

Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México¹

Sexuality, gender and risk perception to HIV infection in indigenous women of Mexico

Mariana Juárez-Moreno^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6921-4678>
E-mail: maju_84@hotmail.com

Oresta López -Pérez^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0994-4545>
E-mail: lopez.oresta@gmail.com

Lydia Josefa Raesfeld^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2589-9628>
E-mail: lydiaraesfeld@gmail.com

Rosa Elena Durán-González^a

 <https://orcid.org/0000-0001-8121-5019>
E-mail: rosidurang@gmail.com

^aUniversidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

^bEl Colegio de San Luis A. C. Laboratorio de Interculturalidad, Género y Derechos Humanos. San Luis Potosí, México.

Resumen

La presente investigación pretende conocer las prácticas en torno a la sexualidad y el género de las mujeres indígenas, sus conocimientos y percepción de riesgo a la infección por VIH. Para ello, se realizó una investigación descriptiva exploratoria, con método cualitativo, en la cual se aplicó entrevista semiestructurada a mujeres indígenas de comunidades rurales en México. Los resultados muestran que los estereotipos de género marcan diferencias sustanciales entre hombres y mujeres. Los cambios tecnológicos y la migración han originado cambios en el acceso a la información y en las dinámicas familiares. A las mujeres se les da más información sobre salud sexual y reproductiva en el ámbito público, pero esto no se refleja en el ámbito privado, en que les resulta difícil hablar estos temas con sus familiares, principalmente su pareja, lo cual impide que tengan control sobre su salud sexual y reproductiva. Existe un desconocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual; la mayoría de las mujeres no se percibe en riesgo de infección, y a nivel comunitario se segrega a las personas con VIH. Es necesario diseñar, en colaboración con ellas, intervenciones con un enfoque intercultural y con perspectiva de género. **Palabras clave:** Sexualidad; Identidad de Género; Cultura Indígena; Infecciones por VIH; Percepción.

Correspondencia

Mariana Juárez-Moreno

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Carretera Pachuca-Actopan, km 4.5, s/n, San Cayetano el Bordo. Pachuca de Soto, Hgo., México. CP 42084.

¹ La presente investigación forma parte del proyecto titulado "Intervención intercultural de salud sexual y prevención de la infección por VIH en mujeres indígenas de la Huasteca Potosina e Hidalguense", financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por medio del programa Estancias Posdoctorales Vinculadas al Fortalecimiento de la Calidad del Posgrado Nacional, Convocatoria 2018(I).

Abstract

The objective of the research was to know the practices around sexuality and gender or indigenous women, their knowledge and perception of risk to HIV infection. Work was done with indigenous women from rural communities in Mexico. The type of research was descriptive exploratory; the methodology was qualitative, the data collection tool was the interview. The results display that gender stereotypes mark substantial differences between men and women. Technological changes and migration have led to changes in access to information and in family dynamics. Women are given more information on sexual and reproductive health in education and health, in the public sphere, but this is not reflected in the private sphere, where it is difficult for them to discuss these issues with their family, mainly their partner, which prevents them from having control over their sexual and reproductive health. There is a lack of knowledge about HIV and other STIs, most women do not perceive themselves to be a risk of infection, and at the community level, people with HIV continue to be segregated. It is necessary to design in collaboration with them interventions with an intercultural approach and with a gender perspective.

Keywords: Sexuality; Gender Identify; Indigenous Culture; HIV Infections; Perception.

Introducción

América Latina es una de las regiones más desiguales del mundo, donde la raza, la etnia, el género y la clase social son factores relevantes al momento de determinar los niveles de pobreza y desigualdad. Esto se refleja en las mujeres indígenas, quienes viven una triple explotación por razones de raza, género y clase (Del Campo, 2012).

Los pueblos indígenas en América Latina se consideran una población vulnerable, debido a su alta prevalencia de enfermedades, sus carencias de servicios de salud y las altas tasas de morbilidad y mortalidad (Karver et al., 2016). El 79,3% de la población indígena en México vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Los municipios con los más altos niveles de analfabetismo en el país están conformados por el 40% o más de población indígena, y las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles entre población indígena duplican el promedio nacional (México, 2012).

Respecto a las enfermedades transmisibles, en México, la epidemia del sida en el área rural es más reciente, presentando un crecimiento exponencial debido a la falta o dificultad de acceso a la información, a servicios de salud y a condiciones de precariedad, aunado al incremento del fenómeno de la migración, en busca de mejores opciones de vida (Pavía et al., 2012). Para Terán, Díaz y Cubillas (2016), la vulnerabilidad de una población frente a un riesgo de salud está determinada por inequidades estructurales, como los aspectos sociodemográficos, la pobreza, las prácticas culturales y el nivel educativo. En relación al VIH, la vulnerabilidad significa tener poco o ningún control sobre el riesgo de adquirir la infección, es el resultado de la interacción de factores individuales, sociales, culturales, demográficos, legales, económicos y políticos (Quintal; Vera, 2014).

