Ellos, refiriéndose al personal de salud, nos dan las pláticas para estar bien y nosotros debemos responder a eso en forma positiva, viniendo a nuestros **chequeos médicos, para recibir información y ver en que podemos estar fallando**.

1.4. Salud es controlarse para no enfermar

García (2005), señala que el enfoque clínico, se caracteriza porque las acciones se desarrollan generalmente en el ámbito hospitalario, dirigidas a los individuos sospechosos de enfermar y la atención es dada por el personal de salud. Los mayores exponentes de este enfoque son Leavell y Clark en sus estudios sobre la historia natural de la enfermedad; donde la concepción de prevención es evitar y diagnosticar a tiempo las enfermedades y las posibles complicaciones. Por eso se realizan

todo tipo de exámenes clínicos, químicos y físicos para hacer diagnósticos, controles, seguimientos, terapias e inmunizaciones. En este enfoque la prevención de enfermedades está íntimamente ligada al modelo clínico, por eso cuando se realizan evaluaciones de los logros en salud, se hace a través de indicadores como el aumento de consultas, exámenes, controles y recursos, tomando relevancia la prevención de la enfermedad. Este enfoque, es el que más ha influenciado los sistemas de salud y los modelos de atención del mundo occidental. Los países pobres han adoptado estos modelos, sin mayor análisis y coherencia con su realidad.

Irma vuelve a preguntar: ¿Cómo aprendieron a cuidar su salud?

Participante 8 contesta: ***“Aprendí a cuidarme en las consultas, con las pláticas de los doctores y las enfermeras en el centro de salud. Para cuidar mi salud, tengo que alimentarme, ir al médico y ejercicio, pero primero tengo que quererme y a mi familia.”***

Participante 1 agrega: ***“Con los doctores y las enfermeras en el centro de salud, nos enseñan sobre la dieta, el embarazo, las vacunas, el chequeo cada mes, sobre todo el peso. Además, la señorita nos habla del VIH, la tuberculosis, como prevenirlo.”***

Participante 4 interviene: ***“En mi caso, recién tomé conciencia en el centro de salud cuando me enfermé de hipertensión y diabetes, inclusive estoy yendo a hacer ejercicio a una casa de la tercera edad.”***

Las imágenes de los almanaques y los discursos de las participantes, demuestran que la concepción de las mujeres sobre salud, es ingenua, contradictoria e impregnada del modelo epidemiológico clínico, de enfoque biologista e individual, construida a partir de la interacción con el personal de salud, durante la educación en el centro de salud, con expresiones tales como: campañas de vacunación, protección de enfermedades, control prenatal, seguro integral de salud (SIS), campañas de difusión de desechos o inservibles y fumigaciones; coherentes con García (2005), cuando refiere que la prevención de la salud utiliza el enfoque biológico, caracterizado por todo tipo de exámenes clínicos, químicos y físicos para hacer diagnósticos, controles, terapias e inmunizaciones, como los programas de vacunación, la educación al paciente sobre su enfermedad, los controles prenatales, de crecimiento y desarrollo y de diabéticos e hipertensos, entre otros.

Categoría II. Visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer

Continuando con la argumentación de la tesis, se presenta en este capítulo la visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer, a fin de dar respuesta a la pregunta norteadora y objetivos referentes al tema en mención. Se rescató las situaciones existenciales concretas del saber de las enfermeras sobre el cuidado que brindan a la mujer, en el contexto de la educación dialógica, se analizó como la visión técnica guía sus prácticas y se discutió la producción de sus formaciones discursivas. En relación a la visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer, Capra (1992) afirma que la mayoría de los profesionales de salud contemporáneos suscriben la visión técnica, mecanicista o biologista de la vida y tratan de reducir el funcionamiento de los organismos vivientes a mecanismos celulares y moleculares bien definidos. La concepción técnica o mecanicista se justifica hasta cierto punto, pues es verdad que los organismos vivientes se comportan, en parte, como máquinas, y esto quizá se deba a que un funcionamiento de tipo mecánico les resultaba ventajoso en su evolución. Ahora bien, esto no significa que los organismos vivientes sean máquinas, porque los mecanismos biológicos son simplemente casos especiales de unos principios de organización mucho más amplios; de hecho ninguna de las funciones de un organismo consiste enteramente en estos mecanismos.

El mismo autor, señala que solo se logrará una comprensión más completa de la vida desarrollando una “biología integral”, que vea al organismo como un sistema viviente y no como una máquina, porque la visión integral de la vida considera al mundo desde el punto de vista de las relaciones y las integraciones. Los sistemas están todos integrados y sus propiedades no pueden reducirse a las de unidades más pequeñas. En vez de concentrarse en los componentes básicos o en las sustancias fundamentales, el enfoque integral hace hincapié a los principios básicos de la organización. Con el propósito de argumentar la visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer, utilizando el método creativo sensible y la dinámica almanaque, a través del dialogo establecido entre la investigadora y las enfermeras del Centro de Salud “Vergelito” del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, y conducida por la siguiente pregunta generadora de debate: ¿Qué cuidados brindan a las mujeres que acuden al Centro de salud?, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando sus almanaques y utilizando

imágenes que expresaban su cuidado; dinámicas que fueron desarrolladas en el espacio de la educación dialógica, en dos encuentros, donde elaboraron 04 almanaques, que se presenta uno a continuación:

Almanaque 2	Cuidado de Enfermería a la Mujer
	<p>EL CUIDADO DE ENFERMERÍA ES EDUCAR Y PREVENIR ENFERMEDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados son educar durante el embarazo, parto y puerperio para prevenir enfermedades. • Durante el embarazo lo educamos sobre su alimentación, ejercicio y en cuanto a su intimidad, pasan al programa de planificación familiar.

Fig. 2. Cuidado de Enfermería a la mujer

En la Fig.2, (almanaque 2) la participante organiza sus respuestas a partir de la pregunta generadora de debate, colocando como título, el cuidado comienza desde el útero y explica con las figuras que los cuidados son durante el embarazo, parto y puerperio; que durante el embarazo, los cuidados a la mujer, son: educación sobre su alimentación, ejercicio y en cuanto a su intimidad, pasan al programa de planificación familiar.

Terminada la primera parte de la dinámica, es decir de elaboración de sus almanaques, Irma pregunta: *¿Qué cuidados brindan a las mujeres que acuden al Centro de salud?*

El contesta:** *El cuidado empieza desde el útero, los educamos para evitar que se enfermen; los cuidados son durante el embarazo, parto y puerperio. Durante el embarazo, los cuidados que le damos a la mujer, son: **educación sobre su alimentación, ejercicio y en cuanto a su intimidad pasan al programa de planificación familiar, donde les realizan exploración de mamas, citología cérvico vaginal, y otras pruebas. Si tienen alguna patología, como: Diabetes, hipertensión, le damos educación sobre alimentación, ejercicio y más (...).*

Las producciones artísticas y los discursos de las participantes dieron lugar al tema generador de debate:

1.1. El cuidado de enfermería es educación y prevención de enfermedades

En el discurso la participante muestra que el cuidado de enfermería a la mujer es educación y prevención de enfermedades, lo que nos señala que las enfermeras del Municipio de Nezahualcóyotl, México, tienen una concepción técnica, biológica, lineal, sobre la salud, coherente con la afirmación de Gramsci (1981), cuando refiere que los profesionales, en este caso los profesionales de salud, se encuentran impregnados de la filosofía institucional lineal, expresadas en las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, aprendidas en el contexto de la formación académica e influenciadas por el direccionamiento técnico de las políticas del Estado. Agrega, que romper con este paradigma, es difícil, y más aún cuando los profesionales no se detuvieron en el análisis de los problemas propios o inherentes a su práctica y experiencia, vinculándose ideológicamente solo al saber técnico, científico, lineal, desarticulado del saber popular y de la problemática social de la población. El tema generador de debate fue desdoblado en dos subtemas: 1) El cuidado de enfermería es orientar y educar; 2) El cuidado de enfermería es control y prevención de enfermedades.

1.2. El cuidado de enfermería es orientar y educar

Al respecto Gómez (1998), hace referencia que el enfoque biomédico biológico aún sigue siendo asumido de manera vertical por los prestadores de los servicios de salud, donde el médico es el que indica, da instrucciones, y el resto del personal de salud y los usuarios solo tienen que aceptar y acatar. En los últimos años, se viene realizando encuestas de satisfacción de usuarios, pero con tendencia solo al cumplimiento de metas plasmadas en los planes operativos institucionales, más que

como instrumento de gestión para mejorar la calidad de los servicios y por ende la satisfacción de los usuarios, por falta de una real comprensión de lo que es salud.

Estos problemas han venido siendo relativamente abordados por el Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales, con apoyo de la cooperación internacional, a través de proyectos de intervención desarrollados en diferentes ámbitos del país. Se han hecho esfuerzos desde la oferta por mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud, mejorando la competencia técnica del personal de salud, mejorar cantidad y calidad del equipamiento e infraestructura e implementar modelos de mejora continua de la calidad. Son avances, pero no constituyen la solución, pues el problema es de fondo, tiene que ver con el enfoque aún prevalente, que además cuenta con toda una estructura orgánica de funcionamiento, claramente consolidada hacia el tratamiento de la enfermedad, reducción de factores de riesgo, prevención de la enfermedad. Tal como se observa en los siguientes discursos de las participantes del estudio, cuando Irma pregunta: _ ¿Qué tipo de orientación brindan?

***E3**, afirma: _Así es!, el cuidado de enfermería en la salud de la mujer **está orientado a educar** a través de charlas y otros medios de información masiva, sobre **prevención de enfermedades**. Pero es importante revisar de donde proviene la paciente, **con que lenguaje, cuál es su cultura** y como nos vamos a dirigir a ella, una para ganarnos su confianza, para que ellas tengan la confianza de expresar lo que sienten, lo que tienen y también de que manera nosotros nos vamos a entender con ellas, hay que saber qué es lo que refieren, porque no es lo mismo una paciente que viene de la Provincia de Oaxaca, que muchas veces con trabajo habla castellano.*

Por ello, los discursos del personal de salud no son coherentes con lo referido por Freyre (2001), donde afirma que toda acción educativa debe necesariamente estar precedida de una reflexión y de un análisis del medio de vida concreto del ser humano, como es tener alimento, agua, desagüe, educación, etc. situación que no depende del personal de salud, ni solo del MINSA, sino del Estado que debe trabajar con Ministerios articulados, de lo contrario se corre el riesgo de adoptar métodos educativos que reduzcan al ser humano a la condición de objeto. Porque la concientización no consiste en estar frente a la realidad, asumiendo una posición falsamente intelectual; la concientización no puede existir fuera de la praxis sin un hecho acción-reflexión, es un compromiso histórico: es la inserción crítica en la historia, implica que los seres humanos asuman el papel de sujetos que hacen y rehacen el mundo. La concientización no está basada sobre una conciencia, de un lado, y realidad (mundo) de otro; no pretende una separación, al contrario está basada en la relación conciencia-mundo. Discursos que da lugar al segundo subtema de análisis.

1.3. Control y prevención de enfermedades

Para la OMS (2004), controlar la salud es evitar las enfermedades, más aun cuando hay cooperación entre los integrantes de la familia, porque ayuda mucho para que dicho proceso tenga éxito. Las consecuencias de no controlar la salud, a largo plazo, puede producir graves complicaciones y mayores costos sanitarios. Herazo (2005), añade que muchas instituciones y profesionales, presentan a la salud como la realización de programas de salud generales y específicos, que en su mayoría son de **control y prevención de enfermedades y no de promoción de la salud**, con servicios de salud preventivos, curativos, rehabilitadores, docentes asistenciales etc., con labor esencialmente educativa sobre prevención de enfermedades. Como se puede apreciar en los siguientes discursos, cuando Irma pregunta: _ ¿Quién quiere continuar?

***E2** responde: _En el Centro de salud se da diferentes cuidados a cada mujer que acude. Primero, contamos con el **programa de crónico**, a donde se invita a la mujer a hacerse **su prueba de glucosa** y presión arterial. Otro de los **programas es planificación familiar**, ahí les damos orientación sobre que método utilizar en caso que no quieran tener bebe; se les da una dotación de condones y se orienta sobre el problema de VIH; también se les hace el papanicolaou y exploración de mamas.*

***E3**, manifiesta: _Los cuidados que le brindamos a las mujeres en los diferentes servicios son diversos, principalmente en el primer nivel de atención nos enfocamos a lo que es **prevención de enfermedades**, como: orientación en prevención de cáncer de mama. Cuando inician su vida sexual le hacemos sus pruebas de papanicolaou y cuidados durante el embarazo.*

***E4**, agrega: _Bueno, los cuidados que se brindan aquí en el Centro de Salud, primero que todo es en base a la familia, la atención, los cuidados preventivos y el autocuidado. También vemos lo que es el embarazo, parto y puerperio, En el programa de hipertensos y diabéticos, educar sobre la dieta*

saludable, con el plato del buen saber; llevamos un control de somatometría, con el control de peso y talla.

En sus discursos las participantes, demuestran que el cuidado de enfermería en la salud de la mujer, es educación y prevención de enfermedades, lo que nos indica que el saber del personal de salud, específicamente las enfermeras del Centro de Salud “Vergelito” del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, se basa en una concepción técnica, biológica, lineal, coherente con la afirmación de Gramsci (1981), cuando refiere que los profesionales, en este caso los trabajadores de salud, se encuentran impregnados de la filosofía institucional lineal, expresadas en las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, aprendida en el contexto de la formación académica e influenciada por el direccionamiento técnico de las políticas del Estado. El saber de las enfermeras sobre el cuidado que brindan, apuntó para la concepción de salud dependiente de la intervención técnica, como: salud es educación para prevenir enfermedades. Lo que hace que su saber se encuentre impregnado de esta filosofía técnica, biológica, lineal; romper con este paradigma es difícil, y más aún cuando los profesionales no se detuvieron en el análisis de los problemas propios o inherentes a su práctica y experiencia, vinculándose ideológicamente solo al saber técnico, científico, lineal, desarticulado del saber popular y de la problemática social de la población.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

El saber de la mujer sobre salud y el cuidado de enfermería, tuvieron como punto de partida para el análisis, la codificación de los temas generadores de debate, utilizando el método creativo sensible y la dinámica almanaque, a través del dialogo establecido entre la investigadora, 8 mujeres y 4 enfermeras, del Programa Oportunidades residentes del Municipio de Nezahualcóyotl, México; con las siguientes preguntas generadoras de debate: Para las mujeres, ¿Qué es salud? y ¿Cómo aprendió a cuidar su salud? y para las enfermeras, ¿Qué cuidados brindan a las mujeres que acuden al Centro de salud?. A partir de dichas preguntas, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando sus almanaques y utilizando imágenes que expresaban salud y el cuidado de enfermería; las dinámicas fueron desarrolladas en el espacio de la educación dialógica, en 4 encuentros, donde se develó en el debate colectivo dos categorías: 1) El saber de la mujer sobre salud y 2) La visión técnica del cuidado de enfermería a la mujer.

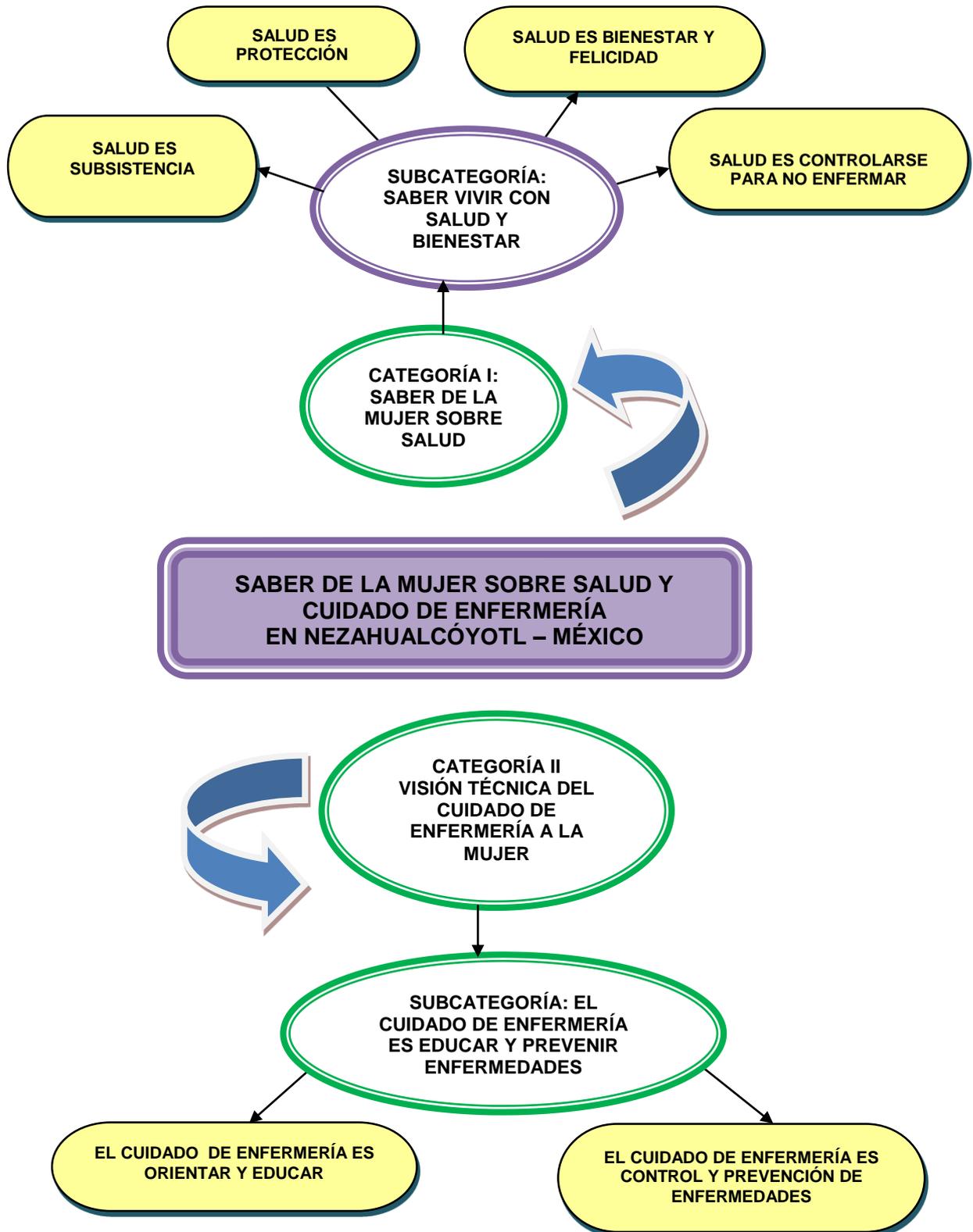
La primera categoría con un tema generador de debate: Saber vivir con salud y bienestar y cuatro subtemas: 1) Salud es subsistencia: es tomar agua y comer sano; 2) Salud es protección: es higiene y ejercicio; 3) Salud es bienestar, felicidad personal y familiar; 4) Salud es controlarse para no enfermar. La segunda Categoría con un tema generador de debate: El cuidado de enfermería es educación y prevención de enfermedades y dos subtemas: 1) El cuidado de enfermería es orientar y educar; 2) El cuidado de enfermería es control y prevención de enfermedades.

El saber de las mujeres sobre salud, a través de las imágenes de los almanaques y los discursos de las participantes, demuestran que la concepción de las mujeres sobre salud, es ingenua, contradictoria e impregnada del modelo epidemiológico clínico, de enfoque biológico e individual, construida a partir de la interacción con el personal de salud, durante la educación en el centro de salud, con expresiones tales como: educar para no enfermar, prevenir enfermedades, control médico, programas de planificación familiar, de vacunación, y de diabéticos e hipertensos, entre otros. Sin embargo, también está en relación directa a sus necesidades básicas fundamentales de subsistencia y protección.

El saber de las enfermeras sobre el cuidado que brindan, apuntó para la concepción de salud dependiente de la intervención técnica, como: salud es educación para prevenir enfermedades, expresadas en las orientaciones de la organización mundial de la salud, en los programas gubernamentales peruanos y en la mayoría de instituciones de formación profesional. Lo que hace que su saber se encuentre impregnado de esta filosofía técnica, biológica, lineal; romper con este paradigma es difícil, y más aún cuando los profesionales no se detuvieron en el análisis de los problemas propios o inherentes a su práctica y experiencia, vinculándose ideológicamente solo al

saber técnico, científico, lineal, desarticulado del saber popular y de la problemática social de la población.

ESQUEMA CONCEPTUAL DEL SABER DE LA MUJER SOBRE SALUD Y CUIDADO DE ENFERMERÍA EN NEZAHUALCÓYOTL – MÉXICO



V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, E. 2005. **La salud en las agendas políticas**. En: FRANCO S. Editor. **La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública** (pp.275-283). Universidad Nacional de Colombia.
- CABRAL I. 1998. **O Método Criativo e Sensível: Alternativa da pesquisa na Enfermagem**. In: Gauthier, J. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Brasil, Guanabara.
- CAUDILLO, T. y ANAYA, A. 2006. **Promoción de la salud y cultura en la sociedad en Paradigmas en Promoción de la Salud. Enfoque Integral en la intervención en la salud**. Tomo II. México. UNAM. FES Zaragoza.
- CONDE, J. 2005. **Ambiente Trabajo y Salud**. En: FRANCO S. Editor. **La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública** (p. 521-531). Universidad Nacional de Colombia.
- DE LEÓN, I 2007. **Actividad física como parte de una vida sana**. Perú. Disponible en: <http://evidasana.com/blog/%C2%BFactividad-fisica-ejercicio-fisico/> (Accesado: 27. 03.12).
- FRANCO S.; OCHOA D.; HERNÁNDEZ M. 1995. **Promoción de la salud y seguridad social. Corporación salud y desarrollo**. Serie de documentos especiales N° 5. Santa Fe de Bogotá.
- FREIRE, P. 2000. **Pedagogia do oprimido**. 29ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- GARCÍA, M. 2005. **Teorías y prácticas en promoción y prevención**. En: FRANCO S. Editor. **La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública** (pp. 179-192). Universidad Nacional de Colombia.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2009. **Geografía e Informática. Tasas de mortalidad en la mujer**. México.
- JAPIASSU M. 1991. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Ed. Fco. 6ª ed. Alves; Rio de Janeiro.
- JODELET D, Y GUERRERO, A. 2000. **Develando la Cultura**. Universidad Nacional Autónoma de México.
- LÁZARO, D. 2003. **As dimensões do cuidado à criança: Um diálogo entre famílias e equipo de saúde na comunidade** [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN.
- MAX-NEEF, M., ELIZALDE, A. Y HOPENHAYN, M. 1986. **Desarrollo a escala Humana**. CEPEAUR, Santiago de Chile.
- MINAYO M.C. 1996. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo / Rio de Janeiro: HUI TEC / ABRASCO.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1998. **Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Hacia la Equidad de Género en las Políticas de Reforma del Sector de la Salud**. Washington D.C. EUA.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1998. **Maternidad Saludable**. Revista Panamericana de Salud, Vol. 12, Núm. 6.
- ORLANDI, E. 1997. **As formas do silencio: no movimento dos sentidos**. 4ª ed. Campinas. Pontes.
- REÁTEGUI L. 2007. **Saber sobre Promoción de la Salud en familias y personal de San Juan Loreto**. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- SECRETARÍA DE SALUD 1983. **Reglamento de la Ley General de Salud en Investigación para la Salud de la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos**. México.

- SECRETARÍA DE SALUD 1993. **Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993**, De los Servicios de Planificación Familiar. México.
- SECRETARÍA DE SALUD 1995. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000: Paquete Básico de Servicios de Salud**. México.
- SECRETARÍA DE SALUD 2000. **Programa Nacional de Salud 2000-2006: “Programa Arranque Parejo en la Vida”**. México.
- SECRETARÍA DE SALUD 2007. **Programa Nacional de Salud 2007-2012**. México.
- SECRETARÍA DE SALUD 2008. **Cartillas Nacionales de Salud**. México.
- WALDOW V. 2004. **O Cuidado na Saúde**. Editora Voz Ltda. Petrópolis. Brasil; 2004. Pp. 13, 183.
- WALDOW V. 2006. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Editoras Vozes. Petrópolis. Brasil; 2006. Pp. 13-19, 95-129, 162-183.