

Capítulo 5

Conducta sexual en mujeres de una comunidad indígena náhuatl: Estudio mixto

*Dra. Vianet Nava-Navarro¹
Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez²
Dr. Francisco Javier Báez-Hernández³*

<https://doi.org/10.61728/AE24001762>



¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0002-8670-3510>, vianet.nava@correo.buap.mx

² Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0003-1214-9761>, dora.onofrerr@uanl.edu.mx

³ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería <https://orcid.org/0000-0003-4986-6596>, javier.baez@correo.buap.mx

Resumen

El estudio permitió un acercamiento a las mujeres de una comunidad indígena náhuatl, las cuales experimentan múltiples formas de discriminación e invisibilidad. Objetivo y método: probar un modelo de la conducta sexual en mujeres indígenas, a partir del Modelo de Promoción de la Salud a través de metodología mixta, se realizó un diseño de triangulación concurrente, CUAN y CUAL. En la fase CUAN, el diseño fue descriptivo-correlacional, la muestra fue de 386 MI de 18 a 60 años, el muestreo aleatorio simple de acuerdo con el censo poblacional de la comunidad. En la fase CUAL, se realizaron 11 entrevistas, el muestreo fue por bola de nieve. Se realizó análisis temático. Resultados: 386 mujeres indígenas de 18 a 60 años ($M = 33.18$), la media de escolaridad fue de 4.94 ($DE = 3.75$), inicio de vida sexual $M = 17.75$ ($DE = 3.49$). Las mujeres indígenas presentan conductas sexuales que pueden ser potencialmente de riesgo, las asociaciones identificadas para una conducta sexual segura consideran la autoestima, conocimientos, la autoeficacia percibida para el uso del condón y la comunicación. Es necesario que el profesional de enfermería considere estos hallazgos para el diseño de programas de intervención.

Palabras clave: Conducta sexual; mujeres; indígenas, métodos mixtos.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, complejo y multidimensional. Se estima que cada día, más de un millón de personas se infectan a diario, y anualmente se registran 376 millones de casos nuevos de ITS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En el mundo las mujeres en edad reproductiva se enfrentan a desigualdades de género, exclusión, discriminación y violencia, lo que las expone a un mayor riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). En relación con el VIH, de los 35 millones de personas que se encuentran infectados

en el mundo, el 50 % son mujeres, del cual, las relaciones heterosexuales sin protección son el modo de transmisión predominante y constituye principalmente el mayor factor de riesgo de ITS, en los países en desarrollo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) señala que al interior de algunas comunidades indígenas el VIH, sida y otras ITS, es seis veces más prevalente que en la población en general, lo que está relacionado con conductas sexuales de riesgo (Ponce et al., 2011). En México, el número de mujeres con VIH se ha incrementado más de seis veces al crecer de 6 000 a 37 000 de 1990 a 2013 (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2014); Puebla, ocupa el sexto lugar a nivel nacional en número de casos de VIH y sida; así mismo, concentra el 11.46 % de la población indígena nacional, y el 52.17 % son mujeres (Secretaría de Salud [SS], 2021; Consejo Estatal de Población [COESPO], 2022).

Las mujeres indígenas (MI), son un grupo poblacional en situación de desigualdad y vulnerabilidad, que enfrenta múltiples formas de discriminación e invisibilidad, como rezago social, pobreza, aislamiento y educación deficiente o nula (Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas [CIENI], 2011) condiciones que son potencialmente de riesgo para la transmisión del VIH, sida y otras ITS (Bahamón et al., 2014; CENSIDA, 2014).

Esta situación de vulnerabilidad afecta de forma significativa la conducta sexual en MI (CENSIDA, 2014), ya que interfiere con su capacidad de disfrutar y expresar sus prácticas sexuales de manera libre, sin coerción sexual, violencia o discriminación (OMS, 2014; Swan y O'Connell, 2012). Las conductas sexuales que realizan las MI y que las exponen al riesgo de VIH, sida y otras ITS, es la edad de Inicio de la Vida Sexual Activa (IVSA), debido a que tienen su primera relación sexual a los 17 años en promedio, lo que está vinculado a la primera unión conyugal, es decir, responde a patrones culturales de nupcialidad temprana (Rojas y Castrejón, 2011; Romero et al., 2011).

El no uso del condón, es otra conducta sexual de riesgo, ya que solo el 6.8 % de las MI usan condón en su primera relación sexual (Instituto

Nacional de las Mujeres, 2009) y dentro del matrimonio, solo el 2 % de las parejas lo usan solamente para evitar el embarazo y no como un mecanismo de prevención para evitar VIH, sida y otras ITS (Kumar, 2014). Para la MI no es posible la negociación del uso del condón ya que se enfrenta a intimidación, maltrato, la pareja no quiere usarlo, codependencia e incomodidad (Nava-Navarro et al., 2018).

Otras condiciones que generan una conducta sexual de riesgo son la escolaridad, el sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS. En relación con la escolaridad, se identifica que el 42 % de las MI son analfabetas, en promedio su escolaridad es de 4.5 años (Ponce et al., 2011). Para acceder a la educación, las MI se enfrentan a diversas situaciones económicas, geográficas y culturales, como sus tradiciones que es casarse y dedicarse al hogar, lo que les dificulta e impide continuar con sus estudios y las limita de mejores oportunidades y acceso a servicios de salud de calidad (Schmelkes, 2013), aunado la comprensión de la información que profesionales de la salud les proporcionan, en ocasiones, por el uso de una lengua indígena (Romero et al., 2011; Rosas et al., 2014).

