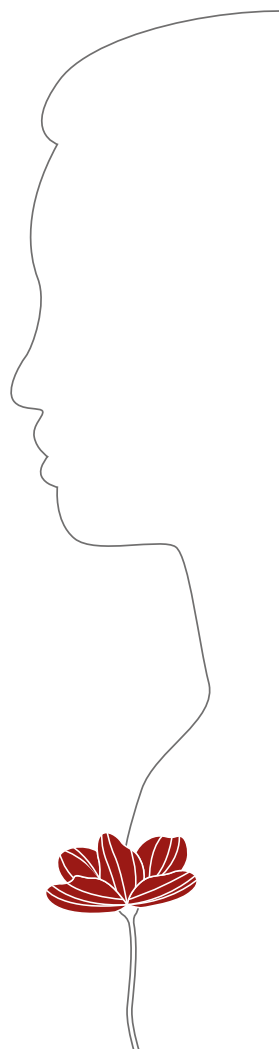


SALUD SEXUAL EN **MUJERES INDÍGENAS** DE MÉXICO Y AMÉRICA LATINA

Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco
Carolina Valdez Montero
Coordinadoras

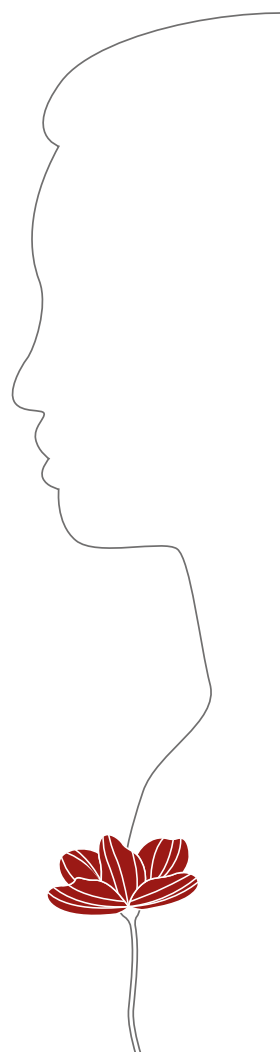


SALUD SEXUAL EN **MUJERES INDÍGENAS** DE MÉXICO Y AMÉRICA LATINA



SALUD SEXUAL EN **MUJERES INDÍGENAS** DE MÉXICO Y AMÉRICA LATINA

Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco
Carolina Valdez Montero
Coordinadoras



Salud sexual en mujeres indígenas de México y América Latina / Autoras-Cordinadoras: Dra. Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco y Dra. Carolina Valdez Montero. | Sinaloa, México. 2024.

264 p. 23 cm.

Primera edición

ISBN: **978-607-59636-1-7**

Universidad Autónoma Indígena de México

Formato impreso

ISBN: **978-607-8964-10-9**

Astra Ediciones

Formato impreso

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE24001700>



D. R. © copyright 2024.

La presente obra fue dictaminada bajo el sistema de doble ciego y cuenta con el aval de los dictámenes.

Diseño de portada: Sarah Hilda Garibaldi Vargas.

Edición y corrección: **Astra Ediciones**

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotográfico, electrónico, por fotocopia, cualquier otro existente o por existir, sin el permiso previo, por escrito, del titular de los derechos.

Contenido

Prólogo	9
<i>Dra. Denisse del Carmen Muñoz Asseff</i>	
Introducción	13
<i>Dra. Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco</i>	
<i>Dra. Carolina Valdez-Montero</i>	
Capítulo 1	
Experiencias de Mujeres Yoreme-Mayo diagnosticadas con el Virus de Papiloma Humano: Desafíos Éticos en la Atención de Salud	23
<i>Dra. Dolores Imelda Romero Acosta</i>	
<i>Dra. Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco</i>	
<i>Dra. Carolina Valdez-Montero</i>	
<i>Dra. Alma Angélica Villa Rueda</i>	
Capítulo 2	
Diálogos comunitarios interculturales y de género sobre violencia sexual y obstétrica con mujeres indígenas de Sinaloa	43
<i>Dra. Leonor Tereso Ramírez</i>	
<i>Dra. Luz Mercedes Verdugo Arango</i>	
<i>Dra. María Luisa Urrea Zazueta</i>	
Capítulo 3	
Persuasión para el uso del condón y conductas sexuales segura en mujeres huicholes jóvenes indígenas: Estudio piloto	61
<i>Dra. Lubia del Carmen Castillo-Arcos</i>	
<i>MCE. Pedro Moisés Nob-Moo</i>	
<i>Dr. Juan Yovani Telumbre-Terrero</i>	
<i>MCE. Iliana Patricia Vega-Campos</i>	
Capítulo 4	
Conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas de Nayarit, México	75
<i>MCE. Iliana Patricia Vega-Campos</i>	
<i>Dra. Lubia del Carmen Castillo-Arcos</i>	
<i>MCE. Pedro Moisés Nob-Moo</i>	
<i>Dra. Lucey Maas-Góngora</i>	
Capítulo 5	
Conducta sexual en mujeres de una comunidad indígena náhuatl: Estudio mixto.....	95
<i>Dra. Vianet Nava-Navarro</i>	
<i>Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez</i>	
<i>Dr. Francisco Javier Báez-Hernández</i>	

Capítulo 6

Identidad étnica, actitudes y conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas.....119

*MCE. Alan Josué Ramírez-Calderón**Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD**Dra. Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez***Capítulo 7**

Percepciones de parteras mazatecas sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia en México137

*DCE. Berenice Juan-Martínez**LE. Guadalupe García-Cortes**DCE. Antonieta de Jesús Banda-Pérez***Capítulo 8**

Creencias y costumbres sobre salud sexual y reproductiva en una mujer originaria de una comunidad indígena del Estado de Chiapas.....157

*Mtro. Andrés Cerón-Salazar**Mtra. Leidy Sofía Javier-Rivera**Mtra. Yasmin Escalante-García***Capítulo 9**

Violencia obstétrica en mujeres indígenas: Una revisión integradora.....179

*Dra. Lucía Caudillo Ortega**Dra. María Aurora Montañez Frausto**ME. Ma. Elvira Moreno Pulido***Capítulo 10**

Acceso a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas de Latinoamérica: revisión sistemática.....201

*MSP. Marco Esteban Morales Rojas**LTS. Amairani Aracelly Ceb Alvarado**Dra. En SP. Sheila Mariela Cobuo Cob***Capítulo 11**

Planificación familiar en mujeres indígenas: Revisión de alcance.....225

*DCE. Claudia Orozco-Gómez**DCE. Vicente Jiménez-Vázquez**DCE. Marily Daniela Amaro-Hinojosa*

Acerca de los autores.....251

Prólogo

La presente obra *Salud Sexual en Mujeres Indígenas de México y América Latina*, es resultado del trabajo de investigadoras e investigadores que encuentran como punto de confluencia y análisis la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. Se trata de once capítulos que significan un aporte al estudio de las problemáticas relacionadas con la salud pública y comunidades originarias.

Este libro inicia con el texto de las autoras, Dolores Imelda Romero Acosta, Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco, Carolina Valdez Montero y Alma Angélica Villa Rueda, en el que exponen los grandes desafíos que enfrentan las mujeres al requerir atención en salud; entre estas dificultades, se manifiestan los comportamientos sexistas por parte de profesionales de la salud, además del déficit de servicios de salud y malas prácticas, que afectan sus patrones culturales, usos y costumbres de las mujeres indígenas Yoreme-Mayo de La Palma, El Fuerte; región ubicada en el noroeste de México.

En este libro se presenta, en el segundo capítulo, las experiencias de mujeres asentadas en dos comunidades de Villa Benito Juárez, Navolato, Sinaloa, México, comunidad rural caracterizada por una heterogeneidad poblacional de diferentes entidades de la República Mexicana y Centroamérica. En esta investigación se da a conocer, que la violencia sexual y obstétrica es un conjunto de problemas constantes en esta comunidad, en las que mujeres indígenas han sido víctimas del poder hegemónico. Ante esto habría que entender que la mujer no alcanza a percibir que es víctima de la violencia obstétrica.

En seguimiento al tema de las conductas sexuales y la prevención de las enfermedades, en el tercer capítulo de este libro, se aborda el caso de las mujeres jóvenes huicholes, en torno al tema de la persuasión del uso del condón. En este texto, se realiza una importante investigación en torno a una comunidad que en el entramado de sus usos, costumbres y prácticas culturales, encuentra una conducta de resistencia ante el uso de preserva-

tivos, lo que permite hacer un análisis detallado sobre su conducta sexual a partir de un plan piloto, aplicado en este estudio. En esta misma tónica, el capítulo cuarto de este libro se presenta una investigación realizada en mujeres indígenas universitarias del Oeste de México, los autores destacan que el déficit de conocimiento sobre ITS como el VIH.

En el capítulo quinto presentan un modelo de la conducta sexual en mujeres indígenas, esto encuentra relación con el capítulo sexto, en cuya investigación se argumenta que la mayoría de los entrevistados y entrevistadas reflejaron una identidad étnica relacionada con la pertenencia a su grupo indígena, algo que influye culturalmente en la forma de entender su vida cotidiana y la relación de las prácticas sexuales de pareja, como es la salud sexual y reproductiva.

Por su parte, el capítulo séptimo se trata de un estudio cualitativo etnográfico en una comunidad mazateca en torno al embarazo adolescente y su relación con la cosmovisión indígena, esta dicotomía permite entender también las formas en la que las jóvenes indígenas perciben la prevención del embarazo.

En cuanto al octavo capítulo, podemos decir que en esta investigación, se demostró que el abordaje de la salud sexual y reproductiva suele ser complejo; en este caso, en referencia al entorno de las comunidades indígenas de Chiapas, esto por la influencia de los patrones culturales y creencias respecto al cuerpo femenino, los imaginarios y representaciones de este y sus relaciones de género. En este escenario, las mujeres indígenas no son tomadas en cuenta para tomar decisiones sobre su propia sexualidad y el ejercicio de la maternidad.

Por su parte, los capítulos noveno y décimo refieren a una revisión sistemática sobre el contexto mexicano y latinoamericano en relación con la violencia obstétrica, madres adolescentes y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres indígenas. Lo que permite hacer un análisis de los estudios encontrados en torno a estos temas, para dar a conocer, lo que se ha escrito y las ausencias, o necesidades existentes en el análisis de los problemas en torno a la salud sexual, encontrando no solo diferencias geográficas, sino también socioculturales. Este mismo tenor, se encuentra en el capítulo once y último de este libro; en el cual se realiza un análisis crítico de estudios referentes a la planificación familiar, los métodos anti-

conceptivos y su uso en las mujeres indígenas, en donde intervienen, las diferentes percepciones en torno a su uso, los factores culturales, además de la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Para concluir, podemos decir que este libro representa un aporte a los estudios que abordan la salud sexual en los contextos latinoamericanos; puesto que refiere no solo las temáticas relacionadas con la salud pública y la sexualidad en contextos indígenas, sino además se trata de un diálogo interdisciplinar, que permite entender su relación con las prácticas sociales, culturales, tradiciones y costumbres de las mujeres pertenecientes a los pueblos originarios.

Dra. Denisse del Carmen Muñoz Asseff
Universidad Autónoma Indígena de México

<https://doi.org/10.61728/AE24001717>



Introducción

La presente obra Salud Sexual en mujeres indígenas de México y América Latina, es resultado del trabajo de investigadoras e investigadores e integrantes del Cuerpo Académico (CA) Salud Mental y Conductas de Riesgo en Población Vulnerable PRODEP-DSA UAS-CA-351, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis (UAS-FEM). Asimismo, se contó con la colaboración de CA externos, en colaboración con estudiantes de posgrado integrados en diferentes universidades de la República Mexicana, CA en Políticas sociales, Género y Educación por la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Trabajo Social UAS-CA-319; CA en Enfermería, Salud y Educación, por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen; CA en Enfermería en Salud Sexual por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP); CA en Formación de las Respuestas Humanas a la Salud Sexual y Reproductiva y de la Asociación Mexicana de Psicología Social. Asimismo se contó con la colaboración de integrantes de la Red de Investigación en Sexualidad, que reúne a investigadores e investigadoras de once instituciones en todo el país. A través del trabajo colaborativo, se tejen redes que fortalecen la investigación y promueven la comprensión profunda y amplia de la salud sexual y reproductiva en poblaciones que históricamente han sido vulneradas, como lo son las comunidades indígenas.

La obra está organizada en torno al eje temático de la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, iniciando con los estados del noroeste de México, que abarca las regiones del pacífico, occidente norte y bajío, así como centro oriente; seguido por estados del suroeste de México, centro golfo y concluyendo en América Latina. Las personas lectoras tendrán la oportunidad de conocer sobre las experiencias y vivencias de mujeres indígenas (MI) de diversos estados de la República Mexicana tales como Sinaloa, Nayarit, México, Puebla, Oaxaca, Guerrero, Zona Metropolitana de Monterrey, Nuevo León y Chiapas.

Según datos del Censo de Población y Vivienda (2020), elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), en México 23.2 millones de personas de tres años y más se autoidentifican como indígenas, de las cuales 11.9 millones son mujeres y 11.3 millones son hombres (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía [INEGI, 2022]). No obstante, existen pocas investigaciones en torno a la salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas que aborden aspectos sobre educación sexual, acceso a los servicios de salud, planificación familiar, respeto a los derechos reproductivos, así como prevención y tratamientos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Cabe destacar que el 51.4 % de la población son mujeres que no están exentas de enfrentar estas problemáticas.

Lo anterior, no solo constituye un problema de salud pública, sino también un problema social que ha demostrado que, las mujeres indígenas enfrentan grandes desafíos adicionales para acceder a los servicios de salud. Debido a las realidades que enfrentan las mujeres indígenas yoreme-mayo pertenecientes al estado de Sinaloa, con respecto a la salud sexual y reproductiva, surge el interés de analizar esta problemática desde un enfoque intercultural crítico y de género, extendiendo el análisis a mujeres indígenas de México y América Latina.

No obstante, existen pocas investigaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de MI, por lo que es importante dar cuenta, que existe una heterogeneidad estructural donde se gestan categorías sociales que tienen distinto origen, según el contexto territorial. En la sociedad, las MI tienen una posición inicial de desventaja al ser mujer, indígenas, migrantes, trabajadores informales; lo anterior se relaciona con las desigualdades sociales y de género, así como diferencias étnicas, raciales y territoriales, la intersección de estas categorías sociales potencian y disuaden la búsqueda de servicios de salud de prevención, detección y tratamientos. De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el objetivo 5 tiene como finalidad lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Es por ello la importancia de realizar investigaciones en las MI, las cuales permita contextualizar y situar las demandas y necesidades en el contexto latino.

A continuación se presentarán de manera sucinta los capítulos correspondientes a este libro. El capítulo primero, denominado “Experiencias

de Mujeres Yoreme-Mayo Diagnosticadas con el Virus de Papiloma Humano: Desafíos Éticos en la Atención de Salud” desarrollado por Dolores Imelda Romero Acosta, Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco, Carolina Valdez Montero y Alma Angélica Villa Rueda, exponen los grandes desafíos que enfrentan las mujeres indígenas Yoreme-Mayo de La Palma, El Fuerte, región ubicada en el noroeste de México, al requerir atención en salud, marcado por comportamiento sexistas por parte de profesionales de la salud, el déficit de servicios de salud culturalmente sensibles, discriminación lingüística, disparidades socioeconómicas y barreras socioterritoriales, los cuales son factores que disuaden y agudizan la búsqueda de revisiones y tratamientos para detectar problemas de ITS, como el Virus de Papiloma Humano. Hernández y Rangel (2023), aluden que las mujeres indígenas viven desapropiación de sus cuerpos dentro de instituciones machistas, patriarcales carentes de interculturalidad. Dado a esta realidad, las investigadoras señalan la importancia de seguir realizando estudios en poblaciones marginadas como en comunidades indígenas, debido que día a día enfrentan barreras simbólicas e invisibilidad social, por lo que dar voz a estas mujeres es crucial para comprender desde una perspectiva contextualizada de su realidad.

En el capítulo dos, “Diálogos comunitarios interculturales y de género sobre violencia sexual y obstétrica con mujeres indígenas de Sinaloa”, las autoras Leonor Tereso Ramírez, Luz Mercedes Verdugo Araujo y María Luisa Urrea Zazueta presentan las experiencias de mujeres asentadas en dos comunidades de Villa Benito Juárez, Navolato, Sinaloa, México, comunidad rural caracterizada por una heterogeneidad poblacional de diferentes entidades de la República Mexicana y Centroamérica. Las investigadoras dan a conocer, que la violencia sexual y obstétrica es un tema recurrente en la presente población; aluden que las mujeres indígenas han sido víctimas del poder hegemónico, la mujer no alcanza a vislumbrar que en muchas ocasiones es violentada por prácticas médicas deshumanizadas, palabras hirientes sobre todo durante el parto, situación que ha llegado a la normalización de violencia sexual y obstétrica, debido al desconociendo de sus derechos sexuales y reproductivos. Victoria Tauli-Corpuz (2015) documentó que la violencia obstétrica contra MI que acceden a los servicios de salud, es una práctica extendida en numerosos países del mundo.

En Sinaloa, durante el 2018 se aprobó la primera Ley de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas, misma en la que no se contempla nada respecto a la atención a la salud materna infantil para prevenir y erradicar la violencia obstétrica, tampoco exige al personal de salud estar capacitados en perspectiva intercultural y de género.

En el capítulo tercero, “Persuasión para el uso del condón y conductas sexuales seguras en mujeres Huicholes jóvenes indígenas: estudio piloto”, desarrollado por Lubia del Carmen Castillo Arcos, Pedro Moisés Noh-Moo, Juan Yovani Telumbre Terrero e Iliana Patricia Vega Campos; presentan los resultados de un estudio piloto en mujeres jóvenes indígenas del pacífico de México; los autores dan cuenta de la relación positiva que tiene la persuasión para el uso de condón y la conducta sexual segura en mujeres indígenas; el empoderamiento en temas de salud sexual y reproductiva, son fundamentales para promover conductas sexuales seguras y reducir incidencias de ITS, al mismo tiempo, se contribuye a mejorar el bienestar, se reduce el estigma y se fomenta la igualdad de género.

En el capítulo cuarto, titulado “Conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas de Nayarit, México”; con la autoría de Iliana Patricia Vega Campos, Lubia del Carmen Castillo Arcos, Pedro Moisés Noh Moo y Lucely Maas Góngora, presenta una investigación realizada en mujeres indígenas universitarias del oeste de México, los autores destacan que el déficit de conocimiento sobre ITS, como el VIH, conduce a prácticas sexuales de riesgo.

Los resultados de la investigación muestran la falta de autoeficacia para negociar el uso del condón, influenciadas por las opiniones de sus parejas; cabe destacar que la desinformación en ocasiones genera violencia sexual, al no tener conocimientos puede conllevar a la toma de decisiones que violan los derechos a la integridad física a través de prácticas tradicionales que vulneran sus cuerpos y autonomía. Juárez-Moreno et al., (2021) afirman que la marginación de género que experimentan mujeres indígenas, las ha relegado a recibir poca o nula información sobre salud sexual y reproductiva. En este tenor, los y las profesionales de salud deben adaptar el cuidado de acuerdo con la cosmovisión según el contexto, por lo que es urgente diseñar estrategias de prevención apropiadas a la cultura, considerando usos y costumbres, significados, valores, percepciones; estrategias

con prioridades específicas sobre salud sexual que trasformen la realidad de las mujeres indígenas.

En el capítulo quinto denominado “Conducta sexual en mujeres de una comunidad indígena Náhuatl: Estudio mixto” realizado por Vianet Nava-Navarro, Dora Julia Onofre-Rodríguez y Francisco Javier Báez-Hernández, presentan un modelo de la conducta sexual en MI, a través de métodos mixtos, dando a conocer que la MI Náhuatl experimentan múltiples formas de discriminación e invisibilidad. Con base en los resultados de este estudio, se encontró coincidencia con CENSIDA (2014), Ponce, Núñez et al. (2011) y Romero et al. (2011), en correspondencia, donde las mujeres indígenas presentan conductas sexuales que pueden ser potencialmente de riesgo para la trasmisión de ITS incluyendo el VIH, entre las que prevalecen nula negociación del uso del condón debido que para el hombre representa la imagen de una mujer excesivamente experimentada en la sexualidad, pérdida de sensibilidad, incomodidad, molestias, falta de consideración ante el riesgo de adquirir una ITS, y la percepción al riesgo al destino o la suerte.

El estudio señala que la mujer indígena Náhuatl experimenta violencia de pareja debido que el hombre ejerce un patrón de control coercitivo alineado a la cultura, situación de que la mujer indígena ha normalizado; sin embargo, lo anterior genera impacto en la salud sexual ya que es sometida físicamente a tener relaciones sexuales no consensuadas, violando sus derechos sexuales y limitando su libertad de decisión.

En el capítulo sexto “Identidad étnica, actitudes y conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas”, Alan Josué Ramírez Calderón, Raquel Alicia Benavides Torres y Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, presentaron un estudio en adolescentes indígenas en regiones del suroeste de México, Oaxaca, Guerrero y zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El estudio forma parte del macroproyecto titulado “Modelo de Intervención psicoeducativa para prevenir embarazos no planeados en adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas”, financiado por el Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) con subvención SA1753-21.

Las autoras argumentan que la mayoría de los entrevistados y entrevistadas reflejaron una identidad étnica sólida, lo que se traduce a una

fuerte percepción de pertenencia a su grupo indígena, sin embargo, esta identidad étnica pudiera influir en diversas áreas de su vida, incluida la salud sexual y reproductiva, en cuanto al uso de anticonceptivos mostraron una actitud indecisa, esta conducta pudiera estar determinada por normas socioculturales y de género. Las normas culturales a menudo están profundamente arraigadas en tradiciones y creencias que pudieran influir en la decisiones sobre la salud sexual, debido a tabúes o estigmas sociales con uso de métodos anticonceptivos, así como la influencia de los papeles de género que limitan a las mujeres a la toma de decisiones autónomas sobre el cuidado de su cuerpo, aunado la falta de acceso a conocimientos sobre educación sexual debido al limitado acceso a la información a causa de las barreras socioterritoriales.

En el capítulo séptimo titulado “Percepciones de parteras mazatecas sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia en México”, desarrollado por Berenice Juan Martínez, Guadalupe García Cortes y Antonieta de Jesús Banda Pérez, realizaron un estudio cualitativo etnográfico en una comunidad ubicada en el norte del estado de Oaxaca, donde emergieron dos temas culturales: causas del embarazo en la adolescencia en la cosmovisión mazateca y prevención del embarazo en la adolescencia. Las autoras aluden que el tema del embarazo en mujeres adolescentes indígenas es un tema de gran relevancia en México.

Respecto al capítulo octavo “Creencias y costumbres sobre salud sexual y reproductiva en una mujer originaria de una comunidad indígena del estado de Chiapas” con la autoría de Andrés Cerón-Salazar, Leidy Sofía Javier-Rivera y Yasmin Escalante-García realizaron la investigación con el objetivo de establecer las creencias y costumbres sobre la salud sexual y reproductiva, en una mujer de una comunidad indígena del estado de Chiapas, México. Con un enfoque cualitativo demostraron que el abordaje de la salud sexual y reproductiva suele ser complejo incorporar en los contextos de las comunidades indígenas de Chiapas, dado los arraigos culturales y creencias respecto a los cuerpos, pero sobre todo las ideologías y construcciones de género. Siendo las mujeres indígenas marginadas y segregadas en la toma de decisiones respecto a su sexualidad y maternidad.

A partir del capítulo noveno se presentan revisiones sistematizadas basadas en metodologías científicas de investigaciones originales realizadas

en mujeres indígenas en el contexto de América Latina. El capítulo noveno aborda la “Violencia obstétrica en mujeres indígenas: una revisión integradora” realizado por Lucía Caudillo Ortega, María Aurora Montañez Frausto y Ma. Elvira Moreno Pulido. Las autoras utilizaron una metodología de revisión integradora para conocer el cuerpo de conocimientos con relación a la violencia obstétrica en este grupo de mujeres. Para lo anterior, realizaron una búsqueda de la literatura identificando siete estudios que cumplieron con los criterios correspondientes de selección. Los estudios presentados fueron realizados en las regiones de México y Colombia y se encontró violencia obstétrica en las mujeres indígenas dentro de las investigaciones, las más recurrentes fueron: anticoncepción forzada, violencia verbal, discriminación respecto a las prácticas culturales y uso de medicamentos indiscriminados en los procedimientos.

Por su parte, el capítulo décimo titulado “Acceso a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas de Latinoamérica: revisión sistemática” con la autoría de Marco Esteban Morales Rojas, Amairani Aracelly Ceh Alvarado y Sheila Mariela Cohuo Cob. El objetivo de la revisión sistemática fue describir el acceso de las madres adolescentes indígenas de Latinoamérica a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración. Dentro del proceso sistematizado de la revisión, se seleccionaron nueve artículos para el análisis, en el cual se destaca como resultado a los factores relacionados con el conocimiento, la atención posparto, la calidad de los servicios de salud y recomendaciones para mejorar el fenómeno. La revisión sistemática enmarca las dificultades respecto al acceso de métodos anticonceptivos de mediana y larga duración principalmente debido a las barreras económicas, geográficas, culturales y sanitarias.

Respecto al capítulo onceavo que se titula: “Planificación familiar en mujeres indígenas: Revisión de alcance” realizado por Claudia Orozco-Gómez, Vicente Jiménez-Vázquez y Marily Daniela Amaro-Hinojosa. En la presente revisión de alcance basada en la metodología propuesta por el Instituto de Joanna Briggs, destacan la importancia de la planificación familiar y los factores relacionados en mujeres indígenas. A su vez, la revisión de alcance genera un análisis crítico de 19 estudios originales, encontrando que la esterilización es un método que más se utiliza en las

mujeres indígenas. También se enmarca una reflexión sobre los diversos factores que participan para que las mujeres indígenas no utilicen los métodos anticonceptivos, como lo es la participación en las decisiones de sus parejas, la cultura, el acceso a los servicios de salud y los miedos sobre los efectos potenciales que creen que pudiera causar al utilizarlos. Lo anterior denota la participación de la categoría del género para tomar decisiones respecto a su cuidado en términos de salud sexual y reproductiva. Las construcciones sociales y las ideologías de género son factores que inevitablemente participan, sobre todo en contextos vulnerados como lo son las poblaciones indígenas.

Dra. Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco

Dra. Carolina Valdez-Montero

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis.

Referencias

- 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
- Comunicado de prensa INEGI nro. 430/22. Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas. INEGI, 8 de agosto de 2022. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
- Hernández, E., & Rangel, Y. (2023). Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, 37, 31–48. <https://doi.org/10.46530/cf.vi37/cnfns.n37.p31-48>
- Juárez-Moreno, M., López –Pérez, O., Raesfelda, L. & Durán-González, R. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde Soc. São Paulo*, 30(2), 1-12. doi: 10.1590/S0104-12902021200399
- Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2017). Motivos de las mujeres indígenas sobre el uso y no uso del condón. *Nure Investigación*, 14(91), 1-9.
- Núñez, G. (2011). VIH-SIDA y población indígena en Sonora: Una aproximación cuantitativa y cualitativa. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI. Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. <https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>
- Ponce, J., Núñez, O., & 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 Capitulo de Ramírez, (19-44). http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=179
- Romero, Z., Kumar, A. & Infante, J. (2011). Sexual and reproductive behaviors of the indigenous women: findings from Mexico. *Revista de cercetare si interveni sociala*, 33, 114-130.

Capítulo 1

Experiencias de Mujeres Yoreme-Mayo diagnosticadas con el Virus de Papiloma Humano: Desafíos Éticos en la Atención de Salud

Dra. Dolores Imelda Romero Acosta¹

Dra. Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco²

Dra. Carolina Valdez-Montero³

Dra. Alma Angélica Villa Rueda⁴

<https://doi.org/10.61728/AE24001724>



¹ Universidad Autónoma Indígena de México. <https://orcid.org/0009-0007-1442-5017>

² Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis, Sinaloa <https://orcid.org/0000-0002-3701-1630>; ginneapodaca@uas.edu.mx.

³ Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis, Sinaloa; <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087> carolina.valdez@uas.edu.mx

⁴ Universidad Autónoma de Baja California; <https://orcid.org/0000-0002-2501-2820> alma.villa@uabc.edu.m

Resumen

Los desafíos éticos que enfrentan los profesionales de salud siguen siendo un gran reto, debido a la complejidad y a las numerosas situaciones que se presentan en la práctica diaria. Sin embargo, para abordar la falta de ética profesional en el tratamiento de mujeres indígenas diagnosticadas con el virus de papiloma humano se requiere de un enfoque integral, donde el profesional del área de la salud posea competencias culturales, sensibilización y respeto a la autonomía a la mujer, independientemente de su origen étnico o cultural. El objetivo es comprender las experiencias vividas de mujeres jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo, al ser diagnosticadas con el virus de papiloma humano. Se trata de un estudio cualitativo con enfoque filosófico fenomenológico, desde la postura de Edmund Husserl y epistemología feminista, la recolección de la información fue mediante entrevistas fenomenológicas y grabación de audio, para el análisis de los datos, se utilizó el software Nvivo-12. Emergieron tres categorías de análisis: discriminación, sentimiento de desconfianza, falta de ética profesional por parte del personal de salud. Los hallazgos señalan que estas prácticas clasistas y falta de sensibilidad cultural por parte del profesional de salud, disuaden a que las mujeres indígenas acudan a revisiones oportunas, para detectar problemas de infecciones de transmisión sexual, como el Virus de Papiloma Humano.

