

de 2016]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia/iii-transparencia-focalizada?layout=edit&id=568>

5. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos sobre defunciones [sitio de internet]. Secretaría de Salud 2017 [consultado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesde-datos/std\\_defunciones\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesde-datos/std_defunciones_gobmx.html)

6. Secretaría de Gobernación (Segob). Datos de Proyecciones de la población [sitio de internet] Consejo Nacional de Población (Conapo) 2015 [consultado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos).

7. World Health Organization. World Standard Population 2000-2025 [sitio de internet] WHO 2001 [consultado 7 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://seer.cancer.gov/stdpopulations/world.who.html>.

8. National Cancer Institute. Joinpoint Trend analysis Software [sitio de internet] Division of Cancer Control and Population Sciences 2016 [consultado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>

9. World Health Organization. Global database on body mass index [sitio de internet] World Health Organization 2006 [consultado 8 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>

10. International Diabetes Federation. IFD Diabetes atlas. 7th ed. [sitio de internet] IDF 2015 [consultado el 8 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/>

11. Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA, Ng SW. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ* 2016;352:h6704. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6704>

### Sordedad, una nueva forma de pensar y vivir la sordera

*Señor editor:* Tradicionalmente, en la construcción social en torno a la sordera, prevalece la concepción médica, vinculada con la idea de normalidad, basada en un diagnóstico médico, legitimada por un discurso que promueve un saber y en la cual la sordera requiere una rehabilitación.

Desde otra vereda, el investigador Paddy Ladd, producto de sus indagaciones e insatisfecho con la definición médica de sordera, conceptualizó la noción epistémica de *sordedad* (*deafhood* en inglés), una *manera de ser sordo y vivir la sordera*.<sup>1</sup>

Tensas relaciones se han provocado entre la comunidad sorda, la profesión médica y la sociedad en general, pues las personas sordas son exhortadas a esforzarse hacia la estadística de ideales de “normalidad”.<sup>2</sup>

La mirada desde la *sordedad* contempla las etapas que cada persona sorda vive, la búsqueda de acuerdo con sus experiencias, el reencuentro con su *ser sordo*; se reconoce como persona no oyente, es decir, no se percibe como una persona con una discapacidad, sino como alguien distinto a los demás.

La *sordedad* se desarrolla como una episteme de las epistemologías de sordos, constituyendo una línea que estudia el origen, el método y el conocimiento que las personas sordas adquieren, inmersas en una sociedad mayoritariamente oyente que considera la audición para transitar por ella.

Desde esta perspectiva, las implicaciones biológicas, sociales y culturales de ser sordo no se definen de forma automática simplemente por la discapacidad, sino por la diferencia, considerada como una valoración sorda. Un buen ejemplo de ello es el reconocimiento universal de la lengua de señas: a pesar de esta valoración, en diferentes lugares se continúa exigiendo a los estudiantes sordos sólo el uso de la lengua oral.<sup>3</sup>

Finalmente, entender la *sordedad* no sólo es importante para los teóricos e investigadores, sino también para profesionales de educación y de salud. Es relevante profundizar en el conocimiento de esta nueva construcción social, la cual podría ser útil para abogar por cambios en las políticas y proporcionar una oportunidad para que las personas sordas sean activos participantes de la sociedad.

Karina Muñoz-Vilgrón, D en C de la Educ.<sup>(1,2)</sup>  
[karinamunoz@spm.uach.cl](mailto:karinamunoz@spm.uach.cl)  
 Sonia Osses-Bustingory, D en Educ.<sup>(1,3)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

<sup>(2)</sup> Universidad Austral de Chile. Puerto Montt, Chile.

<sup>(3)</sup> Universidad Academia Humanismo Cristiano. Chile.

### Referencias

1. Ladd P. Understanding deaf Culture. In: Search of Deafhood. Clevedon, UK: Multilingual Matters, 2003.
2. Baynton DC. Disability and the justification of inequality in American History. In: Longmore P, Umansky L (eds.). The new disability history: American perspectives. New York: New York University Press, 2000:33-57.
3. Moores DF. Epistemologies, deafness, learning, and teaching. *American Annals of the Deaf* 2010;154(5):447-455. [10.1353/aad.0.0123](https://doi.org/10.1353/aad.0.0123)

### La salud sexual y reproductiva como reflejo de inequidad en mujeres indígenas de la Región de la Montaña de Guerrero, México