Las MI al interior de la familia y de la comunidad son un claro indicador de desigualdad de género por las diferencias de roles y de poder. Un factor cultural reconocido es el sexismo y violencia de pareja que enfrenta la MI (Nava-Navarro et al., 2017). Así mismo, Ponce et al. (2011) manifiestan que la dominación masculina va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y la conducta sexual de las MI, ante la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos, que se refleja en matrimonios y maternidades forzadas. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres; 2016), las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen mayor probabilidad de tener VIH, sida y otras ITS, ya que biológicamente son más vulnerables debido a posibles lesiones genitales que pueden derivarse de relaciones sexuales forzadas, lo que favorece la transmisión de microorganismos (Phillips, 2014). Las MI por costumbre y temor, aceptan y consideran la violencia de pareja como algo normal (Nava-Navarro et al., 2017; Rojas y Castrejón, 2011).

Otro factor son los conocimientos que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS. De acuerdo con la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012), las MI que inician su vida sexual a temprana

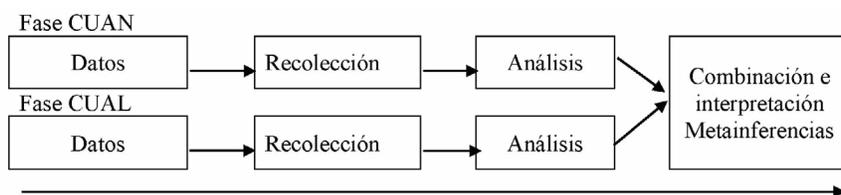
edad o una vida en pareja, carecen de estos conocimientos al encontrarse en relaciones con falta de equidad, esto les impide el acceso a la información y a la toma de decisiones sobre su sexualidad, por lo que atribuyen el VIH, sida y otras ITS a factores como poderes sobrenaturales, espirituales, castigo de los ancestros, brujería, hechicería o como resultado de una maldición (Romero et al. 2011). La información o conocimientos que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS, son resultado de lo que han escuchado, generalmente es información obsoleta e incorrecta, muy poco de lo que pueden adquirir es en fuentes confiables (profesionales de la salud), ya que la sexualidad es considerada un tabú, de la cual sienten vergüenza.

Basándose en lo anterior, explicar los factores que intervienen en la conducta sexual en MI es complejo. En México, los estudios realizados que han abordado a la población indígena han sido por la antropología y sociología, a partir de la defensa de sus derechos y reconocimiento a su diversidad cultural. Sin embargo, por enfermería, los acercamientos a este fenómeno han sido escasos y no ofrecen sustento teórico empírico. Existe escasa evidencia que permita conocer sobre los factores que exponen a una conducta de riesgo a las MI. Además, se desconoce en qué medida el comportamiento sexual incide o dificulta la prevención del VIH, sida y otras ITS, lo que genera que el fenómeno esté explicado parcialmente, al no contar con una idea lo suficientemente acabada de la problemática. Para comprender la naturaleza de este fenómeno, se analizaron los factores que influyen en la conducta sexual en la MI, a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) (Pender, et al., 2018), para explicar la conducta sexual en la MI. Por lo que el objetivo de este estudio fue probar un modelo de la conducta sexual en MI, a partir del MPS a través del empleo de métodos mixtos. Los datos cuantitativos (CUAN) explicaron cómo los factores personales (biológicos: edad del IVSA; psicológicos: autoestima; socioculturales: escolaridad, sexismo y conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS), los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos (para el uso del condón) e influencias interpersonales (violencia de pareja) influyeron en la conducta sexual en la MI. Los datos cualitativos (CUAL) permitieron explorar los múltiples significados de la conducta sexual que las MI atribuyen desde su propia perspectiva.

Métodos y diseño

El fenómeno de estudio se abordó con métodos mixtos (MM) de diseño de triangulación concurrente (figura 1). Este incluyó la fase cuantitativa (CUAN), estudio descriptivo, correlacional, transversal. Para la fase cualitativa (CUAL) descriptivo; la recolección, análisis e interpretación de los datos se realizó de manera paralela, con la finalidad de confirmar los resultados mediante la validación cruzada, ampliar y profundizar la comprensión del fenómeno (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Figura 1. Diseño de triangulación concurrente.



Nota: (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Los criterios de inclusión para las dos fases fueron Mujeres de 18 a 60 años residentes de una comunidad náhuatl del Municipio de Puebla, México, que se autoidentifiquen como indígenas o hablen náhuatl y con vida sexual activa. El estudio se llevó a cabo de agosto a noviembre de 2018. Para la fase CUAN, la muestra fue de 386 MI, se calculó a través del programa nQueryAdvisor, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.09$ y una potencia de prueba de 90 %. El muestreo fue a través de números aleatorios del censo poblacional de la comunidad. Se indagó la edad, escolaridad y la edad de inicio de la vida sexual mediante la cédula de datos.

Para la fase CUAL, la población se integró por las MI con la que se generó mayor confianza, cabe señalar que las participantes de esta fase participaron en la fase CUAN en la aplicación de los instrumentos cuantitativos, de esta manera, se inició el muestreo en bola de nieve para la selección de participantes. La muestra se estableció con la saturación de categorías.

Para la recolección de la información en la fase CUAN, se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), la cual

consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo), presenta una puntuación mínima de 10 y máxima de 40, lo que indica a mayor puntuación mayor autoestima. El inventario de sexismo ambivalente (Glick y Fiske, 1996), consta de 22 preguntas con una escala de respuesta que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo), una mayor puntuación indica un mayor nivel de prejuicio hacia las mujeres. La escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Espada et al., 2014) tiene 40 reactivos, con una escala de respuesta: falso, verdadero o no conoce la respuesta, en el cual se les asignan los valores de 0, 1 y 2.