Palabras clave: Infecciones de Transmisión Sexual, Virus del Papiloma Humano, Mujeres, Indígenas, Desafíos Éticos, Desigualdades Sociales.

Introducción

En el mundo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan presentando altas prevalencias tanto en hombres como en mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se ha registrado un aumento en la morbilidad y mortalidad en mujeres debido a complicaciones y transmisiones continuas de ITS. Entre las más comunes se encuentran

la clamidiasis (129 millones de casos), la gonorrea (82 millones), la sífilis (7.1 millones) y la tricomoniasis (156 millones) en 2021. Además, más de 300 millones de mujeres contrajeron el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más prevalentes entre las mujeres. El VPH puede causar complicaciones graves, como verrugas genitales y diversos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de vulva, vagina, ano y cuello uterino, lo que se asocia con más de 311 000 muertes anuales (OMS, 2023).

Estas estadísticas globales se ven agravadas en poblaciones vulnerables, como las mujeres indígenas (MI), para quienes las ITS representan no solo un problema de Salud Pública, sino también un desafío social significativo. Estas mujeres enfrentan obstáculos adicionales para acceder a los servicios de salud debido a la intersección de desigualdades sociales, de género, étnico-raciales y territoriales. Esta heterogeneidad estructural no solo amplifica las barreras existentes, sino que también disuade a las mujeres indígenas de buscar servicios de salud para la prevención, detección y tratamiento de ITS.

En México, durante el 2020, la afección por cáncer cervicouterino fue la segunda causa de muerte, con un estimado de 9 439 nuevos casos y 4 355 muertes; durante el 2021 se detectaron 1 155 casos nuevos y 1 059 defunciones con una tasa de incidencia de 2.26 por 1 000 y una tasa de mortalidad de 5.23 por 1 000. En el Norte de Sinaloa, durante el 2022 se registraron 148 casos por infección por VPH, de los cuales 98 casos corresponden a mujeres (Medrano, 2022).

El VPH con 12 tipos oncogénicos es catalogado como una de las causas más frecuentes de cáncer cervicouterino, sin embargo, no es única debido que puede ser secundario a ITS como el VIH y Chlamydia Trachomatis, alto número de partos y uso de anticonceptivos orales; el problema se agrava cuando la mujer no lleva un seguimiento sistematizado para una detección oportuna o tratamiento en caso de la existencia de lesiones precancerosas (OMS, 2019).

Por ser el VPH una ITS que en la mayoría de los casos es asintomática, es crucial que la mujer se realice chequeos regulares para prevenir lesiones por VPH, se ha demostrado ser eliminado naturalmente por algunas mujeres sin la necesidad de un tratamiento específico. Sin embargo, no se puede predecir qué mujeres lograrán eliminar el virus o quiénes desarrolla-

rán problemas de salud relacionados. Dada esta incertidumbre, es importante que las MI presten especial atención, debido a que el VPH puede derivar el desarrollo de cáncer cervical, vaginal y vulvar si no se detecta y se tratan a tiempo, cabe mencionar que la detección temprana aumenta de manera significativa las posibilidades de un tratamiento exitoso.

Las ITS, han sido un foco de atención en el campo de la salud pública, abordadas predominantemente desde una perspectiva positivista. Este enfoque ha permitido un avance significativo en la identificación de patógenos, tratamientos e implementación de estrategias de prevención basadas en evidencia científica; sin embargo, a pesar de estos avances, las ITS continúan registrando alta prevalencia en el mundo, aunque el enfoque positivista es necesario, actualmente pareciera insuficiente para abordar la complejidad del problema, que se refleja en la persistencia de altas tasas de ITS, específicamente en poblaciones vulnerables como en MI.

A pesar de los avances en investigaciones sobre el VPH, existen categorías que continúan requiriendo mayor investigación, un ejemplo clave son las experiencias de las mujeres indígenas yoreme-mayo que han sido diagnosticadas con VPH. Aunque existen estudios que abordan esta problemática, muy pocas se centran en las experiencias únicas de las MI. Para entender adecuadamente esta problemática, es esencial tener en cuenta aspectos de gran relevancia actual como las inequidades de género que enfrentan las mujeres indígenas que a estas inequidades se suman a las desigualdades sociales, barreras socioterritoriales y barreras culturales (Apo-daca et al., 2023).

La problemática del virus del papiloma humano (VPH) se agrava como un importante desafío de salud pública y social a nivel mundial debido a diversas barreras estructurales. Entre estas barreras destacan la falta de acceso a servicios de salud culturalmente sensibles, la discriminación lingüística y las disparidades socioeconómicas, que afectan especialmente a las mujeres indígenas (MI), limitando su capacidad para recibir atención oportuna y de calidad. Vizalote (2024) señala que factores culturales, como las creencias y costumbres, así como factores psicológicos como el temor y la vergüenza, influyen en el rechazo a prácticas preventivas como el papanicolaou. Además, el estudio destaca la falta de confidencialidad y los tratos discriminatorios en el sector salud como barreras adicionales que

dificultan la atención adecuada para este grupo vulnerable.

La discriminación en salud en MI, puede darse por diversas causas, desde prejuicios y estereotipos, hasta las más profundas como son las estructuras sociales que perpetúan la desigualdad de oportunidades y socavan los principios de equidad en salud. Hernández y Vera (2023) refieren que la discriminación en salud tiene que ver con las desigualdades género, estas desigualdades se expresan a través de comportamientos y actitudes inadecuadas por el hecho de ser indígenas, por lo que el profesional del área de las salud debe considerar costumbres, tradiciones, lengua materna y métodos tradicionales e incluir a la MI en la toma de decisiones sobre su salud sexual, que al carecer de lo anterior se ejerce una prácticas de cuidados culturalmente sensibles que contribuyen a la inequidad. Juárez et al. (2021) aluden que ya no es aceptable que el estado siga implementado políticas para controlar sin consentimiento los cuerpos de las MI.

Hernández y Rangel (2023) realizaron un estudio en mujeres indígenas. Las investigadoras dieron a conocer que las MI, no solo se enfrentan a su condición de género, sino a los altos niveles de pobreza, marginación, donde viven la desapropiación de sus cuerpos dentro de instituciones machistas, patriarcales y carentes de interculturalidad. Las investigadoras aluden la urgencia de combatir las desigualdades, a través del reconocimiento de la diversidad de los pueblos y el respeto por los derechos culturales específicamente en poblaciones marginadas.

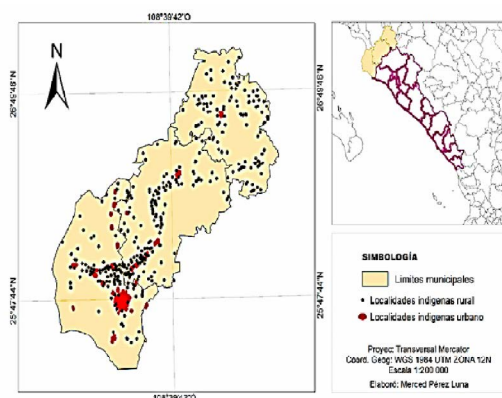
Desde una perspectiva de enfermería, otorgar voz a las mujeres indígenas, como las jornaleras yoreme-mayo diagnosticadas con VPH, es fundamental para proporcionar cuidados culturalmente competentes y personalizados. Permitirles expresar sus experiencias desde su perspectiva única, contextualizada a su realidad y cómo viven y afrontan el virus, es crucial para entender sus necesidades y desafíos. La enfermería tiene un rol clave en la creación de espacios seguros donde estas mujeres puedan compartir sus vivencias, facilitando un enfoque integral que considere no solo los aspectos biomédicos, sino también los factores culturales, psicológicos y sociales que influyen en su experiencia del virus. Esto no solo promueve una atención más humanizada y equitativa, sino que también permite desarrollar intervenciones educativas y preventivas adaptadas a sus realidades, mejorando los resultados en salud y fortaleciendo la con-

fianza en el sistema de salud.

Escenario de estudio

Actualmente en el estado de Sinaloa habitan 24 etnias, el grupo que más prevalece en la región del norte de Sinaloa es el yoreme-mayo, la palabra mayo significa “gente de la ribera” y se conoce como yoreme “el pueblo que respeta la tradición”, y por otra parte, al hombre blanco se le reconoce como Yori “el que no respeta”. El grupo étnico Yoreme-Mayo se localiza principalmente en los municipios de Ahome, El Fuerte, Choix, Sinaloa de Leyva y Guasave (Guerra et al., 2019). (Véase Figura 1).

Figura 1. Pueblos indígenas en Ahome, El Fuerte y Choix.



Nota: Atlas de los pueblos indígenas de México donde se muestra Ahome, El Fuerte y Choix. <http://atlas.inpi.gob.mx/pueblos-indigenas/>

Por su parte la comunidad La Palma, se encuentra en el municipio de El Fuerte, sus coordenadas se ubican a una longitud -108.859722 y latitud-26.034167 a una mediana altura de 20 metros sobre el nivel del mar (Véase Figura 2).

Figura 2. Localización geográfica de comunidad La Palma, El Fuerte.



Nota: INEGI, Marco Geoestadístico, 2021. La presente comunidad colinda con cuatro poblaciones, El ejido 16 de septiembre, Guillermo Prieto, Las Flores y El Parnaso.

Metodología

El estudio realizado adoptó un enfoque cualitativo, se fundamenta desde una postura filosófica fenomenológica de Edmund Husserl y epistemológica feminista, para comprender las experiencias vividas de mujeres yoreme-mayo diagnosticadas con el VPH.

El foco de la investigación cualitativa está puesto en las experiencias de las participantes y la forma en que constituyen el sentido de sus vidas, una vez diagnosticadas con el VPH. Actualmente las investigaciones cualitativas abarcan temas de las ciencias sociales y humanas, teniendo un profundo interés en cuestiones de género, cultura y de grupos marginales (Creswell, 1994). La función principal de este método es captar con precisión los procesos que explican el sentido que los sujetos de estudio les dan a sus actos, ideas y al mundo que les rodea, a través de ello se explican las condiciones de las personas en momentos específicos (Blázquez et al., 2012).

Se parte del sustento filosófico de Edmund Husserl. Él alude que, a través de la reflexión, se pueden descubrir aquellas invariables que están presentes en las vivencias y experiencias del ser humano (esencias). Para Husserl la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia, ir en busca de experiencias originarias y exponerlas en su contexto, para dar sentido al fenómeno y dar cuenta de cómo es percibida las experiencias de los sujetos de estudios (Husserl,

1992). Epistemológicamente el presente enfoque filosófico da paso a la naturaleza del conocimiento, intuición reflexiva para clarificar la experiencia total como se vive y se construye la conciencia, donde su principal característica es la conciencia intencional (*Epoje, Eidos o Esencia*) reflexividad de la conciencia, su propósito es describir las experiencias por medio de la intuición clara, que se construye a través de la percepción directa.

La epistemología feminista fue utilizada en la presente investigación como un referente al método de la comprensión de los fenómenos del cuidado, es posible comprender como las estructuras sociales y culturales abarcan desde niveles micro hasta lo macro, ejerciendo influencias desde el ámbito familiar hasta lo cultural (Palacios, 2012). La presente epistemología fue aplicada debido a que, en la actualidad, se han producido diferentes formas de conocimiento por causa de los diversos campos multidisciplinarios (ciencias sociales, filosofía, literatura y psicología) y a la pluralidad metodológica que se maneja.

Guba, E. y Lincoln, Y. (1981) aluden que esta metodología se determina por el carácter intrínseco de enfoque crítico, su objetivo es el cambio social, el rescate de las experiencias femeninas, la capacidad de la mujer del control sobre su vida y cuerpo, así como empoderamiento de los grupos oprimidos (...) como es el caso de mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo.

A través de la epistemología feminista se trabajaron métodos y técnicas que permitieron develar las relaciones de género para dar cuenta a las desigualdades, para subvertir la relación entre sujeto y objeto; Gordillo (2005) argumenta que la investigación con este enfoque, no es diferente de la androcéntrica desde el punto de vista del método, sin embargo, dista en relación con la metodología y epistemología para la construcción del conocimiento.

Ante este cambio epistemológico, la presente investigación se pretendió agotar el espectro de forma adecuada, siguiendo un orden lógico que permitió visualizar los contextos de las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo donde ellas viven y se desarrollan. Riegraf y Aulenbacher. (2010) aluden la importancia de permitir expresar esas voces que no habían logrado hacerse oír en la ciencia dominante, señalan que, en la población indígena hasta el momento, habían permanecido ignoradas y negadas.

Lo anterior tuvo como propósito mantener una postura ética para dar respuesta a los objetivos planteados, mediante la recolección de datos lo más verídicamente posible y poder observar acciones, captar sentimientos, valores e identidades que podría estar influenciadas por los sistemas, la falta de ética profesional por parte de médicos y enfermeras en el tratamiento de mujeres indígenas diagnosticadas con el VPH, posturas que pudieran tener consecuencias devastadoras en la salud sexual de las mujeres jornaleras yoreme-mayo.

Procedimiento

En la primera fase de la investigación se realizó una búsqueda sistemática de información en bases de datos de Pud Med, SciELO, Redalyc, Web of Science, Lantindex, Lilacs y BVS, mediante la combinación de palabras con base en el objeto de estudio, que tiene que ver con experiencias, vivencias, infecciones de transmisión sexual, mujeres indígenas, VPH durante la segunda fase se contrastaron los estudios relacionados con las experiencias de mujeres indígenas tras ser diagnosticadas con el VPH. En la tercera fase de la investigación se elaboró la conclusión, sugerencias y estrategias para futuros proyectos.

Con base en la naturaleza de la investigación se optó por llevar a cabo entrevistas fenomenológicas definidas como un encuentro entre dos personas, donde se genera un diálogo abierto que permite aprender un fenómeno a través del lenguaje, fuera de prejuicios, preconceptos y juicios de valor. Basándose en lo anterior, el investigador escuchó, captó y convivió con el fenómeno, transmitido a través del discurso de las participantes; la entrevista fenomenológica a diferencia de otras entrevistas da apertura a que la persona traiga de su conciencia ese fenómeno y lo exprese (Gue rrero-Castañeda et al., 2017). La entrevista fenomenológica es una herramienta que permitió explorar las experiencias a profundidad de las mujeres jornaleras yoreme-mayo diagnosticadas con VPH debido que busca aprender del fenómeno, no sobre el fenómeno, sino sobre la vivencia.

Para la recopilación de la información se realizaron seis entrevistas fenomenológicas, misma que fueron audio grabadas con una duración de 90-120 minutos. El análisis de la información se realizó a través de un índi-

ce temático, las entrevistas se transcribieron textualmente, posteriormente se utilizó un procedimiento de codificación abierto inductivo mediante el Software Nvivo-12; se analizaron frecuencias a través de nubes de palabras, que surge del análisis total de las entrevistas realizadas en la investigación, lo anterior ayudó a obtener visualmente aspectos que tuvieron mayor peso en el discurso de las participantes.

Figura 3. Nube de palabras del análisis de la información.



Nota: Elaboración propia, frecuencia de palabras en total de entrevistas.

Este estudio se apegó a los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación como un estudio sin riesgo y se favoreció en todo momento el bienestar de las participantes, se solicitó un consentimiento informado y la firma antes de dar inicio con la entrevista y grabación de audio. El presente capítulo cumple con el compromiso de mantener el anonimato evitando cualquier dato que las pueda hacer identificables.

Análisis y discusión de resultados

La investigación estuvo conformada por seis mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo de La Palma, El Fuerte; Sinaloa, los rangos de edad oscilaron entre los 19 y 46 años, con un perfil sociodemográfico 100 % indígenas. Su estado civil unión libre, respecto al nivel educativo el 80 % contaba con secundaria incompleta 20 % solo curso la primaria.

En la presente investigación emergieron tres categorías de análisis: discriminación, sentimiento de desconfianza, falta de ética profesional por parte del personal de salud, a continuación, se presentan los resultados de cada una de las categorías.

Juan y Castillos (2016) sostienen que las mujeres indígenas son un blanco fácil a la adquisición de ITS. Afirman que el profesional que trabajan en las áreas de prevención y promoción de la salud, juegan un papel crucial en el fortalecimiento de la autoconfianza y el empoderamiento a través de intervenciones adecuadas. Sin embargo, en el caso de las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo además de enfrentar barreras geográficas, socioeconómicas y de tiempo, también se enfrentan a la subcategoría de discriminación y desconfianza, por lo que las participantes dieron cuenta de sus vivencias narrando la experiencia al trato recibido por parte del profesional de salud al ser diagnosticada con VPH.

Yo era inocente, y pues yo dije pues ¿qué hago?, ¿qué hago? Lo único que hice yo allí, fue salir llorando de ahí, ¿qué hago?, ¿a dónde me voy a ir? ¿Qué voy a hacer? Yo, asustada ¿Usted como médica qué me hubiera dicho? (cuestionó a la investigadora). Pues ahora ya lo entiendo, si yo fuera doctor, yo hubiera dicho, no sé en otras palabras. Pienso que las instituciones son buenas, pero debe de tener más gente preparadas más médicos preparados, que nos expliquen y conozcan la lengua. (Dalia, 46, La Palma, octubre, 2021)

Hace poco me tocó ver a mí, un tema de una señora que traía una infección vaginal, ¿por qué tenía que escucharlo yo?, por qué tenía que escucharlo, cómo siente la persona, es algo privado, a los demás no les interesa si la señora trae una infección vaginal, que digan le hice un Papanicolaou y sangró, no tenemos por qué escuchar lo que tiene el otro paciente. ¡Yo sí siento que falta algo! Lo más feo es su indiscreción, se ha sabido que también dicen que cuando uno va a realizarse un Papanicolaou, hablan diciendo esa mujer no se bañó, olía muy mal, ¡Pues, uno no regresa! (Carolina, 19, La Palma, febrero, 2022)

Uno de los puntos de partida de la investigación fue contextualizar la experiencia que tienen las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo, sobre las desigualdades en salud, a través de lo anterior manifestaron el trato recibido por parte de profesionales de salud, las mujeres entrevistadas experimentaron violencia emocional por parte del personal de centro de salud de su comunidad. Un ejemplo señalado, donde mencionan que durante el 2019 se llevó a cabo una campaña de tamizaje para la detección de lesiones cervicales, como la prueba del papanicolaou, las participantes relataron

que, durante estas campañas, percibieron un trato insensible interpretado como violencia emocional, en el siguiente relato se ilustra uno de los contenidos lo que perciben como violencia emocional:

Pos, la verdad no me da confianza, a veces han traído al pueblo campañas de salud, a mí ya me tocó una muy mala experiencia, pero como yo, hay muchas mujeres que ya no vuelven, porque el personal, hace pública la información y luego somos mal vistas por el pueblo. Una vez trajeron una campaña al pueblo para realizar Papanicolaou, y a veces por mantener ayudas acudimos a pláticas y servicios comunitarios por el temor de que nos quiten los apoyos, fíjese, nos revisaron a las mujeres que acudimos y después publicaron la lista en el pueblo de quienes habíamos salido con el VPH, imagínese la vergüenza, salimos alrededor de 15 mujeres y solo fuimos a Mochis 5, las demás no buscaron ayudas, por cada rincón que pasaba cuchicheaban las mujeres, ahí va esa mujer, ahí va esa ¡pájara! (Adriana, 30, La Palma, octubre, 2021)

Como se puede apreciar, la percepción de las mujeres jornaleras agrícolas de la comunidad La Palma, Charay, El Fuerte, hacia el profesional del área de la salud se da en torno a las tres dimensiones de discriminación, sentimientos de desconfianza y a la falta de ética profesional. Las desigualdades sociales que se ejercen en la comunidad en materia de salud son legitimadas mediante la interacción profesional de salud-usuaria, mismo que ha traído efectos negativos, debido a la falta de discreción al divulgar diagnósticos tan sensibles como son las ITS, mismo que ha ocasionado discriminación de parte del personal sanitario, motivando a que se dé discriminación entre los propios pares; es decir, entre los habitantes de la comunidad La Palma, El Fuerte. Lo anterior repercute a nivel emocional, debido a que es el contexto cotidiano de las mujeres jornaleras agrícolas, por lo que las entrevistadas expresaron lo siguiente haciendo énfasis a la falta del código de ética profesional:

Pero como le digo, sí me dio mucho coraje, más que nada coraje el hecho de que, si yo salí con eso, mmm, que a mí me dijeran, ¡la desta también salió con el virus!, ¡era el consuelo pues, allí! No te preocupes (menciona su nombre, haciendo alusión que el personal del área de la salud lo manifestaba así) la desta también salió, y a la otra persona también le decían lo mismo y así, supo todo el pueblo.

Sí, ellas fueron, y yo le digo, porque si a mí me dijeron es lógico, y a mi hermana, ella también fue una de las personas que también le detectaron, y me dice, “¡hermana me dijeron que tú también eres una de las que estabas en la lista!”, “¿en serio, hermana?” No, se vale, y yo sí le dije a la enfermera que esa era una información confidencial, porque a nadie le interesa, yo le dije a mí no me interesa, y me contestó ¡pues sí (...) le respondieron “¡tienen que saber, para que los maridos tomen conciencia y que no se anden metiendo aquí y allá, con otras mujeres!”, lo cual la entrevistada contestó: eso no justifica, eso no justifica y no me ayuda, al contrario, y por favor, así como dijeron quienes tenemos, cuando me den de alta, ¡así, mismo lo difundes! (la entrevistada empezó a reír).

Cuando ya me dieron de alta, le dije a la doctora, saqué una lista, y me respondió la doctora (¡nombre de la entrevistada, qué pena!) y yo le respondí, ¿qué pena? Pena me dio cuando sacaste los nombres, ahorita que ya estoy sana que pena me va a dar. Yo digo que por eso las demás mujeres ya no fueron, muchas ya no fueron, muchas no terminaron ni iniciaron el tratamiento, ese es el mayor problema, que tienen las instituciones de salud la indiscreción, aquí hablar de temas como estos es muy vergonzoso y ahora más que el pueblo se entere, somos las mujeres muy señaladas y discriminadas por la misma gente, aquí la gente es muy cruel, el pueblo es tan chico (Adriana, 30, La Palma, octubre, 2021).

En el fragmento anterior se aprecia, gravemente la falta de ética profesional por parte del personal de salud que atiende en el Centro de Salud de La Palma, El Fuerte; en el testimonio precedente se refleja violación a los derechos humanos, violación a la autonomía debido a la sensibilidad que implica un diagnóstico sobre ITS, el cual merece todo respeto y privacidad. Asimismo, en el código de ética para las enfermeras en el apartado de declaración de principios se plasman dimensiones entre ellas la privacidad, enunciando como fundamento de este principio: la intimidad corporal o información confidencial directa o indirectamente que se obtenga sobre la vida de la persona, el profesional debe proteger el bien común y dignificar a la persona (CNI, p.12).

Por otra parte, El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2001) declara que el profesional debe contar con un código ético que inspire respeto a la vida, a la salud, dignidad, ideas, valores y creencias, en este có-

digo se plasman principios morales, deberes y obligaciones que los guían a un buen desempeño profesional. Sin embargo, se puede apreciar en los relatos de las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo, que no todos los profesionales de salud que laboran en el Centro de Salud de La Palma, El Fuerte, aplican el código de ética profesional o parece haberlo olvidado.

Los testimonios de las participantes evidencian las desigualdades sociales dadas a través de la atención en salud, que permean mediante la interacción profesional-paciente. Lo anterior ha tenido repercusiones debido a la violación de la privacidad de las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo. Como se puede constatar, las MI se enfrentan a diversas barreras, entre ellas las institucionales, debido a la falta de ética profesional del personal de salud. Sosa-Sánchez y Menkes (2014) aluden que una mala praxis, por parte de los profesionales de salud, tiene un impacto directo en las decisiones de las usuarias que, al sentirse coaccionadas, esto condiciona el acceso y seguimiento a tratamientos oportunos.

Suarez et al. (2012) exponen que las indiscriminadas y coercitivas prácticas de salud que siguen vulnerando los derechos sexuales de las MI en contextos institucionales, dejando expuesta a la mujer en su ámbito social, mediada por la etiquetación de las pacientes, atributos y estereotipos sociales, lo anterior repercute seriamente en la calidad del servicio otorgado.

Por otro lado, como se aprecia en el siguiente testimonio, sigue permeando el déficit de interacción y comunicación por parte del profesional de salud, al no informar debidamente a las usuarias sobre el tipo de tratamiento o procedimientos en caso de presentar una ITS, Sosa-Sánchez y Menkes (2014) aluden que lo anterior se debe al clasismo, prejuicios racistas y prácticas discriminatorias que se da en contextos institucionales de salud, principalmente en mujeres indígenas, a consecuencia de contextos sociales marcados por diversas desigualdades sociales (p. 173). Lo anterior ha generado sentimientos de desconfianza en las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo, causando en efecto negativo al acceso de los servicios de salud.

Al respecto, una de las participantes en la investigación expresó que al escuchar hablar sobre el VPH y al no tener conocimiento sobre ITS, surgían en ella representaciones equivocadas que le provocaban miedo:

Pues, como le digo, a mí me mandaron a una clínica de displasia al Hospital General de Los Mochis, y cuando llegué yo no sabía para nada

de qué se trataba y le pregunté a una doctora que sí que atendían aquí, y me dijo ¡aquí, se atienden a mujeres enfermas! y yo le pregunté ¿mujeres enfermas?, disculpé mi ignorancia, ¿qué tipo de mujeres enfermas? ¡Y me respondió! pues mira, mujeres enfermas de sus partes, y uno se imagina lo peor, dije quiere decir que estoy muy mal, muy mala, porque me mandaron aquí, yo tengo entendido que aquí atienden a personas que tienen SIDA o que tienen cáncer.

Lo anterior refleja un déficit en el enfoque sanitario intercultural, debido a que los fragmentos mostrados hacen énfasis en modelo biomédico centrado en los cuerpos y no en las subjetividades; no obstante, se destaca que el modelo biomédico discrimina las formas representación y significados que mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo tienen respecto a las ITS específicamente en el VPH, que fue una de las ITS que prevaleció al momento de las entrevistas, por lo que expresan lo siguiente:

Y cuando escuché hablar del VPH, piensas es un mundo de cosas, ideas, pues realmente uno se asusta, no sabemos lo que es el VPH, yo me llené de pánico, y me pregunté ¿Cómo puedo ser yo portadora del VPH?, si supuestamente yo me he guardado ¡yo, me he cuidado! (Adriana, 30, La Palma, octubre, 2021)

Las mujeres jornaleras agrícolas yoreme-mayo refieren sentirse fuertemente vulneradas, discriminadas y excluidas de la sociedad, inclusive por el profesional que otorga una atención de salud, lo que provoca temor, desconfianza, refieren que sus creencias, usos y costumbres, prácticas tradicionales no son respetadas, lo anterior ha impedido que la población indígena busque una atención oportuna, debido a la ausencia de interculturalidad, los mensajes que recibe la población por parte del profesional de la salud no son contextualizados a sus culturas.

Estudio realizado en una comunidad indígena por Cevallos y Amores (2009) precisa que la atención en salud es un reto para los profesionales, debido a la influencia de los factores y barreras socioculturales, entre ellos usos y costumbres de la población y la comprensión del idioma indígena por parte del profesional de la salud. Esto limita la comunicación, y por tanto la atención que se brinda sigue siendo deficiente. Como se puede vislumbrar, son múltiples las experiencias vividas por parte de MI que desvían una atención oportuna desde una detección, hasta la adherencia

al tratamiento. La atención recibida por parte del profesional de salud influye de manera positiva o negativa; por lo tanto, los programas de salud deben seguir un enfoque cultural, debido a que en poblaciones indígenas, en temas de sexualidad, siguen permeando valores culturales que hacen que sea un tema tabú.

Conclusiones y sugerencias

Las experiencias y prescripciones sociales narradas en el presente estudio son producto de comportamientos sexistas por parte de los profesionales de la salud que brindan atención en la comunidad. Esto se identifica como un problema social grave que impide llevar un control en la prevención de ITS y tratamientos oportunos. Las ITS en mujeres indígenas, temas tan sensibles requieren una atención integral que combine los ámbitos de salud pública y sociales. Es urgente la formación de profesionales de salud competentes y culturalmente sensibles, capaces de brindar una atención sanitaria adecuada. La desconfianza manifestada por las MI hacia la atención sanitaria, especialmente al ser diagnosticadas con VPH, se deriva de experiencias de discriminación y racismo por parte de los profesionales de salud. Por tanto, es fundamental sensibilizar a los profesionales de la salud sobre el respeto a los derechos sexuales y las normas tradicionales de género, que influyen en la autonomía de las MI en la toma de decisiones sobre su salud sexual. Los profesionales de la salud deben actuar como promotores del respeto y reconocimiento de los derechos sexuales, especialmente en grupos vulnerables como las MI, quienes diariamente enfrentan barreras simbólicas de invisibilidad social. El sexismo que se ejerce sobre este colectivo humano en situación de inferioridad y subordinación sigue perjudicando a las mujeres.