*Señor editor:* Las transformaciones sociales que en décadas recientes se han registrado en América Latina han impactado en las condiciones de vida de la población y, en especial, en la salud de las mujeres, incluyendo la salud sexual y reproductiva.<sup>1</sup> Según el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Comisión Económica para América Latina, la Organización Mundial de la Salud y otros, los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo.<sup>2</sup>

Por lo anterior, se decidió realizar un estudio epidemiológico, retrospectivo, con el objetivo de identificar los factores asociados con los patrones de salud sexual y reproductiva en mujeres del estado de Guerrero. Se recabó información de 150 expedientes del Hospital General de Acapulco y 150 del Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, lo que dio un total de 300 expedientes del periodo 2009-2011. Tomando en cuenta los criterios de selección, se utilizó una *cédula de trabajo*, que incluye datos sociodemográficos

y características gineco-obstétricas. El estudio incluyó a 300 (100%) mujeres embarazadas: 50% indígenas y 50% no indígenas, todas pertenecientes al estado de Guerrero (cuadro I).

La variable dependiente *salud sexual y reproductiva*, cuya definición fue la de la Organización Mundial de la Salud, se construyó con la inclusión de las siguientes variables, en forma dicotómica: edad al momento del primer embarazo (mayores de 18 años y menores de 40 años), tener más de cinco consultas prenatales, resultado negativo a toxicomanías, sin enfermedades en el embarazo, atención del último parto en unidad de salud

(y=salud sexual y reproductiva con las categorías Sí y No). Las variables independientes analizadas fueron *pertenencia indígena, escolaridad, ocupación, estado civil, inicio de la vida sexual, primer embarazo, número de embarazo, número de consultas prenatales, uso de anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), atención del parto previo al estudio en una unidad de salud*.

Para el análisis estadístico se utilizó el software Statistical Package for Social Sciences v.19.0.\* Se tomó como

\* SPSS INC. 2007. SPSS. Chicago, IL, USA. HYPERLINK. <http://www.spss.com>

medida de asociación la razón de momios (RM), intervalo de confianza (IC) de 95% ( $p < 0.05$ )

En relación con la variable *pertenencia indígena sí/no*, encontramos una RM de 12.6 ( $p = 0.000$ ), lo cual indica que las mujeres indígenas tienen doce veces mayor probabilidad de una inadecuada salud sexual y reproductiva que las que no son indígenas. Si sólo nos referimos a la mortalidad materna, los datos son igualmente desalentadores, ya que, según un estudio realizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de una mujer embarazada en Nuevo León.<sup>3</sup> En el caso de los municipios indígenas, este riesgo es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados.

Además, encontramos que otros factores ginecoobstétricos y sociodemográficos asociados con la salud sexual y reproductiva en las mujeres fueron: sin escolaridad, no uso de APEO, inicio de vida sexual siendo menor de edad, primer embarazo siendo menor de edad, mujer que recibe menos de cinco consultas prenatales y la no atención del parto en una unidad de salud (cuadro II). Estos datos obtuvieron un valor de  $p$  de  $< 0.05$ .

Por lo antes mencionado, se enfatiza la importancia de la prevención de los embarazos no deseados, el control prenatal y la atención por un personal de salud.

Malú A Reyna-Álvarez,<sup>(1)</sup>  
 Jhony A De La Cruz-Vargas,<sup>(2,3)</sup>  
 Martha Teliz-Sánchez,<sup>(4)</sup>  
 Nubia O Blanco-García,<sup>(5)</sup>  
 Agustín Santiago-Moreno,<sup>(6)</sup>  
 Carlos Hernández-Girón,<sup>(7)</sup>  
 chernand@insp.mx

**Cuadro I**  
**DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN 300 MUJERES EMBARAZADAS, SEGÚN PERTENENCIA A GRUPO INDÍGENA. GUERRERO, MÉXICO, 2009-2011**