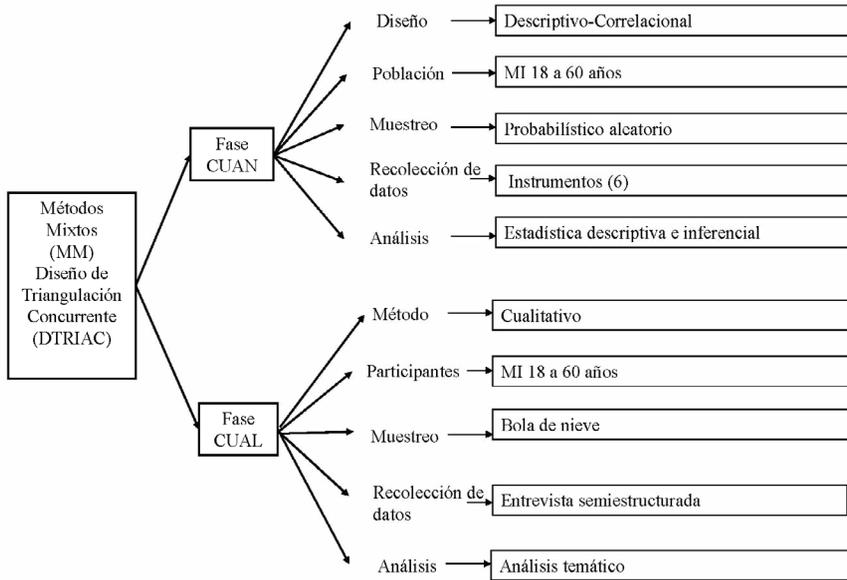
Para medir las barreras y beneficios para el uso del condón, se utilizó el cuestionario ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Planes et al., 2012), consta de 18 preguntas, con una escala de respuesta con tres opciones: 0 (nada importante), 1 (poco importante) y 2 (muy importante), con una puntuación de 0 a 36, puntuaciones mayores indica los beneficios para el uso del condón. La escala de autoeficacia para el uso del condón (Brafford y Beck, 1991) consta de 26 preguntas con las que se mide la habilidad para el uso del condón; tiene cuatro opciones que van desde 1 (en completo desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo), a mayor puntuación mayor autoeficacia para el uso del condón. La escala de violencia (Valdez-Santiago et al., 2006) consta de 19 preguntas con las que se obtiene información de la violencia perpetrada por la pareja en los últimos 12 meses, con un patrón respuesta que van desde 1 (nunca) a 4 (muchas veces).

Para la identificación de la conducta sexual de las MI, se consideró la frecuencia en el uso del condón en los últimos 12 meses, con un patrón respuesta de cuatro opciones, que van desde 1 (nunca usa condón) a 4 (siempre usa condón), el tipo de pareja sexual (estable y ocasional) y número de parejas sexuales. Para el análisis de esta variable se realizó la construcción de un índice, donde la secuencia presentada fue de acuerdo con el grado de exposición al riesgo, por lo que las puntuaciones oscilaron de entre 0 a 100, donde 0 representó mayor exposición al riesgo, por lo que se interpreta como una conducta sexual de riesgo y 100 representó una menor exposición al riesgo, lo que significa una conducta sexual segura.

En la fase CUAL, se desarrolló un estudio cualitativo, lo que permitió enfatizar en la construcción de la realidad a partir de los significados que las MI expresaron en los aspectos cognitivos, afectivos y contextuales con base en su conducta sexual (Pereira, 2011; Sampieri et al., 2014). Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, la cual abordó los conceptos de acuerdo con el MPS. La guía de entrevista fue desarrollada con preguntas abiertas, sin categorías preestablecidas de tal forma que las participantes pudieron expresar sus experiencias, fue revisada por expertos en la temática o metodología para asegurar que el fenómeno se pudiera explorar a profundidad.

Para la recolección de la información de la fase CUAN se utilizó una tabla de números aleatorios para identificar a las MI de 18 a 60 años; para la fase CUAL, la selección de las participantes fue a través de bola de nieve. A partir de una MI de la muestra de la fase CUAN, con la que se estableció mayor confianza, se realizó el enlace para identificar a la siguiente participante solicitándole el enlace con otra MI que ella nos designó y continuar de la misma manera hasta la saturación de los datos. Las entrevistas fueron audiograbadas, se realizaron en un área con privacidad, se hizo énfasis que en cualquier momento en que se sintiera incómoda era posible suspender la entrevista. Para las fases CUAN y CUAL, al rectificar que cumplían los criterios de inclusión, se les invitó a participar, explicándoles el propósito del estudio. Si aceptaba participar, se obtenía su consentimiento informado haciendo énfasis en el anonimato y la confidencialidad de la información. Finalmente, se le agradeció su participación (figura 2).