Referencias

- Apodaca-Orozco, G. U. G., Calvario-Parra, J. E., & Gómez-Rodríguez, G. A. (2023). Barreras estructurales para el acceso a una educación sexual integral desde el cuidado de la salud de jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo. *Yachay - Revista Científico Cultural*, 12(1), 31–40. <https://doi.org/10.36881/yachay.v12i1.671>
- Blázquez, Flores y Ríos (2012). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (2ª Ed., pp. 21-38). México DF: UNAM. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-InvestigacionFeminista-5036129.pdf>
- Cevallos, R. & Amores, A. (2009). *Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
- Creswell, J. (1994). *Qualitative Inquiry and Research Design*. <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Gobierno de México., Secretaría de Salud., y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2019). Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello Uterino. Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf
- Gordillo, M. (2005). *¿Qué es lo novedoso del método de investigación feminista?* Facultad de Humanidades de Desarrollo Humano y Psicología, Universidad Centroamericana. <https://www.camjol.info>
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1981). La serie de educación superior y de adultos Jossey-Bass y la serie de ciencias sociales y del comportamiento Jossey-Bass. Evaluación eficaz: mejorar la utilidad de los resultados de la evaluación mediante enfoques receptivos y naturalistas. Jossey-Bass. <https://psycnet.apa.org/record/1992-97542-000>
- Guerra, E., Valdez, M., Meza., & Caro, M. (2019). Comunidades Interculturales en la Etnoregión Yoreme- Mayo de Sinaloa. En Castellanos, A., Guerra, E. & Real, José (Ed.), *De la Etnoregión al territorio educativo. Desafíos universitarios* (pp. 109-144). México: Moby Dick.
- Guerrero- Castañeda, R. F., Menezes, T. M. O., & Ojeda-Vargas, M. G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación

- en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2017.02.67458>
- Hernández, E. y Rangel, Y. (2023). Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, 37, 31-48. <https://doi.org/10.46530/cf.vi37/cnfns.n37.p31-48>
- Hernández, H. Y., y Vera, P. B. (2023). La atención primaria de salud: un reconocimiento de las salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de Huitzotlaco. *Ciencia Huasteca*, 11(21), 17-23. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/article/view/8756/9592>
- Husserl, E. (1992). El artículo “fenomenología”. En: *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós, 35-73.
- Juárez, M, M., López, P, O., Raesfeld, L, J., & Durán, G, R. (2021). Sexuality, gender and hiv risk perception among mexican indigenous women1. *Saude e Sociedade*, 30(2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200399>
- Juan, M, B., y Castillo, A. L. (2016). *Determinantes sociales de salud asociados al Virus de la Inmunodeficiencia Humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca*, México. *Enfermería Clínica*, 26(1): 81-84, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.003>
- Medrano, G. (2022). Epidemiología del Cáncer Cervicouterino. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Infecciones de Transmisión Sexual. Nota descriptiva. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gclid=CjwK-CAiAhJWsBhAaEiwAmrNyq7jv0wTKQS9hder3eAPw6CyQDu-qJ-QGJDiwEfEtaV3a-hZ217VRiBBoCd5AQAvD_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gclid=CjwK-CAiAhJWsBhAaEiwAmrNyq7jv0wTKQS9hder3eAPw6CyQDu-qJ-QGJDiwEfEtaV3a-hZ217VRiBBoCd5AQAvD_BwE)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). *Infecciones de Transmisión Sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Palacios, F. (2012). *El enfoque cualitativo en las representaciones sociales de género. Investigación feminista epistemología metodología y representaciones sociales*. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cei-ich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf

- Riegraf, B. y Aulenbacher, B. (2010). Investigación feminista - ¿quo vadis? Recuento metodológico histórico y perspectiva epistemológica a futuro. En Garza, E. y Leyva, G. (Eds.), *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. (pp. 534-553). Fondo de Cultura Económica. <https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/05/tratado-de-metodologia-de-las-ciencias-sociales-de-la-garza-toledo.pdf>
- Sosa-Sánchez, I. & Menkes, B. C. (2014). “Como te ven te tratan”. Desigualdades sociales en servicios públicos de salud reproductiva en México. En L. L. Rodríguez y J. A. Sánchez (Eds.), *La población afrodescendiente e indígena en América Latina* (pp.161-255). ALAP. https://www.researchgate.net/publication/308893033_Como_te_ven_te_tratan_Desigualdades_sociales_en_los_servicios_publicos_de_salud_reproductiva_Resultados_de_un_estudio_de_caso_en_el_centro_de_Mexico
- Vizalote, J. (2024). Factores asociados con el rechazo al papanicolaou, en mujeres atendidas en el Cap II San Juan Bautista-Iquitos. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/2809/JOYCE%20ELIZABETH%20VIZALOTE%20RODRIGUEZ%20%E2%80%93%20TESIS%20-%20OBSTETRICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capítulo 2

Diálogos comunitarios interculturales y de género sobre violencia sexual y obstétrica con mujeres indígenas de Sinaloa

Dra. Leonor Tereso Ramírez¹
Dra. Luz Mercedes Verdugo Araujo²
Dra. María Luisa Urrea Zazueta³

<https://doi.org/10.61728/AE24001731>



¹ Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Trabajo Social. <https://orcid.org/0000-0003-1511-5815>, leonorteresoramirez@hotmail.com

² Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Trabajo Social. <https://orcid.org/0000-0002-0589-9778>, luzmercedesverdugo@hotmail.com

³ Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Trabajo Social. <https://orcid.org/0000-0001-8245-4708>, marialuisauz@uas.edu.mx

Resumen

El objetivo de este estudio es describir las experiencias de mujeres indígenas, asentadas en dos comunidades de Villa Benito Juárez Navolato, Sinaloa, México, respecto a la violencia sexual y obstétrica, a partir de diálogos comunitarios que se hicieron desde el enfoque intercultural y de género. El contexto se caracteriza por ser rural y por su heterogeneidad poblacional, es decir, habitan personas de prácticamente todas las entidades de la república mexicana e incluso población centroamericana. El proceso metodológico comprende un estudio cualitativo descriptivo-exploratorio utilizando una etnografía feminista mediante talleres reflexivos con perspectiva intercultural y de género. Los talleres establecieron diálogos comunitarios con dos grupos de mujeres de las colonias Diana Laura y Margarita. Los resultados mostraron la normalización y desconocimiento de la violencia sexual y obstétrica que llevan a la falta de reconocimiento y exigencia de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos mediados por determinantes sociales y culturales. Como sugerencia, es necesario pensar colectivamente en las modificaciones urgentes a la Ley Indígena del Estado y a las estrategias para exigir su cumplimiento respecto a la implementación de capacitaciones en diversas lenguas originarias propias de la región.

Palabras claves: interculturalidad; género; violencia sexual; violencia obstétrica; mujeres, indígenas.

Introducción

El objetivo es describir las experiencias de mujeres indígenas sobre la violencia sexual y obstétrica, misma que se pretende analizar situándonos en el enfoque intercultural crítico y de género, mediante diálogos que surgen a partir de talleres que hacemos con ellas. Cabe mencionar que al trabajar desde una investigación-intervención horizontal, escribimos en primera persona situándonos como parte de estas interacciones que se logran con las mujeres en las comunidades. Los talleres se han venido implementan-

do desde hace aproximadamente cinco años: primeramente, invitadas por asociaciones civiles y posteriormente invitadas por las propias mujeres que han tenido la iniciativa de reunirse y generar diálogos sobre temas como la violencia de género. Como se ha mencionado, han sido diversos los talleres realizados con mujeres en las colonias, sin embargo, se retoma la experiencia de dos grupos: las mujeres de la Colonia Diana Laura y la colonia Margarita.

Dichas reuniones se hicieron en el propio contexto donde se desenvuelven cotidianamente las mujeres, mismo que permite una lectura de todos los elementos que la componen. Esta sindicatura tiene características que pudieran hacer complejo el estudio y el acercamiento a ella, debido a la diversidad étnica, lingüística y cultural que la componen. En Villa Juárez se pueden encontrar familias residentes (que migraron hace años y decidieron asentarse), nativas (que son propias de Sinaloa) y migrantes (que van y vienen de acuerdo con las diversas temporadas de cosechas de los campos agrícolas).

La violencia en este contexto es un asunto recurrente y justo por las características que la definen se hace necesaria la educación social como un derecho humano, la cual para fines preventivos y de sensibilidad, representa una herramienta indispensable en la búsqueda de la justicia principalmente para las mujeres, adolescentes y niñas, sobre todo para aquellas que no han tenido la oportunidad de acceder a la educación formal. Ippoliti, quien es coordinadora de Educación y Formación en materia de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), comenta de forma reiterativa que la educación alimenta el sentido de humanidad común, ya que defiende la universalidad de los derechos humanos y fomenta el diálogo y la apreciación de la diversidad (ONU, 2023). En esta idea, los esfuerzos que se hacen desde la sociedad civil y la propia población son importantes, para sensibilizar sobre las violencias, por ejemplo, considerando que las mujeres han sido las mayormente oprimidas en prácticamente todos los ámbitos donde se movilizan, pero, además, la violencia sexual y obstétrica puede ser los que se invisibilicen más por no ser temas de los que se hable abiertamente.

Las violencias han sido un asunto recurrente desde organismos internacionales y nacionales en un esfuerzo por visibilizarla y generar acciones

para contrarrestarlas. La Asamblea General de las Naciones Unidas desde la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en el artículo 1, la define como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada. (ONU, 1993)

Por otra parte, en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” en el artículo 1, la violencia se define como: cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. En dicha convención se establecieron tres tipos de violencia: la física, la sexual y la psicológica. Actualmente se han agregado otros tipos de violencia como la económica, emocional, patrimonial, entre otras (Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, 1994).

La violencia sexual, puede ser quizás la más normalizada, sobre todo por cuestiones culturales, en donde a las mujeres se les asigna el rol reproductivo, de maternidad y de cuidados familiares. La violencia sexual implica la imposición para tener relaciones sexuales o violación, abuso sexual o tocamientos sin consentimiento, entre otros. Mientras que, en mujeres embarazadas, la violencia obstétrica es una de las modalidades normalizadas, considerando, además, la discriminación que la acompaña por razones de origen étnico y lingüístico.

La violencia obstétrica refiere a un conjunto de prácticas que degradan, oprimen e intimidan a las mujeres dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el periodo de embarazo, parto y postparto. Pintado et al. (2015) señalan que la violencia obstétrica es una forma específica de violación de los derechos humanos y reproductivos de la mujer, entre las cuales se incluyen aquellos actos que atenten contra sus derechos a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y autonomía reproductiva. Se puede precisar que es una violencia institucio-

nal, pero también simbólica que incluye “procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto, infantilización de las mujeres, trato despectivo, humillaciones, insultos y vejaciones” (García, 2018, p. 42).

A pesar de que en México hay más mujeres que hombres, estas siguen siendo oprimidas y violentadas en todos los contextos en donde se movilizan, y los datos reflejan eso precisamente, ya que de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021), en México vivían 128 millones de personas, 65.5 millones eran mujeres (51.2 %), de las cuales más de 50.5 millones (77.1 %) tenían 15 años y más de edad. En cuanto a la violencia en general, según el INEGI en el mismo año, a nivel nacional, del total de mujeres de 15 años y más, 70.1 % han experimentado al menos un incidente de violencia, que puede ser psicológica, económica, patrimonial, física, sexual o discriminación en al menos un ámbito y ejercida por cualquier persona agresora a lo largo de su vida.

La violencia psicológica es la que presenta mayor prevalencia (51.6 %), seguida de la violencia sexual (49.7 %), la violencia física (34.7 %) y la violencia económica, patrimonial o discriminación (27.4 %). Asimismo, la violencia sexual, de acuerdo con el propio INEGI (2021), se presenta en mayor porcentaje en las áreas urbanas (54.8 %), mientras que en áreas rurales se da en menor porcentaje (32.6 %).

En Sinaloa, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021), se estima que en el estado de Sinaloa, 66.2 % de las mujeres de 15 años o más, experimentaron algún tipo de violencia: psicológica, física, sexual, económica o patrimonial a lo largo de la vida, mientras que en el ámbito donde experimentaron la violencia con mayor frecuencia fue con su pareja. Específicamente, en relación con la violencia sexual en los diversos ámbitos, se propone la siguiente tabla para una mayor comprensión (Tabla 1).

Tabla 1. Violencia sexual a mujeres mayores de 15 años, en diversos ámbitos, 2021.

Ámbito	Mujeres que sufrieron situaciones de violencia: %	Corresponde a	% de mujeres que sufrieron violencia sexual
Escolar	14.4 %	25 734	8.8 %
Laboral	18.8 %	117 484	6.6 %
Comunitario	16.8 %	201 067	15.0 %
Familiar	10.9 %	130 137	1.4 %
Pareja	19 %	213 735	1.6 %

Nota: A partir de los datos de la ENDIREH (2021), en el que se consideró una muestra en Sinaloa de 4 419 viviendas.

Además, la ENDIREH en 2021 estima que, en el estado de Sinaloa, 24.2 % de las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia sexual en la infancia, el(la) tío(a) fue la principal persona agresora sexual. La violencia sexual es un tipo de violencia muchas veces normalizada, por lo que las mujeres no hablan de ello abiertamente, como sí ocurre con otros tipos de violencia, menos cuando es ejercida por la propia pareja.

En cuanto a la violencia obstétrica, pasa lo mismo, sigue siendo un asunto invisible, ejercido principalmente por el personal de salud antes, durante y después del parto. De acuerdo con la ENDIREH (2021), en el estado de Sinaloa, de un total estimado de 181 733 mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron su último parto entre 2016 y 2021, 74.5 % no experimentaron incidentes de maltrato, mientras que el 25.5 % sí fue maltratada en algún momento de su último parto.

Aun con los datos anteriores, es difícil distinguir cómo se representa tanto la violencia sexual como la obstétrica en relación con el origen étnico-lingüístico y otras intersecciones, aunado a que los datos en población indígena no son visibles en estadísticas. En este sentido, Range et al. (2019) mencionan que las mujeres indígenas son el grupo mayormente vulnerado porque en ellas confluyen una serie de determinantes sociales frente al maltrato obstétrico; en su mayoría se trata de madres adolescentes o mayores, en situación de pobreza, analfabetas y que no hablan español. Asimismo, desde el ámbito cultural se han desarrollado en contextos en los que reproducen de manera cotidiana, actos de discriminación y maltra-

to en las diferentes esferas de su vida, particularmente en su sexualidad y salud reproductiva, discriminación que es reforzada desde lo institucional, a través de una atención del parto que poco tiene en consideración sus preferencias culturales, creencias y cosmovisiones, que tienen que ver con las formas ver e interpretar el mundo.

Precisamente por ello, se considera el análisis y discusión de este capítulo desde un posicionamiento intercultural crítico y con perspectiva de género, con la idea de repensar la violencia sexual y de género desde la perspectiva de las propias mujeres, pero también considerando que las culturas que nos atraviesan son diversas y en temas como la sexualidad se debe dialogar desde la confianza y la reciprocidad de conocimientos. Por lo que el aporte de esta investigación, por una parte, es considerar que desde la academia es necesario trabajar hombro a hombro con las comunidades en los que la información sobre estos temas no fluye, sea por su difícil acceso geográfico o porque hay poco interés en educar para despertar conciencias críticas, y, por otra parte, formar parte del estado del arte de las investigaciones centradas en la violencia sexual y obstétrica pero particularmente con mujeres indígenas.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo. El método empleado es la etnografía feminista cuyo desafío según Castañeda (2012), consiste en elaborar explicaciones e interpretaciones culturales que partan de las mujeres y situándolas en sus propios contextos. Lo que la distingue de otras etnografías es porque considera a las mujeres como creadoras culturales y no solo informantes que quedan en la invisibilidad.

La técnica empleada en este estudio han sido los talleres reflexivos cuyos ejes de discusión han versado sobre la violencia sexual y la violencia obstétrica. Para el análisis nos posicionamos en el enfoque intercultural crítico y la perspectiva de género. El enfoque intercultural permite la posibilidad del diálogo desde una relación horizontal entre las investigadoras y las mujeres participantes, esta condición favorece la integración, convivencia, legitimidad, simetría, equidad e igualdad. Desde este posicionamiento se permite la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, sentir y vi-

vir distintos, volver a la comunidad desde el trabajo cooperativo de manera ética con los valores de solidaridad y justicia.

En lo que se respecta a la interculturalidad situada en el ámbito de la salud, permite analizar su importancia en la atención prenatal humanizada, en la que se genera empatía del personal sanitario hacia las pacientes durante todo el proceso de embarazo y se actúa con una intervención con conocimiento previo de la cultura de las mujeres que acuden a estos centros. Asimismo, el uso de este enfoque es una cuestión ética en la investigación e intervención, tal como considera Gómez (2020) al decir que la perspectiva crítica intercultural y decolonial es una postura que sugiere confiar en la ética como imperativo para la liberación de las opresiones humanas y sociales como potencia para interpelar los discursos hegemónicos, su pretensión de verdad única y los postulados normativos en que se apoya para hacerse a una legitimidad incuestionable.

En tanto, los talleres reflexivos de acuerdo con Covarrubias (2013), poseen el potencial epistemológico, metodológico y técnico para generar conocimiento bajo una noción comprehensiva de la realidad, recurriendo a técnicas reflexivas como la conversación y la entrevista, que conforman una estrategia pertinente para la investigación cualitativa. Por ello, es que, al establecer diálogos comunitarios mediante talleres, se reflexiona sobre temas en particular que les afectan a las mujeres y esto resulta efectivo y necesario, siempre con la finalidad de que dichos diálogos sean horizontales, de aprendizaje mutuo y solidario.

En el trabajo comunitario las mujeres están siempre al frente, por lo que, la gestión de los talleres realizados ha sido mediante negociaciones con ellas mismas para establecer tiempos y espacios. Algunas veces la invitación a los talleres ha sido de forma personal y otras veces mediante el liderazgo que ejercen las mismas mujeres, los talleres se han realizado en los espacios comunes, como patios y calles, el horario es de 4:00 a 6:00 de la tarde. Las edades de las mujeres que asistían oscilaban entre los 20 y los 60 años, algunas casadas y otras jefas de familia.

El plan de trabajo en los talleres era realizar primero una dinámica de presentación, posteriormente ofrecer una plática introductoria sobre la violencia en sus diversos tipos y ámbitos, posteriormente se hacían preguntas detonadoras del diálogo, finalmente, se cerraba el taller con un

tianguis comunitario, mismo que consistía en donar ropa, juguetes y accesorios distintos que habían sido gestionados.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, nos situamos en la experiencia que tenemos con dos grupos de mujeres que viven en la Colonia Diana Laura y la colonia Margarita, ambas en la Sindicatura de Villa Benito Juárez, perteneciente al municipio de Navolato en Sinaloa, México.

Resultados

A continuación, se dan a conocer algunas experiencias y narrativas de los diálogos con las mujeres durante los talleres, primero considerando a los diálogos con las mujeres de la colonia Diana Laura y posteriormente la colonia Margarita.

A) Colonia Diana Laura

La sesión fue el 29 de octubre del 2023, asistieron aproximadamente 20 mujeres. Como se mencionó, iniciamos presentándonos, la mayoría de las mujeres dijo ser de Oaxaca, Veracruz y Guerrero, todas madres de familia, todas de origen indígena, de migrantes habían pasado a ser residentes en Sinaloa, debido a que ya llevaban muchos años asentadas en la localidad. Se dedican al trabajo agrícola y al comercio informal, además del trabajo doméstico y de cuidados que está normalizado como una actividad que les corresponde de acuerdo con su género. Crean redes de apoyo entre ellas, mismas que tratan de fortalecer mediante la sororidad y la convivencia diaria, además reconocen que las redes representan el apoyo necesario, ya que muchas han padecido de la difícil realidad de no tener familia habitando en la localidad debido a su condición migratoria.

La primera pregunta detonadora fue “¿Quién de ustedes ha sufrido violencia de cualquier tipo?”. Las respuestas de la mayoría fueron no, las que dijeron que sí, fue porque habían experimentado episodios de violencia física, la cual es la única que reconocen. Se procedió a explicarles que existen diversos tipos de violencia, una vez terminada la plática, se volvió a realizar la misma pregunta, como era de esperarse, todas levantaron la mano.

Una vez reconocidas las violencias de las que las mujeres son objeto, no solo a lo largo de su vida, sino en cada ámbito donde se movilizan, intentamos analizar con mayor profundidad sobre la violencia sexual. Es importante mencionar que las mujeres reconocen las relaciones sexuales de pareja como un deber que deben cumplir con el esposo, por lo que cuando se dan de manera forzada no lo reconocen como violencia. Algunos discursos de las participantes de acuerdo con la relatoría de la sesión fueron:

“Me enseñaron que me toca cumplir con mi papel de esposa”.

“Pues es mejor darle lo que quiere para que no busque afuera”.

“Yo a veces no tengo ganas, pero pues él (esposo) quiere y ya me aguanto, aunque esté cansada”.

“Las mujeres no podemos decir que no, porque ya piensan que una anda con otro”.

“En mi pueblo nos enseñan a estar con el marido, aunque no queramos”.

Cuando se abordó el tema del uso de preservativos, sucedió lo mismo, hay desconocimiento del tema, lo cual se considera grave, debido a que, si ellas como madres de familia no conocen de estos métodos, será difícil que hablen abiertamente de sexualidad con sus hijos e hijas adolescentes. Por ello, los talleres de reflexión son necesarios en la comunidad. Algunas respuestas sobre los métodos anticonceptivos, de acuerdo con la relatoría, fueron:

“Yo no conozco nada de eso que usted menciona, solo lo único que conozco es que para no tener hijos te deben operar”.

“Es muy feo no conocer nada de eso porque si no sabemos entonces no podemos decirles a nuestras hijas que se cuiden”.

“Tampoco sabía de tantas enfermedades que hay y que una se puede contagiar y que también ese preservativo puede ayudar a que no te contagies, eso es bueno que alguien nos diga”.

“Aquí hay muchas niñas que salen embarazadas y es porque no hay ni siquiera en las escuelas quien les hable de esas cosas, de cuidarse y saber para no salir embarazadas tan chiquitas”.

Durante la siguiente sesión realizada el día 9 de diciembre de 2023, el taller se centró en la violencia obstétrica, de la cual, las mujeres no tenían noción de lo que este concepto significa. A pesar de que muchas de las mujeres

comentaron que recordaban muy bien el trato del personal de salud, todas lo habían aceptado y pensado que no había razón en ese trato que era agresivo y violento. A medida que se les fue explicando sobre lo que significaba la violencia obstétrica, la mayoría asentía con la cabeza y decían que ellas habían experimentado episodios de violencia antes, durante y después del parto.

Entre los comentarios que destacamos en la relatoría está el que hace referencia a las revisiones médicas, en la cual el personal de salud no les explica los diferentes procedimientos que les harán, incluso con ellas muchos estudiantes practican el tacto del cuello uterino sin previa autorización, además de permanecer mucho tiempo y al frente de varias personas en posición de revisión y totalmente desnudas (11 de diciembre de 2023, relatoría de la sesión 2).

Una vez que ingresan al hospital, en la sala de partos, las mujeres indígenas han sido objeto de burla del propio personal de salud, aparte de no explicarles detenidamente sobre los procedimientos y revisiones que les hacen una y otra vez, tampoco dan aviso a sus familiares sobre su estado de salud. Por otra parte, cuando están experimentando las contracciones y gritan, muchas de ellas son mandadas a callar con frases groseras y discriminatorias, tales como: así no gritabas cuando lo estabas haciendo (11 de diciembre de 2023, relatoría de la sesión 2).

A pesar de que las participantes del taller no saben lo que significa la perspectiva intercultural en la atención a la salud reproductiva, sí tienen nociones acerca de su importancia, esto se nota cuando empiezan a hablar de las parteras en sus comunidades de procedencia. Mencionan que es importante que alguien igual que ellas hable su mismo idioma y sea de su pueblo para que les atienda en el nacimiento de sus hijos e hijas.

B) Colonia Margarita

La sesión en la colonia Margarita fue el día 27 de enero del 2024, asistieron aproximadamente 16 mujeres cuyos lugares de origen eran de Oaxaca, Guerrero y algunas nativas de Sinaloa. Sus edades oscilaban entre los 25 y 65 años de edad, madres de familia todas, algunas casadas, otras separadas y otras viudas. El lugar donde se realizó el taller fue el patio de una de las mujeres, la hora fue de 4:00 p. m. a 6:00 p. m., mismo que favoreció a la

mayoría, debido a que trabajan en campos agrícolas y llegan a sus hogares alrededor de las 2:30 de la tarde, pero continúan con el trabajo doméstico y de cuidados, por lo que nos regalan dos horas cuando ya están “desocupadas” y lo ponemos entre comillas, porque el tiempo en las mujeres es sincrónico: es decir, todo el día tienen trabajo, incluso es muy difícil hablar siquiera de tener tiempo libre.

Al iniciar la sesión, se toman 15 minutos para presentarnos, conocernos mutuamente, tanto talleristas como participantes. Incluso hablan un poco de los años que llevan viviendo en Sinaloa, de las rutas agrícolas por la que anduvieron una y otra vez desde pequeñas, de lo difícil y mal pagado que es el trabajo agrícola e incluso de las complicaciones como mujeres al migrar. Para ellas, asentarse en Villa Juárez es una decisión difícil porque dejan atrás a sus familias, su comunidad, su cultura, pero también sabiendo que para sus hijos e hijas, es mejor tener un hogar y una estabilidad.

En este taller, las mujeres pidieron directamente hablar de la violencia sexual, no obstante, se comenzó hablando en lo general de la definición de violencia, los tipos y ámbitos en que se pueden dar las mismas, así como el marco jurídico que protege a las mujeres en diversas situaciones de la violencia. A continuación, se les pregunta ¿qué saben de la violencia sexual? a fin de hacer un análisis rápido de los conocimientos previos. En efecto, esperábamos ciertas respuestas tales como las que pudimos rescatar en la relatoría:

- “Pensé que la violencia sexual solo era en la calle u otro lugar, pero no sabía que tu propia pareja cuando te obligaba a acostarte con él y hacer eso, era violencia”.
- “Pues yo pensé que violencia sexual solo era cuando otro hombre que no es tu esposo te violaba”.
- “Yo no sabía que podía decir que no quería estar con mi esposo, porque él siempre se enoja si yo no quiero”.

La normalización de la violencia sexual dentro del propio hogar ocasiona que esta sea normalizada y, por lo tanto, pase desapercibida, además de darse en la intimidad de la pareja y por lo tanto no se habla abiertamente de ello. Una de las participantes, al cuestionarse sobre la violencia sexual y cómo esta puede darse en otros espacios como los hospitales, dirige la

sesión hacia la violencia obstétrica, así que se empieza a opinar sobre ello y las mujeres empiezan a contar sus experiencias.

Algunos comentarios interesantes de las participantes acerca de la violencia obstétrica indican que, en efecto han sido víctimas y los actos de violencia en los centros de salud han sido minimizados y hasta invisibilizados. Una mujer comenta: “estaba con los dolores de las contracciones y me dieron a firmar un documento sin explicarme de qué se trataba”. Después supo que le había practicado la salpingoclasia para que ya no tuviera hijos. Otra participante mencionó: “me practicaron cesárea porque escuche al doctor que ya estaba cansado como para atender un parto normal”. Otra participante, comentó: “me ponían medicamentos en el suero, pero nunca supe para qué eran” (4 de febrero de 2024, relatoría de la única sesión).

Para finalizar el taller, se ofrece una plática en la cual se profundiza sobre la violencia obstétrica, las formas en que se presenta y las denuncias que pueden hacerse al experimentar situaciones con las que se sientan violentadas antes, durante y después del parto.

Discusión

Un primer elemento para la discusión es la normalización de la violencia tanto la sexual como la obstétrica. Existe un desconocimiento y naturalización respecto a la violencia y los diferentes tipos de violencia que hacen que no exista un reconocimiento y mucho menos una exigencia para sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

La violencia contra las mujeres indígenas se encuentra inmersa en una red de valores y poderes que se entrelazan para reforzar las estructuras tradicionales que la permiten, y que se reproduce debido al apego a una serie de tradiciones y costumbres, el seguimiento de preceptos morales y religiosos, así como por el desconocimiento de derechos (Mejía, 2006).

Durante los talleres sus expresiones mostraron cómo la violencia sexual la consideran como algo externo a sus familias, que se dan en las calles y no al interior de sus familias. Es decir, consideran que sus parejas no ejercen ese tipo de violencia, ya que culturalmente se les ha enseñado que su rol como mujeres es siempre aceptar cualquier práctica sexual que el esposo les exija porque es parte de sus deberes por el hecho de ser mujeres.

El punto anterior lleva a evidenciar otro aspecto importante y es el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, el cual sigue siendo un tema tabú en estas comunidades. Esto es alarmante porque puede observarse un alto número de mujeres embarazadas desde muy temprana edad, quienes aún no son libres de decidir sobre sus cuerpos menos aun sobre los métodos anticonceptivos que pueden usar. En este sentido, García (2018) señala que las mujeres deberían tener siempre acceso a la información, poder elegir libremente si desean o no un embarazo, cómo llevar a cabo el seguimiento de este, cómo parir y dónde, por quién(es) estar acompañadas en esos momentos, etc. Pero si el contexto social falla, si este obstaculiza que las mujeres tengan información y ejerzan dicho control sobre sus propios cuerpos, entonces esos cuerpos están manipulados, son meros objetos del poder hegemónico.

En un tercer momento, es necesario destacar que existe un desconocimiento sobre el tema de la violencia obstétrica, sin embargo, la mayoría de ellas han experimentado prácticas médicas deshumanizadas, palabras hirientes y burlas en los servicios de salud, sobre todo durante el parto. Respecto a esto, Range et al. (2019) comentan que es complejo el reconocimiento de la violencia obstétrica para las mujeres dentro de estos contextos en los que no se reconocen sus derechos sexuales y reproductivos. Dichas vivencias que suceden en las salas de parto transcurren, por una parte, porque en sus imaginarios las mujeres se asumen subordinadas frente a los médicos, primero en función de su género y después en cuestión de jerarquía por ser un profesional altamente valorado.

El papel del Estado como garante de derechos es fundamental en contextos donde las características poblacionales suelen ser complejas, esto debido a las múltiples categorías que se intersecan en las individualidades, tales como el sexo, la edad, el género, la religión, el origen étnico, el idioma, la condición migratoria, el desempeño en el trabajo informal, entre otras. Por eso es importante contar con un marco jurídico que regule dichas situaciones, al mismo tiempo que dichos marcos protejan los derechos humanos de las personas. En el caso del estado de Sinaloa no hay un padrón sobre las condiciones en que viven las comunidades indígenas, mucho menos conocimiento sobre las violencias a las que están expuestas principalmente las mujeres, y niñas.

Por otra parte, en Sinaloa hasta el año 2018 se aprueba la primera Ley

de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas, misma en la que no se contempla nada respecto a la atención a la salud materno-infantil para prevenir y erradicar la violencia obstétrica, tampoco exige al personal de salud estar capacitados en perspectiva intercultural y de género.

Lo que sí contempla en el artículo 31 es que, en las clínicas rurales debe haber en todo momento personal médico y personal auxiliar bilingüe indígena, pero no se ha hecho. Por otra parte, el artículo 32 menciona respecto a la educación social, que esta debe ser continua sobre diferentes temas de interés de las propias comunidades, en las cuales el Gobierno del Estado y de los municipios, en colaboración con las autoridades indígenas, deben realizar campañas permanentes de salud en las diferentes lenguas, así como de prevención de enfermedades infectocontagiosas.

Asimismo, el capítulo V de la Ley Indígena de Sinaloa dedicado al ámbito de la salud es muy general y deja de lado aspectos de mayor interés para las mujeres, considerando que la atención a la salud es diferente respecto a los hombres y a las mujeres.

Por tanto, debido a que los propios organismos internacionales exigen la implementación de acciones gubernamentales para eliminar todas las formas de violencia para que esto pueda implementarse, es necesario contar con un sistema de información específico sobre mujeres indígenas, ya que de acuerdo con el Informe sobre la salud materna de las mujeres indígenas en América Latina y el Caribe (2022) de la Organización Panamericana de la Salud, cada dos minutos ocurre una muerte materna en el mundo, una por hora en la Región de las Américas.

Aunque los estudios disponibles presentan limitaciones, debido a que los países no incluyen de manera sistemática la variable étnica y a las deficiencias en la calidad de la información, los datos sobre mortalidad materna en las mujeres indígenas arrojan cifras inaceptablemente altas. Estas cifras resultan inadmisibles, más aún, teniendo en cuenta que nueve de cada diez muertes maternas son evitables si se aplican las medidas que han demostrado ser efectivas: cuidados maternos de calidad, acceso universal a los métodos anticonceptivos y lucha contra las desigualdades en el acceso a la salud, entre otras. Además, las tasas de fecundidad y los embarazos a edades tempranas son mayores en las mujeres indígenas. A ello se suman las limitaciones en su acceso a los controles prenatales y a servicios de salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

Visibilizar las experiencias de las mujeres indígenas en relación con la violencia sexual y obstétrica vivida permite mostrar en un primer momento que esta sigue siendo normalizada y que estas mujeres no cuentan con los recursos o herramientas necesarias para exigir el respeto de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Como bien se mencionó, en el estado de Sinaloa la Ley Indígena fue aprobada apenas en 2018, misma que no contempla en el tema de salud las formas de atención a las mujeres en etapa de gestación con la finalidad de sensibilizar sobre el trato humanizado del personal sanitario. Por otra parte, aunque la ley establece que los gobiernos e instituciones como implementadoras de la política social deben generar programas de capacitación en las diversas lenguas nacionales que habitan en las comunidades. En caso contrario, lo que ocasionan es violentar el derecho humano a la educación social de las personas. Los programas de educación social deben abarcar no solo las violencias por razón de género, sino de temas relevantes para sensibilizar a los hombres como principales perpetradores, como a las mujeres como principales víctimas. Es importante entonces, pensar como colectivo en las modificaciones que requiere dicha ley, así como las estrategias para exigir su cumplimiento.

Consideramos, por tanto, que los diálogos comunitarios permiten obtener diagnósticos sociales y de salud interesantes para sentar las bases sobre las necesidades urgentes y prioritarias de las mujeres indígenas respecto la violencia sexual y obstétrica. Los talleres como técnicas no solo de recolección de datos y narrativas, sino como espacios de construcción de saberes y de trabajo horizontal donde permee la sororidad y el buen trato entre todos y todas.

Metodológicamente, la etnografía feminista es una alternativa segura, tanto para las investigadoras como para las mujeres que participan en la construcción de conocimiento; es un método que exige situar las categorías teóricas y situar el problema, además, es flexible respecto al uso de técnicas participativas. En esta idea, los diálogos comunitarios mediante talleres reflexivos con enfoque intercultural y de género son, por una parte, una estrategia informativa, y por otra, sirve para crear redes de resiliencia mediante la búsqueda de conocimiento y defensa de derechos en los

diferentes ámbitos donde se movilizan y así poder vivir una vida libre de violencia. Con esto se cumple el principio de que toda investigación feminista no solo es sobre las mujeres, sino para, con y desde ellas.

Referencias

- Castañeda, M. P. (2012). Etnografía feminista. En Blazquez Graf, N. (Coord.) *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (217-238). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias y Facultad de Psicología, UNAM. https://ru.ceiich.unam.mx/bitstream/123456789/3161/1/Investigacion_Feminista_Cap10_Etnografia_feminista.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos México CNDH (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia de Género contra la Mujer*. Convención de Belém do Pará. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf
- Covarrubias C. K. (2013). Hacer etnografía: una estrategia metodológica y práctica para construir sentido a la realidad observada. En Chávez, M. G., Covarrubias, K. Y. y Uribe, A. B., *Metodología de investigación en ciencias sociales, aplicaciones prácticas*. Universidad de Colima.
- Encuesta Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endi-reh/2021/doc/25_sinaloa.pdf
- García, E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
- Gómez, E. (2020). Entretejiendo la ética intercultural y decolonial de Trabajo Social. En Gómez, E... [et al.]. *Ética intercultural y decolonial de Trabajo Social* (1ra Ed., pp. 11-24). Pulso & Letra Editores, Universidad de Antioquia.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2021). Violencia contra las mujeres en México. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
- Ley de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas para el Estado de Sinaloa (2018). Capítulo V. De la Salud. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Indigenas/OtrasNormas/Estatal/Sinaloa/Ley_DPCIE_Sin.pdf
- Mejía, S. (2006). Mujer indígena y violencia: entre esencialismos y racismos. *Revista México Indígena*, (5), p. 34.
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2023). La educación en derechos humanos invierte en paz y progreso. <https://www.ohchr.org/es/stories/2023/12/human-rights-education-invests-peace-and-progress>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2022). Informe sobre la salud materna de las mujeres indígenas en América Latina y el Caribe. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57400/OPSD-HEEG230001_spa.pdf?sequence=1
- Pintado, C. S., Penagos, C. J. y Casas, A. M. (2017). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*, (83) pp. 173-178.
- Range, F. Y., Martínez, L. A., Hernández, I. L. y González, A. C. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y náhuatl de México. *Revista de Escuela de enfermería USP*, (53), pp. 1-7. <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/SxSJ6ZNZV7Y7wNwd3RpsV-8g/?format=pdf&lang=es>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>

Capítulo 3

Persuasión para el uso del condón y conductas sexuales segura en mujeres huicholes jóvenes indígenas: Estudio piloto

Dra. Lúbia del Carmen Castillo-Arcos¹

MCE. Pedro Moisés Nob-Moo²

Dr. Juan Yovani Telumbre-Terrero³

MCE. Iliana Patricia Vega-Campos⁴

<https://doi.org/10.61728/AE24001748>



¹ Universidad Autónoma del Carmen, Facultad Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>, lcastillo@pampano.unacar.mx

² Universidad Autónoma del Carmen, Facultad Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>, moises_3192@hotmail.com

³ Universidad Autónoma del Carmen, Facultad Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>, jtelumbre@pampano.unacar.mx

⁴ Universidad Autónoma de Nayarit, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0003-3602-0639>, iliana.vega@uan.edu.mx

Resumen

Las ITS repercuten en la salud sexual y reproductiva en las mujeres por la victimización, la estigmatización, la exclusión, la infertilidad, el cáncer, las complicaciones del embarazo-parto y el aumento del riesgo de contraer el VIH/SIDA. Razón por la cual es importante determinar la relación entre la persuasión para el uso del condón y las conductas sexuales seguras en mujeres jóvenes indígenas del pacífico de México a través de un estudio piloto, con diseño correlacional efectuado en 60 mujeres con edades entre 18 y 27 años. Se aplicó una Cédula de Datos Personales, la escala de persuasión para el uso del condón, y para medir la conducta sexual segura se utilizó las subescalas uso del condón y sexo seguro. El 100 % de la muestra perteneció al grupo étnico huicholes, con edad promedio de edad de 21 años, inicio de vida sexual a la edad de 19.7 años. En relación con la persuasión para el uso del condón, las jóvenes presentaron una puntuación de 18.5 (DE = 6.7). En cuanto a la conducta para el sexo seguro, las participantes obtuvieron un puntaje de 45.3 (DE = 8.7). Se encontró relación significativa y positiva entre la persuasión para el uso del condón y la conducta del sexo seguro ($r_s = .315$, $p = .014$). Basándose en lo anterior se puede determinar que a la mujer indígena se le debe empoderar en temas de salud sexual y reproductiva, para favorecer la gestión asertiva de medidas de protección y evitar contagios de ITS.

Palabras Claves: Mujeres, Indígenas, ITS, Conducta Sexual, Condón.

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un problema de salud pública que afecta cada día a más personas, ante esta situación la Organización Mundial de Salud (OMS, 2023) estima que aproximadamente 374 millones de personas anualmente contraen alguna ITS, dentro de ellos las más comunes son clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. Más de 500

millones de personas de 15 a 49 años se ven afectados por una infección genital ocasionada por el virus del herpes simple. A su vez la infección por el virus de los papilomas humanos (VPH) está asociada a más de 311 000 muertes por cáncer de cuello uterino. Así mismo, en 2016, casi un millón de mujeres embarazadas tenían sífilis y esta infección causó complicaciones en más de 350 000 partos, aumentando la morbilidad en el feto y neonato.

Las ITS tienen repercusiones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres por la victimización, la estigmatización, la exclusión, la infertilidad, el cáncer, las complicaciones del embarazo-parto y el aumento del riesgo de contraer el VIH/SIDA, que cada día va en aumento afectando la vida de millones de personas en el mundo. A ellas se suman los brotes emergentes de nuevas infecciones que pueden contraerse por contacto sexual, como la viruela símica, las infecciones por los virus *Shigella sonnei*, *Neisseria meningitidis*, ébola y zika, así como la reaparición de ITS como el linfogranuloma venéreo. Todas ellas pronostican retos crecientes en la prestación de servicios de salud adecuados para la prevención y el control de las ITS de forma eficaz (OMS, 2023).

Las ITS como el VIH/SIDA puede ser infectante en cualquier tipo de población, sobre todo en aquellos grupos vulnerables que carecen de la información adecuada para prevenirlas, ya sea porque los accesos de salud son limitados, existe falta de interés en la prevención, usos y costumbres de diversas comunidades, entre otras (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2011). En este sentido, las mujeres se convierten en un grupo vulnerable por las etiquetas sociales que se les ha impuesto y la inequidad de género que impacta su bienestar, aunado a ser indígena que la expone a una doble discriminación ser mujer y ser indígena, convirtiéndose en una situación de mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres indígenas y mujeres no indígenas, lo que afecta su salud física y mental (Herrera y Duhaime, 2014).

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2022) en México, una de cada 10 mujeres que vive en el país es indígena, habitan un poco más de 6 millones de mujeres indígenas. De las cuales el 56 por ciento se encuentran en unión libre o casadas, además del grupo de mujeres que han iniciado una vida sexual activa no clasificada en los dos

grupos anteriores. Lo cual, las coloca en grave riesgo de padecer alguna ITS en caso de tener conductas sexuales de riesgo. Ante esta situación, es imperante que las mujeres indígenas tengan acceso a los servicios de salud y reciban información que la ayude a fortalecer su derecho sexual (Nava-Navarro et al., 2017).

Desde la visión de que lo femenino está por debajo de lo masculino y es él quien toma las decisiones, se evita que las mujeres indígenas actúen de manera asertiva a la hora de negociar el uso de protección durante las relaciones sexuales, lo que las coloca en desventaja y las predispone al contagio de VIH (Juan-Martínez et al., 2018). Por ello, es necesario el fortalecimiento de conductas sexuales seguras a través del uso del condón como un mecanismo para prevenir las ITS como es el VIH/SIDA. Para ello, se planteó el siguiente objetivo: Determinar la relación entre la persuasión para el uso del condón y las conductas sexuales seguras en mujeres jóvenes indígenas del pacífico de México a través de un estudio piloto.

Método

El diseño del estudio fue cuantitativo no experimental de corte transversal, descriptiva y correlacional (Grove y Gray, 2019). La población del estudio estuvo conformada por mujeres indígenas del Pacífico de México. El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia, aplicando bola de nieve considerando únicamente a mujeres universitarias indígenas, con edades entre 18 y 27 años, obteniendo una muestra final de 60 participantes.

Para la medición de las variables de estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales (CDP) y dos cuestionarios. La CDP recabó información personal de las participantes respecto a la edad, etnia, estado civil, relación sentimental, edad de inicio de vida sexual. Para medir la persuasión para el uso del condón se empleó la subescala denominada con ese nombre, de la escala de autoeficacia para el uso del condón, traducida al español por Huitzil-Ascensión et al. (2016). La subescala de persuasión consta de seis reactivos, con opciones de respuesta tipo Likert que van desde Nada seguro (1) hasta Totalmente seguro (5). Las puntuaciones de la subescala oscilan con un mínimo de seis y un máximo de 30 puntos, donde un mayor puntaje implica mayor confianza sobre el uso del condón. La subescala ha

mostrado una consistencia interna aceptable en estudios anteriores (Suarez-Máximo et al., 2022), y en el presente estudio reporto una confiabilidad de $\alpha = 0.80$.

Para medir la conducta sexual segura se utilizaron las subescalas uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura de Dilorio et al. (1992). Estas subescalas forman en total 16 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van de nunca (1) a siempre (4), para su interpretación se suman los valores obtenidos en cada reactivo, obteniéndose una puntuación mínima de 16 y máxima de 64, a mayor puntuación, mayor conducta sexual segura, en el presente estudio el cuestionario reportó una Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.82$.

Respecto al procedimiento de colecta de datos, en primer término, se contó con la aprobación del proyecto, posteriormente de la institución donde se llevó a cabo la investigación. Una vez obtenida la autorización, se colocaron carteles afuera de cada aula de clase, donde se describió el propósito del estudio y quienes decidieran participar podría contactar al autor principal a través de datos de contacto plasmados en el cartel. A las jóvenes que se contactaron se les asignó una fecha y horario para explicarles el objetivo del estudio y el tiempo de llenado de la encuesta.

Adicionalmente se recurrió a la invitación, de manera individual a través de WhatsApp, a otros jóvenes que fueron invitados por los jóvenes contactados en primera instancia. A los jóvenes que decidieron participar se les solicitó el consentimiento informado donde se les explicó de nuevo el propósito del estudio, que la participación es de manera voluntaria, anónima y confidencial, así como el tiempo de llenado de la encuesta. Una vez obtenido el consentimiento, se acudió los días señalados para la aplicación del instrumento a las aulas en el horario señalado, se informó cómo manejar el cuestionario y se motivó a contestar con sinceridad enfatizando que no había respuestas buenas o malas.

Los instrumentos fueron aplicados por los autores del estudio y cada participante contestó el cuestionario, los instrumentos se resguardaron a fin de que no permanecieran a la vista de ninguna persona extraña al estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados como lo estipula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014), que señala que en

toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través frecuencias y porcentajes, además se aplicó la estadística inferencias a través del análisis de coeficiente de correlación de Spearman para conocer la relación entre las variables de estudio.

Resultados

La tabla 1 muestra que el 100 % ($f = 60$) de la muestra reportaron pertenecer al grupo étnico Huicholes, con un promedio de edad de 21 años ($DE = 1.9$), con una edad mínima de 18 y máxima de 27 años. El 65 % de las participantes reportaron estar solteras, aunque el 68.3 % tiene una relación sentimental (Tabla 1) y mencionaron haber iniciado vida sexual a la edad de 19.7 años ($DE = 3.5$).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes.

Variable	f	%
Grupo étnico		
Huicholes	60	100
Estado civil	39	65
Soltero	16	26.7
Casado		
Unión libre	5	8.3
Con pareja sentimental		
Sí	41	68.3
No	19	31.7

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, $n = 60$

En relación con la persuasión para el uso del condón las jóvenes presentaron una puntuación de 18.5 ($DE = 6.7$), lo cual implica que la gran mayoría de las mujeres presentan confianza para persuadir a sus parejas para usar condón durante las relaciones sexuales.

En la tabla 2 se presentan las frecuencias y porcentajes de los ítems de la subescala de persuasión en el ítem tres, el 80 % de la muestra mencionaron sentirse seguras para hablar con su nueva pareja sobre la importancia de usar condón, mientras que el 80 % pueden hacer que su pareja use un condón, aun si no quiere (o puede utilizarlo aun si no quiere).

Tabla 2. Frecuencias y proporciones de la persuasión para el uso del condón.

Ítems	Insegura		Segura	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales.	16	26.7	44	73.3
2. Puedo hablar con cada pareja sobre la importancia de usar condones, inclusive con aquellos con quienes he tenido sexo anteriormente.	12	20	48	80
3. Puedo hablar con cada nueva pareja sobre la importancia de usar condón.	10	16.7	50	83.3
4. Puedo hacer que cualquier pareja con quien he tenido sexo antes use un condón, aun si no quiere.	21	35	39	65
5. Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usemos un condón, aun si no lo hemos usado en el pasado.	13	21.7	47	78.3
6. Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aun si no quieren (o puedo utilizarlo aun si no quieren).	12	20	48	80

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, n = 60

En cuanto al cuestionario de conducta para el sexo seguro, las participantes obtuvieron un puntaje de 45.3 (DE = 8.7), lo cual implica que gran parte la muestra presenta prácticas sexuales seguras. La tabla 3 muestra los ítems del cuestionario de sexo seguro, y se logra apreciar que el 100 % nunca usó cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales, además el 90 % nunca tiene relaciones sexuales la primera vez que sale con alguien. No obstante, el 58.3 % señala que siempre se abstiene de tener relaciones sexuales cuando tiene genitales irritados o con llagas.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes sobre conducta sexual segura.

Ítems	Nunca		A veces		La mayoría del tiempo		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	7	11.7	22	36.7	17	28.3	14	23.3
2. Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.	60	100	0	0	0	0	0	0
3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.	20	33.3	21	35	18	30	1	1.7
4. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.	19	31.7	20	33.3	15	25	6	10
5. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	57	95	3	5	0	0	0	0
6. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados o con llagas.	1	1.7	1	1.7	23	38.3	35	58.3
7. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.	9	15	11	18.3	30	50	10	16.7
8. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o similar.	34	56.7	12	20	6	10	8	13.3
9. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	34	56.7	15	25	9	15	2	3.3
10. Practico sexo anal.	44	73.3	9	15	6	10	1	1.7
11. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	2	3.3	1	1.7	32	53.3	25	41.7
12. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	13	21.7	17	28.3	13	21.7	17	28.3
13. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	9	15	10	16.7	27	45	14	23.3
14. Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.	54	90	2	3.3	4	6.7	0	0
15. Practico sexo anal sin usar condón.	50	83.3	3	5	7	11.7	0	0
16. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.	32	53.3	22	36.7	6	10	0	0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, n = 60

Finalmente, para conocer la relación entre la persuasión para el uso del condón y la conducta del sexo seguro se realizó análisis de correlación de *Spearman*, donde se encontró relación significativa y positiva entre las variables ($r_s = .315$, $p = .014$), es decir, a mayor persuasión por parte de las mujeres indígenas hacia sus parejas para el uso del condón mayor conducta sexual segura.

Discusión

En función de los resultados se identificó que las mujeres jóvenes indígenas inician una vida sexual en promedio a los 19 años, lo que es ligeramente mayor a lo reportado por Navarro y colaboradores (2019) en mujeres nahuas de Puebla, México quienes identificaron que el 54.8 % de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años, con una media de 17.75 años. En este mismo sentido el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016) llevo a cabo una investigación con el objetivo de analizar a población indígena y no indígena y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, quienes identificaron que en el primer grupo las mujeres inician una vida sexual a los 17.5 años y medio año después, comienzan una vida conyugal, así también entre las mujeres de 35 a 49 años la mitad inició su vida sexual antes de los 18.5 años y las de 25 a 34 años, previo a los 17.7 años (Reyna-Álvarez et al., 2017).

Estas variaciones pudieran estar ligadas al periodo de vida que experimentan las jóvenes, además del inicio de la vida sexual la cual es un punto de interés y crucial en la vida de las jóvenes, donde la tríada unión, sexualidad y reproducción sigue una secuencia típica ligada a los aspectos culturales, que ocurre a edades tempranas (Reyna-Álvarez et al., 2017).

En función con la persuasión, se obtuvo una media de 18.5, lo que indica que las mujeres indígenas logran persuadir a sus parejas para usar condón durante las relaciones sexuales destacando la importancia del condón para evitar contraer ITS/VIH-sida. Lo que concuerda con lo reportado en Puebla, México (Villa-Rueda, et al., 2020), a través de un estudio de validación y pilotaje de una intervención teniendo como resultados que, de los componentes de la autoeficacia, como es la persuasión, para el uso de condón se incrementaba posterior a la intervención, obteniendo valores ligeramente mayores las mujeres en comparación con los hombres.

Por el contrario, los hallazgos difieren con lo señalado por Abundis, Flores y Aranda (2017) en una investigación en jóvenes universitarias donde se identificó que de la población con vida sexual activa el 73 % reporta reportan un uso inconsistente del condón ya que el 36.5 % señaló que lo usó la mayoría de las veces y el 8.7 % reportó no haber usado el condón en ninguna de sus relaciones sexuales. Bajo esta misma línea es preciso mencionar que las normas sociales y culturales donde las jóvenes crecen y se desarrollan suelen generar influencia en las conductas sexuales, particularmente sobre las creencias y roles de género (Villa-Paleo y Carranza-Madrigal, 2017). Ahora bien, también se debe considerar la ubicación geográfica de los grupos indígenas ya que en algunas poblaciones existe mayor permisividad y apertura sobre temas de sexualidad (Pérez-Pérez et al., 2021).

Por lo que respecta a la conducta sexual segura se obtuvo una media de 45.3, donde se destaca que las mujeres indígenas no hacen uso de drogas para las relaciones sexuales y se abstienen al acto sexual durante las primeras citas o en caso de presentar una ITS, además de hacer uso de condón durante las relaciones sexuales. Estos datos difieren con lo reportado por Navarro et al. (2019), donde se identificó que el 84 % de las mujeres indígenas reportan tener una pareja sexual estable con la cual el 57 % nunca utiliza condón y el 30 % lo utiliza a veces, así también el 5 % manifestó utilizarlo siempre, se destaca que el 16 % indicó tener parejas sexuales de manera ocasional donde 53 % nunca usa condón.

Acorde con estos datos, en San Luis Potosí México (Juárez-Moreno et al., 2021) las mujeres consideran que tener relaciones sexuales solo con su pareja las puede ayudar a protegerse para evitar el riesgo de adquirir la infección por VIH, por ello les resulta imposible negociar el uso del condón, porque ni siquiera se les permite hablar sobre el uso de condón con su pareja. Estas variaciones pudieran deberse a que las mujeres indígenas son un grupo social desfavorecido, sumado a ello el analfabetismo, la pobreza y la falta de servicios de salud; además de que se encuentran en un contexto cultural muy rígido donde existe mayor dominio masculino ligado a comportamientos de género tradicionales, lo que se ve reflejado en matrimonios forzados y prácticas sexuales de riesgo (Reyna-Álvarez et al., 2017; Tirado et al., 2018).

En función del objetivo principal de esta investigación se identificó una relación positiva entre la persuasión para el uso de condón y la conducta sexual segura, lo que indica que a mayor persuasión del uso del condón mayor será la conducta sexual segura. Esto difiere con lo reportado por Navarro et al. (2019), quienes señalan que una relación negativa de las variables en población indígena donde la persuasión del uso del condón puede hacer pensar a la pareja que han tenido relaciones sexuales con otros hombres, exponiendo así a la mujer a un mayor riesgo para contraer ITS. No obstante, en otras investigaciones se ha identificado una relación directa entre la habilidad de negociación o persuasión con la frecuencia del uso del condón, lo que conlleva a prácticas sexuales seguras y responsables (Abundis, Flores y Aranda, 2019; Aguirre-Ojeda et al., 2024; Juárez-Moreno et al., 2021).

Estos datos evidencian que las prácticas sexuales en población indígena tienden a ser diferentes en función del sexo, ligado a los aspectos socio-culturales de género que otorgan a los hombres una mayor permisividad sexual que a las mujeres, las cuales tienen una menor habilidad para persuadir el uso del condón, colocándolas en una situación de vulnerabilidad respecto a su salud sexual. Es preciso mencionar que la asertividad sexual y la autoeficacia para prevenir el VIH están relacionadas con la intención y el uso consistente del condón, y de manera negativa con el número de parejas sexuales y por ende con dificultades para usar condón, es por lo que deben ser considerados para su implementación en comunidades indígenas (Hernández-Hernández y Vera-Pérez, 2023; Ruiz-Bugarín et al., 2021).

Conclusiones

De acuerdo con los hallazgos encontrados en el presente estudio se identificó una relación positiva entre la persuasión para el uso de condón y la conducta sexual segura en mujeres indígenas, esto muestra la importancia de que a la mujer indígena se le debe empoderar en los temas de salud sexual y reproductiva, para favorecer la gestión asertiva de medidas de protección y evitar contagios de ITS, que cada día dañan más la salud de esta población doblemente vulnerable.

No cabe duda que el personal de salud es una pieza fundamental para lograr el empoderamiento en la mujer indígena, a través de estrategias e

intervenciones que busquen ser exitosas tomando en cuenta la cultura, los valores y principios que rigen los pueblos indígenas. Además, de coadyuvar en los accesos al sistema de salud con respeto a los derechos de bienestar que toda mujer tiene.

El estudio tiene algunas limitaciones, por ejemplo, el tamaño muestral y el diseño del estudio, limitaciones que podrían no permitir la generalización de los resultados. Para futuros estudios se sugiere ampliar el tamaño muestral para tener mayor representación de la población, así como incluir otro tipo de variables (emocionales), o aplicar un diseño mixto que permitan comprender el comportamiento sexual en este segmento poblacional.

Referencias

- Abundis, Z. T., Flores, R. F. y Aranda, M. S. (2019). Negociación en el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Waxapa*, 9(17), 19-23.
- Aguirre-Ojeda, D. P., Uribe-Alvarado, J. I., del Carmen Rojas-Montoya, C. y Pérez-Pimienta, M. C. (2024). Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 34(1), 155-164.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2011). Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. <https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2016). La situación demográfica de México 2016. <https://www.gob.mx/concapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2016>
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D. y Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing research*, 41(4), 203–208. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1408860/>
- Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier.
- Hernández-Hernández, A. Y. y Vera-Pérez, B. L. (2023). La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Huitzotlaco. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 11(21), 17-27.

- Herrera, C. y Duhaime, B. (2014). La pobreza de las mujeres indígenas en México. Una intersección de discriminaciones en las políticas de Estado. *Debate Feminista*, 49, 263-285. doi: 10.1016/S0188-9478(16)30016-0
- Huitzil-Ascensión, A., Landeros-Olvera, E., Benavides-Torres, R., Linares-Fleites, G., Villa-Rueda, A. y Morales-Rodríguez, C. (2016). Validación del constructo y confiabilidad de la escala de autoeficacia para el uso del condón en estudiantes mexicanos. *Acta Universitaria*, 26(6), 44-52. doi: 10.15174/au.2016.1292
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2022). Las mujeres indígenas en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA8N08.pdf
- Juárez-Moreno, M., López-Pérez, O., Raesfeld, L. J. y Durán-González, R. E. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde e Sociedade*, 30(2), e200399.
- Juan-Martínez, B., Rangel Flores, Yesica., Castillo-Arcos, Luba, y Cacique Cacique, L. (2018). Ser mujer indígena, vivir con VIH y violencia de pareja: una triple vulneración frente al derecho a la salud. *Index de Enfermería*, 27(3), 161-165. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200012&lng=es&tlng=es.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.002>
- Navarro, V. N., Báez-Hernández, F. J., Morales-Nieto, A., García-Madrid, G. y Flores-Arias, M. L. (2019). Factores que influyen en la conducta sexual en mujeres nahuas de Puebla, México. *Acta Universitaria*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2468>
- Pérez-Pérez, Y., Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J. y Morales-Nieto, A. (2021). Relación de los conocimientos sobre el virus del papiloma humano con el uso del condón en universitarios indígenas. *Horizonte sanitario*, 20(2), 189-196.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Infecciones de Transmisión Sexual, Datos y Cifras. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwiMmwBhDmARIsABeQ7xQTGZBKpyZ-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwiMmwBhDmARIsABeQ7xQTGZBKpyZ-)

- cEwjnaA4_741T60KXMk3kPRMdB3n-i-EXScDo7qaOVzAaA-vSzEALw_wcB
- Reyna-Álvarez, M. A., De la Cruz-Vargas, J. A., Teliz-Sánchez, M., Hernández-Girón, C., Blanco-García, N. O. y Santiago-Moreno, A. (2017). La salud sexual y reproductiva como reflejo de inequidad en mujeres indígenas de la Región de la Montaña de Guerrero, México. *Salud Pública de México*, 59(4), 496. <https://doi.org/10.21149/8357>
- Ruiz-Bugarín, C., Onofre-Rodríguez, D. y Servín, A. (2021). Factores relacionados con asertividad sexual en adultos: una revisión sistemática. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 16(7), 303-312.
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fe-cha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Suarez-Máximo, J. D., Cahuantzi-Mejia, R. A. y Esparza-Guajardo, F. C. (2022). Autoeficacia en el Uso del Condón Masculino en Estudiantes de Enfermería de Teziutlán, Puebla. *Enfermería Comunitaria*, 18(Supl), e13973. <https://ciberindex.com/c/ec/e13973>
- Tirado, M. D. L. Á. M., Benavides-Torres, R. A., Navarro, S. M., de la Colina, J. A. D., Rodríguez, D. J. O. y Hernández, F. J. B. (2018). Uso Del Condón en Adolescentes Nahuas, un Modelo Explicativo. *Hispanic Health Care International*, 16(1), 36-42.
- Villa-Paleo, M. T. y Carranza-Madriral, J. (2017). Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del estado de Michoacán. *Medicina interna de México*, 33(5), 580-604.
- Villa-Rueda, A. A., Landeros-Olvera, E. A., Manjarres-Posada, N. I., & Benavides-Torres, R. A. (2020). Adaptación, aceptabilidad y pilotaje de “Usando Condón”. Una intervención para incrementar la autoeficacia percibida del uso del condón masculino en adolescentes mexicanos. *Nova scientia*, 12(25): 3-28

Capítulo 4

Conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas de Nayarit, México

MCE. Iliana Patricia Vega-Campos¹
Dra. Lúbia del Carmen Castillo-Arcos²
MCE. Pedro Moisés Nob-Moo³
Dra. Lucely Maas-Góngora⁴

<https://doi.org/10.61728/AE24001755>



¹ Universidad Autónoma de Nayarit, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0003-3602-0639>, iliana.vega@uan.edu.mx

² Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>, lcastillo@pampano.unacar.mx

³ Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>, moises_3192@hotmail.com

⁴ Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0001-8081-9830>, Imaas@pampano.unacar.mx

Resumen

En las comunidades indígenas existe una falta de equidad entre los géneros, donde la mujer es vulnerada, pues es considerada el sexo débil, debido a los usos y costumbres de los pueblos indígenas. Por lo que surge la necesidad de conocer la relación entre el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en mujeres universitarias indígenas del oeste de México, a través de un estudio con diseño correlacional de corte transversal, en una muestra de 86 mujeres indígenas con edades entre 18 y 26 años, mediante una Ficha de Datos Personales (FDP) y dos cuestionarios; el primero aborda conocimientos sobre ITS, VIH/Sida y el segundo sobre la autoeficacia para el uso del condón. Los resultados indican que el promedio de edad fue de 21.4 años ($DE = 1.8$), con inicio de vida sexual a la edad de 20 años ($DE = 3.1$). En relación con el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente. Tres cuartas partes de la muestra mostraron desconocimiento en el manejo y cuidado de los preservativos. Finalmente, para conocer la relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón se realizó análisis de correlación de *Spearman*, no se identificó relación entre las variables ($p > .05$). De tal manera que es importante identificar las condiciones culturales de cada comunidad para poder diseñar estrategias de prevención apropiadas a su cultura, considerando los usos, costumbres, significados, valores y prácticas que tienen las mujeres sobre la sexualidad.

Palabras Claves: Mujeres, Indígenas, ITS, VIH/Sida, Autoeficacia.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un grave problema de salud pública en el mundo, dentro de ellas se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que ha cobrado aproximadamente 40.4 millones de vidas. Su transmisión persiste en todos los países y en algunos de ellos las nuevas infecciones han ido en aumentando de manera acelera-

da, cuando antes estaban en descenso. Este aumento ha sido muy notorio a pesar de los esfuerzos que ha realizado el personal de salud y diversos organismos gubernamentales (OMS, 2023).

En 2022 fallecieron 630 000 personas por complicaciones relacionadas con el VIH, y se considera que 1.3 millones de personas contrajeron el virus. De las personas que viven con el VIH, el 86 % conocía su condición, el 76 % estaba recibiendo tratamiento antirretroviral y el 71 % había logrado suprimir la carga vírica. No existe aún cura para la infección por el VIH, a pesar de los esfuerzos realizados, por lo que el acceso a la prevención de las ITS, el diagnóstico oportuno, el tratamiento eficaz y la atención adecuada del VIH y de las infecciones oportunistas se vuelven una prioridad en la agenda de salud. La infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico tratable que ha permitido que las personas que han contraído el virus y reciben atención y tratamiento oportuno puedan vivir muchos años con buena salud (OMS, 2023).

Un grupo de población que es vulnerable al contagio del VIH es el indígena. Esto se debe a la invisibilidad de este grupo respecto al VIH. Existen diversos factores que los colocan en riesgo, dentro de ellos se encuentra: no tomar en cuenta a los pueblos indígenas como un grupo con características propias; las mujeres por su género son más vulnerables; los estereotipos sociales que los afectan, considerando desde la perspectiva de quiénes son y cómo viven, por tanto, el VIH no es una amenaza para ellos; la creencia de que todas y todos son heterosexuales y no existe la homosexualidad entre ellos; las prácticas racistas y discriminatorias deben ser consideradas en los programas de salud para evitar que se empleen en esta población (Ponce et al., 2017).

En este sentido, se considera que en las comunidades indígenas existe una falta de equidad entre los géneros, donde la mujer es vulnerada siendo considerada el sexo débil, debido a los usos y costumbres de los pueblos indígenas donde se discrimina, margina y subordina a las mujeres, quienes viven en forma constante los efectos de la dominación masculina que se combina con los comportamientos de género tradicionales de cada comunidad (Karver et al. 2016). Esto se refleja en los matrimonios y la maternidad forzada a edad temprana, la falta de oportunidad para educarse, rol de ama casa y mamá, la violencia familiar y comunitaria, las prácticas

sexuales de riesgo de sus parejas donde ellas se encierran en una falsa seguridad de monogamia, el pobre empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos, la violencia psicológica, verbal, física y sexual que sufren, como lo muestran diversos estudios realizados en México (Nuñez y Ponce, 2015).

Aunado a lo anterior, la falta de conocimiento sobre las ITS como el VIH/Sida, coloca a las mujeres indígenas en una situación más vulnerable, ya que se vuelve un factor importante para practicar conductas sexuales de riesgo y por ende infectarse con el VIH. La mujer indígena ha sido duramente relegada para recibir información que las ayude a evitar conductas de riesgo debido a la marginación de género que le ha tocado vivir (Juárez-Moreno et al., 2021). Así mismo, la falta del desarrollo de autoeficacia para negociar el uso del condón representa un gran desafío en este grupo de población, debido a la cultura que marca el actuar de la mujer, esta se siente incapaz para pedir a su pareja su uso (Gala et al., 2007; Ramírez, 2011; Meneses-Tirado et al., 2018). Por tal motivo se planteó como propósito del estudio conocer la relación entre el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas del oeste de México.

Método

El diseño del estudio fue observacional cuantitativo de corte transversal, descriptivo correlacional (Grove y Gray, 2019). La población del estudio estuvo conformada por mujeres indígenas del oeste de México. El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia considerando únicamente a mujeres indígenas universitarias (pertenecientes al grupo étnico Wixárika o Huicholes), con edades entre 18 y 27 años, obteniendo una muestra final de 86 participantes.

Para la medición de las variables de estudio se utilizó una Ficha de Datos Personales (FDP) y dos cuestionarios, el primero aborda conocimientos sobre ITS, VIH/Sida y el segundo sobre la autoeficacia para el uso del condón. La FDP recabó información personal de las mujeres indígenas respecto a la edad, etnia, estado civil, edad de inicio de vida sexual, y relación sentimental actualmente.

El conocimiento sobre ITS/VIH-sida fue evaluado a través del cuestionario sobre ITS/VIH-sida de Jemmott et al. (1992), el cual está compuesto por 48 ítems que examinan los medios de transmisión, prevención (uso de condón) y detección de las ITS, VIH/Sida. Cada reactivo tiene opción de respuesta verdadero, no sé y falso. Un ejemplo de enunciado es: “Una persona puede tener el virus del SIDA y contagiar a otras personas, aunque no parezca enfermo”. Las respuestas correctas tienen valor de un punto y las incorrectas (falsas o desconocidas) un cero. Existen reactivos invertidos, por ejemplo, la respuesta correcta para los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 es falso, de tal manera que se invertirá el puntaje en dichos ítems. Los puntajes se obtienen sumando el total de ítems, por lo que mayor puntuación mayor conocimiento. El instrumento en población mexicana ha presentado una consistencia interna aceptable de 0.71 (Zapoteco-Flores, 2014). Para el presente reporto una confiabilidad de $\alpha = .82$.

La autoeficacia para el uso del condón se midió a través de 14 ítems de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Thato et al., 2005). La escala está dividida en tres subescalas; uso consistente, uso correcto y comunicación para usar el condón. Un ejemplo de ítems es: “Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual”. Cada ítem se responde a través de una escala tipo Likert que va de 1 = muy inseguro a 5 = muy seguro. La puntuación del instrumento oscila entre 14 y 70, lo que indica que mayores puntajes mayores niveles de autoeficacia para usar el condón. La escala original fue diseñada en inglés, sin embargo, ha sido traducida a otros idiomas, como el coreano y tailandés, y aplicado en jóvenes, en donde han mostrado una confiabilidad aceptable que oscila entre .85 a .91 (Thato et al., 2005). La escala también ha sido validada en jóvenes latinos habla hispanos obteniendo un Alfa de Cronbach de .85 (Sousa et al. 2017). Para el presente estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$.

El procedimiento de colecta de datos, en primer término, se contó con la aprobación de las comisiones de Ética y de Investigación de la Institución Educativa Superior donde se efectuó la investigación. Además, se solicitó autorización por escrito a los directivos del plantel donde se realizó el estudio. Posteriormente, en las principales redes sociales de la escuela se invitó a participar en el estudio, además se colocaron carteles afuera de las aulas de clases. Adicionalmente, se solicitó apoyo a las jóvenes que decidie-

ron participar voluntariamente para ubicar otras participantes. Se solicitó el consentimiento informado de las mujeres indígenas que aceptaron participar voluntariamente, donde se les explicó el propósito del estudio y el tiempo de llenado de la encuesta.

Una vez obtenida la autorización de las participantes, se acudió el día señalado para la aplicación del instrumento en el horario y aula señalado por las autoridades educativas, se informó cómo manejar el cuestionario y se motivó a contestar con sinceridad enfatizando que no había respuestas buenas o malas. El instrumento fue aplicado por los autores del estudio que permanecieron en el sitio designado para aclarar cualquier duda mientras las participantes contestaban. Cada participante contestó el cuestionario y se resguardaron a fin de que no permanecieran a la vista de ninguna persona extraña al estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados como lo estipula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014), puntualizando en la participación voluntaria, y sin ninguna repercusión académica hacia las participantes.

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes; además, con base a la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors se determinó que los datos no presentaron normalidad, ejecutando el análisis de coeficiente de correlación de Spearman para conocer la relación entre el conocimiento para ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón.

Resultados

En cuanto al perfil sociodemográfico de la muestra, las participantes tenían en promedio 21.4 años ($DE = 1.8$) de edad, cabe mencionar que el 70.9 % de las mujeres indígenas reportaron estar solteras (Tabla 1), el 31.4 % tiene una relación de noviazgo y mencionaron iniciar vida sexual a la edad de 20 años ($DE = 3.1$).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltero	61	70.9
Casado	19	22.1
Unión libre	6	7.0
Edad		
18-20	21	24.4
21-22	51	59.3
23-24	10	11.7
25-27	4	4.6

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje *n* = 86

En relación con el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, la tabla 2 muestra que más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente en los ítems referente a las ITS (ítem 1 al 11). Aunque una afirmación a destacar es que el 95 % de las jóvenes determinan que una llaga en el pene o vagina no es un síntoma común para ITS, mientras que el 80.2 % respondió que una mujer que tiene una ITS no puede contraer una infección en el útero y las trompas (ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre ITS.

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Un síntoma común de las ITS en un hombre es la secreción (goteo) del pene	11	12.8	75	87.2
2. Un síntoma común de las ITS es ardor al orinar.	11	12.8	75	87.2
3. Un síntoma común de las ITS es una llaga en el pene o la vagina.	4	4.7	82	95.3
4. Un síntoma común de las ITS en una mujer es la secreción vaginal que causa picazón o ardor.	27	31.4	59	68.6
5. Si te sientes sano no tienes una ITS.	75	87.2	11	12.8
6. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y las trompas.	17	19.8	69	80.2
7. Una mujer embarazada que tiene una ITS se la puede contagiar a su bebé.	77	89.5	9	10.5
8. Existen medicamentos para curar todo tipo de ITS.	22	25.6	64	74.4
9. Usar condón cuando tengas relaciones sexuales te ayudará a protegerte contra las ITS.	12	14.0	74	86
10. El contacto con el asiento del inodoro sucio es una causa común de enfermedades de transmisión sexual.	72	83.7	14	16.3
11. Si tienes una ITS, tu pareja sexual probablemente también la tenga.	0	0	86	100

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 85

En cuanto al conocimiento sobre el VIH y sida, el 100 % de los adolescentes respondieron correctamente al ítem 16, 17 y 22, además más de la mitad de las participantes contestaron correctamente los ítems 13, 14, 19, 20, 29, 30, 39, 41 y 42. Mientras que en los ítems 11, 15, 18, 21, 23-28, 31-38, 40 y 43-48 (ver tabla 3) la gran mayoría de los adolescentes demuestran desconocimiento sobre conductas de riesgos que pueden derivar a la

adquisición de contraer VIH-sida, por ejemplo, el 87.2 % de las jóvenes contesto de manera incorrecta el ítem 16 el cual enfatiza que tener relaciones sexuales anales (por recto) con un hombre aumenta la posibilidad de adquirir sida.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre VIH/Sida.

Ítems	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
12. El SIDA es una afección médica en la que el cuerpo no puede combatir las enfermedades.	13	15.1	73	84.9
13. El estrés causa el SIDA.	77	89.5	9	10.5
14. Si besas a alguien con SIDA contraerás la enfermedad.	75	87.2	11	12.8
15. Todos los homosexuales tienen SIDA.	0	0	86	100
16. Cualquiera puede contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
17. El SIDA no es nada grave, es como tener un resfriado.	86	100	0	0
18. Se desconoce la causa del SIDA.	15	17.4	71	82.6
19. El simple hecho de estar cerca de alguien con SIDA puede contagiarte la enfermedad.	74	86.0	12	14.0
20. Usar condón durante las relaciones sexuales puede reducir el riesgo de contraer SIDA.	72	83.7	14	16.3
21. Recibir una transfusión de sangre con sangre infectada puede contagiar a una persona el SIDA.	0	0	86	100
22. Tener SIDA te hace más propenso a contraer otras enfermedades.	86	100	0	0
23. Todas las mujeres homosexuales tienen SIDA.	18	20.9	68	79.1
24. Puedo evitar contraer SIDA haciendo ejercicio con regularidad.	14	16.3	72	83.7
25. El SIDA se puede curar si se trata a tiempo.	6	7.0	80	93.0
26. Una persona puede tener el virus del SIDA y contagiar a otras personas, aunque no parezca enfermo.	11	12.8	75	87.2
27. Solo los homosexuales y las personas que se inyectan drogas contraen el SIDA.	3	3.5	83	96.5
28. El SIDA no es un problema entre los negros y los hispanos.	37	43.0	49	57.0

Ítems	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
29. Los condones son 100 % efectivos contra el SIDA.	75	87.2	11	12.8
30. Tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas es una forma en que muchas mujeres contraen el SIDA.	75	87.2	11	12.8
31. Hay más posibilidades de contraer SIDA si tienes relaciones sexuales con muchas personas.	28	32.6	58	67.4
32. Hay mayores posibilidades de que una mujer contraiga SIDA si tiene relaciones sexuales con un hombre que tiene relaciones sexuales con muchas otras mujeres.	0	0	86	100
33. Tener sexo anal con un chico (es decir, su pene en tu ano/detrás) aumenta tus posibilidades de contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
34. Usar vaselina como lubricante durante las relaciones sexuales reduce las posibilidades de contraer SIDA.	44	51.2	42	48.8
35. Usar un espermicida (espuma o jalea anticonceptiva que contenga nonoxinol-9) cuando se tienen relaciones sexuales reduce las posibilidades de contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
36. Hacerle sexo oral a un chico (tu boca en su pene) aumenta tus posibilidades de contraer SIDA.	13	15.1	73	84.9
37. Puedes contraer SIDA como te resfrías porque el virus del SIDA puede transportarse por el aire.	12	14.0	74	86.0
38. No puedes contraer SIDA por sexo si tienes relaciones sexuales con una sola persona durante toda tu vida.	17	19.8	69	80.2
39. Hay muchas posibilidades de que usted contraiga SIDA si comparte el lavabo, la ducha o el asiento del inodoro con alguien que tiene SIDA.	77	89.5	9	10.5
40. Hay muchas posibilidades de que contraigas SIDA si bebes del mismo vaso o comes del mismo plato que alguien que tiene SIDA.	11	12.8	75	87.2
41. El virus del SIDA está presente en ciertos fluidos corporales, principalmente semen y sangre.	77	89.5	9	10.5
42. No es probable que las personas infectadas con el virus del SIDA mediante inyecciones de drogas transmitan el virus a sus parejas sexuales a menos que estas también se inyecten drogas.	71	82.6	15	17.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 85

Respecto al conocimiento sobre el uso del condón, el 55.3 % de las mujeres universitarias respondieron correctamente que el pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón (ítem 43), y el 84 % contesto de manera incorrecta cuando se pone el condón en el pene se debe dejar un espacio en la punta de condón (ítem 44). Mientras que en los ítems 46, 47 y 48 (ver tabla 4) las tres cuartas partes de la muestra mostraron desconocimiento en el manejo y cuidado de los preservativos.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre el uso del condón.

Ítems	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
43. El pene debe estar erecto cuando se le coloca el condón.	28	32.6	58	67.4
44. Cuando se coloca un condón en el pene, se debe dejar espacio en la punta del condón.	2	2.3	84	97.7
45. El condón debe estar completamente desenrollado antes de colocarlo sobre el pene.	42	48.8	44	51.2
46. Los condones se pueden reutilizar.	48	55.8	38	44.2
47. Para quitarse un condón después de tener relaciones sexuales, agarre la punta y retírelo con suavidad, pero rapidez.	4	4.7	82	95.3
48. Guardar o transportar condones en un lugar cálido puede destruir su eficacia.	11	12.8	75	87.2

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 85

En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón durante las relaciones sexuales, las jóvenes obtuvieron un puntaje de 69.4 (DE = 24.1), lo cual indica que la gran mayoría de las jóvenes tienen confianza para usar el condón. En la tabla 5 se observa que casi las tres cuartas partes de la muestra se sienten seguro para hablar acerca del uso del condón con su pareja al momento de efectuar las relaciones sexuales.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes sobre autoeficacia para el uso del condón.

Ítems	Inseguro		Seguro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual.	16	18.6	70	81.4
2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo.	21	24.5	65	75.6
3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.	37	43.0	49	57.0
4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.	8	9.3	78	89.8
5. Puedo decirle a mi pareja que no quiero tener relaciones sexuales si se niega a usar condón.	6	7.0	80	92.8
6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.	18	20.9	68	79.1
7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	8	9.3	78	90.7
8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.	16	18.6	70	81.4
9. Puedo usar un condón sin que se salga.	17	19.8	69	80.2
10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.	20	23.3	66	76.8
11. Después de tener sexo mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene.	19	22.1	67	77.9
12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	17	19.8	69	80.2
13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	19	22.1	67	77.9
14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	22	25.6	64	72.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, n = 85

Finalmente, para conocer la relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón se realizó análisis de correlación de *Spearman*, sin embargo, no se identificó relación entre las variables ($r_s = .133, p > .05$).

Discusión

Los hallazgos del presente estudio muestran el nivel de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en una muestra de 86 mujeres de la etnia wixárika del estado de Nayarit, México. La edad promedio fue de 21 años y la edad de inicio de la vida sexual fue a la edad de 20 años, datos contrarios a lo encontrado por Nava-Navarro et al. (2019) quienes refieren en su estudio que la edad promedio de las participantes fue de 33 años y la edad de inicio de vida sexual activa fue antes de los 17 años. La población indígena es un grupo con vulnerabilidad social debido a las limitaciones que presentan para acceder a la educación y a los servicios de salud, lo que coloca a las mujeres en una posición de riesgo para la salud sexual (Juárez-Moreno et al., 2021).

En relación con el conocimiento sobre ITS, más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente sobre las ITS, destacando que el 95 % de las jóvenes determinan que una llaga en el pene o vagina no es un síntoma común para ITS, mientras que el 80.2 % respondió que una mujer que tiene una ITS no puede contraer una infección en el útero y las trompas. Lo anterior difiere del estudio efectuado en Puebla, México con jóvenes indígenas universitarias donde el estudio reportó que las mujeres tienen un nivel de conocimientos elevado sobre el VPH, identificando factores de riesgo, signos y síntomas (Perez-Perez et al., 2021). Sin embargo, los resultados coinciden con el estudio efectuado en Bolivia, donde se menciona que las mujeres indígenas de las tierras bajas tienen menos conocimiento sobre la prevención de las ITS a diferencia de los hombres, esto puede deberse a que las mujeres se quedan en la comunidad mientras los hombres salen a trabajar, limitándolas severamente para adquirir nuevos conocimientos (Puig y Montalvo, 2011).

La diferencia de resultados podría deberse a la propia característica de la muestra y la zona geográfica donde se encuentran, debido que las costumbres, tradiciones y compromisos con la comunidad son propias de

cada región, además la cuestión socioeconómica, el nivel de estudios, el acceso a los servicios de salud y los programas de salud, pudieran variar cada en cada grupo étnico, siendo la salud sexual donde se observan las mayores desigualdades de acceso, limitando la proyección de vida. Aunado a que, los grupos étnicos de la zona del pacífico de México presentan brechas y rezagos mayores en el acceso y la atención a la salud en comparación con los grupos étnicos de la zona centro del país (Pelcastre-Villafuerte et al., 2022).

Por otra parte, la cuestión cultural de cada grupo étnico es un factor detonante, por ejemplo, se ha observado que las mujeres indígenas de los Altos de Chiapas, al iniciar vida sexual activa con una persona de su comunidad que será su esposo en un futuro no consideran cuidarse. Esto les da la confianza para considerar que la pareja no tiene ninguna ITS, considerando que no están en riesgo de infectarse, lo que muestra el desconocimiento que poseen sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS (Pelcastre-Villafuerte et al., 2022; Reartes, 2011).

Además, muchas veces las mujeres indígenas que se encuentran en relación de pareja única, consideran no presentar riesgo de contagiarse de alguna ITS, incluyendo el VIH, ya que indican no tener relaciones sexuales con desconocidos. Lo anterior les da una falsa seguridad de no tener posibilidad de infectarse al tener relaciones monógamas, la cultura y la comunidad juegan un papel importante es esa seguridad, ya que la mujer está destinada a la casa lo que contribuye al sentimiento de que ella no puede ser infectada (Bonacquisti y Geller, 2013).

En cuanto al conocimiento sobre el VIH/Sida, un gran porcentaje de las mujeres presentan desconocimiento sobre conductas sexuales de riesgos que pueden derivar a contraer VIH/Sida, el 97.7 % de las jóvenes contesto de manera incorrecta que tener relaciones sexuales anales (por recto) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA. Lo anterior concuerda con Juárez-Moreno et al. (2021), quienes indican que mujeres indígenas de comunidades rurales los estados de Hidalgo y San Luis Potosí, tienen conocimiento deficiente sobre las diversas formas de contagio del VIH, la manera de prevenirla, el tratamiento y como el virus actúa en su cuerpo. Así mismo, indican que la mayoría de las mujeres se consideran a salvo de infectarse porque solo tienen relaciones sexuales con

su pareja y conciben a su comunidad como un lugar seguro donde no hay riesgo de infectarse.

Lo anterior muestra que las mujeres tienen desconocimiento sobre la infección del VIH/Sida lo cual pudiera explicarse por la marginación de los pueblos indígenas donde el acceso a la información es limitado, colocándolas en grave riesgo para infectarse, por otra parte, se le puede atribuir que por su cultura étnica la mujer es más penosa y sumisa para buscar información sobre sexualidad. Sin embargo, cuando reciben capacitación a través de diversos programas estas brechas de conocimiento se reducen (Cervantes-Murrieta y García-Rivera, 2024; Núñez, 2011).

Respecto al uso del condón un alto porcentaje tiene desconocimiento sobre la técnica de colocación, manejo y cuidado de los preservativos. Lo que concuerda con Chanamé- Zapata et al. (2021), ellos indican que un alto porcentaje de adolescentes peruanos andinos posee conocimientos incorrectos sobre los pasos correctos y consecutivos del uso de preservativo. Contrario a lo encontrado por Nava-Navarro et al. (2019) quienes refieren que un alto porcentaje de las mujeres indígenas nahuas de Puebla, consideran necesario un aprendizaje para el uso correcto del condón, además, de que es necesario un acuerdo con la pareja para usarlo. El uso del condón aún es una práctica poco utilizada en la comunidad indígena debido a la construcción social de la virilidad masculina y la falta de empoderamiento de la mujer para el uso de este método de barrera, al considerar que la coloca en una posición de desprestigio ante su pareja.

En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón durante las relaciones sexuales, las jóvenes obtuvieron un puntaje de 69.4, lo cual indica que la gran mayoría de las jóvenes tienen confianza para usar el condón y se sienten seguras para hablar acerca del uso del condón con su pareja al momento de efectuar las relaciones sexuales. Caso contrario a lo encontrado en mujeres indígenas de Puebla, donde unos de los principales motivos para no usar condón son porque su esposo a veces no lo quiere usar, confía en su pareja, por falta de conocimiento, por miedo, rechazo e insultos por parte de su pareja; también, más de la mitad refieren no tener la habilidad para colocar un condón a su pareja. Mientras que en mujeres indígenas de Chiapas que migran a la ciudad, no tienen la posibilidad de negociar el uso del preservativo en la primera relación sexual, donde el

hombre tiene el rol dominante y evita el uso del condón, o no es posible negociar el uso del condón con sus parejas ni hablar sobre el tema (García-Sosa et al., 2007; Ramírez, 2011).

Los datos antes mencionados, muestran que el sexo femenino en poblaciones indígenas aún continúa inmerso en condiciones de vulnerabilidad a pesar de los cambios socioculturales. Las mujeres indígenas están propensas a practicar conductas sexuales de riesgo, ya que presentan menos capacidad para responder a la presión masculina en torno a la sexualidad. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio pudieran explicarse debido a que las participantes del presente estudio están insertas en un nivel educativo superior, lo cual implica que tengan mayor capacidad de afrontamiento, manejo y control de situaciones que puedan comprometer su salud sexual y reproductiva (Cervantes-Murrieta y García-Rivera, Menezes-Tirado et al., 2018).

No se identificó relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón. Lo que difiere con Nava-Navarro et al. (2019), quienes encontraron que la autoeficacia para el uso del condón se relaciona y es predictora de la conducta sexual en las mujeres nahuas. Las diferencias de resultados podrían atribuirse al tamaño muestral y a las características de la propia muestra, dado que el entorno en el que se nacen, se desarrollan y viven son totalmente diferentes. Nava-Navarro et al., (2019) dentro de sus resultados, exponen que la negociación del uso del condón hace pensar a la pareja que son fáciles o que tuvieron relaciones sexuales con otras personas, por lo cual, optan por no mencionarlo, a pesar de que saben que es una manera de evitar contagiarse de alguna ITS como es el VIH.

Conclusiones

A partir de los resultados encontrados se puede concluir que el conocimiento sobre ITS, VIH-Sida y la autoeficacia para el uso del condón son variables que deben ser estudiados a profundidad en mujeres indígenas universitarias del oeste de México, ya que por su género se encuentran en desventaja por las costumbres y mitos de los pueblos indígenas. En los resultados se observa la limitada información que poseen sobre ITS, VIH/Sida y la falta de autoeficacia para negociar el uso del condón por miedo a

lo que su pareja pensará. Aunque no se encontró relación entre las variables del estudio, es importante continuar estudiando el conocimiento hacia las ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón, por lo que el que el profesional de salud desde su campo de acción debe fortalecer la información de este segmento poblacional, utilizando diversos medios de enseñanza en el dialecto de la comunidad y establezca intervenciones multidisciplinarias para mejor impacto en la salud sexual de las mujeres.

El estudio tiene algunas limitaciones entre las que destacan la integración de la muestra a través de un muestreo a conveniencia, y el tamaño de la muestra. Dichas limitaciones podrían no permitir la generalización de los resultados, por lo que se sugiere ampliar el tamaño muestral con el fin de tener una mejor representación de la población. Además, se sugiere identificar las condiciones culturales de cada comunidad para poder diseñar estrategias de prevención apropiadas a su cultura, considerando los usos, costumbres, significados, valores, percepciones y prácticas que tienen las mujeres sobre la sexualidad. Además, el profesional de enfermería debe diseñar con las mujeres indígenas los programas y estrategias de prevención, para que ellas reafirmen sus propios saberes y se apropien de los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes sobre la sexualidad responsable que consideren adecuadas de acuerdo con su cosmovisión.

Referencias

- Bonacquisti, A. y Geller, P. A. (2013). Condom-use intentions and the influence o partner related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23), 3328-3336. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12101>
- Cervantes-Murrieta, J. A. y García-Rivera, E. L. (2024). Pertenencia y estrategias de mujeres yaquis en su ingreso a la educación superior. *Sinética, Revista Electrónica de Educación*, (62), e1584. [https://doi.org/10.31391/S2007-7033\(2024\)0062-007](https://doi.org/10.31391/S2007-7033(2024)0062-007)
- Chanaméz-Zapata, F., Rosales-Pariona, I., Mendoza-Zúñiga, M., Salas-Huamani, J. y León-Untiveros, G. (2021). Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Revista salud pública*, 23(1). Disponible <http://www.scielo.org>.

- co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642021000100200&lng=en. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165>.
- Gala, Á., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suárez, J., Joanes, J., Sánchez, Lizet., Aragonés, C. y Díaz, M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(2), 90-97. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200003
- García-Sosa, J.; Meneses-Navarro, S. y Palépérez, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH y sida. Los chamulas entre barras y estrellas. *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, 5(1), 19-144.
- Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Jemmott, J. B. III., Jemmott, L. S. y Fong, G. T. (1992). Reduction in HIV risk associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American journal of public health*, 82, 372-377.
- Juárez-Moreno, M., López –Pérez, O., Raesfelda, L. y Durán-González, R. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde Soc. São Paulo*, 30(2), 1-12. doi: 10.1590/S0104-12902021200399
- Karver, T. S., Sorhaindo A, Wilson, K. S. y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among indigenous women in Oaxaca. *Culture Health & Sexuality*. 18(8), 845-859. doi: 10.1080/13691058.2016.1144790.
- Meneses-Tirado, M. d. A., Benavides-Torres, R.A., Meneses-Navarro, S., Doncel-de la Colina J. A., Onofre-Rodríguez D. J. y Báez-Hernández. F. J. (2018). Uso Del Condón en Adolescentes Nahuas, un Modelo Explicativo. *Hispanic Health Care International*, 16(1), 36-42. doi:10.1177/1540415317750085
- Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F.J., Morales-Nieto, A., García-Madrid, G. y Flores-Arias, M.L. (2019). Factores que influyen en la conducta sexual en mujeres nahuas de Puebla, México. *Acta Universitaria*, 29, e2468. doi. <http://doi.org/10.15174.au.2019.2468>

- Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J. y Onofre-Rodríguez, D. J. (2017). Motivos de las mujeres indígenas sobre el uso y no uso del condón. *Nure Investigación*, 14(91), 1-9.
- Núñez, G. (2011). VIH-SIDA y población indígena en Sonora: Una aproximación cuantitativa y cualitativa. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI. Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. <https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>
- Núñez, N. y Ponce P. (2015). Pueblos indígenas: sexualidad, diversidad sexual y genérica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (7), 57-75.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Datos y cifras. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw5cOwBhCiARIsAJ5njubg6FqK-jARsR6Eh9-QQ4wFBu--FwqKdZxnIGe2jjdPN8eOTGl4waLoaAky-JEALw_wcB
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D. y Freyermuth-Enciso, G. (2022). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537-554.
- Puig, C. y Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adulta y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos*, (35), 41-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100004&lng=es&tlng=es.
- Ramírez, D. (2011). Representaciones sociales de migrantes indígenas en torno al VIH-SIDA: Un estudio en tres regiones de Chiapas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI. Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. <https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>

- Reartes, D. L. (2011). 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*, (35), 59-74. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100005&lng=es&tlng=es.
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fe-cha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Sousa, C. S. P, Castro R. C. M. B., Pinheiro, A. K. B., Moura, E. R. F., Almeida, P. C. y Aquino, P. S. (2017). Cross-cultural adaptation And validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young Adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25, e2991. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991>.
- Thato, S., Hanna, K. M. y Rodcumdee, B. (2005). Translationn and validation of the Condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 36-40.
- Zapoteco-Flores, M. (2014). *Conocimiento de los padres para comunicarse con hijos adolescentes sobre sexualidad* [Tesis inédita de Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León.

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

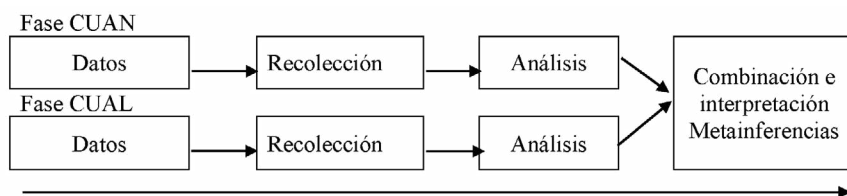
edad o una vida en pareja, carecen de estos conocimientos al encontrarse en relaciones con falta de equidad, esto les impide el acceso a la información y a la toma de decisiones sobre su sexualidad, por lo que atribuyen el VIH, sida y otras ITS a factores como poderes sobrenaturales, espirituales, castigo 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.

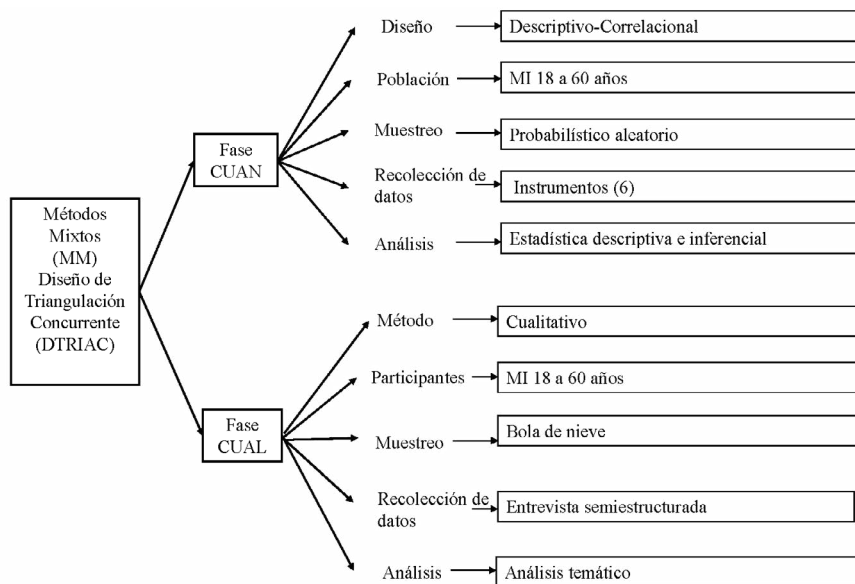
Para medir las barreras y beneficios para el uso del condón, se utilizó el cuestionario ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Planes et al., 2012), consta de 18 preguntas, con una escala de respuesta con tres opciones: 0 (nada importante), 1 (poco importante) 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).

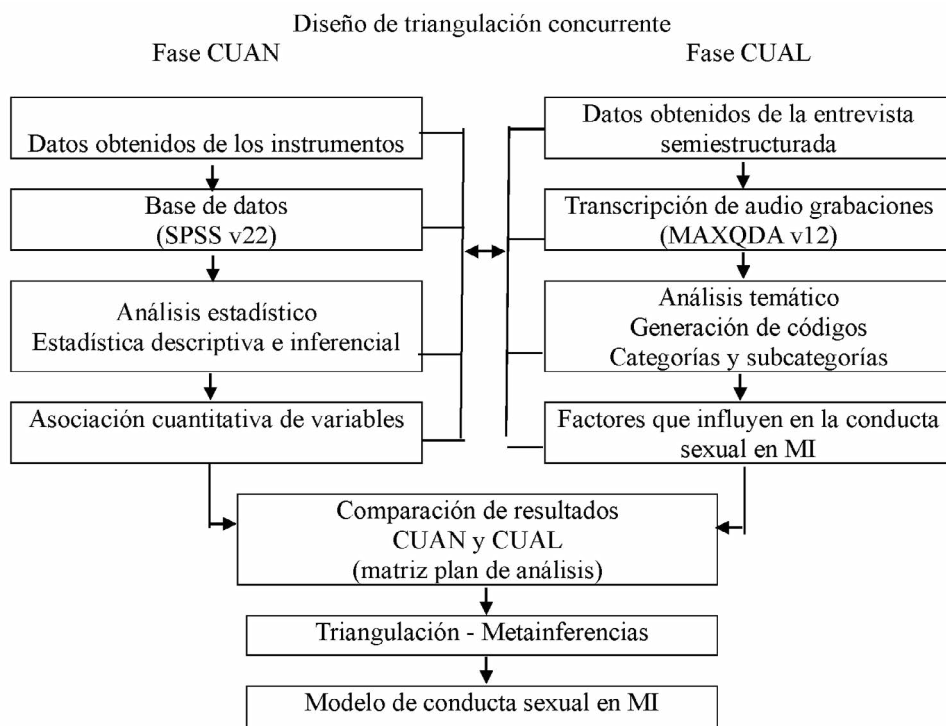
Figura 2. Resumen del diseño de triangulación concurrente del Modelo de Conducta Sexual en Mujeres de una comunidad Indígena (M-CONSEXMI).



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).

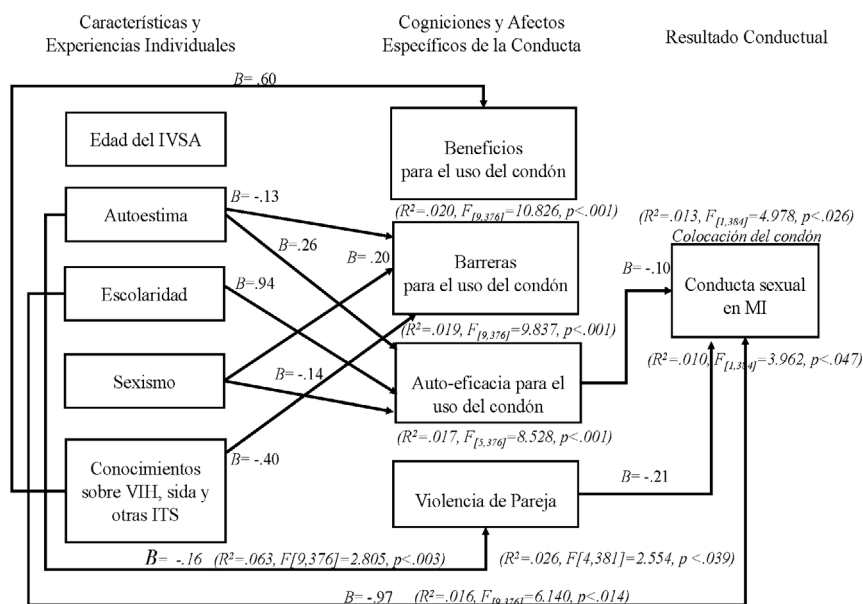


Nota: Se muestra diseño de triangulación, elaboración propia.

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:

Cuando 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.

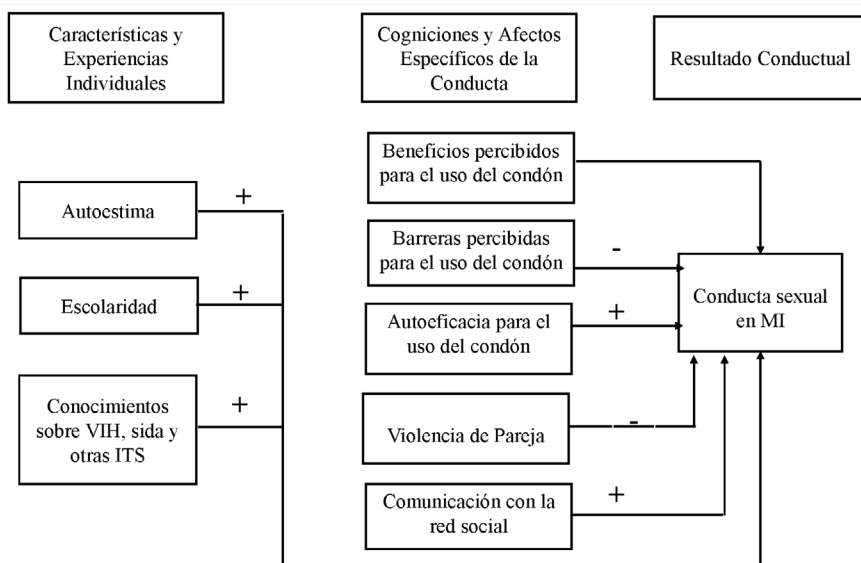
Otros elementos que aportaron los resultados CUAL fue en la categoría sobre las razones para el uso y no uso del condón, ya que, de acuerdo con los resultados CUAN, no se encontró relación estadísticamente significativa de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón con 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-CON-SEXMI) 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), mencionan 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 Peragallo, (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, Escarcha, 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.scielo.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. *Piented in TheUnited 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 diagnostic de infections de transmission 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 Gral 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.

Capítulo 6

Identidad étnica, actitudes y conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas

MCE. Alan Josué Ramírez-Calderón¹

Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD²

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez³

<https://doi.org/10.61728/AE24001779>



¹ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0002-1839-906X>, josue.ramirezcz@uanl.edu.mx

² Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>, raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

³ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0003-4868-0722>, rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx

Resumen

Las mujeres adolescentes indígenas tienen mayores antecedentes de embarazos en comparación con aquellas que no lo son. Esto puede deberse a la falta de uso de anticonceptivos, sin embargo, aún no es concluyente si el poco uso de anticoncepción se le atribuye a los varones o mujeres. El objetivo del presente estudio fue describir diferencias de acuerdo con el sexo, en la identidad étnica, actitudes hacia el uso de anticonceptivos y conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas. Se realizó un estudio descriptivo-comparativo de corte transversal en adolescentes indígenas de ambos sexos de los estados de Oaxaca, Guerrero y zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. De acuerdo con los resultados, la mayoría de los participantes utilizaron el condón masculino en el debut sexual (55.80 %). Las mujeres adolescentes presentaron mayor identidad étnica ($Mdn = 1.88$, VS $Mdn = 1.70$, $p < .05$) y actitud negativa hacia el uso de anticonceptivos ($Mdn = 3.60$, VS $Mdn = 3.33$, $p < .05$) en comparación a los hombres. Los adolescentes hombres tienden mayormente a usar anticonceptivos en la actualidad ($V = .154$, $p < .05$) a diferencia de las mujeres. Se requiere profundizar en el conocimiento de estas variables para tener una mayor explicación de la conducta anticonceptiva de las mujeres adolescentes Indígenas.

Palabras Claves: Etnicidad, actitud, anticonceptivos, conducta anticonceptiva, adolescentes, Indígenas.

Introducción

Los embarazos no planeados en adolescentes son un problema relacionado con la reproducción humana. Estos embarazos frecuentemente tienden a presentarse cuando no se utilizan de manera consistente y correcta los métodos anticonceptivos (De la Vara-Salazar et al., 2020). A nivel mundial, durante el periodo de 2015 a 2019, ocurrió una tasa global de 64 em-

barazos no planeados por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años de edad. Este problema de salud pública afecta especialmente a países de ingresos bajos (Bearak et al., 2020). México ocupa el primer lugar en embarazos en la adolescencia de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), ya que cerca de 340 000 nacimientos en mujeres menores de 19 años ocurren anualmente en el país (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2021).

Los embarazos no planificados interrumpen los proyectos futuros de los adolescentes. En estas etapas escolares, su prioridad es completar su educación para luego ingresar al mundo laboral y mejorar su situación socioeconómica, relegando la vida conyugal o la maternidad a un segundo plano. Sin embargo, cuando ocurre un embarazo inesperado, se ven obligados a abandonar la escuela, casarse, encargarse de las labores domésticas y dedicarse a la crianza de un nuevo miembro de la familia, dejando de lado sus planes previamente trazados (Molina-Gómez et al., 2019).

Esta situación se agrava en mayor medida en las comunidades de origen étnico. En México, la población indígena se ubica en áreas de bajo desarrollo económico, educativo y en condiciones desfavorables. En este sentido, existen cerca de 12 millones de personas que se autoidentifican como indígenas, siendo los estados de Oaxaca y Guerrero las entidades federativas con mayor concentración. No obstante, en las últimas décadas la cifra de personas hablantes de lengua indígena ha llegado a 77 000 para la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, situación que se ha duplicado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

En efecto, el mantenimiento de la salud, la prevención de riesgos y las prácticas sexuales inseguras, deben atenderse como una necesidad en salud para población indígena. Las mujeres adolescentes indígenas tienen mayores incidencias de embarazo en comparación con sus pares no indígenas, con tasas del 68 % y 44 % respectivamente. Esta disparidad puede atribuirse a la menor utilización de anticonceptivos entre las adolescentes indígenas (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020; Hubert et al., 2020). Esto se debe a la presencia de factores asociados que impiden que los adolescentes indígenas utilicen anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, como son las creencias o actitudes negativas hacia el uso de estos métodos (Benavides-Torres et al., 2023; Rodríguez-Cerda y Rocha-Valero, 2021).

Por consiguiente, las razones más comunes para no utilizar métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes indígenas son: rechazo del

método, falta de un centro de salud cercano, uso de un método de planificación natural, efectos secundarios que se pueden originar, así como la oposición de la pareja y la falta de autonomía de las mujeres indígenas en la elección de los métodos de planificación familiar (Truong et al., 2020). Estas razones pueden influir en las actitudes y estas a su vez influir en el uso de los métodos anticonceptivos (Bukuluki et al., 2021; Meneses-Tirado et al., 2018).

Basándose en el Modelo de Conducta Sexual Segura en Adolescentes Nahuas (MOCSSAN) propuesto por Meneses-Tirado et al. (2018), que busca explicar la relación entre los factores personales y ambientales con la conducta sexual segura en adolescentes Nahuas, se sugiere que el sexo, como factor personal biológico, puede influir en el uso de anticonceptivos. Además, en el contexto de los adolescentes indígenas, Meneses-Tirado (2018) señala que los hombres tienden a mostrar actitudes más negativas hacia el uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres. Por otro lado, Nava-Navarro et al. (2019) informan que las mujeres indígenas pueden carecer de habilidades suficientes para utilizar correctamente un preservativo o para colocárselo a su pareja.

Por lo tanto, la comparativa de acuerdo con el sexo en las variables de interés resulta interesante, puesto que en México se han realizado estudios sobre esta problemática desde la perspectiva femenina (Hubert et al., 2020; Nava-Navarro et al., 2019; Ramírez-Espinobarros, 2021; Sanjuan-Meza et al., 2019), ya que el uso de anticonceptivos se atribuye generalmente a las mujeres, generando a que el fenómeno este explicado parcialmente, sin embargo, aún no es concluyente si el poco uso de anticonceptivos se le adjudica a los niños o niñas en esta población. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es describir de acuerdo con el sexo, las diferencias de identidad étnica, actitudes hacia el uso de anticonceptivos y conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas.

Método

Este estudio forma parte del macroproyecto titulado “modelo de intervención psicoeducativa para prevenir embarazos no planeados en adolescentes y jóvenes de comunidades Indígenas” el cual fue financiado por el Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT)

con subvención número SA1753-21. En este caso, se realizó un estudio descriptivo-comparativo de corte transversal en adolescentes de comunidades indígenas de ambos sexos de los estados de Oaxaca, Guerrero y zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México.

Participaron 240 adolescentes indígenas de ambos sexos entre 11 a 19 años, matriculados en secundarias y preparatorias, así como aquellos que no asisten a la escuela, pertenecientes a la región Mixteca de la Costa del estado de Oaxaca, región de la Montaña en Guerrero y zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. La muestra fue estimada con el software G*Power 3.1.9.7 para un análisis de diferencias entre dos medias independientes con tamaño de efecto de .047, con potencia estadística del 95 % y nivel de significancia de $p < .05$. Se incluyeron al estudio aquellos adolescentes que se autoidentificaran como indígenas y sexualmente activos. Se excluyeron aquellas adolescentes con sospecha de embarazo, casadas o que vivieran en unión libre, lo anterior debido a que este tipo de condiciones pueden modificar la conducta anticonceptiva.

Identidad étnica. Se utilizó la escala de Phinney y Ong (2007) que mide el grado de pertenencia al grupo étnico, la cual está compuesta por 17 ítems, con respuestas en escala Likert, que van desde (1) no me describe en absoluto hasta (4) me describe muy bien, mayores puntuaciones indican mayor grado de identidad étnica. En el presente estudio se reportó un Alfa de Cronbach aceptable ($\alpha = 0.74$).

Actitudes hacia el uso de anticonceptivos. Se empleó la escala de actitud anticonceptiva de Black (2011) la cual evalúa aquellas actitudes positivas o negativas hacia el uso de anticonceptivos, conformada por 32 ítems (17 afirmaciones positivas y 15 negativas) que refieren acuerdo o desacuerdo hacia el uso de anticonceptivos con respuestas en escala Likert que van de (1) muy en desacuerdo hasta (5) muy de acuerdo, bajos puntajes refieren mayores actitudes negativas hacia los anticonceptivos. Se encontró un Alfa de Cronbach aceptable ($\alpha = .84$).

Conducta anticonceptiva. Se empleó la escala de Ruey-Hsia et al. (2011), que mide la conducta anticonceptiva en dos dimensiones, la primera llamada uso de métodos de planificación familiar (UMPF) y la segunda prevención proactiva relacionada a la búsqueda activa de información anticonceptiva. La escala incluye cinco ítems en opciones de respuesta tipo Likert (de 1 = Nunca, hasta 4 = Siempre), altos valores corresponden

a una conducta anticonceptiva más favorable. En este estudio se reportó un Alfa de Cronbach aceptable ($\alpha = .78$). De forma paralela se empleó el ítem uso actual de métodos anticonceptivos con opciones de respuesta de sí y no.

El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Los datos se recolectaron por medio de instrumentos de lápiz y papel. Se seleccionaron a las poblaciones que son consideradas como indígenas o las comunidades en donde existiera la presencia de grupos étnicos, esto de acuerdo con el censo de población y vivienda realizado en México en el 2020 (INEGI, 2020).

En el caso de las instituciones educativas, se eligieron cuatro preparatorias, tres de las cuales se encuentran en Santa Catarina Mechoacán, San Andrés Huaxpaltepec y Santa María Huazolotitlán, Oaxaca, respectivamente, y una en Iliatenco, Guerrero. Además, se seleccionaron dos secundarias en San Juan Colorado y San Pedro Jicayán, Oaxaca, donde se acudió de manera personal para conversar con los directores y solicitar dos días, el primero de ellos para acudir a los salones de clases para realizar la invitación a participar en el estudio a todos los alumnos que se encontraran presentes y explicarles el objetivo del mismo.

A cada uno de los adolescentes se le informó que su participación era voluntaria y anónima, que su información sería de carácter privado y confidencial con la seguridad de no evidenciar a nadie de forma pública, que no se verían perjudicados con respecto a sus evaluaciones como estudiantes y con la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran. La población total de adolescentes escolarizados fue de 798, esto sin tener en cuenta los criterios de selección.

En el contexto comunitario, se acudió al Centro de Salud Rural (CSR) de Pinotepa de Don Luis, Oaxaca y CSR La Esperanza en Ciudad Benito Juárez, Nuevo León, donde se solicitó autorización y apoyo. Con ayuda del personal de enfermería adscrito, se identificó a la población objetivo y se invitaron a participar a aquellos adolescentes que cumplieran con los requisitos de elegibilidad. Se solicitó un área privada o consultorio para cuidar en todo momento la privacidad y confidencialidad en el llenado de los instrumentos. Por último, se agradeció la participación entregando un refrigerio a los adolescentes que concluyeron el llenado de los instru-

mentos. Se obtuvieron los consentimientos informados de los padres y el asentimiento informado de los adolescentes.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 23 utilizando estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de los participantes se calcularon frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. De igual forma se realizó la prueba U de Mann-Whitney para conocer las diferencias de acuerdo con el sexo. De forma complementaria, se empleó el estadístico V de Cramér para medir la forma de asociación del ítem categórico.

Resultados

De un total de 984 adolescentes, se incluyeron a la muestra final 240 adolescentes sexualmente activos de 12 a 19 años de los cuales, el 42.90 % ($f = 103$) correspondieron al sexo femenino, se iniciaron sexualmente entre los 9 y 18 años, y poco más del 50.80 % ($f = 122$) hablaba el Mixteco como lengua indígena (Tabla 1). La frecuencia del uso de anticonceptivos en el debut sexual fue de 64.60 % ($f = 155$) donde los más utilizados fueron el condón masculino (55.80 %, $f = 134$) y la anticoncepción de emergencia oral (8.30 %, $f = 20$), el 35 % ($f = 84$) de los participantes no utilizó ningún anticonceptivo en el inicio de su vida sexual. Por otra parte, el uso actual de métodos anticonceptivos fue de 72.90 % ($f = 175$).

Tabla 1. Frecuencias de los datos sociodemográficos.

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	137	57.10
Femenino	103	42.90
Adolescente hablante de lengua Indígena		
Mixteco	122	50.80
Tlapaneco	5	2.10
Zapoteco	1	.40
Ninguno	112	46.70

Nota: $n = 240$; f = frecuencia; % = porcentaje.

En la tabla 2 se muestra que la identidad étnica presentó una media de $M = 1.79$ ($DE = 0.38$), lo cual indica una identidad étnica entre poco y bien de los participantes. Referente a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos su media fue de $M = 3.51$ ($DE = 0.48$), de manera similar en el caso de las actitudes positivas la media fue de $M = 3.53$ ($DE = 0.71$) y en el caso de las actitudes negativas una media de $M = 3.49$ ($DE = 0.58$), lo cual indica una actitud entre indecisa y de acuerdo para la escala total y sus subescalas. Respecto a la conducta anticonceptiva la media fue de $M = 2.64$ ($DE = 0.82$) y para la dimensión UMPF la media fue de $M = 2.70$ ($DE = 0.97$) y la dimensión de prevención proactiva presentó una media de $M = 2.55$ ($DE = 0.87$), lo cual indica que a veces y muchas veces realizan conductas anticonceptivas.

Tabla 2. Descripción de las variables del estudio.

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Identidad étnica	1.79	0.38	0.76	2.88
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	3.51	0.48	2.22	4.91
Actitudes positivas	3.53	0.71	1.18	4.88
Actitudes negativas	3.49	0.58	1.53	4.93
Conducta anticonceptiva	2.64	0.82	1.00	4.00
UMPF	2.70	0.97	1.00	4.00
Prevención proactiva	2.55	0.87	1.00	4.00

Nota: $n = 240$; M = media; DE = desviación estándar; Min = mínimo; Max = máximo.

Se realizó el análisis de normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, en donde se observó que la significancia estadística resultó $p < .05$ en todos los casos. Por lo que ninguna de las variables principales presentó distribución normal. Para responder el objetivo del presente estudio se calculó la prueba U de Mann-Whitney. En la tabla 3 se muestra que en la identidad étnica ($Mdn = 1.88$, $p < .05$), las actitudes hacia el uso de anticonceptivos ($Mdn = 3.53$, $p < .05$) y en las actitudes negativas hacia el uso de anticonceptivos ($Mdn = 3.60$, $p < .05$) de acuerdo con el sexo, donde las mujeres obtuvieron medianas significativamente más altas en comparación con los hombres.

Tabla 3. Diferencias de las variables del estudio de acuerdo al sexo.

Variable	Hombres			Mujeres			U	p
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn		
Identidad étnica	1.73	0.36	1.70	1.87	0.39	1.88	5528.00	.004
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	3.45	0.44	3.40	3.59	0.52	3.53	5836.00	.022
Actitudes positivas	3.48	0.67	3.52	3.59	0.77	3.64	6129.50	.082
Actitudes negativas	3.42	0.59	3.33	3.59	0.55	3.60	5808.00	.019
Conducta anticonceptiva	2.61	0.81	2.60	2.66	0.83	2.80	6747.00	.561
UMPF	2.68	0.96	2.66	2.72	0.98	3.00	6936.50	.822
Prevención proactiva	2.51	0.88	2.50	2.59	0.87	2.50	6658.50	.449

Nota: n hombres = 137, n mujeres = 103; M = media; DE = desviación estándar; Mdn = mediana; U = U de Mann-Whitney; $p < .05$.

Adicionalmente, se contempló dentro del análisis la variable categórica uso actual de métodos anticonceptivos. Para describir el grado de asociación entre el sexo y uso actual de métodos anticonceptivos se realizó la prueba V de Cramér la cual presentó una asociación significativa y débil ($V = .154$, $p < .05$), por lo que ser hombre se relacionó mayormente con sí usar anticonceptivos en la actualidad (Tabla 4).

Tabla 4. Uso actual de métodos anticonceptivos de acuerdo con el sexo.

Variable	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Uso actual de métodos anticonceptivos				
Sí	108	78.80	67	65.00
No	29	21.20	36	35.00

Nota: n hombres = 137, n mujeres = 103; f = frecuencia; % = porcentaje.

Discusión

Se encontró que los participantes presentaron una identidad étnica entre poco y bien, esto significa que la mayoría de los adolescentes reflejaron entre poca y buena implicación en prácticas étnicas de acuerdo con la percepción de pertenencia a su grupo indígena. Esto es similar a lo obtenido por Benavides-Torres et al. (2023) y Homma et al. (2015), donde los participantes reflejaron cierto modo de importancia de pertenecer a su grupo étnico o niveles moderados de identidad étnica. Sin embargo, existen otros estudios que han encontrado niveles más altos de pertenencia étnica, como el realizado por Añapa (2021), en el cual los adolescentes evidenciaron altos niveles de identidad étnica, esto debido a que la mayoría de los participantes daban un valor significativo a que sus padres pertenecieran y se consideraran del mismo grupo étnico.

En cuanto a la actitud hacia el uso de anticonceptivos, se encontró una actitud entre indecisa y de acuerdo, es decir, la mayoría de los adolescentes se encontraban indecisos o de acuerdo con la actitud de usar anticonceptivos de corta o larga duración, estos resultados son similares a los reportados por Meneses-Tirado (2018) quien encontró una actitud neutra de los adolescentes hacia el uso del condón, aunque es diferente a Marcelo-Armas (2019), donde la mayoría de los participantes tuvieron una actitud inadecuada con respecto a los métodos anticonceptivos. Lo anterior refleja resultados poco concluyentes sobre qué tipo de actitudes hacia los anticonceptivos prevalecen en población indígena, lo cual puede deberse a la presencia de normas sociales, familiares y culturales que son determinadas por las comunidades (Aguirre-Pérez, 2018; Velázquez et al., 2017).

Para el caso de la conducta anticonceptiva, la mayoría de los participantes realizaban a veces o muchas veces un uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración. Esto concuerda con Benavides-Torres et al. (2023) en donde los adolescentes indígenas reflejaron practicar sexo seguro a través del uso del condón, sin embargo, difiere de Ramírez-Espinobarros (2021), quien reportó un bajo uso de anticonceptivos. Lo expuesto anteriormente puede explicarse al uso y acceso de los servicios de salud, ya que estas poblaciones al encontrarse en áreas rurales viajan más tiempo para llegar a su centro de salud donde pueden encontrar

anticonceptivos, así como a la calidad y cantidad de información sobre educación sexual que reciben los adolescentes en las escuelas, puesto que para la mayoría de ellos el contexto escolar puede ser la mayor fuente de conocimiento sobre anticoncepción (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020; Rodríguez-Cerda y Rocha-Valero, 2021).

El anticonceptivo más utilizado por los adolescentes indígenas incluidos en el estudio fue el condón masculino, lo cual es semejante a Ramírez-Espinobarros (2021), Rodríguez-Cerda y Rocha-Valero (2021), Sanjuan-Meza et al. (2019) y a Meneses-Tirado (2018), en donde la mayoría de los participantes de origen étnico, refirieron haber usado el preservativo a la hora de tener relaciones sexuales, lo anterior se debe a que es un método de planificación familiar de fácil acceso, con bajo costo o libre distribución y al tener escasos efectos secundarios (Hubert et al., 2020; Todd y Black, 2020).

Nuestros resultados refieren que las adolescentes mujeres presentaron mayor percepción de pertenencia a su grupo indígena en comparación a los hombres, lo cual es semejante a Ma et al. (2014) donde las mujeres reflejaron una orientación cultural a su grupo étnico más fuerte que los hombres. Esto puede justificarse a que la mujer indígena es quien se apropia en mayor medida de costumbres, idioma, creencias y tradiciones referentes a su etnia (Maldonado-Torres, 2015). Sin embargo, en la actualidad la identidad étnica y los valores culturales han ido desapareciendo debido a un contexto social cambiante determinado por la globalización, situación que resulta preocupante (Ávila-Quiroz et al., 2019; Masferrer-León, 2019).

Del mismo modo, se encontró que las mujeres adolescentes indígenas tuvieron mayores actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos en comparación que los hombres. Esto es similar a Ramírez-Espinobarros (2021), donde las participantes femeninas tuvieron una actitud anticonceptiva positiva hacia el uso de anticonceptivos. Una explicación a lo anterior es que las mujeres adolescentes indígenas pueden llegar a presentar mayor afinidad en tener actitudes positivas para la utilización de anticonceptivos, ya que tienen la creencia que estos métodos les ayudarán a prevenir un embarazo no deseado (Truong et al., 2020; Sanjuan-Meza et al., 2019).

En cuanto a mayores actitudes negativas en las adolescentes mujeres, los hallazgos del presente estudio concuerdan a los reportados por Buku-

luki et al. (2021), ya que refieren haber encontrado altas proporciones de actitudes negativas hacia los servicios anticonceptivos en adolescentes mujeres. Lo anterior puede describirse a que las actitudes negativas hacia los anticonceptivos pueden estar determinadas por normas socioculturales y de género tales como el machismo, ya que en algunas comunidades se tiene muy arraigada la actitud negativa de que las niñas no tienen derecho de acceder a anticonceptivos, puesto que están destinadas exclusivamente a la procreación (Nalukwago et al., 2019; Sedlander y Rimal, 2019; de Meyer et al., 2014). Situación que evidencia aún más la vulnerabilidad de la mujer adolescente indígena.

Finalmente, se encontró que ser hombre se asoció con sí usar anticonceptivos actualmente, esto significa que los adolescentes hombres indígenas usan mayormente anticonceptivos en la actualidad, lo cual es semejante a Menkes et al. (2019), donde los adolescentes indígenas varones han utilizado con mayor frecuencia anticonceptivos en los últimos seis meses, debido a que suelen ser sexualmente más activos que las mujeres (Bauzá et al., 2018; Gabster et al., 2019). En el contexto indígena, los hombres son los que toman la decisión final sobre el uso de anticonceptivos, mientras que las mujeres son las que sugieren el tipo de método a elegir (Truong et al., 2020). Lo anterior revela una falta de autonomía por parte de las mujeres indígenas para llevar a cabo una conducta anticonceptiva eficaz, la cual puede estar definida por la violencia verbal, psicológica, física y sexual (Nava-Navarro et al., 2019).

Conclusiones

Debido a la manera del llenado de los instrumentos, en este caso el auto-reporte, es posible que algunos participantes no hayan sido honestos en sus respuestas. Además, en la población estudiada existe la presencia e interacción de múltiples determinantes sociales de la salud como pobreza y bajo nivel educativo, este último pudo ocasionar que los adolescentes no comprendieran las preguntas de los cuestionarios, haciendo que las respuestas no hayan ido acorde al abordaje.

De igual forma, no se evaluó el uso de anticonceptivos a través del acceso a los servicios de salud, ya que se ha evidenciado que estas pobla-

ciones presentan brechas en cuanto a servicios en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual pudo haber ayudado a tener una explicación más amplia y detallada de la conducta anticonceptiva de los adolescentes indígenas.

Los adolescentes indígenas que participaron en el presente estudio se iniciaron sexualmente durante esta etapa de la vida. El condón masculino sigue siendo el anticonceptivo más utilizado en esta población. A pesar de que la mayoría de los participantes reportó una buena identidad étnica, mayores actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos y practicar una conducta anticonceptiva favorable, las adolescentes mujeres presentaron mayor identidad étnica y mayores actitudes positivas o negativas hacia el uso de anticonceptivos en comparación que los hombres. Así también, los adolescentes hombres tienden mayormente a usar anticonceptivos en la actualidad a diferencia de las mujeres.

Se recomienda profundizar en el conocimiento de las variables principales del estudio a través de futuras investigaciones con diseño correlacional o predictivo, con la intención de generar una mayor solidez y explicación de la conducta anticonceptiva en población indígena adolescente. Así mismo, considerar estudios desde el paradigma cualitativo con la finalidad de indagar en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de origen étnico. De igual manera, enriquecer el campo del conocimiento en esta misma temática desde la perspectiva de la antropología, sociología y psicología a fin de tener una realidad más integral del fenómeno de estudio.

Referencias

- Aguirre-Pérez, I. G. (2018). *Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero* (pp. 1–335). <https://www.inpi.gob.mx/2021/estudios/cdi-monografia-del-pueblo-amuzgo-de-oax-y-gro.pdf>
- Añapa, T. L. (2021). *Experiencias de aprendizaje de la identidad cultural Chachi* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2753/1/A%-c3%b1apa%20Tapuyo%20Lucrecia.pdf>
- Ávila-Quiroz, M. B., Pérez-León, M. I., y Nahmad-Sitton, S. (2019). Ñiviñuun, gente del pueblo. La autoidentificación de un poblado mixteco en la

- costa de Oaxaca. *Intersticios Sociales*, 18, 213–246. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000200213
- Bauzá, M. L., Esteva, M., Molina, J., Pereiró, I., Ingla, M. y March, S. (2018). Emergency contraception and risk habits in a university population. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1533547>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., y Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Benavides-Torres, R. A., Meneses-Tirado, M. de los A., Ramírez-Calderón, A. J., Onofre-Rodríguez, D. J. y Champion, J. D. (2023). Personal, interpersonal, and sociocultural factors of condom use in rural indigenous Nahuas adolescents in Mexico. *Children*, 10(6), 921. <https://doi.org/10.3390/children10060921>
- Black, K. J. (2011). Contraceptive Attitude Scale. In Routledge (Ed.), *Handbook of sexuality-related measures* (3th ed., p. 179). Taylor & Francis.
- Bukuluki, P., Kisaakye, P., Houinato, M., Ndieli, A., Letiyo, E. y Bazira, D. (2021). Social norms, attitudes and access to modern contraception for adolescent girls in six districts in Uganda. *BMC Health Services Research*, 21,1040. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07060-5>
- De la Vara-Salazar, E., Hubert, C., Saavedra-Avendaño, B., Suárez-López, L., Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hernández-Serrato, M., Schiavon, R. y Darney, B. G. (2020). Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 637–647. <https://doi.org/10.21149/11850>
- De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Zaborskis, A., Decat, P., Vega, B., Cordova, K., Temmerman, M., Degomme, O. y Michielsen, K. (2014). A cross-sectional study on attitudes toward gender equality, sexual behavior, positive sexual experiences, and communication about sex among sexually active and non-sexually active adolescents in Bolivia and Ecuador. *Global Health Action*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24089>
- Gabster, A., Pascale, J. M., Cislighi, B., Francis, S. C., Weiss, H. A., Martinez, A., Ortiz, A., Herrera, M., Herrera, G., Gantes, C., Quiel, Y.,

- Ríos, A., Campbell, E. y Mayaud, P. (2019). High Prevalence of Sexually Transmitted Infections, and High-Risk Sexual Behaviors among Indigenous Adolescents of the Comarca Ngäbe-Buglé, Panama. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(12), 780–787. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001070>
- Homma, Y., Wong, T. S., Zumbo, D. B. y Saewyc, M. E., (2015). Ethnic identity and sexual initiation among east asian youth in Canada. *Journal Immigrant Minority Health*, 17, 1580-1584. DOI: 10.1007/s10903-014-0101-0
- Hubert, C., Villalobos, A. y Suárez-López, L. (2020). Cambios en el calendario de uso de condón masculino en la primera y última relación sexual en distintas cohortes de mujeres. *Salud Pública de México*, 62(1), 105–113. <https://doi.org/10.21149/10418>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). *Resultados del censo 2020 de población y vivienda (Resumen ejecutivo)*. <https://censo2020.mx/>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2021). *Madres adolescentes*. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf
- Ma. M., Malcolm, L. R., Diaz, Albertini, K., Klinoff, V. A., Leeder, E., Barrientos, S. y Kibler, J. L. (2014). Latino cultural values as protective factors against sexual risks among adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1215–1225. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.012>
- Maldonado-Torres, O. (2015). *Las transformaciones en la identidad étnica y la organización familiar en las mujeres Mayo-Yoremes profesionistas de la comunidad de Jahuará II* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Sinaloa]. <https://fts.uas.edu.mx/wp-content/uploads/2020/07/OLIVA-MALDONADO-TORRES.pdf>
- Marcelo-Armas, M. L. (2019). *Efectividad de programa educativo aplicado al conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E. Milagros de Fátima Huanuco 2017* [Tesis de doctorado, Universidad de Huánuco]. <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2208/MARCELO%20ARMAS%20c%20Maricela%20Luz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Masferrer-León, C. V. (2019). Racismo y discriminación en contextos escolares de Oaxaca: mixtecos y afroamericanos. *Diario de Campo*,

- 2(5), 137-165. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/r_cnan,+DC5-web-139-167.pdf
- Meneses-Tirado, M. de los Á. (2018). *Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad Náhuatl las Lomas, Puebla* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/16371/>
- Meneses-Tirado, M. de los Á., Benavides-Torres, R. A., Meneses-Navarro, S., Doncel-de la Colina, J. A., Onofre-Rodríguez, D. J. y Báez-Hernández, F. J. (2018). *Uso del condón en adolescentes nahuas, un modelo explicativo. Hispanic Health Care International*, 20(10), 1-7. <https://doi.org/10.1177/1540415317750085>
- Menkes-Bancet, C., Jesús-Reyes, D. y Sosa-Sánchez, I. (2019). Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de Población*.100, 183-215. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2019.100.17>
- Molina-Gómez, A. M., Peña-Olivera, R. A., Díaz-Amores, C. E. y Antón-Soto, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), 218. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>
- Nalukwago, J., Crutzen, R., van den Borne, B., Bukuluki, P. M., Bufumbo, L., Burke, H. M., Field, S., Zikusooka, A., Fiedler, A. A. y Alaii, J. (2019). Gender norms associated with adolescent sexual behaviours in Uganda. *International Social Science Journal*, 69(231), 35–48. <https://doi.org/10.1111/issj.12203>
- Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J., Morales-Nieto, A., García-Madrid, G. y Flores-Arias, M. L. (2019). Factores que influyen en la conducta sexual en mujeres nahuas de Puebla, México. *Acta Universitaria*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2468>
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D. y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810–819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Phinney, J. S. y Ong, A. D. (2007). Conceptualization and measurement of ethnic identity: Current status and future directions. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 271-281. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.271>

- Ramírez-Espinobarros, Y. (2021). *Actitud y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes indígenas* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/22177/1/1080315256.pdf>
- Rodríguez-Cerda, J. y Rocha-Valero, M. A. (2021). Actitudes sobre sexualidad en adolescentes pertenecientes a comunidades indígenas y mestizas en situación de vulnerabilidad de escuelas secundarias en la zona metropolitana de Monterrey. *Realidades*, 2, 53-66. <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/123/128>
- Ruey-Hsia, W., Shu-Yuan, J. y Yung-Mei, Y. (2011). Psychometric testing of the Chinese version of the Contraceptive Behavior Scale: a preliminary study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1066–1072. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03785.x>
- Sanjuan-Meza, X. S., Padrón-Salas, A., Valle-Luna, P., Martínez-Granada, S., Ortega-Velázquez, A. y Cossío-Torres, P. (2019). Reproductive health education program for Mexican women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(5), 373-379. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1656187>
- Sedlander, E. y Rimal, R. N. (2019). Beyond Individual-Level Theorizing in Social Norms Research: How Collective Norms and Media Access Affect Adolescents' Use of Contraception. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), S31-S36. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.12.020>
- Todd, N. y Black, A. (2020). Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 12(20). 28-40. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.gale-nos.2019.2019.S0003>
- Truong, S., Villar de Onis, J., Lindley, A., Bazúa, R., Reyes, A., Montaña, M., Marcotrigiano, L. y Molina, R. L. (2020). Gender-Informed Family Planning Perceptions and Decision-Making in Rural Chiapas, Mexico: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/1929143>
- Velazquez, E., Corona, R., Easter, R., Barinas, J., Elshaer, L. y Halfond, R. W. (2017). Cultural values, mother–adolescent discussions about sex, and Latina/o adolescents' condom use attitudes and intentions. *Journal of Latina/o Psychology*, 5(3), 213–226. <https://doi.org/10.1037/lat0000075>

Capítulo 7

Percepciones de parteras mazatecas sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia en México

DCE. Berenice Juan-Martínez¹

LE. Guadalupe García-Cortés²

DCE. Antonieta de Jesús Banda-Pérez³

<https://doi.org/10.61728/AE24001786>



¹ Universidad del Papaloapan, Tuxtepec, Oaxaca; México. <https://orcid.org/0000-0002-2780-977X>, berenicehgt@gmail.com

² Hospital Rural IMSS Bienestar No. 43 Huautla de Jiménez, Oaxaca; México. <https://orcid.org/0000-0001-8093-4222>, gc138876@gmail.com

³ Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí; México. <https://orcid.org/0000-0001-9586-0641>, antonieta.banda@uaslp.mx

Resumen

Introducción: El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública. México ocupa el primer lugar, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años. Con respecto, al uso de métodos anticonceptivos, en 2014, más de la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, contrapuesto a las adolescentes indígenas, pues solo una de cada cinco los utilizó. *Objetivo.* Comprender las percepciones de parteras sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia en una comunidad mazateca en México. *Método.* Estudio cualitativo etnográfico, realizado en una comunidad indígena mazateca en el estado de Oaxaca. Se utilizó un muestreo teórico, las informantes fueron diez parteras, logrado por el criterio de saturación y redundancia de los datos. La colecta de datos fue a través de la observación participante y entrevista a profundidad, previo consentimiento informado, y se realizó análisis temático. *Resultados.* Emergieron dos temas culturales: Causas del embarazo en la adolescencia en la cosmovisión mazateca y prevención del embarazo en la adolescencia. *Conclusiones.* Las desigualdades estructurales como la falta de educación y el acceso limitado a los métodos anticonceptivos, además de la construcción social de los roles de género y la falta de comunicación en la familia, son factores que se asocian para configurar el embarazo en la adolescencia en contextos de vulnerabilidad social. Es necesario la construcción de políticas públicas que garanticen la sexualidad y salud reproductiva como un derecho para las adolescencias.

Palabras claves: Embarazo en adolescencia, investigación cualitativa, pueblos indígenas.

Introducción

El embarazo en la adolescencia (EA) es un problema de salud pública, por las consecuencias sanitarias, económicas y sociales que provoca (Organi-

zación Mundial de la Salud [OMS], 2020). Para América Latina y el caribe, el EA representa un gran desafío, ya que, a nivel mundial, de acuerdo con las estadísticas reportadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020), en estos países se registró la segunda tasa más alta de EA. Se estima que casi el 18 % de los nacimientos corresponden a madres menores de 20 años. Además de las cifras alarmantes, el EA representa un desafío social, político y económico para los países, ya que se asocia con mayor deserción escolar, limitando la inserción de la mujer en el mercado laboral formal.

En México, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI, 2023) en el 2021 ocurrieron 147 279 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, y en niñas menores de 15 años, 3 019. En cuanto a la tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA), esta se redujo en 16.7 % al descender de 72.4 a 60.3 nacimientos del 2015 al 2023 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2023). En el caso de Oaxaca, la TEFA en el 2020 era del 69.9, se considera un descenso en las últimas dos décadas, considerando que en el 2000 era del 76.8 (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2022). Además, se debe tomar en cuenta que en el estado existen varias comunidades hablantes de una lengua originaria.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, según datos del CONAPO en 2014, más de la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, contrapuesto a las adolescentes indígenas, pues solo una de cada cinco los utilizó. La razón más importante por la cual no los utilizaron es que no los conocían o no sabían dónde obtenerlos o como usarlos (CONAPO 2019). En referencia al conocimiento eficaz de al menos un método anticonceptivo, entre las mujeres que hablaban una lengua indígena, solo dos terceras partes sabían cómo utilizarlos (62 %), a diferencia de las mujeres que no hablan una lengua originaria, que casi alcanzan el 100 %.

En cuanto a los factores que se asocian al EA, se ha documentado que es un fenómeno multifactorial. En ese sentido, intervienen factores como: la falta de una educación adecuada sobre sexualidad, falta de comunicación parental, un bajo nivel educativo, el acceso limitado a los métodos anticonceptivos (Aracena-Genao, 2022, CONAPO, 2019, Flores-Valencia et al., 2017) y la construcción social de los roles de género (Herrera et al.,

2018). Estos aumentan el riesgo de que se presenten embarazos a edades tempranas.

Por otro lado, las maternidades tempranas adquieren diversos matices y significados heterogéneos desde las propias voces de las adolescentes que viven esas experiencias, pero existen otras perspectivas que pueden apoyar la comprensión de este fenómeno considerando las dimensiones simbólicas y culturales del comportamiento reproductivo (Climent, 2009b), sobre todo en contextos situados y particulares de los pueblos originarios.

El embarazo en la adolescencia continúa siendo un tema de relevancia en México, especialmente en comunidades indígenas como la mazateca, donde factores socioculturales, económicos y de acceso a la información y servicios de salud juegan un papel crucial en la percepción y prevención de este fenómeno. En este contexto, las parteras mazatecas, como figuras centrales en la atención maternal y reproductiva dentro de sus comunidades, poseen un conocimiento arraigado y una perspectiva única sobre las causas del embarazo en la adolescencia.

En México, existe un vacío sobre investigaciones que tomen en cuenta la perspectiva de parteras para analizar el EA, considerando que, en los pueblos originarios, ellas ejercen un rol fundamental en la atención del embarazo en este grupo de población. Además, las parteras tienen un amplio conocimiento sobre las situaciones que atraviesan las mujeres en edad reproductiva de sus comunidades (Consejo Estatal de Población [COESPO], 2022). Por lo tanto, es importante profundizar en las posibles causas del EA, desde los saberes ancestrales. En ese sentido, el objetivo del presente estudio fue comprender las percepciones de las parteras sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia de una comunidad mazateca en México.

Método

Se planteó una investigación cualitativa con diseño etnográfico (Streubert, 2011). La investigación cualitativa con enfoque etnográfico se presenta como un medio idóneo para explorar las percepciones de las parteras mazatecas respecto a las causas subyacentes del embarazo en la adolescencia. Este enfoque permite adentrarse en las complejidades de su cultura, tradiciones, sistemas de creencias y prácticas relacionadas con la sexualidad

y la reproducción. Además, se pretende identificar posibles estrategias de intervención que puedan ser diseñadas en colaboración con estas líderes comunitarias, para abordar de manera efectiva este desafío de salud pública en el contexto mazateco y, posiblemente, en otras comunidades indígenas de México.

Utilizamos el enfoque etnográfico que combinó la observación participante con entrevistas en profundidad con parteras mazatecas. Durante varios meses, vivimos en la comunidad, participamos en sus actividades diarias y establecimos relaciones con las parteras y otros miembros de la comunidad. Una de las investigadoras es originaria de la región, lo cual facilitó la entrada al contexto de las informantes.

La comunidad indígena mazateca está ubicada en el norte del estado de Oaxaca, México, en la región de la cañada, rodeada de exuberante vegetación y montañas imponentes. Las casas tradicionales de adobe se agrupan alrededor de una plaza central donde se llevan a cabo reuniones comunitarias y celebraciones. Las parteras mazatecas son figuras respetadas en la comunidad, conocidas por su sabiduría ancestral y su habilidad para brindar atención materna con compasión y cuidado. Son mujeres de todas las edades, algunas con décadas de experiencia en el campo, otras aprendiendo el oficio de sus ancestros.

Durante nuestro tiempo en la comunidad, observamos las prácticas de las parteras mazatecas mientras atendían partos, proporcionaban cuidados prenatales y postnatales, y compartían conocimientos con las mujeres embarazadas y sus familias. También participamos en ceremonias y rituales relacionados con la maternidad y el nacimiento. A través de nuestras conversaciones con las parteras mazatecas, emergieron diversas percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. Algunas parteras expresaron preocupación por el aumento de los embarazos adolescentes y destacaron la importancia de la educación sexual y reproductiva en la prevención. Otras enfatizaron la importancia de la familia y la comunidad en el apoyo a las jóvenes embarazadas.

Nuestra inmersión en la vida de las parteras mazatecas nos proporcionó una comprensión más profunda de su papel en la comunidad y de sus percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. Sus voces y experiencias son fundamentales para informar estrategias efectivas de salud materna y reproductiva en contextos indígenas como el de la comunidad mazateca.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se planificó cuidadosamente cada etapa del proceso. Esto incluyó la selección de las comunidades donde se realizó el estudio, la identificación de las parteras mazatecas a entrevistar, y la coordinación logística para el viaje y la estancia en la región. Se establecieron contactos con líderes comunitarios, organizaciones locales y personas de confianza que nos facilitaron el acceso a las parteras mazatecas y ayudaron en la coordinación de las entrevistas, ya que es importante construir relaciones de confianza y respeto con la comunidad local. Se documentó cuidadosamente todas las interacciones, observaciones y reflexiones durante el trabajo de campo.

Para el estudio, se utilizó un muestreo teórico. Participantes. En el estudio participaron diez informantes claves (parteras indígenas) de la comunidad, se priorizaron aquellas que fueron identificadas como líderes comunitarias que tuvieran una amplia experiencia en el campo de la atención materna y que hayan sido mencionadas en estudios previos como fuentes de conocimiento y sabiduría en su comunidad; asegurando la participación de parteras mazatecas con experiencia y conocimiento relevante sobre el tema; logrado por el criterio de saturación y redundancia de los datos, es decir, cuando las respuestas en las entrevistas se volvían repetitivas.

La colecta de datos se realizó a través de la observación participante, entrevistas en profundidad y análisis contextual. Esta investigación buscó comprender las percepciones de las parteras mazatecas en torno a las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia, desde una perspectiva culturalmente sensible y contextualizada.

Se aseguró obtener el consentimiento informado de las parteras mazatecas que participaron en el estudio y se les explicó claramente el propósito de la investigación, los procedimientos involucrados y los posibles riesgos y beneficios de participar, de acuerdo con los lineamientos del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (Diario oficial de la Federación [DOF], 2014). Los nombres reales de las parteras fueron sustituidos por ficticios, a fin de asegurar el anonimato.

Se realizaron entrevistas en profundidad con las parteras mazatecas seleccionadas. Se utilizaron preguntas abiertas para explorar sus percepciones, experiencias y conocimientos sobre las influencias que contribuyen al embarazo en la adolescencia en la comunidad mazateca. Se fomentó un

ambiente de confianza y apertura para que las parteras se sintieran cómodas compartiendo sus puntos de vista. Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio, previo consentimiento informado.

Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 90 minutos. Se realizaron de dos a tres entrevistas por partera. Las preguntas del guion fueron: ¿Qué significado tiene para ti el embarazo en adolescentes? ¿Por qué crees que se produce el embarazo en adolescentes? Para garantizar la credibilidad del estudio, a cada informante se le entregó la entrevista transcrita para que constataran la información, una vez validada, se procedió a realizar nuevas entrevistas utilizando preguntas de contrastes o para profundizar en los temas emergentes en las primeras entrevistas.

Las entrevistas se transcribieron de forma textual y se realizó lectura repetitiva, exhaustiva y crítica de las entrevistas. El análisis se realizó de forma artesanal y se clasificó la información obtenida en códigos, y categorías concentrando las ideas, conceptos o temas similares. Las categorías fueron validadas por una investigadora con experiencia en temáticas de embarazos en la adolescencia y en trabajos de investigación con diseño etnográfico en poblaciones indígenas.

Resultados

Características sociodemográficas de las informantes

Se entrevistaron a diez parteras originarias de la comunidad mazateca del municipio de Huautla de Jiménez, Oaxaca. En cuanto a la edad, se encontraban en un rango de 45 a 92 años de edad. Con respecto a la escolaridad, 7 de ellas no culminaron los estudios de nivel primaria. En cuanto a la religión, las 10 parteras profesaban la religión católica (Tabla 1). Las 10 parteras dominaban la lengua indígena mazateca y el castellano, por lo tanto, no fue necesario el uso de traductores.

Del análisis de las entrevistas realizada a las parteras mazatecas emergieron dos temas culturales: causas del embarazo en la adolescencia en la cosmovisión mazateca y prevención del embarazo en la adolescencia (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las parteras informantes.

Informante	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Años de ejercer la partería
Medusa	70	Viuda	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	34
Shia Sue	64	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	35
Anim	92	Viuda	Analfabeta	Ama de casa	Católica	38
Maya	64	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	38
Hel	70	Soltera	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	34
Alima	70	Viuda	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	40
Dalila	70	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	34
Amaia	61	Casada	Analfabeta	Ama de casa	Católica	34
Kyoshi	45	Casada	Analfabeta	Ama de casa	Católica	10
Sasha Deng	85	Viuda	Primaria incompleta	Ama de casa	Católica	34

Fuente: Elaboración propia, con base en las entrevistas realizadas a las parteras.