Física y socialmente las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres. Físicamente, la transmisión de hombre a mujer durante la relación sexual es dos o cuatro veces más probable que la transmisión de mujer a hombre, debido a que la zona de exposición de las mujeres es de mayor superficie y la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales (García, 2005;

Quintal; Vera, 2014). Socialmente, el género impone a las mujeres una serie de asignaciones que va más allá de lo biológico y reproductivo, se les adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos (Lamas, 1986); además, es un régimen que nos regula y disciplina (Butler, 2006), ocasiona relaciones de poder, que producen y reproducen desigualdad social entre hombres y mujeres (Segato, 2016), y determina el grado de autonomía de cada persona en las relaciones de pareja (García, 2005).

En la sexualidad, el género, la clase y la raza manifiestan sus estructuras de dominación y subordinación (Ariza; Oliveira, 2005). Las desigualdades de género se aprenden en los estereotipos sexuales, los cuales son normas sociales que aprendemos desde la infancia, se incorporan en nuestro autoconcepto y se vuelven parte de nuestra identidad; generalmente son aceptadas, poco cuestionadas y contribuyen a la forma en que expresamos nuestra sexualidad (Pérez-Jiménez; Orengo-Aguayo, 2012).

Estas desigualdades ocasionan que los hombres tengan el poder en las relaciones de pareja y en sus relaciones sexuales; para ellos las relaciones sexuales representan una afirmación de su sexualidad, por ello justifican tener múltiples parejas sexuales. Esto ocasiona que para muchas mujeres el principal factor de riesgo para adquirir la infección por VIH sea el comportamiento sexual de su pareja. En la mayoría de las relaciones de pareja, las mujeres son incapaces de negociar el uso del condón (Gala et al., 2007; Noboa; Serrano, 2006).

En las comunidades indígenas, las relaciones entre los géneros han evolucionado por los cambios políticos, económicos y religiosos, que ocasionan nuevas formas de socialización (Reartes, 2016). A pesar de estos cambios, las mujeres aún viven en condiciones de inferioridad social, que generan relaciones de sumisión y dependencia hacia los hombres, aunado a la gran variedad de roles que desempeñan les dificulta cuidar su salud física y emocional (Noboa; Serrano, 2006). Estas situaciones aumentan la vulnerabilidad de ellas a la infección por VIH, porque les impide identificar el riesgo de infección al que están expuestas y las acciones que violentan sus derechos humanos, principalmente sus

derechos sexuales y reproductivos (Karver et al., 2016; Rangel; Martínez, 2017).

Las estrategias de prevención que utiliza el sector salud son generalizadas a toda la población, y esto no ha funcionado en las comunidades indígenas. Coincidimos con Terán, Díaz y Cubillas (2016) al recomendar que antes de implementar una intervención es necesario comprender la perspectiva y los conocimientos que la población tiene sobre el cuidado de la salud, para diseñar la intervención de acuerdo a sus creencias y costumbres tomando en cuenta sus preocupaciones e involucrando a las personas de las comunidades.

En la sexualidad, la percepción de riesgos se relaciona con las construcciones sociales atribuidas a la sexualidad, que se construyen a partir de las normas y explicaciones sociales sobre la naturaleza y el funcionamiento de las cosas en el plano sexual (Gayet et al., 2011); además se tiene que tomar en cuenta la personalidad, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones en cada persona (Murray et al., 2013). En las comunidades indígenas se suma el desconocimiento que se tiene respecto a la conceptualización del riesgo, no se sabe si el riesgo para las personas indígenas es similar al que se maneja en la ciencia.

Metodología

El objetivo de la investigación fue conocer las prácticas en torno a la sexualidad y el género de mujeres indígenas de México, sus conocimientos y percepción de riesgo a la infección por VIH. El estudio de campo se realizó en los meses de octubre a diciembre de 2018.

Esta es una investigación descriptiva exploratoria, con método cualitativo, en que se utilizó como herramienta de recolección de datos la entrevista semiestructurada, en la cual se hicieron algunas preguntas detonadoras sobre los siguientes temas: género, sexualidad y VIH. Se hicieron 15 entrevistas a mujeres indígenas pertenecientes a comunidades rurales, de los estados de Hidalgo y San Luis Potosí. En el análisis de la información se tenían algunas categorías preestablecidas y otras surgieron de los discursos de las participantes.

Consideraciones éticas

El proyecto siguió las recomendaciones de las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Cioms) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud -OMS- (OPS; Cioms, 2017). A las mujeres que se invitó al estudio se les brindó información sobre el estudio, sobre el uso de la información, se les explicó que podrían interrumpir la entrevista si se sentían incómodas, además de obtener su consentimiento firmado, así sus datos fueron manejados de manera confidencial y anónima.