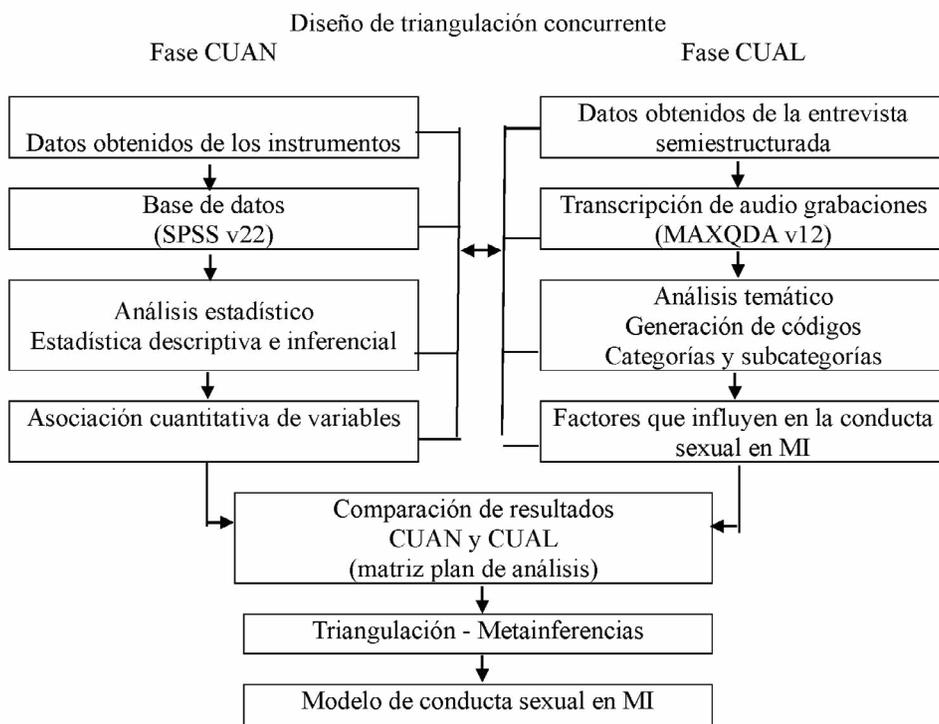
Figura 2. Resumen del diseño de triangulación concurrente del Modelo de Conducta Sexual en Mujeres de una comunidad Indígena (M-CONSEXMI).



Nota: Elaboración propia.

El análisis de los datos cuantitativo y cualitativos se realizó en paralelo (Creswell, 2013). Se incluyeron datos estadísticos de cada variable (se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows, para establecer relaciones lineales entre los puntajes obtenidos se ajustaron modelos de regresión lineal con las variables de estudio), seguidos por categorías y segmentos cualitativos (se realizó análisis temático [Braun & Clarke, 2006], transcripción de las entrevistas en el programa MAXQDA v12 e identificación de códigos, categorías y estructura del mapa temático). La integración de las metainferencias se realizó a través del diseño de triangulación concurrente, de acuerdo con el análisis de los datos CUAN y CUAL, es decir, se realizó en paralelo con base en el diseño del plan de análisis de datos dando sentido a las estimaciones realizadas al interrelacionar las variables (figura 3). El presente estudio se apegó a lo dispuesto Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Figura 3. Diseño del plan de análisis de datos (diseño de triangulación concurrente).

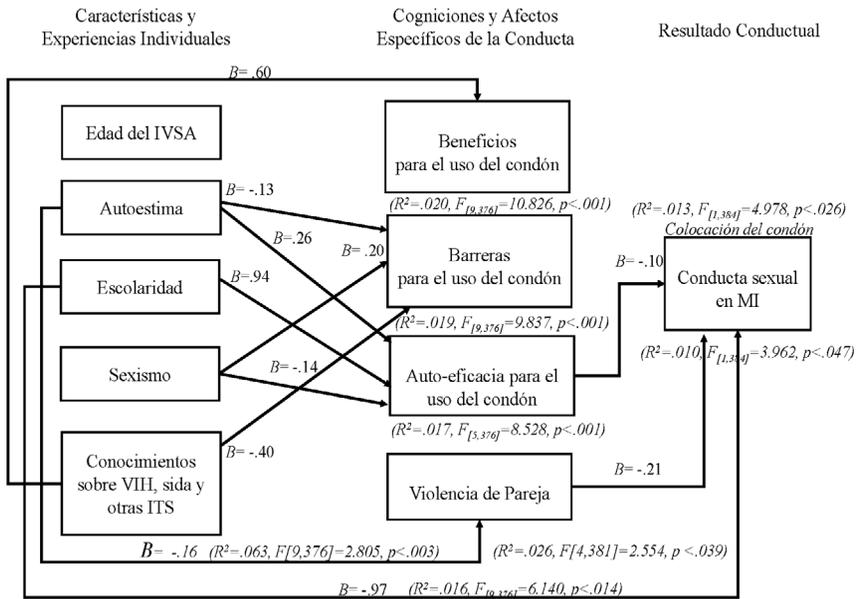


Nota: Se muestra diseño de triangulación, elaboración propia.

Resultados

Para dar respuesta al objetivo del estudio en la fase CUAN, se presentan las asociaciones identificadas de los modelos de regresión lineal multivariada y univariada (figura 4). Así mismo, para la fase CUAL, de acuerdo con el análisis temático, se identificaron tres categorías (información sobre VIH, sida y otras ITS, razones para usar/no usar condón y atribuciones personales e interpersonales) para la conducta sexual de riesgo (ocho subcategorías) y para la conducta sexual segura (seis subcategorías) en las MI.

Figura 4. Representación gráfica de la asociación entre las variables del estudio.



Nota: Elaboración propia.