Características de las mujeres	Total (frecuencia)	Total %	Mujeres indígenas (frecuencia)	%	Mujeres no indígenas (frecuencia)	%
Mujeres en edad fértil	300	100	150	50	150	50
Edad (años)						
15 a 19	72	24	38	25.3	33	22
20 a 24	75	25	34	22.7	41	27.4
25 a 29	63	21	34	22.7	28	18.6
30 a 34	47	15.6	23	15.4	24	16
35 a 39	30	10	14	9.3	17	11.4
40 a 44	13	4.4	7	4.6	7	4.6
Escolaridad						
Sin escolaridad	45	15	34	22.6	11	7
Primaria	103	34.4	52	34.6	51	34
Secundaria	86	28.6	28	18.7	58	39
Preparatoria	49	16.4	28	18.7	21	14
Universidad	17	5.6	8	5.4	9	6
Ocupación						
Ama de casa	255	85	142	95	113	75
Desempleada	6	2	2	1	4	3
Estudiante	3	1	3	2	0	0
Empleada	36	12	3	2	33	22
Estado civil						
Soltera	68	23	16	10	52	35
Casada	152	51	73	49	79	53
Unión libre	80	26	61	41	19	12
Viuda	0	0	0	0	0	0

\* 300 expedientes clínicos (150 indígenas, 150 no indígenas) periodo 2009-2011

Fuente: base de datos SRMI\* Guerrero. Salud reproductiva, comparativo de mujeres indígenas y no indígenas

<sup>(1)</sup> Coordinadora Estatal de Educación en Investigación, Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. México.  
<sup>(2)</sup> Cátedra de Oncología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guerrero. México.

**Cuadro II**  
**MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, CONDICIONAL, PARA ESTIMAR FACTORES ASOCIADOS CON INADECUADA CALIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL. GUERRERO, MÉXICO, 2009-2011**

Variable	RM* cruda	(IC95%)	Valor p	RM* ajustada	(IC95%)	Valor P
Pertenencia indígena						
No	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Sí	12.6	(6.9-22.9)	0.000	27.5	(6.2-120.9)	0.000
Escolaridad						
Primaria o más	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Ninguna	2.0	(0.9-4.2)	0.047	6.6	(2.2-19.7)	0.177
Ocupación						
Empleada (trabajo remunerado)	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Ama de casa (trabajo no remunerado)	2.3	(1.2-4.5)	0.007	1.3	(0.3-6.9)	0.741
Estado civil						
Con pareja	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Soltera	0.5	(0.3-1.0)	0.002	1.8	(0.3-8.3)	0.023
Inicio de la vida sexual						
Después de los 18 años	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Antes de los 18 años	5.8	(3.2-10.5)	0.000	3.3	(1.6-6.9)	0.057
Primer embarazo						
Después de los 18 años	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Antes de los 18 años	4.0	(2.2-8.0)	0.000	2.9	(0.0-6.3)	0.000
Número de embarazos						
Menos de 3	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
3 o más	1.0	(0.5-1.8)	0.927	2.4	(1.4-4.6)	0.068
Número de consultas prenatales						
Cinco o más	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
Menos de cinco	4.1	(2.7-7.3)	0.000	3.4	(1.7-6.8)	0.000
Uso de APEO						
Sí	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
No	1.6	(0.9-2.7)	0.068	2.1	(.2-18.7)	0.044
Atención del parto previo al estudio en una unidad de salud						
Sí	1.0 <sup>‡</sup>			1.0 <sup>‡</sup>		
No	8.1	(4.3-19.8)	0.000	9.1	(3.5-23.7)	0.000

\* RM: razón de momios  
<sup>‡</sup> Categoría de referencia

APEO: anticoncepción post-evento obstétrico

Fuente: Base de datos SRMI Guerrero. Salud reproductiva comparativo. Periodo 2009-2011

<sup>(3)</sup> Dirección General del Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, Gobierno del Estado de Guerrero. México.  
<sup>(4)</sup> Departamento de Investigación en Salud, Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. México.  
<sup>(5)</sup> Unidad de Innovación Clínica y Epidemiológica de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. México.  
<sup>(6)</sup> Unidad Académica de Matemáticas, Universidad Autónoma de Guerrero. México.  
<sup>(7)</sup> Centro de Investigación de Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México.  
<https://doi.org/10.21149/8357>

### Referencias

1. Carlos Q, Velut S, Jourcin E. Los desafíos del desarrollo en América Latina. Dinámicas socioeconómicas y políticas públicas. 2da ed. Francia: Institut des Amériques, 2014 [consultado el 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/A-savoir/24-VE-A-Savoir.pdf>

2. UNFPA. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los derechos reproductivos son derechos humanos. San José, C.R.: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008 [consultado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>  
 3. Comisión Nacional para el Derecho de los Pueblos Indígenas. La mortalidad materna indígena y su prevención. México: Gobierno Federal, 2010 [consultado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad\\_materna\\_indigena\\_prevenccion\\_cdi\\_pnud.pdf](http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf)