

Muerte materna y continuidad en el trabajo reproductivo: una difícil transiciónⁱ



Irma Romero P.

Mtra. Irma Romero Pérez

Licenciada en Psicología Social, UAM-I
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

Las concepciones y la normatividad de género regulan los lugares sociales de mujeres y hombres en relación con el ejercicio de la maternidad y la paternidad. A las mujeres las coloca como las principales responsables del trabajo reproductivo, adjudicándoles el trabajo físico, mental y emocional del cuidado y crianza de las y los hijos, la atención de otras personas integrantes de la familia y del mantenimiento del hogar;¹ rigiendo así, su vida cotidiana, sus relaciones afectivas, actividades y proyectos de vida.^{1,2,3,4} En contraste, se ha observado que el papel de los hombres como padres aún se asocia con la figura del proveedor y menos con la imagen del cuidador y participante en el trabajo reproductivo.^{5,6}

Estas concepciones y normas de género, que hacen de la maternidad una exigencia social, así como otras condiciones de desigualdad y discriminación –pobreza, falta de acceso a los servicios de salud y calidad de los mismos– conforman el contexto de vulnerabilidad en el que algunas mujeres se embarazan y mueren. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a "la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".⁷ En México es un problema de salud pública asociado a factores como el desconocimiento de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos y la

* Correspondencia: Armi_rpi@yahoo.com.mx

ⁱ Este artículo se deriva de la tesis para obtener el grado de maestra en Estudios de la Mujer: *¿Quién cuida a los hijos? Las redes familiares en el trabajo reproductivo ante la muerte materna.*

imposibilidad de ejercerlos; la falta de acceso oportuno a los servicios médicos; las ineficiencias en la atención materna; la prevalencia de inequidades en las relaciones de género, generación y etnia, y la carencia de recursos económicos, sociales y culturales.^{8,9,10,11}

Ante este panorama, en el que la muerte materna tiene una incidencia importante en México, pues tan sólo en 2011 murieron 971 mujeres por esta causa,¹² y el hecho de que culturalmente la mayor carga del trabajo reproductivo recae en ellas, resulta pertinente preguntarse qué condiciones propiciaron la muerte de mujeres que recibieron atención médica en un hospital de tercer nivel; cómo afectó su muerte el trabajo reproductivo que desempeñaban al interior de sus redes familiares, y si este suceso implicó una transformación o resignificación de los lugares, normatividad y prácticas de género relacionadas con el ejercicio de la maternidad y la paternidad o, por el contrario, se siguieron reproduciendo los mismos patrones en franca continuidad.

Consideraciones metodológicas

El objetivo de esta investigación fue comprender cómo las y los familiares de las mujeres que fallecieron durante el embarazo, aborto, parto o puerperio, asumieron el trabajo reproductivo y cómo se vieron afectadas sus concepciones, lugares y prácticas de género relacionadas con la maternidad y la paternidad. Lo anterior inserto en un contexto de vulnerabilidad sociocultural que favorece la incidencia de la mortalidad materna.

La finalidad del estudio fue recuperar y comprender las experiencias de las y los familiares de estas mujeres, en relación a la manera de afrontar su fallecimiento y la continuidad del trabajo reproductivo y del cuidado de hijas e hijos, e incluso de otras personas integrantes de la familia, por lo que fue necesario conocer las condiciones sociales, de género, de salud e institucionales que propiciaron la muerte de ellas, entre 2006 y 2010, en un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la ciudad de México. A partir de este escenario se establecieron los contactos y las condiciones de participación de quienes fueron informantes en la investigación.

Se recurrió a dos estrategias metodológicas. En un primer momento se realizó la revisión y análisis de 26 expedientes clínicos, de los cuales se recuperaron datos sociodemográficos, antecedentes de salud reproductiva, cuidado prenatal, complicaciones y muerte materna, entre otros, que analicé con el programa SPSS. Los resultados permitieron reconstruir el contexto de la muerte materna, caracterizar el perfil de las mujeres que fallecieron en ese hospital y definir los siguientes criterios de inclusión sobre los casos de muerte materna:

- Familiares de pacientes que murieron entre 2006 y 2010 en ese hospital
- Una hija/hijo vivo o más al momento del deceso
- Residentes del Distrito Federal o Estado de México
- Más de un año del acontecimiento de la muerte materna al momento de la entrevista

Con base en estos criterios, aunados a las dificultades para localizar a las y los familiares de estas mujeres y luego, obtener su anuencia o negativa para participar en este estudio, finalmente se trabajaron cuatro casos de muerte materna desde la metodología cualitativa (Tabla 1).