La muestra estuvo conformada por 386 MI, de 18 a 60 años ($M = 33.18$, $DE = 10.15$), con respecto a los años de escolaridad, la media fue de 4.94 ($DE = 3.75$). La media de edad de inicio de vida sexual fue de $M = 17.75$ ($DE = 3.49$). Se identificó que la escolaridad se asocia con la conducta sexual ($R^2 = .016, F[9,376] = 6.140, p < .014$), por lo que a mayor años de escolaridad se presenta una conducta sexual de riesgo en MI. De acuerdo con los resultados de la fase CUAL, se encontró que de las 11 participantes, seis concluyeron la secundaria, dos la primaria y tres no estudiaron. Sin embargo, es visible, ante el discurso de las participantes que las condiciones sociales en las que se encuentran, el que continúen estudiando no es necesario:

Quando mis papás supieron que ya tenía novio, me dijeron que ya no fuera a la escuela porque nosotras las mujeres no necesitamos una carrera, ya con lo que sepas, con que sepan contar, además ¿nada más para qué vas a estudiar? para cuidar a tus hijos, si nada más te vas a dedicar a la casa [...]

yo nunca pensé, porque mis papás nunca me dejaron estudiar y bueno yo tampoco aprendí. (MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad).

En ambos resultados, la MI puede presentar una conducta sexual de riesgo, ya que en los resultados CUAN, el que las MI aumenten los años de escolaridad amplía su red social, convivencia de pares del mismo sexo y presentan mayor libertad en su sexualidad; y en los resultados CUAL, el no continuar estudiando se encuentra limitada a la adquisición de herramientas personales para la toma de decisiones.

Otra asociación identificada en la fase CUAN, fue el conocimiento general sobre VIH, sida y otras ITS con los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2 = .20$, $F_{[9,376]} = 10.826$, $p < .001$). Sin embargo, en la fase CUAL, en el discurso de las participantes se identifica la falta de información sobre VIH, sida y otras ITS: “No, yo no conozco qué es eso” (MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad); “El ¿sida? Es algo malo, pero no tengo mucha información sobre eso” (MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria).

En estos resultados se infiere que las MI no tienen claridad acerca del VIH, sida y otras ITS. En los testimonios de las participantes se encontró: “No, la verdad no sé nada. He visto en la tele que se les pone la piel amarilla o algo así, pero la verdad no sé” (MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria).

Se encontró que los resultados de las fases CUAN y CUAL se complementan, al revisar que ante la presencia del sexismo, aumentan las barreras percibidas en las MI para el uso del condón ($R^2 = .19$, $F_{[9,376]} = 9.837$, $p < .001$), como se observa en el siguiente discurso:

Yo le comentaba, él me dice: “¡No, yo no voy a usar condón!”. Pero de todos modos, igual no sé dónde se anda metiendo él, porque todavía tengo una receta de que él se andaba curando porque tenía una infección y él me dijo tú me la pusiste [...] pero ya ve que los hombres son bien machistas y no quieren usarlo [...] “¿cómo crees que me lo voy a poner, yo no me lo voy a poner, que se lo pongan los demás!” Porque, aunque tú te quieras cuidar, ellos no te quieren cuidar. (MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria)

Por el contrario, ante mayor autoestima mayor es la autoeficacia percibida en las MI para el uso del condón ($R^2 = .17$, $F_{[9,376]} = 8.528$, $p < .001$), como

se expresa en alguno de los testimonios: “si decido tener otra pareja o no sé, pues tengo que pensar en mí, en cuidarme y es cuando tomo yo decisiones, cuando yo decido” (MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria).

Se identificó que la autoeficacia para la colocación del condón se relaciona con la conducta sexual de riesgo en las MI ($R^2 = .013$, $F_{[1,384]} = 4.978$, $p = < .026$). De acuerdo con los resultados de la fase CUAL, si la participante propone el uso del condón puede hacer pensar a la pareja que la mujer ya ha tenido relaciones sexuales con otros hombres:

El marido no quiere usar condón, dice: “¿por qué si yo soy tu marido?, ¿a ver, por qué lo voy a usar?, ¿o qué, andas revolcándote?” A mí me lo dice, le digo tengo que usar condón porque tú me contagiaste de algo, yo sé que yo no he estado con alguien, pero yo por eso te lo pido [...] él sí dice que con condón no es lo mismo, que no le gusta y aparte de eso, dice: “¡No voy a usarlo porque eres mi esposa, no eres una ramera!”

Se identificó que la autoestima se asocia con la violencia de pareja ($R^2 = .063$, $F_{[9,376]} = 2.805$, $p = < .003$). La violencia de pareja que se presenta con mayor frecuencia es la violencia psicológica, en la mayoría de los discursos de las participantes en la fase CUAL se encontró esta situación:

Me decía “yo me casé contigo por lástima, porque ya se me iba el tren y fuiste la primera estúpida que cayó”, insultos como que no valgo ni mierda, dice: [...], “¡no sirves ni siquiera!, ¡todavía la mierda sirve para abonar!, ¿pero tú?”. (MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria)

La violencia psicológica tiene efecto en la conducta sexual en MI ($R^2 = .026$, $F_{[4,381]} = 2.554$, $p = < .039$), de acuerdo con el discurso de las participantes en la fase CUAL, una expresión de violencia psicológica es la infidelidad de las parejas:

No le gustaba estar en la casa, pienso yo que a lo mejor será por eso que el empezó a andar con una mujer, con otra y con otra. Me sentí, no sé, humillada, como que, no sé, como rechazada, y ya no me sentí bien. (MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad)

Una aportación que se encontró de la fase CUAL, fue la subcategoría comunicación con la red social, misma que no se indagó en la fase CUAN,

sin embargo, en el discurso de las MI participantes quedó precedente de esta aportación, en la cual algunas participantes pueden dialogar con su pareja y ponerse de acuerdo para la toma de decisiones, como lo señala el siguiente discurso: “Pues primero lo platicamos y si en algo no estamos de acuerdo no se hace y si estamos de acuerdo se hace” (MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria).