Resultados

Caracterización de las participantes

Se hicieron ocho entrevistas a mujeres de tres comunidades indígenas rurales del estado de Hidalgo y en el estado de San Luis Potosí se entrevistaron siete mujeres de seis comunidades indígenas rurales, lo que totalizó 15 entrevistas. Las mujeres en Hidalgo pertenecen a la etnia nahua, y en San Luis Potosí a las etnias nahua y tének. La edad de las participantes oscilaba entre los 20 y 59 años, con un promedio de 33,6 años. La caracterización de las participantes se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1 – Caracterización de las mujeres participantes en el estudio

Entrevistada	Origen	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
1	Hidalgo	26	Primaria	Ama de casa	Separada o divorciada
2	Hidalgo	42	Primaria	Ama de casa	Casada
3	Hidalgo	32	Secundaria	Ama de casa	Unión libre
4	Hidalgo	20	Secundaria	Ama de casa	Separada o divorciada
5	Hidalgo	21	Bachillerato	Ama de casa	N.E.
6	Hidalgo	32	Primaria	Ama de casa	Casada
7	Hidalgo	59	Analfabeta	Ama de casa	Casada
8	Hidalgo	27	Secundaria	N.E.	Separada o divorciada
9	San Luis Potosí	34	Licenciatura	Empleada	Unión libre
10	San Luis Potosí	38	Primaria	Empleada	Separada o divorciada
11	San Luis Potosí	46	Licenciatura	Ama de casa	Casada
12	San Luis Potosí	31	Licenciatura	Empleada	Casada
13	San Luis Potosí	47	Primaria	Ama de casa	Casada
14	San Luis Potosí	25	Licenciatura	N.E.	Soltera
15	San Luis Potosí	24	N.E. ¹	N.E.	Unión libre

¹N.E.: No específica

Caracterización del contexto sociocultural

El 51,7% de la población del estado de Hidalgo son mujeres, el 14,2% es indígena y el 50,6% vive en pobreza. En el estado de San Luis Potosí, el 51,4% de la población son mujeres, el 10% es indígena y el 45,5% vive en pobreza (Inegi, 2018). En cuanto al Índice de Marginación (IM),² los estados de San Luis Potosí e Hidalgo se consideran con un alto grado de marginación a nivel nacional (Conapo, 2015).

En México, una de cada diez personas es indígena. En 2015, el 16,3% de la población indígena no tuvo acceso a los servicios de salud y se estima que el 38,1% estaba en condición de rezago educativo, esto equivale a más del doble de la población total del país. El 17,8% de la población indígena era analfabeta, cifra muy superior al dato nacional de analfabetismo del 5,5% (Unicef; Inee, 2018). Con respecto al sexo, a nivel nacional el 61,5% de la población analfabeta es mujer (Inegi, 2018).

A continuación, se detallan los hallazgos más importantes encontrados en las entrevistas referentes a los saberes, conocimientos y prácticas sobre los temas de género, sexualidad, salud sexual, métodos anticonceptivos, el VIH; y la percepción de riesgos que tienen a la infección por VIH.

Género

En las comunidades indígenas los roles de género son muy marcados. Se considera que el espacio de los hombres es el espacio público y el de las mujeres el espacio privado. Los hombres se consideran los proveedores del hogar, no se acostumbran que se involucren en la crianza o en las labores domésticas.

Las actividades de los hombres son en el campo, o afuera, a veces hay actividades para mujeres afuera como barrer, pero lo de afuera es de los hombres, porque es lo más pesado. (E3)

Ellos solo trabajan, traen la comida, el dinero, cuidan de su familia, pero no nos ayudan en la casa,

ni tampoco a cuidar a los hijos, porque dicen que ese es trabajo de las mujeres. (E8)

Ellos hacen cosas que nosotras no podemos o van a lugares que no nos pueden llevar. Cuando yo tenía marido, nunca salíamos juntos, él siempre se iba con sus amigos y yo con mi mamá y hermanas. (E9)

Algunas mujeres reconocen que las prácticas sociales de la comunidad son machistas.

Cuando un hombre es infiel y se busca otra pareja, no se habla mal de él, pero cuando se trata de que la mujer deje a su marido, entonces, sí, es muy criticada y mal vista. Las personas mayores les dicen a las mujeres que, aunque su marido ande con otra, ellas se tienen que aguantar por sus hijos, porque si no van a perder su casa, ellos se interesan más por lo material. (E5)

Como a los doce años que ya se juntan [en pareja], y que ya tienen vida sexual, porque ya empiezan a tener hijos. Cuando sale embarazada la chica, los hombres regularmente se van a trabajar, en este caso todos emigran a Monterrey, y al poco tiempo regresan, pero ya traen otra pareja y ya no se hacen cargo. (E12)

En mi comunidad a la mujer se le ve como un objeto sexual. Me he dado cuenta porque mi abuelito tuvo varias parejas. (E12)

La educación de las mujeres no es una prioridad en todas las familias, porque en algunas familias se considera que su rol principal es ser ama de casa y madre. En el caso de las mujeres que no tienen pareja, a ellas se les permite trabajar para poder mantener a sus hijos: “Las mujeres solo se dedican al hogar, nada más las que tienen marido, las que no tenemos, debemos de salir a buscar trabajo para solventar los gastos de nuestros hijos” (E8).

De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, es común el embarazo en menores de edad, cuando esto sucede se le responsabiliza a la madre.

² El IM es una medida que se emplea para medir a nivel estatal y municipal las carencias de la población, en particular las asociadas a la escolaridad, la vivienda, los ingresos y la residencia en localidades pequeñas (Conapo, 2013).

Aquí la mayoría de las mujeres se casa chica... muchas se juntan o se embarazan desde la primaria o secundaria, y ya no estudiamos. (E3)

Las mujeres nos dedicamos a las labores de la casa, nos hacemos responsables de los hijos en la escuela, somos las encargadas de la educación de los hijos, ellos [los hombres] en eso no se meten, pero si una niña sale embarazada muy chica, le echan la culpa a la mamá, porque no la supo educar bien. (E10)

Entre los cambios generacionales que se han dado, las mujeres comentaron que se les da información sobre planificación familiar y sexualidad, algo que antes no era permitido o bien visto.

Ya se habla más de sexualidad y embarazo, ya no son temas tan cerrados, yo como mamá sí les platico [a mis hijos] para que no pasen por lo mismo que yo. (E5)

Antes las señoras no hablaban de sus cosas personales, su vida sexual y ahora todo no lo enseñan en la escuela. Por eso antes había familias con muchos hijos. (E8)

Mi mamá nunca me dijo nada de eso y no podíamos hablar de eso, porque [si hablábamos] ya quería decir que ya andábamos de novias y así... (E9)

Otro de los temas mencionados fue el acceso a la educación, porque se le sigue dando prioridad a la educación de los hombres en la familia, como se puede evidenciar en el relato a continuación.

Mi papá no me quería dejar estudiar, porque decía que me iba a casar y que mi marido me iba a mantener, pero no se imaginaba que el papá de mis hijas me iba a abandonar. (E8)

Mi papá no nos dejaba ir a la escuela, porque decía que para qué íbamos a ir a la escuela, somos mujeres, y que nosotras para lavar y cargar un niño no necesitábamos la escuela, y por eso no fuimos a la escuela, no estudiamos. (E13)

Una de las prácticas que las mujeres consideran que se ha erradicado son los matrimonios forzados,

pero de acuerdo con algunos relatos, cuando una menor de edad se embaraza, se le fuerza a casarse y culturalmente se aprueba.

Cuando una chica sale embarazada, al principio se habla mal de ellas, pero después se van con su pareja con el papá del bebé y ya se acaban los comentarios. (E5)

Cuando se embarazan, la mayoría de las niñas de 14 o 15 años que he observado, pues se juntan, no sé si los padres son los que influyen, los obligan a juntarse porque ya está el embarazo y la mayoría se va con el muchacho. (E14)

El fenómeno de la migración ha cambiado también la dinámica familiar, pues algunas niñas, niños y adolescentes se quedan a cargo de los abuelos, y esto impide que puedan hablar el tema de la sexualidad de manera abierta dentro de su hogar.

Siento que los padres de antes eran más estrictos, porque estaban presentes, la mujer que no trabajaba se dedicaba exclusivamente a la educación, y ahorita pues ya no, se quedan a cargo de sus abuelitos, y pues ellos no son muy abiertos en las dudas de los jóvenes. (E12)

Sexualidad

Al preguntarles qué era la sexualidad para ellas, mencionaron principalmente el tener relaciones sexuales con fines reproductivos. Para la mayoría es complicado nombrar la palabra “relaciones sexuales”, pocas mujeres mencionaron otros aspectos: “Pues... es tener sexo con la pareja” (E6); “Sexualidad es cuando un hombre y una mujer tienen relaciones, y se reproducen, tienen hijos” (E8); “Para mi sexualidad es cuando dos personas tienen relaciones sexuales y como consecuencia a veces surgen las infecciones o los embarazos no deseados” (E9).

Salud sexual

Las mujeres que comentaron que habían recibido información sobre salud sexual, se les preguntó qué información les habían dado y dónde la habían

recibido. La información que han recibido ha sido principalmente sobre métodos anticonceptivos, por parte del sector salud y educativo. En sus familias no recibieron información sobre el tema de sexualidad, excepto una mujer que recibió información de su padre. El no recibir información dentro de sus familias puede complicar para la mayoría hablar el tema con sus parejas, sus hijas e hijos.

En el centro de salud nos hablan de eso. A mí nunca me hablaron de eso [sexualidad] en mi casa, y yo hablo muy poco con mi hija, ella me pregunta, porque le hablan de eso... en la escuela, pero yo casi no hablo. Aquí no se habla de eso con nadie. Mi esposo habla con mis hijos, le dice a mi niña que se cuide, para que no le falten al respeto; y a mi hijo le dice que no le falte al respeto a las mujeres. A mí no me gusta hablar de eso. (E3)

Mi mamá nunca me habló de esto, yo lo sé porque en la escuela vimos esos temas, pero yo hago conciencia de que si no hubiéramos ido a la escuela cómo lo íbamos a saber, hubiéramos seguido sin saber nada. Y con mi mamá nunca platicaba de estas cosas porque me daba pena. (E7)

En cuanto al tema de sexualidad, siempre lo hablé con mi papá, mi mamá nos dice las cosas, pero como a medias. Él decía “prefiero mil veces que me confíen mis cosas a que le cuenten a un amigo y les diga cosas que no son ciertas”. (E12)

En mi comunidad no se habla de sexualidad ni de prevención. (E15)

Métodos anticonceptivos

Respecto al tema de los métodos anticonceptivos se presentaron dos posturas: algunas mujeres, principalmente de las comunidades de Hidalgo, mencionaron que no se acostumbran a usarlos en su comunidad. En México, desde hace algunos años, las políticas de salud y los programas de asistencia social implementados por el gobierno han puesto especial énfasis en la colocación de métodos anticonceptivos en las mujeres de zonas rurales para tener un mayor control de la natalidad y reducir la

mortalidad materna; pero como podemos ver en los discursos, el brindar únicamente información no ha funcionado para todas las mujeres, porque no se dialoga con ellas, no se toma en cuenta las diferentes circunstancias que llevan a las mujeres a no utilizarlos y la presión social que recae sobre ellas. Esto se evidencia cuando comentan dos mujeres que aquellas que los utilizan se dice que “andan de más”, es decir, que tienen varias parejas.

Después de que tuve a mi primer hijo me pusieron el DIU, después me lo quitó y tuve a mi hija, y ya no me puse nada porque mi esposo se fue a trabajar al otro lado [Estados Unidos]. Como se quedaba por muchos meses, ya mejor no me puse nada, después de que me embaracé de mi última niña, él ya se quedó aquí, ahorita ya no me cuido con nada, él dice que me opere, pero yo no quiero, al fin que casi no tenemos eso [relaciones sexuales], él no se opera, le da cosa. (E3)

No usé ningún método para cuidarme... bueno, después de tener a mi hija me puse inyecciones, pero él [su anterior pareja] se enojaba mucho, me decía “Ya vas otra vez, a inyectarte, a ponerte eso, de seguro es porque te metes con muchos”, se enojaba mucho y mejor ya no iba a ponerme las inyecciones. (E4)

En la clínica nos dan talleres, nos dan información sobre métodos anticonceptivos, pero casi no los usamos aquí en la comunidad. (E5)

En mi comunidad, todavía los hombres son de una mente más cerrada, inclusive cuando iba a consultas ahí al centro de salud, cuando era adolescente, las mujeres iban con sus esposos, si se hacían el Papanicolaou o algo [otro procedimiento] el esposo entraba, porque cómo iba a ser posible que iba a estar viendo a su mujer la enfermera o el doctor... inclusive, todavía los anticonceptivos no están bien vistos, porque dicen que si se los ponen van a andar de más. (E12)

Por el contrario, otras mujeres ven de manera positiva la información que les han dado sobre los métodos anticonceptivos y su colocación,

consideran que les han ayudado a tener control en la planificación familiar y en sus ciclos menstruales.

En el centro de salud, nos dicen cómo cuidarnos y usar preservativos; las mujeres ahora ya no tienen tanto hijos como antes, ya utilizan más métodos anticonceptivos. (E7)

Tenía primero el dispositivo, después de que me alivié me lo retiré, la verdad fue muy incómodo para mí. Después me estuve cuidando con las inyecciones, me ayudó bastante porque reguló mi ciclo menstrual. (E9)

Conocimientos sobre el VIH

Al preguntarles sobre qué sabían del VIH, la mayoría mencionó que es una enfermedad que se transmite por vía sexual y sanguínea. Algunas mujeres mencionaron el significado de las siglas y que no existe cura. Desconocen cómo actúa el virus en el cuerpo, la vía de transmisión perinatal, el tratamiento y la manera de prevenirla. Lo anterior nos muestra que en los servicios de salud falta brindar mayor información con material intercultural, adaptado a su cosmovisión y sus necesidades: “Es una enfermedad, un virus que se trasmite por vía sexual o por una jeringa que se inyecten que esté contagiada” (E2); “Enfermedad donde las parejas se contagian... por una herida” (E6); “Sé que se contagia a través de transmisión sexual o sangre, que ya no se cura y que es muy peligrosa” (E10).

Una de las mujeres relató el caso de una pareja que tenía VIH y la discriminación que vive de parte de las personas en su comunidad por temor al contagio. Esto nos indica que existe desconocimiento sobre las formas de transmisión.