Tabla 1

Casos de muerte materna. Algunos datos

Caso/ Nombre	1. Paz	2. Evelín	3. Yolanda	4. Flor
Edad	41 años	19 años	40 años	39 años
Estado civil	Casada	Unión libre	Casada	Unión libre
Escolaridad	Licenciatura trunca	Secundaria incompleta	Licenciatura	Secundaria
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa y odontóloga	Ama de casa
Hijas/os vivos	2	1	2	1

En uno de los casos se contó sólo con la participación de una persona integrante de la familia; en los otros tres, se pudo entrevistar a tres parientes –viudo, madre, suegra, hermana o hermano-. A cada informante se le aplicó un cuestionario y después una entrevista focalizada explorando significados, estrategias y prácticas^{13,14} que emplearon para sobrelevar la ausencia de las mujeres en el trabajo reproductivo. La sistematización y análisis de las narrativas se llevó a cabo con el programa *Atlas ti v.5*, mediante la búsqueda de temas, sentidos y significados a partir de la codificación y la construcción de categorías.

Muerte materna y vulnerabilidad: exigencia social de la maternidad y papel de las instituciones de salud

De acuerdo con el análisis de los 26 expedientes clínicos, se observó que en la institución de salud de tercer nivel, la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio se presentó en quienes tenían como edad mediana 30 años –la menor tenía 15 y la mayor 41 años–, es decir, en plena edad productiva y reproductiva. En su mayoría eran casadas, sólo ocho eran solteras; tenían baja escolaridad, seis estudiaron primaria, once, la secundaria, mientras que nueve contaban con preparatoria o universidad; aunque también estas últimas trabajaban en el hogar, dependían económicamente de sus parejas u otras personas de su familia y contaban con bajos ingresos –1.69 salarios mínimos–. De ellas, 16 vivían con algún familiar, nueve en espacios rentados y de un caso no se obtuvo la información, todas residían en la zona oriente y norponiente del Distrito Federal y del Estado de México y carecían de seguridad social.

Para estas mujeres “la maternidad” era el camino para lograr la realización personal, aunque se sabían en riesgo de muerte por las condiciones de sus embarazos. Asimismo, estaban inmersas en relaciones inequitativas de género que establecieron con sus parejas y sus familias, en las que emergió el imperativo social de la maternidad como un medio para consolidar las relaciones de pareja, atenuar las prácticas de violencia y asegurar las redes familiares:

[Cuando se embarazó] yo le dije: “qué bueno por tí, pero, ¿sabes los riesgos que estás tomando?” Y me dice: “no, pues no importa, yo quiero tener este bebé porque a lo mejor si no es este, ya no puedo tener más”. Y pues yo estaba contenta por ella y precisamente, sabiendo los riesgos, yo la cuidaba mucho.

(Hermana de Flor)

Tales factores contribuyeron a mermar las condiciones de salud de estas mujeres, quienes

se embarazaron aun con antecedentes de riesgos gineco-obstétricos, como abortos, problemas de fertilidad, complicaciones en partos anteriores, o estando enfermas. Cabe subrayar que no recibían tratamiento médico para sus padecimientos o fueron diagnosticadas durante el último embarazo, ya que la atención de su salud sólo fue prioritaria en función de la gestación. Además, no utilizaban métodos anticonceptivos:

[A ella] le decían que era un embarazo de alto riesgo porque, pues por su problema del corazón y por su edad –pues ya tenía 39 años–, y por el supuesto aborto que había tenido anterior... Simplemente por lo de su corazón era un embarazo de alto riesgo.

(Hermana de Flor)

Sin embargo, a pesar de estas condiciones, sus muertes pudieron evitarse debido a que en zonas urbanas existen diversos servicios de salud con los recursos materiales, médicos y tecnológicos necesarios para brindar tratamiento oportuno. Aun siendo atendidas en un hospital de tercer nivel, estas mujeres fallecieron, evidenciándose algunos focos rojos que prevalecen en la atención y organización de las instituciones de salud públicas y privadas. Además, recibieron diagnóstico tardío de las complicaciones en sus embarazos, lo que implicó demoras en el acceso a instituciones especializadas, pues en su mayoría no fueron referidas formalmente a los servicios de salud. También se enfrentaron al rechazo hospitalario por carencia de infraestructura y recursos médicos, al manejo administrativo deficiente para la admisión de mujeres consideradas en riesgo y a la ineficiencia en el cuidado prenatal y en la resolución de emergencias obstétricas, así como a la vigilancia insuficiente del puerperio:

En los últimos meses fue cuando ella se sentía un poquito mal. Al séptimo, octavo, no me acuerdo, la doctora nos dijo: “mira, aquí en el ultrasonido se ve una pequeña mancha blanca [...], yo creo que mejor te conviene que te vayas a una clínica porque [...] te tienen que hacer una cirugía que es fácil, pero a lo mejor necesitas banco de sangre”. Todavía estábamos, a lo mejor, a tiempo en el séptimo mes, la verdad no recuerdo, [pero] tuve que cambiar mi credencial del IFE al Distrito porque es el requisito que me pidieron. De ahí venirme a quedar un día antes, un domingo como a las tres, cuatro de la tarde para formarme y sacar ficha. De ahí me dieron la ficha y me dieron cita para no sé cuándo.

[En la cita de valoración], cuando el médico me habló fue un poquito algo tosco al decirme: “¿por qué no la trajiste antes?”. Y yo, ya con el llanto, le digo: “pues si no me la recibían”. Yo llorando, sintiéndome muy mal de que me habían dicho

que estaba súper grave [...], le dije: "pues si ustedes no la quieren recibir, aquí la clínica no me la quiso recibir". Le digo: "¿sabe qué, doctor? Pues hicimos, no recuerdo qué tiempo hicimos para estar viniendo aquí a las clínicas, para ver si me daban cita y me daban el servicio". Nosotros, pues la verdad sí hicimos, batallé mucho y sufrí mucho por ver si en una clínica de gobierno la atendían por no tener seguro o ISSSTE, pues hicimos la verdad un recorrido muy, muy largo.

(Viudo de Yolanda)

Afectaciones de la muerte materna

La muerte materna es un evento que trae diversas afectaciones para las y los familiares de las mujeres que fallecen por esta causa. Algunas son de tipo económico por la hospitalización prolongada de ella o de su hija o hijo y el funeral; otras se relacionan con el deterioro en la salud física y emocional de sus familiares y/o con la desintegración familiar: abandono del padre, separación de las y los hermanos, o cambio de residencia. Sobre todo es una experiencia dolorosa, pues cada una de estas mujeres ocupaba diversos lugares en su familia, ya fuera como madres, esposas, hijas o hermanas.

En relación con el trabajo reproductivo, quienes son más afectados en su vida cotidiana son los viudos, así como las y los hijos. Tras el fallecimiento, las parejas de estas mujeres vieron frustrados sus

planes de vida. Las y los hijos se quedaron sin la persona culturalmente asignada para brindarles los cuidados y atenciones necesarios; además, son vistos como personas tristes, deprimidas, frágiles e inseguras. Es importante señalar que su edad, así como la relación que tuvieron con su madre –si la recuerdan o no la conocieron–, también genera una experiencia distinta ante la muerte materna:

Pues fue un cambio drástico para mí porque, pues ya tenía una convivencia con ella. O sea ya, pues no sé si fue poco o mucho, pero ya teníamos una vida, a lo mejor planeada o no planeada, pero pues ya teníamos, pues no sé, un futuro, yo me imagino que entre pareja y ya todo, casi se volvió a empezar de cero para mí, otra vez volver a empezar.

(Viudo de Evelín)

Aquí, incluso tuvo la oportunidad de tomar una terapia para despedirse de su mamá. Lo vi con sus ojos llorosos, solamente le extendí los brazos y lo abracé. Lo vi un poquito mejor, pero muy temeroso a todo, a todo, a todo, o sea, cualquier cosa lo espanta: "esto no lo puedo hacer". Simplemente subirse a un subibaja le da miedo. La verdad a él le ha afectado. A la bebé, pues es bebé, ella todavía no alcanza a comprender qué pasó con su mamá, pero a Sebastián yo sí lo veo muy afectado, muy, muy afectado.

(Hermana de Yolanda)



Irma Romero P.



Gerardo Chávez

Trabajo reproductivo: la participación de las redes familiares ante la muerte materna

El evento de la muerte materna afectó de forma diferenciada a las cuatro familias que se retomaron para el estudio, siendo la conformación familiar previa, la presencia o ausencia de una pareja, el funcionamiento de las redes familiares de apoyo –por parte de la madre o del padre–, el número de hijas e hijos huérfanos, el momento de la crianza, el estado de salud de la/el recién nacido, la persona encargada de asumir el trabajo reproductivo, así como los recursos económicos, educativos y sociales de las familias, las condiciones sobre las que se produjeron estrategias y recursos, conflictos y negociaciones que permitieron la continuidad del trabajo reproductivo para asegurar el bienestar de las y los hijos huérfanos y del hogar.

Tras este evento, las redes familiares permitieron la continuidad del trabajo reproductivo a partir de tres movimientos: continuidad de las redes –materna y paterna–, desde el embarazo hasta el cuidado posterior y basadas en las buenas relaciones entre parientes; desaparición de alguna de las redes debido a los conflictos con los viudos, la percepción que tenían las y los familiares de la relación de pareja, del embarazo y de la/el nuevo hijo, y emergencia de otra red que permitió sobrellevar el debilitamiento de los lazos familiares:

Decidí, primero pensé en mi hija: ¿quién la va a cuidar? Porque [con] mi suegra ya empezábamos a tener algunos conflictos, entonces se dio. Dije: “no tiene caso quedarme a vivir con mi suegra”, porque ella me decía que me quedara, pero le dije: “no, ¿sabe qué? Mejor, ahorita a lo mejor mi mamá, está cerca la novia de mi hermano [que es] enfermera”. Yo platicué con mi mamá, le dije: “¿sabes qué? Yo prefiero regresarme” y me dijo ipues sí! Es casa de ustedes”. Entonces me regresé. (Viudo de Yolanda)

Así, las y los hijos huérfanos fueron incluidos en otros núcleos familiares a partir del significado que adquirían para sus parientes –de compensación o continuidad de la madre, o como causante de su muerte–; la presencia de otras/os niños dentro del hogar –lo que les colocaba en una posición de desigualdad–; su estado de salud –que implicaba una sobrecarga en el trabajo reproductivo– y la autoridad del padre, quien asumía o delegaba su cuidado en otras personas. Según el estatus de las y los niños huérfanos, sus parientes se disputaron su custodia o hubo abandono. Su vulnerabilidad, que se derivó de la pérdida de la madre biológica, también estuvo determinada por la falta de otra persona de la familia que asumiera ese lugar social de la maternidad.

¡Ay! Este...es una responsabilidad que me viniste a dejar. No, no, no, para mí es algo hermoso que me dejó mi hija, ella se fue y se quedó él, se quedó ella en él.

(Madre de Evelín)

Yo soy soltera, todos mis hermanos son casados y yo, como hermana mayor de todos, pues yo me quedé así, como con el deber moral de ver por sus hijos ahora que ella no está. Y yo lo hago con mucho gusto.

(Hermana de Paz)

De esta forma, es notorio que no cualquiera de ellas podía “asumir” el lugar de la madre muerta. Para ello se estableció una jerarquización, según su idoneidad y legitimidad a partir de las concepciones y expectativas que se tenían sobre la maternidad, la proximidad del lazo de parentesco, las cualidades como madres, los recursos económicos, educativos y sociales, así como las necesidades de las y los hijos huérfanos y la disponibilidad de redes familiares. Aquellas con mejor ubicación eran las mujeres de la familia materna: abuelas, tíos consanguíneos y políticas; luego, las de la familia paterna y al final se ubicaba la madrastra:

Le digo: “mira, Antonio, yo tengo todo el tiempo del mundo, prefiero dejar mi tiradero, todo, para cuidar al niño”. Le digo, yo me peleé con él fuerte, discutimos fuerte y también discutí con la señora, le digo: “es que no es posible que si yo tengo todo el tiempo, lo esté cuidando la tía”. Le digo: “tu tía tiene que cuidar también a sus nietos. Yo sé que a lo mejor a tu tía no se le hace difícil, pero, jagarra la onda Antonio! Yo, mi dolor, ¿y mi niña?”

(Madre de Evelín)

Por otro lado, pareciera que el lugar de la madre estaba reservado sólo para las madres “biológicas”, por el lazo afectivo “insustituible” entre madre e hija/o; aunque las “cuidadoras” podían acceder a éste cuando eran reconocidas como tales por las y los niños huérfanos, así como por otras personas integrantes de las familias.

Otro de los actores sociales involucrados en el trabajo reproductivo es el padre-esposo. A partir de esta investigación, se detectaron tres tipos de relaciones entre padres e hijas/os: algunos cohabitaban, pero delegaban su cuidado en las mujeres de la familia; otros convivían en actividades acotadas y se encargaban de su manutención, y finalmente, unos decidieron abandonarlos. Cabe señalar que los padres entrevistados comentaron que el sexo, la edad y estado de salud de sus hijas e hijos fueron factores importantes para involucrarse en el cuidado y crianza. Además, sus condiciones laborales y de salud les impedían asumir estas responsabilidades:

Pues sí, de hecho a mí me gustaría tener un negocio propio para tener más atención con él, o sea, ir a las juntas, pues tener más tiempo para estar en esos cuidados. Mmm, pues sí, me

gustaría tener eso de verlo en la escuela y todo eso, de llevarlo a lo mejor al doctor o ‘equis’ cosa, pero... Sí me gustaría estar con él. O sea, también más grande no sé si quisiera vivir conmigo, pues podría tener más responsabilidad de poder quedarse, o sea, cuidarse solo, y yo, pues trabajar.

(Viudo de Evelín)

Para esta investigación, se consideraron dos aspectos fundamentales del trabajo reproductivo: el mantenimiento del hogar y el gasto familiar. Tras la muerte materna se dieron diversos arreglos de residencia por lo que las tareas domésticas se naturalizaron como “las labores de todos los días”, salvo cuando existían otras/os hijos en el hogar o las y los huérfanos demandaban muchos cuidados, esta esfera se veía como problemática:

Ya no tengo mucho tiempo para estar así, con ellos. A la hora de la comida comemos, platicamos y todo, pero nada más, luego me decían: “vamos a jugar”, “¡ay, hijo! No tengo tiempo, tengo que hacer esto, esto y esto”. Cambió muy drástico mi vida y antes sí me ponía a jugar con mi niña, me ponía acá. Ahora sí le presto atención, le presto tiempo, le presto lo que sea, pero me demanda más tiempo el bebé. Entonces cambió completamente mi vida diaria.

(Hermana de Flor)

Respecto al gasto familiar, se observó como una dificultad cuando los padres no se encargaban de la manutención de las y los hijos, las redes familiares eran débiles, no se contaba con los recursos económicos suficientes o se tenían que cubrir las necesidades de hijas/os enfermos.

Mi economía cambió mucho porque a mi hija nunca le compré leche, siempre le di pecho y entonces, pues no tenía que comprarle leche, nunca había sabido a cómo estaban las leches, ¡están bien caras! Mi hija, mis hijos, gracias a Dios siempre fueron bien sanos y de nada se enfermaron, no tuvieron ningún problema, ningún tipo de enfermedad, o sea que estuvieran internados o que necesitaran medicamento tras medicamento y no. Y el bebé necesita medicamentos de por vida.

(Hermana de Flor)

Conclusiones

Esta investigación evidencia algunas condiciones que propiciaron la muerte materna en un hospital de tercer nivel que ofrece atención especializada a mujeres que cursan un embarazo considerado de alto riesgo. Condiciones relacionadas no sólo con el acceso a los servicios de salud, sino con las deficiencias en la organización y administración de las instituciones médicas, mal manejo del cuidado

prenatal, de las emergencias obstétricas y vigilancia insuficiente durante el puerperio. De tal forma que para reducir la mortalidad materna es necesaria una evaluación constante de la atención obstétrica, fortalecer el área de prevención promoviendo el uso de métodos anticonceptivos y la orientación sobre planificación familiar, así como trascender a la atención integral de la salud de las mujeres a lo largo de su vida y no sólo durante el embarazo.