Así mismo, algunas de las participantes refieren establecer comunicación con sus hijos en relación a la salud sexual, al transmitirles el conocimiento que ellas han adquirido a través de sus experiencias:

“Y es como le digo a mi hijo: “¡Ahorita tú ya estas grande! y ¡puedes tener cuantas novias quieras, pero cuídate!”, me da vergüenza hablar de sexo, pero lo tengo que hacer ya tiene 15 años. Hay que cuidarse, porque como le digo: “¡tú tienes 15 años!, y yo a tu edad yo me junté y sin que supiera qué riesgo tenía yo” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

Algunas MI participantes reconocen que es importante hablar con sus hijos sobre sexo, aunque les dé pena. Ya que a ellas les hizo falta esta comunicación con sus padres, que las orientaran sobre la salud sexual.

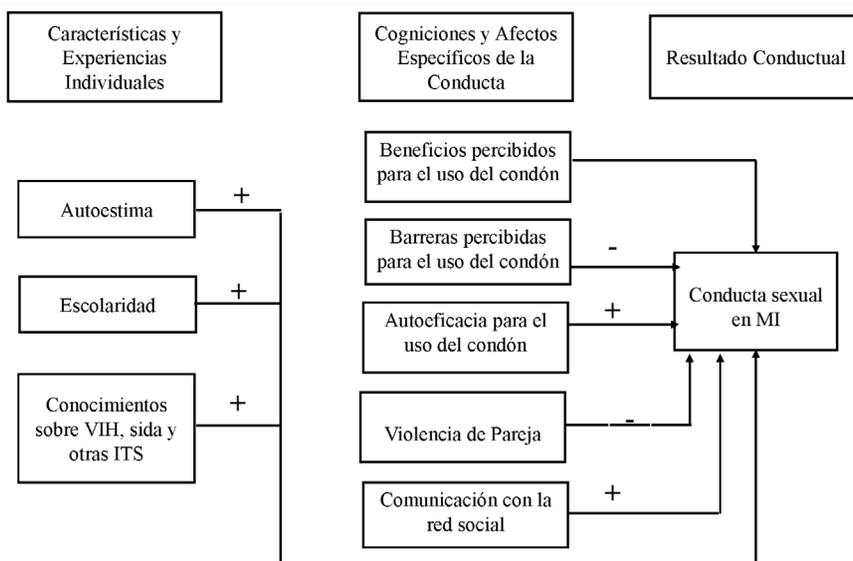
Otros elementos que aportaron los resultados CUAL fue en la categoría sobre las razones para el uso y no uso del condón, ya que, de acuerdo con los resultados CUAN, no se encontró relación estadísticamente significativa de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón con la conducta sexual de las MI. Sin embargo, según el discurso de algunas de las participantes, manifestaron que cuando su pareja usa el condón, sienten que son importantes para su pareja, lo cual es un beneficio percibido. En cuanto a los discursos de algunas mujeres en las subcategorías: la pareja no quiere usar condón, no le gusta usar condón a la MI y la MI confía en su pareja, se encontraron como barreras percibidas para el uso del condón. Finalmente, en la subcategoría: la MI propone el uso del condón, se refiere a la autoeficacia percibida para el uso del condón.

Como parte del resultado final del análisis mixto, el Modelo (M-CONSEXMI) que explica la conducta sexual en mujeres indígenas (figura 5), está integrado por los siguientes conceptos: 1) Autoestima, 2) Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, 3) Beneficios percibidos para el uso del condón, 4) Barreras percibidas para el uso del condón, 5) Autoeficacia

percibida para el uso del condón, 6) Violencia de pareja, 7) Comunicación con la red social. Se presentan las siguientes proposiciones:

1. La autoestima influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
2. Los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS influyen de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
3. La escolaridad influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
4. Los beneficios percibidos para el uso del condón influyen de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
5. Las barreras percibidas para el uso del condón influyen de manera negativa en la conducta sexual en las MI.
6. La autoeficacia percibida para el uso del condón influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
7. La violencia de pareja influye de manera negativa en la conducta sexual en las MI.
8. La comunicación con la red social influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.

Figura 5. Modelo de conducta sexual en MI (M-CONSEXMI).



Nota: Elaboración propia.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue probar un modelo de la conducta sexual en MI a través del empleo de métodos mixtos. El estudio permitió un acercamiento a este grupo vulnerable que experimenta múltiples formas de discriminación e invisibilidad, como lo afirman Herrera y Duhaime (2014), y como lo enfatizan Ponce et al. (2011), las MI presentan una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser mujeres, ser pobres y ser indígenas. Así mismo, refieren que la base de su vulnerabilidad se encuentra en los comportamientos de género tradicionales, la dominación masculina, la violencia de género y la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Con base en los resultados de este estudio, se encontró coincidencia con CENSIDA (2014), Ponce, Nuñez et al. (2011) y Romero et al. (2011), en correspondencia, donde las MI presentan conductas sexuales que pueden ser potencialmente de riesgo para la transmisión de ITS incluyendo el VIH, sida. De acuerdo con la asociación de la escolaridad con la conducta sexual de las MI, se encontró coincidencia con lo reportado por Ramírez (2011), quien reconoce comportamientos de riesgo al aumentar el número de años de las MI en el sistema educativo, lo cual está relacionado con mayor libertad, experimentación de su sexualidad y con la convivencia de pares del sexo opuesto lo que genera la posibilidad de tener mayor número de parejas sexuales, sin la posibilidad de la negociación del condón, lo que expone a algunas MI a conductas sexuales de riesgo. Al interior de sus comunidades, el que las MI continúen estudiando se percibe como una amenaza a sus tradiciones, lo que coincide con lo reportado por Jasso y Rosas (2014) sobre las MI, las que siguen estudiando retrasan la edad de la unión conyugal y por ende la reproducción.