En la cabecera se han dado casos y son personas jovencitas. Me tocó ver a una que vive por aquí cerca, en una comunidad aledaña, su esposa estaba trabajando en Monterrey y resultó que ella dio positivo para el VIH, porque estaba embarazada, por eso se dio cuenta y tenía una niña de dos años. Obviamente también se le hizo la prueba a su esposo y dio positivo. En la comunidad los aíslan, a las personas con tuberculosis igual, y a los de VIH con mayor razón. (E12)

Percepción de riesgos a la infección por VIH

La mayoría de las mujeres no se consideran en riesgo, consideran que tener relaciones sexuales solo con su pareja las puede proteger o que en su comunidad no existe ningún factor que las pueda poner en riesgo de adquirir la infección por VIH; la comunidad se percibe como un espacio seguro: “No me considero en riesgo” (E2); “Eso a mí no me va a dar” (E3); “No. Nada más tengo relaciones con mi marido” (E11); “No, aquí en mi comunidad pues no hay ningún riesgo de eso” (E13).

Seis de las mujeres admitieron sentirse en riesgo de adquirir la infección por VIH, principalmente por el lugar donde trabajan y dos de ellas porque su anterior pareja tuvo múltiples parejas sexuales.

Cuando supe que se metió con varias, me dio miedo, porque uno nunca sabe si las otras tenían alguna enfermedad, y si me haya pegado algo, por eso me separé. (E1)

Yo estuve en riesgo de contraer VIH, porque mi actual pareja tenía múltiples parejas y estuve en tratamiento por dos años hasta que me descartaron como VIH positiva; todavía me considero en riesgo de otras infecciones de transmisión sexual, porque no estoy segura de que mi pareja tenga relaciones solo conmigo, y no sé si con las otras que anda se cuida. (E9)

Yo pienso que sí, por el trabajo como dice usted, de que ya sea que me pique, a veces uno se confía demasiado con las muestras y los pacientes. (E12)

Discusión y conclusiones

Los resultados de las entrevistas realizadas nos permitieron tener un acercamiento sobre las prácticas del género y la sexualidad en las comunidades indígenas. Las evidencias mostraron que los estereotipos de género son muy marcados dentro de las comunidades, los espacios públicos son considerados para los hombres y el espacio privado para las mujeres. Las mujeres son las únicas responsables de la crianza de los hijos y las labores domésticas. Pocas mujeres logran tener un empleo,

las que lo tienen en su mayoría no tienen pareja. Como lo mencionan Butler (2006) y Segato (2016), los roles de género producen, regulan y reproducen desigualdades sociales entre hombres y mujeres.

En la comunidad, se considera que la opinión de los hombres es la única importante, resultados similares obtuvieron Karver et al. (2016) en una investigación realizada con mujeres indígenas oaxaqueñas. Actualmente a las mujeres les es permitido acceder a la educación, pero se les da prioridad a los hombres, porque se sigue considerando que los roles principales de una mujer son el ser madre y ama de casa.

En esta investigación, el nivel educativo de las mujeres entrevistadas fue alto en comparación con el del resto de las mujeres de su comunidad; los resultados mostraron que para las mujeres de mayor escolaridad les era más fácil hablar sobre la sexualidad y tenía un mayor conocimiento sobre el tema; por esto los resultados de este estudio son aplicables para las mujeres indígenas con acceso a la escolaridad formal.

A las madres se les responsabiliza sobre las acciones de sus hijos e hijas, principalmente de sus hijas, como en el caso de un embarazo en mujeres menores de edad. Es importante considerar que la “adolescencia” no es un estadio de vida como se conceptualiza en la cultura occidental, puesto que una gran cantidad de mujeres pasan de niñas a mujeres cuando se juntan con una pareja o son madres. En estos casos de embarazo en menores de edad, se responsabilizan a las mujeres embarazadas y se les presionan socialmente a juntarse con su pareja, sin investigar si el embarazo fue consecuencia de una violación. Las mujeres consideran que ya no se practican los matrimonios forzados, pero el presionar a las menores de edad a vivir con su pareja o agresor se le podría considerar una unión forzada.

En el ámbito de pareja, no se castiga o criminaliza al hombre que tiene varias parejas o al que abandona a su familia e inicia una nueva relación, porque se cree que forma parte de la naturaleza del hombre. Estas creencias forman parte de los estereotipos de género que se identificaron; a diferencia de las mujeres a quienes sí se les juzga y castiga socialmente.

Uno de los cambios en los espacios educativos y de salud ha sido el brindar información a las mujeres sobre planificación familiar. Sin embargo, en los espacios privados (familia y pareja) es difícil que se hable abiertamente sobre aspectos de sexualidad; uno de ellos es el uso del condón, que no es método viable para todas. Algunas de las mujeres en las comunidades recurren a la medicina tradicional para el control de la natalidad, fenómeno poco explorado y no reconocido por la medicina occidental, pero el hecho de que no sea reconocido no quiere decir que sea un conocimiento inválido, faltaría hacer más estudios al respecto.

Como se ha mencionado en otras investigaciones, el brindar información no es suficiente, se deben de identificar las condiciones estructurales y culturales para poder diseñar estrategias de prevención apropiadas a su cultura, considerando los significados, valores, percepciones y prácticas que tienen sobre su cuerpo, la vida en pareja, la sexualidad, la enfermedad, y las maneras tanto tradicionales como actuales en las que cuidan su salud (Quintal; Vera, 2014). Y lo más importante, se debe construir de manera dialógica con las mujeres indígenas estas estrategias de prevención, para que ellas reafirmen sus propios saberes y se apropien de las estrategias que consideren adecuadas de acuerdo a su cosmovisión.

La migración de hombres y mujeres en busca de mejores condiciones de vida ha hecho que sus hijos e hijas se queden bajo el cuidado de los abuelos, lo cual genera nuevos problemas, pues es más complicado hablar sobre temas de sexualidad con adultos mayores. Como lo menciona Reartes (2016), los cambios políticos, económicos y religiosos han cuestionado el orden tradicional de las comunidades, impactando en las relaciones entre hombres y mujeres, lo cual crea nuevas formas de socialización.

Al realizar las entrevistas, nos dimos cuenta de que para muchas mujeres el nombrar la palabra “sexualidad” o “relaciones sexuales” les es muy complicado. Aunque se tiene mayor acceso a la información, continúa siendo un tema tabú para ellas, principalmente en el ámbito de la familia (con su pareja, hijos e hijas). Como lo menciona Karver et al. (2016), les es difícil hablar del tema por temor, vergüenza o desconocimiento.

Es indispensable trabajar más el aspecto sociocultural de la promoción de los métodos anticonceptivos, permitiendo que ellas tomen la decisión, evitando criminalizar a las mujeres que decidan utilizarlos y rescatando sus propios conocimientos de control prenatal por medio de la medicina tradicional; no es aceptable que el Estado continúe implementando políticas para controlar los cuerpos de las mujeres indígenas, sin su consentimiento. Dentro de esta investigación, algunas mujeres comentaron que no los utilizan porque no lo ven viable con su estilo de vida; otras dijeron sentirse contentas con un mayor control de su cuerpo, al tener información y acceso a los métodos anticonceptivos.

Para la población de este estudio, no es posible negociar el uso del condón, porque ni siquiera les es permitido hablar de este tema con su pareja, resultado similar al estudio de García-Sosa, Meneses-Navarro y Palé-Pérez (2007) que tuvo como participantes mujeres indígenas en Chamula, esposas de migrantes. Por ello, se considera importante brindarles otras estrategias de prevención que les permita poder tener control sobre su cuerpo; explorar dentro de sus propios saberes otras opciones que realmente sí sean viables para ellas.

De la infección por VIH identifican las vías de transmisión sexual y sanguínea y reconocen que no existe cura. Sin embargo, falta aún mucha información que pueda ser asequible a ellas. La mayoría de las mujeres entrevistadas no se consideran en riesgo, porque se tiene la creencia que ser casadas o tener una pareja estable las protege. Como lo menciona Reartes (2011), el factor de confianza en una relación de pareja genera la certeza de creer que la otra persona no tiene ninguna infección de transmisión sexual, y se considera que el uso del condón podría interferir o amenazar la comunicación o el amor. En la investigación realizada por este autor con jóvenes indígenas de los Altos de Chiapas se encontró que la infección por VIH no es un problema que les preocupe a los jóvenes cuando ocurre la iniciación sexual con personas de su comunidad, pues este factor otorga confianza y la certeza de la imposibilidad de que la otra persona esté enferma de alguna infección de transmisión sexual; además consideran que el condón es una

interferencia o amenaza a la comunicación y el amor; y ven la comunidad como una entidad que los protege.

Es importante mencionar que algunas mujeres sí se percibían en riesgo de infección por VIH, principalmente por accidentes en sus centros de trabajo o por la multiplicidad de parejas sexuales que tuvieron sus anteriores parejas. En una investigación realizada por Vera y Velázquez (2005) con mujeres mayas, encontraron que a pesar de que la mayoría de las mujeres se percibía en riesgo para adquirir el VIH, aceptaban de manera implícita las relaciones extramaritales de sus parejas y no realizaban medidas preventivas eficaces como resultado de diversas situaciones socioculturales y estereotipos de género.

Una de las mujeres entrevistadas relató el caso de una familia en que fueron diagnosticados con VIH el hombre y la mujer y consideraba que la mejor manera de proteger a los miembros de la comunidad de una posible infección era el aislamiento de esta familia. Esto nos lleva a reflexionar que es fundamental continuar trabajando el tema de salud sexual y de prevención de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, pero para que puedan tener un impacto real en las mujeres indígenas, es necesario diseñar intervenciones, en colaboración con ellas, con un enfoque intercultural y con perspectiva de género, que les permita adquirir herramientas para tomar decisiones de autocuidado (Grimberg, 2002) y control de su propio cuerpo y sexualidad; además de contribuir a la construcción de políticas públicas más equitativas y favorables para las mujeres, basadas en el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos (García, 2005).