Estas condiciones propiciaron la muerte de mujeres, quienes eran madres, esposas, hijas, hermanas y proveedoras, viéndose afectadas en su vida cotidiana las familias, con la preocupación fundamental de resolver el cuidado y crianza de las y los hijos huérfanos, que culturalmente se asigna y reconoce a la madre biológica. También fue claro que, tras la muerte materna, las mujeres –principalmente de la línea materna– fueron quienes asumieron el cuidado y crianza de las y los hijos. Pareciera que la maternidad de la hija o hermana muerta se convirtió en insignia o marca de reconocimiento que permite la incorporación de nuevas personas integrantes en la familia.

La participación del padre en las actividades de cuidado se condiciona a la edad, sexo y estado de salud de las/os niños, además de la importancia de las concepciones sobre el género para desempeñar estas labores. Resulta paradójica la intención de los

Referencias bibliográficas

- 1 Colen S. Like a mother to them: stratified reproduction and west Indian childcare worker and employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R. (Eds.) *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press; 1995. p. 78-102.
- 2 Chodorow N. *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa; 1984.
- 3 Nakano E. *Social Constructions of mothering: a thematic over view*. En: Nakano E, Chang G, Rennie L. (Eds.) *Mothering. Ideology, experience and agency*. New York: Forcey; 1994. p. 1-29.
- 4 Sánchez-Bringas A. *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG)/UNAM-UAM-X; 2003.
- 5 Figueira JG, Jiménez L, Tena O. (Coords.) *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México: El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales-Programa de Salud Reproductiva y Sociedad; 2006.
- 6 Rojas O. *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México: Un acercamiento al papel desempeñado por los varones en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales; 2008.
- 7 Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10^a revisión*. Washington, D. C: OMS; 1995.
- 8 Elu M. *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 9 Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. México: Miguel Ángel Porrúa; 2003.
- 10 Ballesté M. *Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género*. 3^a Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México, México; 2003.
- 11 Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. *Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala*. Salud Pública Méx. 2007 mar-abr; 49(2):86-93.
- 12 Freyermuth G, Luna M, Muños J. *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2011*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Fundación MacArthur en México-Observatorio de Mortalidad Materna; 2012.
- 13 Sierra F. *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. En: Galindo J, (Coord.) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, México: Pearson; 1998. p. 277-339.
- 14 Valles MS. *Introducción a la metodología del análisis cualitativo: panorámica de procedimientos y técnicas*. En: Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis S. A.; 1999. p. 339-401.

padres de involucrarse en el cuidado de sus hijas e hijos cuando ya no son “tan dependientes”. Es importante señalar que, en contextos de pobreza, se observó un fortalecimiento de la imagen del padre como proveedor.

Asimismo, las redes familiares permitieron la continuidad en el trabajo reproductivo a partir de los conflictos, las negociaciones y las alianzas entre parientes para atender la salud, resolver la custodia, el cuidado y la crianza de los hijos huérfanos.

Es necesario apuntar que aunque las experiencias de las y los parientes de estas mujeres fueron diversas, en todos los casos contaron con distintos recursos y condiciones familiares para que existiera un reforzamiento de las concepciones y prácticas de género, en vez de un cuestionamiento o flexibilidad sobre estas nociones. La rigidez en la normatividad permitió guiar y dotar de sentido el comportamiento de las familias ante este momento de “crisis” y asignar los lugares sociales de la maternidad y la paternidad, en relación con el trabajo reproductivo, a partir de su idoneidad y legitimidad para “asumir” dichos lugares.



- 7 Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10^a revisión*. Washington, D. C: OMS; 1995.
- 8 Elu M. *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 9 Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. México: Miguel Ángel Porrúa; 2003.
- 10 Ballesté M. *Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género*. 3^a Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México, México; 2003.
- 11 Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. *Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala*. Salud Pública Méx. 2007 mar-abr; 49(2):86-93.
- 12 Freyermuth G, Luna M, Muños J. *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2011*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Fundación MacArthur en México-Observatorio de Mortalidad Materna; 2012.
- 13 Sierra F. *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. En: Galindo J, (Coord.) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, México: Pearson; 1998. p. 277-339.
- 14 Valles MS. *Introducción a la metodología del análisis cualitativo: panorámica de procedimientos y técnicas*. En: Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis S. A.; 1999. p. 339-401.