En relación con la asociación del sexismo con las barreras percibidas para el uso del condón, se encontró coincidencia con lo planteado por Hernández, Zule, Karg, Browne y Wechsberg (2012) y Ramírez (2011), donde, las mujeres tienen relaciones sexuales sin protección por la subordinación hacia el hombre. Los hallazgos de Hernández et al. (2012), menciona que el sexismo actúa como barrera para el uso del condón, al reportar que la pareja sexual de la mujer se considera invulnerable ante las ITS,

incluyendo el VIH, sida, por lo que se niega a usar el condón. Y la MI es discriminada al proponer el uso del condón, ya que representa una imagen de mujer excesivamente experimentada en la sexualidad.

Rosales y Mino (2012) y Villegas, Ferrer, Cianelli, Miner, Lara y Pera-gallo, (2014) reportan que la autoeficacia se ve afectada por la dominación masculina y comportamientos de género tradicional, donde las MI manifiestan no saber colocar el condón, sentir vergüenza en caso de tener que colocárselo a su pareja, además de no tener habilidades para la negociación de su uso y les da miedo que su pareja las rechace.

Así mismo, aunque en este estudio no se encontró relación de la IVSA con la conducta sexual, el estudio de Evangelista y Kauffer (2009), reporta asociación de la IVSA con el número de parejas sexuales en MI; diferencia que puede deberse a que en este estudio un porcentaje mínimo refrieron tener más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, se enfatizan en una relación monógama, por lo que la exposición ante una conducta sexual de riesgo por el número de parejas no se considera, al menos en esta población estudiada.

Si las MI tienen conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, presentan mayor beneficio para el uso del condón, lo que coincide con lo reportado por Ruiz et al. (2006). Sin embargo, con base en el discurso de las MI, no tienen conocimientos sobre estos problemas de salud, resultados que coinciden con Taylor et al. (2015), Pavía et al. (2012) y Ponce, Núñez et al. (2011), Rodríguez y Mino (2012), quienes refieren que las MI, tiene acceso limitado a la información científica para prevenir de infecciones de transmisión sexual, además que la sexualidad es vista como un tabú.

De acuerdo con lo reportado en relación con la presencia de autoeficacia para el uso del condón, las MI tienen mayor exposición a una conducta sexual de riesgo, lo que coincide con Bonacquisti y Geller (2013) y Ramírez (2011), donde las MI refieren que la negociación del uso del condón puede hacer pensar a la pareja que son “fáciles” o que tuvieron relaciones sexuales con otras parejas. Incluso, a pesar de percibir encontrarse en riesgo ante alguna ITS.

De acuerdo con los resultados identificados en este estudio, aunque no se confirmó una relación directa de las barreras percibidas con la conducta sexual, las actitudes negativas hacia el uso del condón son una barrera, la

cual se manifiesta en los resultados cualitativos; con lo que se encontró semejanza en lo reportado por Villegas et al. (2014), Rosales y Mino (2012), Ramiro et al. (2011) y Ruiz et al. (2006), en los cuales se expresa disgusto por utilizar condón durante las relaciones sexuales, al referir que no tienen la misma sensación como cuando no lo utilizan, o que les genera incomodidad y molestia tanto a la MI como a la pareja, donde es muy clara la falta de consideración ante el posible riesgo de contagio de alguna ITS. Asimismo, se encontró en Ramiro et al. (2011) que existe la creencia que la causa para VIH, sida está relacionado con el destino o la suerte.

En relación con la asociación de la autoestima con la violencia de pareja, se encontró semejanza con lo que establece OMS (2016), INEGI (2013), Morales, Alonso y López, (2011), Burgos et al. (2012), Puri, Escaracha, Tamang y Lamichhane (2012) y Puri, Tamang y Shah, (2011), donde la violencia de pareja involucra un patrón de control coercitivo, deliberado, repetitivo y prolongado, alineado a su cultura reconociéndola como normal, incluso como un instrumento sancionador, que genera un impacto en la vida, salud y bienestar de las MI, donde las MI son sometidas físicamente a tener una relación sexual donde queda limitada su libertad de expresión y de decisión.

Finalmente, en relación con la conducta sexual de las MI se encontraron similitudes con lo reportado en Taylor et al. (2015) y Pavía et al. (2012), quienes refieren que la mayoría de las MI solo tienen una pareja sexual y que esta es estable. Así mismo Bonacquisti y Geller (2013) reafirma que se encuentran en relaciones monógamas. Por tal situación, no se consideran en riesgo ante una ITS, incluyendo el VIH, por tal motivo no consideran el uso del condón, encontrándose diferencias mínimas con lo reportado en Romero et al. (2011); un hallazgo que difiere con los resultados de este estudio, fue lo reportado por Jasso y Rosas (2014) afirman que las MI no han tenido la oportunidad de educación sexual adecuada y se encuentra ante otros contextos de vulnerabilidad, en prácticas de riesgo en relación con su sexualidad.

Conclusión

El estudio realizado ha dado apertura en el abordaje en un grupo de difícil acceso, por lo que se sugiere se realicen futuras investigaciones en otros grupos etarios indígenas para dar continuidad a esta línea de investigación. Es necesario complementar la información por lo que se recomienda se realice esta investigación en población masculina, lo que permitirá crear perfiles de la conducta sexual en hombres de diferentes grupos de edad, y posteriormente considerar un abordaje de la pareja. Con el modelo final se sugiere desarrollar estudios de intervención que incida en otorgar cuidado para la promoción de una conducta sexual segura en MI, se deben considerar principalmente las variables que presentaron relación en la conducta sexual, lo que permitirá fortalecer el cuerpo de conocimientos de la disciplina.

Referencias

- Bahamón, M., Vianchá, P. y Tobos, V. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Bamberger, M. (2012). Introduction to mixed methods in impact evaluation. Impact evaluation notes. *The Rockefeller foundation*. [https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20\(English\).pdf](https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20(English).pdf)
- Brafford, M. A. y Beck, K. H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J. Am Coll Health*, 39(5), 219-25.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a02.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CEN-SIDA], (2014). *Guía Nacional para la prevención del VIH y el sida*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf

- Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas [CIENI] (2011). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30aniosdelvihsida.pdf>
- Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012). *Mujer indígena en adolescentes y VIH: prevención desde un enfoque intercultural*. <http://www.interarts.net/descargas/interarts1554.pdf>
- Secretaria de Salud [SS], (2021). *Puebla por debajo de la media nacional en mortalidad por VIH*. <https://ss.puebla.gob.mx/noticias/item/2106-puebla-por-debajo-de-la-media-nacional-en-mortalidad-por-vih>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva*. http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170177/Situacion_SS_y_R_2016.pdf
- Consejo Estatal de Población (COESPO). (2022). *Perfil Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas en Puebla*. <https://ceigep.puebla.gob.mx/docs/boletines/coespo-2022-4.pdf>
- Creswell, W. J. (2013). *Research design*. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches.
- Espada, J. P., Guillén, R. A., Morales, A., Orgilés, M. y Sierra, J., C. (2014). Validación de una escala de conocimientos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001322>
- Glick, P. y Fiske, S. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Hernández C. (2010). *Manual auto género y autoestima de las mujeres*. Tabasco, México. Instituto Estatal de las Mujeres de Tabasco. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13_7.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (2009). *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf
- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet*, 382, 98-102.

- Kumar, P. (2014), Use of Contraceptives and Unmet Need for Family Planning among Tribal Women in India and Selected Hilly States. *Journal of Health Population and nutrition*, (32), 2, 23-30.
- Ley General de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Última Reforma DOF 02-04-2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Nava-Navarro, V, Báez-Hernández, F y Onofre-Rodríguez, D. (2018). Motivos de las mujeres indígenas sobre el uso y no uso del condón. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1043>
- Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D. y Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14(3), 162-169. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-autoestima-violencia-pareja-conducta-sexual-S1665706317300386>
- Ocampo, O. L. (2015). Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicología desde el Caribe*, (32), 1. <http://www.redalyc.org/pdf/213/21337152006.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres (2016). *Hechos y cifras: el VIH y el SIDA*. <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2003). Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas, Abya-Yala Kurarinakui, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/prevencion_ITS-VIH-SIDA.pdf

- Pender, N. J., Murdaugh C. L. y Parsons M. A., (2018). Health promotion in nursing practice. *Printed in The United States Of America*. Seventh edition
- Pereira, P. Z. (2011). Los diseños de metodo mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electronica Educare*, 15(1), 15-29. <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Phillips, D. Y., Walsh, B., Bullion, J. W., Reid, P. V., Bacon, K. y Okoro, N. (2014). The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women: a review. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(1), 36-49
- Planes, M., Prat, F., Gómez, A., Gras, M. y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28(1), 161-170.
- Ponce, P., Hernández, R., Torres, J. y Rascón, A. (2011). El VIH y los pueblos indígenas. Comisión nacional de los derechos humanos. www.cdi.gob.mx. http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/vih_indigenas.pdf
- Ponce, J. y Núñez, N. (2011). Pueblos indígenas y VIH-Sida. “Presentación. Pueblos indígenas y vih-sida”. *Revista de Antropología Social*, 35(1), 7-10. <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/317/197>
- Ponce, J., Núñez, O. y Báez, M. (2011). Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Recuperado en Capítulo de Ramírez, (19-44). http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=179
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], (2014). Datos estadísticos mundiales, hoja informativa. http://www.unaids.org/sites/default/files/media/images/20141118_FactSheet_WAD_Report_es.pdf
- Ramiro, M., López, F. y Bermúdez, M. (2011). Variables de riesgo para la infección por VIH: Análisis comparativo, en función del género entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 143-150. <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823005.pdf>

- Rosas, V. R., Jasso, M. I. y Huacuz, E. G. (2014). Mujeres indígenas y violencia de género en Michoacán. En Acevedo, A. J., Trujillo, P. M. y López, S. M. *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>
- Rojas, O. y Castrejón, J. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (1), 75-111.
- Romero, Z., Kumar, A. y Infante, J. (2011). Sexual and reproductive behaviors of the indigenous women: findings from Mexico. *Revista de cercetare si interveni sociala*, 33, 114-130.
- Romero, V. K. y Ulloa, C. A. (2016). Técnica de PCR-multiplex como método diagnóstico de infecciones de transmisión sexual. *Ginecología y salud reproductiva*, 42(4). <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/124/102>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown. <http://socy.umd.edu/quick-links/using-rosenberg-self-esteem-scale>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, T. C., (2018). *Metodología de la Investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill.
- Schmelkes, S. (2013). Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Revista internacional de estadística y geografía*, (4), 1, 5-13.
- Swan, H., & O'Connell, J. (2012). The impact of intimate partner violence on women's condom negotiation efficacy. *J Interpers Violence*, 27(4), 775-792.
- Taylor, T., Hembling, J. y Bertrand, J. (2015). Ethnicity and HIV risk behaviour, testing and knowledge in Guatemala. *Ethn Health*, 20(2), 163-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24834462>
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica de México*, 48(2), 221-231.