Una de las estrategias que se podrían utilizar es la que Segato (2016) llama “retejer el tejido comunitario”, en la cual se pueda plantear el espacio privado o doméstico como un espacio político. Otra de las estrategias que sugieren Terán, Díaz y Cubillas (2016) es involucrar a las mujeres en la generación de conocimiento, así como en el diseño e implementación de programas de prevención; trabajando colaborativa y dialógicamente para construir un verdadero conocimiento y estrategias interculturales, que tomen en cuenta y respeten su cosmovisión.

Referencias

- ARIZA, M.; OLIVERA, O. Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México. *Caderno CRH*, Salvador, v. 18, n. 43, p. 15-33, 2005.
- BUTLER, J. Regulaciones de género. *La Ventana: Revista de Estudio de Género*, Guadalajara, n. 23, p. 7-35, 2006.
- CONAPO - CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. *Índice absoluto de marginación 2000-2010*. México, 2013. Disponible em: <<https://bit.ly/325Djkj>>. Acceso em: 25 abr. 2020.
- CONAPO - CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. *Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2015*. México, 2015. Disponible em: <<https://bit.ly/2QmeCNS>>. Acceso em: 25 abr. 2020.
- DEL CAMPO, E. (Ed.). *Mujeres indígenas en América Latina: política y políticas públicas*. Madrid: Editorial Fundamentos, 2012.
- GALA, A. et al. Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, Ciudad de la Habana, v. 59, n. 2, p. 90-97, 2007.
- GARCÍA, R. Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida: campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, DC, v. 4, n. 8, p. 54-64, 2005.
- GARCÍA-SOSA, J.; MENESES-NAVARRO, S.; PALÉ-PÉREZ, S. Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH y sida. Los chamulas entre barras y estrellas. *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, v. 5, n. 1, p. 19-144, 2007.
- GAYET, C. et al. Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*, Toluca, v. 17, n. 68, p. 9-40, 2011.
- GRIMBERG, M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/sida en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 47-75, 2002.
- INEGI - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2018*. México, 2018. Disponible em: <<https://bit.ly/3a2whl2>>. Acceso em: 25 abr. 2020.
- KARVER, T. S. et al. Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among indigenous women in Oaxaca. *Culture Health & Sexuality*, London, v. 18, n. 8, p. 845-859, 2016.
- LAMAS, M. La antropología feminista y la categoría “género”. *Nueva Antropología*, Ciudad de México, v. 8, n. 30, p. 173-198, 1986.
- MÉXICO. Secretaria de Salud. *Perfil epidemiológico de los grupos vulnerables en México*. Ciudad de México, 2012.
- MURRAY, C. C. et al. In their own words: romantic relationships and the sexual health of young African American women. *Public Health Reports*, Thousand Oaks, v. 128, p. 33-42, 2013. Suplemento 1.
- NOBOA, P.; SERRANO, I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, DC, v. 38, n. 1, p. 21-43, 2006.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; CIOMS - CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra, 2017. Disponible em: <<https://bit.ly/3wRipnq>>. Acceso em: 24 abr. 2020.
- PAVÍA, N. et al. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/sida en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, Mérida, v. 23, n. 2, p. 53-60, 2012.
- PÉREZ-JIMÉNEZ, D.; ORENGO-AGUAYO, R. Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, v. 23, p. 48-61, 2012.
- QUINTAL, R.; VERA, L. Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/sida entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, Ciudad de México, v. 46, p. 197-226, 2014.

RANGEL, Y. Y.; MARTÍNEZ, A. G. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista Conamed*, Mérida, v. 22, n. 4, p. 166-169, 2017.

REARTES, D. L. La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, Ciudad de México, n. 35, p. 59-74, 2011.

REARTES, D. L. Trayectorias sexuales y reproductivas de jóvenes migrantes indígenas de Chiapas, México. *(En)clave Comahue*, Rio Negro, n. 21, p. 43-69, 2016.

SEGATO, R. L. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.

TERÁN, M.; DÍAZ, F.; CUBILLAS, A. C. Diagnóstico de salud y percepción de riesgos, elementos clave para una propuesta de intervención en comunidades indígenas de México. *Salud Pública*, Washington, DC, v. 39, n. 2, p. 106-114, 2016.

UNICEF - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA; INEE - INSTITUTO NACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN. *Panorama educativo de la población indígena y afrodescendiente 2017*. México, 2018. Disponible em: <<https://bit.ly/3tdQ5JI>>. Acceso em: 10 ago. 2020.

VERA, G.; VELÁZQUEZ, M. Percepción de riesgos para la infección por VIH en mujeres mayas de Yucatán, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, Ciudad de México, v. 9, n. 2, p. 219-231, 2005.

Contribución de las autoras

Todas las autoras concibieron el proyecto. Juárez-Moreno diseñó el artículo, analizó e interpretó los datos. López-Pérez corrigió la redacción y el estilo y, junto con Raesfeld y Durán-González, contribuyó a la revisión crítica.

Recibido: 22/08/2020

Re-presentado: 27/10/2020

Aprobado: 03/12/2020