Nota: Los nombres fueron sustituidos unos por ficticios.

Tabla 2. Temas culturales emergentes.

Categoría	Subcategoría
Causas del embarazo en la adolescencia en la cosmovisión mazateca	• La permisividad en la educación y desobediencia a los padres • Falta de comunicación • Género y sexualidad • Desconocimiento sobre sexualidad y acceso limitado a los métodos anticonceptivos
Prevención del embarazo en la adolescencia	• Comunicación • Acceso a la educación

Nota: elaboración propia.

Con respecto al primer tema cultural “Causas del embarazo en la adolescencia en la cosmovisión mazateca”, las entrevistas revelaron que las parteras mazatecas perciben el embarazo en la adolescencia como resultado de una interacción compleja entre múltiples factores culturales, sociales y ambientales. Desde la cosmovisión mazateca, se identifican elementos como la falta de educación sexual integral dentro de la comunidad, la influencia de normas culturales que promueven la maternidad temprana, así como la pobreza y la limitada accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva. Además, se destacó la importancia de las relaciones familiares y comunitarias en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, lo que resalta la necesidad de abordar el tema desde un enfoque holístico que considere las dinámicas sociales y culturales específicas de la comunidad mazateca.

Así, desde sus saberes populares y ancestrales y creencias culturales, las informantes del estudio describieron las siguientes categorías que se asocian con el EA. Una de las principales influencias que ellas describieron fue *la permisividad en la educación y desobediencia a los padres*. Con respecto a esto, las informantes enfatizaron que, en sus tiempos, la educación de los

padres era más estricta y no eran tan permisivos con sus hijas, es decir no les permitían tener demasiada libertad como ahora en estos tiempos:

Porque sus papás ya no le dicen nada y todo le permiten ahora, luego nada más andan en la calle o en el parque con sus amigas, de dos hasta tres están ahí, y yo a veces digo ¿y sus papás no se preocupan por ellos? (Amaia, 61 años)

Por ejemplo, hay una chamaca [expresión que significa adolescente o mujer joven] necia que vive aquí arriba que ya hasta se alivió porque su mamá está enferma, pero es bien necia apoco no pensó en su mamá, o ¿dónde estaba su mamá?, ¿por qué no habló con ella? Y ahora dice que ya se va a volver a embarazar y su bebe apenas tiene como cuatro meses de que nació. (Hel, 70 años)

Asimismo, resaltaron la falta de respeto y desobediencia a sus padres:

Ya no respetan a su mamá y a su papá por eso está pasando eso de que se embarazan las adolescentes ya no obedecen a sus padres, ya no hacen caso... anteriormente cuando crecimos cuando se dio cuenta mi finado padre y mi mamá no nos dejaban libre nos encerraban en la casa sin poder salir porque ya se dio cuenta de que estábamos creciendo y ya no es lo mismo como ahorita es libremente el muchacho y la muchacha ya no se portan como antes. (Anim, 92 años)

La *falta de comunicación* fue otro de los aspectos identificados en sus narrativas. Destacaron que los padres [refiriéndose a papá y mamá], omiten la orientación sobre la prevención del embarazo a temprana edad, como se refleja en las siguientes voces.

En el caso de las muchachitas porque no piensan lo que hacen, porque luego, luego, les hacen caso a los hombres, o sea, a los muchachos y a la vez las dejan y nada más las engañan, y a la mejor no tienen, o sea, no tienen esta orientación con sus padres, o sea, con su familia pues con su mamá y su papá, pues las muchachas que hay ahora tienen la rienda suelta, o sea, no sabemos a qué hora llegan a su casa. (Alima, 70 años)

A veces es por falta de comunicación de los padres, que no les explican a sus hijos, pues de que cómo tienen que llevar su vida, cuando son jovencitas o son menores de edad y evitar que se llegue a un embarazo pues de temprana edad, o también cuando se ponen a platicar con los chicos y ya les llega su etapa o su menstruación por así decirlo y se meten con los

hombres es por eso que más fácilmente quedan embarazadas. (Maya, 64 años)

También sus papás no hablan con sus hijos y a lo mejor este ni le hablan sobre la menstruación y qué va a pasar cuando ya les llega su periodo y más si se acuestan con un hombre. (Dalila, 70 años)

Género y sexualidad. En las narrativas de las informantes se permea el significado de ser mujer, se les culpa a las adolescentes por creer en la palabra de los “hombres”, dejando toda la responsabilidad en ellas por no cuidarse, como se muestra en las siguientes voces:

Como dicen, también las mujeres tienen la culpa, porque nosotras como mujeres pues sí caemos, o si sabemos que sí, apenas ellas están estudiando. (Maya, 64 años)

Y más si ya tienen 12, 13, 15 años y ya les llega su menstruación no deben de meterse [expresión que significa tener relaciones sexuales] como quiera con los hombres, porque ya es más fácil que queden embarazadas y más si no cuidan su cuerpo y no usan ningún método van a quedar embarazadas. (Kyoshi, 45 años)

Porque como son mujercitas corren el riesgo de embarazarse más fácilmente, también porque los padres no platican con sus hijas o hijos no les dicen “¡No niña! No puedes tener hijos porque apenas están chica de edad”. (Shia Sue, 64 años)

O a lo mejor se embarazó porque la engañaron, que puede saber uno, si ellas no dicen qué fue lo que le pasó. (Sasha Deng, 85 años)

Porque es bien difícil que se embaracen así de chiquitas, luego pues las engañan y las dejan... pero hay que hablar mucho con ellas para que no hagan así para que terminen bien su escuela y terminen. (Dalila, 70 años)

Desconocimiento sobre sexualidad y acceso limitado a los métodos anticonceptivos. Las informantes consideraron también la falta de información sobre sexualidad en las escuelas y en el ámbito familiar y el acceso limitado a métodos anticonceptivos son factores que se asocian al EA. Reconocieron que las comunidades indígenas tienen menor acceso a los métodos anticonceptivos por la situación geográfica compleja que existe en la mayoría de los municipios del estado.

Las señoritas por estar en un lugar aislado de la sociedad, pues, desconocen de los métodos, eso es a causa de que los servicios de salud están muy retirados de la comunidad, por eso ellas no asisten a las clínicas a preguntar

si tienen alguna duda. (Hel, 70 años)

No conocen los riesgos que lleva tener un embarazo a temprana edad, tiene su esposo o su novio, más bien dicho, y como ya tienen novio por eso es de que salen embarazadas, se acuesta con el muchacho, por eso quedan embarazadas y no se protegen, porque luego en las escuelas no hay clases, los maestros no les dicen. (Hel, 70 años)

Asimismo, enfatizaron que, en estos tiempos, las juventudes ya no toman tan en serio el tema de la sexualidad, lo toman a la ligera o la curiosidad las lleva a tener relaciones sexuales sin protección. Además, que las adolescentes no conocen sus cuerpos y la falta de información oportuna las lleva a experimentar embarazos a temprana edad, como se muestra en los siguientes testimonios:

Ya no es lo mismo, como ahorita es libremente el muchacho y la muchacha ya no se portan como antes, ellos los jóvenes de ahorita lo toman a juego. (Anim, 92 años)

Las adolescentes desconocen de las cosas y... pasa en las comunidades. Las adolescentes no saben sobre tener relaciones sexuales con un hombre o el acceso a la información. La falta de información, yo aquí pienso que alguien les mostró como tener relaciones sexuales, y ellas por curiosidad quisieron experimentarlo, es por eso que sin pensarlo quedaron embarazadas, no conocen la vida y mucho menos el desarrollo humano, no saben sobre las consecuencias de la menstruación, es la falta de información. (Medusa, 70 años)

Por otra parte, cuando se les realizó la pregunta ¿Qué hacer para prevenir el EA en la cultura mazateca? Las parteras mazatecas también ofrecieron perspectivas sobre estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia, desde el marco cultural de su cosmovisión. Esto incluyó la importancia de fortalecer la educación sexual integral en la comunidad, incorporando valores culturales y tradicionales mazatecas. Sus respuestas dieron origen al segundo tema cultural “Prevención del embarazo en la adolescencia”. En la subcategoría *comunicación*, se resaltó la necesidad de promover el diálogo abierto sobre la sexualidad y la reproducción entre padres, madres, adolescentes y líderes comunitarios, así como el acceso equitativo a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva adaptados a las necesidades y creencias de la comunidad mazateca.

Hay que hablar con los jóvenes porque de 12 o 13 años ya se embarazan sin pensar en las consecuencias que esta puede causar, porque así pasa porque no hay comunicación con los padres ellos no hablan con sus hijos. (Dalila, 70 años)

Por último, las parteras añadieron otra forma de prevenir el EA es que las adolescentes mazatecas tengan acceso a la educación como se muestra en las siguientes voces:

Que es mejor que estudien, que piensen en grande, que todavía no piensen en mantener un bebé, si no tienen trabajo, mejor que se cuiden, que busquen orientación o ayuda en el hospital, eso le diría yo, si yo viera a una niña que va a hacer así, eso le diría. (Sasha Deng, 85 años)

Discusión

De las características de las parteras que participaron en el estudio, se destaca los años que tiene ejerciendo la partería, atendiendo a las mujeres embarazadas de su región. La mayoría eran mujeres adultas mayores, y con pocos años de instrucción escolar, no obstante, en sus narrativas, se permeó la experiencia y conocimiento que tienen para problematizar sobre las causas que configuran el EA en su entorno cultural. Las parteras problematizaron que la permisividad en la educación por parte de los padres es una de las causas del EA. Identificaron que en sus tiempos la educación que se recibía en casa era más rígida y con mayor supervisión. La literatura ha evidenciado que una mayor supervisión y apoyo social por parte de los padres en temas de sexualidad ayudaría a las adolescentes a tomar decisiones más acertadas en el ejercicio de su sexualidad (Ocaña et al., 2021).

También reconocieron que la falta de comunicación de los padres con sus hijas adolescentes es un factor condicionante del EA. Con respecto a esto, algunos autores han demostrado que la comunicación es un factor protector que disminuye las conductas de riesgo como el tener encuentros sexuales a edades tempranas y sin protección (Ocaña et al., 2021; Sánchez et al., 2018). Por otra parte, en este estudio se encontró que la falta de orientación sobre educación sexual es una de las principales causas del embarazo adolescente. Además, identificó que las consecuencias más

comunes de este fenómeno son enfermedades como la preeclampsia, la eclampsia y la anemia, las cuales afectan la condición física, emocional y económica de las adolescentes embarazadas. A partir de estos resultados, se concluye que la falta de educación sexual es un factor determinante en el embarazo en adolescentes (Alonzo-Macias et al., 2023).

En cuanto al género y sexualidad, se vio muy marcado el significado que las parteras otorgan al hecho de ser “mujer”. Destacaron que las adolescentes debían tener más cuidado con sus cuerpos. Se les culpa a las adolescentes por no cuidarse, deslindando la responsabilidad a los adolescentes hombres. Estos estereotipos de género naturalizan la idea que los hombres tienen derecho a disfrutar de la sexualidad y que deben ser sexualmente activos porque es apropiado para ese sexo, y las mujeres ligadas con mayor frecuencia al plano de la reproducción, generando desigualdades entre hombres y mujeres (Climent, 2009a).

Lo anterior, también se ha documentado en otros contextos de Latinoamérica, en el que la responsabilidad recae totalmente en las adolescentes, sin problematizar en el compromiso que tiene la familia para generar ambientes más abiertos y cálidos en temas de sexualidad y el estado (Tambaco, 2020) para generar políticas que incidan en la prevención del EA en este contexto en particular.

Las parteras mazatecas identificaron igualmente las desigualdades estructurales que se adhieren para conformar el EA. En el estudio se refleja la falta de información que tienen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos. Y es un tema pendiente en las políticas de estado ya que, desde hace más de una década, se viene reflejando la necesidad de establecer acciones y políticas públicas que incidan en la prevención del EA en contextos de vulnerabilidad como los pueblos originarios (CONAPO, 2019).

Por otro lado, es preciso considerar la sexualidad como un derecho de las adolescencias (Sánchez et al., 2013). Además, las poblaciones indígenas tienen menor acceso a la seguridad social y dependen de paquetes limitados de servicios de salud (Pelcastre-Villafuerte, 2020) y esto complejiza su acceso a los métodos anticonceptivos. Por último, las parteras también enfatizaron que la comunicación y educación son pilares fundamentales para la prevención del EA en su entorno cultural. Se ha demostrado que las poblaciones indígenas tienen menor acceso a la educación, sobre todo

las mujeres, en los datos presentados por CONAPO (2019), el 38.1 % de la población indígena femenina de 15 a 19 años, no asistió a la escuela por distintas razones, no obstante, se destaca la falta de escuelas cercanas a sus comunidades de origen.

El análisis de las entrevistas etnográficas con las parteras mazatecas revela la importancia de comprender y abordar el embarazo en la adolescencia desde una perspectiva culturalmente sensible y contextualizada. Las causas y las estrategias de prevención emergen no solo de factores individuales, sino también de dinámicas sociales, culturales y estructurales arraigadas en la cosmovisión mazateca. Este entendimiento enriquece la discusión sobre el embarazo adolescente y destaca la necesidad de colaborar con líderes comunitarios, como las parteras mazatecas, para diseñar intervenciones efectivas que respeten y se alineen con la cultura y los valores de la comunidad.

Conclusiones

Las parteras mazatecas identifican una serie de factores interrelacionados que contribuyen al embarazo en la adolescencia, incluyendo la falta de educación sexual adecuada, la presión social y familiar, la pobreza, la falta de acceso a métodos anticonceptivos y la influencia de normas culturales y tradiciones. Existe una profunda conexión entre las percepciones de las parteras mazatecas y las estructuras culturales y sociales de la comunidad mazateca. Las creencias y prácticas ancestrales relacionadas con la sexualidad y la reproducción influyen en cómo se percibe y se aborda el embarazo en la adolescencia.

Queda de manifiesto que las parteras mazatecas desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud reproductiva y materna dentro de sus comunidades, y sus percepciones deben ser tenidas en cuenta al diseñar intervenciones y políticas públicas dirigidas a prevenir el embarazo en la adolescencia. Se sugiere realizar más estudios en el estado, ya que aún son incipientes, considerando que algunas comunidades indígenas del estado se encuentran geográficamente en zonas marginadas. Por lo tanto, se complejiza el acceso a los métodos anticonceptivos y a la información oportuna en cuanto al disfrute de la sexualidad de las adolescencias desde una perspectiva de derechos humanos e interculturalidad.

Basado en los hallazgos de esta investigación, se pueden sugerir varias acciones para abordar el embarazo en la adolescencia en comunidades mazatecas y más ampliamente en México: Desarrollar programas de educación sexual integral que incluyan la participación de las parteras mazatecas y otros líderes comunitarios, con el fin de abordar las creencias y prácticas culturales que influyen en la percepción del embarazo en la adolescencia. Mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la disponibilidad de métodos anticonceptivos y la atención prenatal adecuada, especialmente en áreas rurales y comunidades indígenas como las mazatecas. Promover la participación comunitaria y el empoderamiento de las mujeres y adolescentes, a través de iniciativas que fomenten la toma de decisiones informadas sobre su salud y su cuerpo.

El presente estudio tiene sus propias limitaciones ya que solo considera las voces de las parteras, por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados. Sin embargo, es un estudio que aporta evidencia importante para desarrollar futuras intervenciones en la prevención del embarazo en adolescentes, considerando los saberes ancestrales de las parteras. La presencia de la investigadora en el campo y sus propias creencias y valores pudieron influir en la interpretación de los datos y en la forma en que se realizan las entrevistas, lo que podría sesgar los resultados de la investigación.

La interpretación de las percepciones y prácticas de las parteras mazatecas puede estar influenciada por la comprensión limitada de la investigadora sobre la cultura y la cosmovisión mazateca, lo que podría llevar a malentendidos o interpretaciones erróneas. Existe la posibilidad de que las percepciones de las parteras mazatecas sobre el embarazo en la adolescencia estén influenciadas por factores culturales o sociales comunes en su comunidad, lo que podría limitar la diversidad de opiniones y perspectivas representadas en el estudio. A pesar de los esfuerzos por mantener una postura neutral y respetuosa, la presencia del investigador puede influir en las respuestas de las parteras mazatecas durante las entrevistas y observaciones.

Referencias

- Alonzo-Macias, K. X., Parrales-García, E. J., Quimis-Choez, J. P., y Castro-Jalca, J. E. (2023). Causas y consecuencias de embarazo en adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(3), 4349-4361. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.4349-4361>
- Aracena-Genao, B., Leyva-Flores, R. y Gutiérrez-Reyes, J. P. (2022). Costo económico de atención de embarazos atribuibles a la falla de la política de prevención del embarazo adolescente en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00109721. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES109721>
- Climont, G. I. (2009a). Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(29), 236-275. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362009000100010&lng=es&tlng=es.
- Climont, G. I. (2009b). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista argentina de sociología*, 7(13), 186-213. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482009000200004&lng=es&tlng=es.
- Consejo Estatal de Población. (2022). *Población indígena y maternidad temprana*. Toluca, estado de México. <https://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/2021/folleto%20Poblaci%C3%B3n%20ind%C3%ADgena%20y%20maternidad%20temprana%2010%20enero%20COESPO%202022.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (26 de septiembre de 2023). *Desciende más del 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes*. <https://www.gob.mx/conapo/prensa/deciende-mas-del-16-por-ciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-septiembre-2023?idiom=es>
- Consejo Nacional de Población. (2019). *Necesidades de atención a la población adolescente indígena*. Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva Dirección de Estudios Sociodemográficos. https://www.amsa.org.mx/docs/poblacion_adolescente_indigena.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio*. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.mx/Estudios/Estudio_Exploratorio_Embarazo_Adolescente

- tps://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf
- De Jesús-Reyes, D. (2021). *La experiencia del embarazo adolescente en contextos de marginación y pobreza en México*. Universidad Autónoma de Nuevo León. https://www.researchgate.net/publication/360345867_La_experiencia_del_embarazo_adolescente_en_contextos_de_marginacion_y_pobreza_de_Mexico
- Diario oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., y Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de salud pública*, 19, 374-378. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*. <https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de>
- Herrera, C., Campero, L., Barrera, L., González, G., Atienzo, E. E. y Estrada, F. (2018). Decir a medias: límites percibidos por los adultos para involucrarse en la prevención del embarazo adolescente en México. *Nueva antropología*, 31(88), 134-154. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362018000100134&lng=es&tlng=es.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática. (21 de septiembre de 2023). *Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes*. <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8459>
- Laureano-Eugenio, J., Mejía-Mendoza, M. L., Ortiz-Villalobos, R. C., y Saavedra-Serrano, J. A. (2017). Perspectiva de las parteras en Jalisco, México, frente al embarazo de alto riesgo: estudio cualitativo. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 68(1), 49-61. <https://doi.org/10.18597/rcog.2980>
- Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Oaxaca. (diciembre 2020). *Plan de trabajo 2020-2022*. <https://doi.org/10.18597/rcog.2980>

- org/10.19230/jonnpr.2836
- Ocaña, J., García, G. A., Hernández, S., Cruz, O. y Pérez, C. E. (2021). Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México). *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 68-93. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.1.155.3>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud pública de México*, 62(6), 810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Palacios, G. (2019). ¿Queremos ser madres? Vivencias y signi?cados del embarazo en la adolescencia en una comunidad nativa de la Amazonía peruana. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 48(3). <https://doi.org/10.4000/bifea.10846>
- Sánchez, Y.A., Mendoza, L. A., Grisales, M.B., Ceballos, L.Y., Bustamante, J.C., Castañeda, E.M., Chaverra, L.A., y Acuña, M.E. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 269-281. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>
- Sánchez, Ó., Bermúdez, S., Hernández, K., y Reyes, A. (2018). Embarazo en adolescentes de las comunidades indígenas Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, de Guerrero, México. *Foro de estudios sobre Guerrero*, 5(1), 792-800.
- Streubert, H. (2011). Ethnography as Method. In H. Streubert y R. D. Carpenter. (Eds.), *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative* (pp. 167-194). Wolters Kluwer Health.
- Tambaco, K. (2020). La maternidad en una unidad educativa intercultural bilingüe de Quito. *Millcayac*, 7(12), 99-128. <https://www.redalyc.org/journal/5258/525866128017/525866128017>.

Capítulo 8

Creencias y costumbres sobre salud sexual y reproductiva en una mujer originaria de una comunidad indígena del Estado de Chiapas

Mtro. Andrés Cerón-Salazar¹

Mtra. Leidy Sofia Javier-Rivera²

Mtra. Yasmin Escalante-García³

<https://doi.org/10.61728/AE24001793>



¹ Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-1361-4920>, aceron@pampano.unacar.mx

² Universidad Autónoma del Carmen Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-2281-0771>, lavier@pampano.unacar.mx

³ Universidad Autónoma del Carmen Facultad de Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-1181-5382>, yescalante@pampano.unacar.mx

Resumen

Los pueblos originarios o indígenas son poblaciones presentes en todo el continente americano, localizados en áreas rurales, urbano-marginales y fronterizas. En México habitan 68 pueblos indígenas, cada uno hablante de una lengua originaria propia, que juntas reúnen 364 variantes, hay 16 933 283 indígenas, que representan el 15.1 % de la población total. El objetivo del presente estudio es establecer las creencias y costumbres sobre la salud sexual y reproductiva, en una mujer de una comunidad indígena del Estado de Chiapas, México. La investigación fue cualitativa, buscando los aspectos subjetivos y singulares de las perspectivas culturales y cómo estas orientan el comportamiento de la persona informante. Como instrumento de recolección de información se privilegiaron entrevistas en profundidad; participante seleccionada por conveniencia. El análisis de resultados se realizó en tres etapas: descriptiva, relacional y selectiva. El estudio se apegó a la Ley General de Salud en materia de investigación. Se obtuvieron dos categorías: Uniones tempranas, embarazos no planeados y lo externo no se incorpora como parte de la cultura. Se constató una fuerte relación entre los arraigos culturales con las costumbres y creencias al respecto de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, haciendo de ellos temas aún muy difíciles de ser abordados al interior de los pueblos originarios. La organización social, donde predomina aún posiciones marcadamente machistas dejan a las mujeres, en la mayoría de las veces, marginadas del acompañamiento legal, comunitario e incluso de su propia familia, acentuando así la dificultad de enfrentar la relación de pareja, la sexualidad y la maternidad.

Palabras claves: salud reproductiva, sexualidad, mujer, comunidad, indígena.

Introducción

Los pueblos originarios o también llamados como pueblos indígenas son poblaciones esparcidas a través de todo el continente americano, localizados en su mayoría en “áreas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso” (Acosta-Cárdenas y Díaz-Manchay, 2022, p. 298). Para estas comunidades la salud es una necesidad elemental para la interacción social, de lo contrario, cuando se habla de las consecuencias de la salud sexual corresponde a un acto inmoral para los miembros de la comunidad.

Por su parte, dentro de los organismos internacionales la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobó la estrategia para “el acceso universal a la salud y la cobertura universal a la salud que plantea que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad” (Almeida et al., 2018) dirigiendo su interés en la salud a toda la población sin discriminación alguna.

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece dentro de su normatividad el derecho a la salud sexual y reproductiva basándose en la igualdad de género y los derechos humanos, garantizando el acceso a toda la población mexicana, libres de discriminación, coacción y violencia (Brown et al., 2019).

De acuerdo con Hernández-Hernández (2023) menciona que la población indígena en México presenta discrepancias de género, que se encuentran vinculadas a factores culturales que repercuten en la accesibilidad a la salud sexual y reproductiva, por lo que las mujeres indígenas son más vulnerables a violencia sexual derivado del uso y costumbres para la toma de decisiones del cuidado de su salud, donde persiste los patrones culturales dominados por el hombre.

Socialmente en las comunidades indígenas, las mujeres aún viven en una desventaja social respecto al género masculino, ya que se muestran sumisas y dependencia hacia su pareja, lo que ocasiona desigualdades en el poder ante la toma de decisiones para escoger las relaciones de pareja y la libertad de sus relaciones sexuales, pues para esta población la sexualidad representa una afirmación de liderazgo y machismo, lo que contribuye el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (Juárez-Moreno et al., 2021, p. 3).

Al hablar de actitudes y comportamientos respecto de una salud sexual y reproductiva, los factores que condicionan en el género femenino son las barreras culturales y la limitación para hacer uso de los servicios de salud, donde son orientadas en el buen uso del método anticonceptivo y la planificación del número de hijos, esto derivado de la vulnerabilidad que enfrenta la mujer indígena en la cultura y tradiciones de su comunidad donde se desarrolla (Hernández-Hernández y Loreto-Pérez, 2023).

Otro aspecto importante que sobresale, y que se relaciona con las costumbres de los pueblos originarios, es el inicio de la vida sexual activa y reproductiva en mujeres indígenas a corta edad. Cuando las mujeres contraen matrimonio, incluso desde muy corta edad, aun siendo adolescentes, la familia recibe una dote que puede estar representada en compensación económica o en especie, animales y tierras por su “virginidad”. Esta tradición es aprobada por la comunidad, lo cual es manifestado por el respeto al esposo (Acosta-Cárdenas y Díaz-Manchay, 2022), perpetuando de esta forma la posición de sumisión de la mujer, no solo dentro de la relación de pareja, sino también por las costumbres validadas por la comunidad.

Según investigaciones de Mundo et al. (2021), México posee una gran riqueza cultural manifiesta en la diversidad de sus etnias, cuenta con pueblos indígenas en casi todo el territorio nacional. Al respecto los datos estadísticos señalan que en México habitan 68 pueblos indígenas, cada uno hablante de una lengua originaria propia, que juntas reúnen 364 variantes, hay 16 933 283 indígenas, que representan el 15.1 % de la población total.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022) la población total en hogares indígenas en 2020 fue de 11 800 247 lo que equivale a 9.4 % de la población total del país, los grupos de habla de lengua indígena están establecidos principalmente en el sur, oriente y sureste del territorio nacional: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla y Yucatán; son las entidades donde se concentran el 61.09 % de la población total de habla indígena. En el estado de Chiapas hay 1 459 648 personas mayores de tres años de edad que hablan alguna lengua indígena, las más habladas en esta entidad son: Tseltal (562 120), Tsotsil (531 662), Ch’ol (210 771) y Tojolabal (66 092) de cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena 12 no hablan español (INEGI, 2020).

En estudios realizados por Juárez-Moreno et al. (2021) se puede identificar que con relación a los roles de género en la población indígena son

muy marcados, dado que considera el espacio de los hombres es el espacio público y el de las mujeres el espacio privado. Con relación a la dinámica del hogar los hombres son considerados proveedores, no se acostumbra que se involucren en la crianza o en las labores domésticas. Otro aspecto que dentro de los resultados del estudio destaca, se refiere a: “En mi comunidad a la mujer se le ve como un objeto sexual. Me he dado cuenta porque mi abuelito tuvo varias parejas” (p. 5).

Se encuentran también estudios aplicados en el sur de México sobre las variables de salud sexual y reproductiva (Almanza-Fernández et al., 2021), dentro los resultados se destaca la falta de educación que reciben las mujeres por parte de sus progenitoras sobre la salud sexual, ya que es considerado un tabú, sienten vergüenza y limitación al hablar sobre estos temas. En otros estudios realizados en el mismo contexto manifiestan discriminación por parte de los profesionales de la salud que las atienden, siendo esta una de las razones por la cual prefieren asistir al médico tradicional para el parto y enfermedades de transmisión sexual, pero se carece del tema sexual (Priego-Hernández, 2017). Otro dato obtenido hace referencia a las creencias y las dinámicas de poder de género influyen en las decisiones y prácticas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas (Espinoza et al., 2014).

Las creencias y costumbres alrededor de la salud sexual y reproductiva en la comunidad indígena se contraponen al acceso de información brindada por profesionales de la salud, la cual está limitada por la misma lectura cultural que tienen al respecto de la sexualidad. Además, las mujeres no cuentan, dentro de su comunidad, con derechos que respalden sobre la elección de su sexualidad, su salud sexual y reproductiva, dando cuenta de ello los diferentes estudios e investigaciones, algunos de ellos mencionados en párrafos anteriores, los cuales identifican a las madres como las principales promotoras de la salud sexual de las hijas; sin embargo, es un tema poco explorado dada la limitación en la información que poseen y los tabús propios de la cultura.

La estadística de embarazos no deseados en la población adolescente a nivel nacional asciende en los últimos años de manera crítica, de acuerdo con datos estadístico del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) ocurrieron 147 279 embarazos en edad de 15 a 19 años, el

estado de Chiapas ocupa primer lugar con el 64.83 %. El embarazo adolescente vulnera los derechos sexuales, reproductivos, de salud, de educación, entre otros, de las mujeres y niñas. Sus consecuencias no solo limitan la posibilidad de una buena calidad de vida de las y los hijos, sino que repercuten en las personas adolescentes y en la comunidad (Espinoza et al., 2014).

En las comunidades originarias del estado de Chiapas, se ve arraigado el machismo, tradición que han pasado de generación en generación, caracterizada por la poca participación de la mujer en toma de decisiones sobre su salud, generando conductas arraigadas en relación con el conocimiento y el acceso a la información sobre temas sexuales. Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación es describir las creencias y costumbres sobre la salud sexual y reproductiva, en una mujer de una comunidad indígena del Estado de Chiapas, México. Los ejes orientadores en las entrevistas serán las creencias y costumbres, tal como se plantea en el objetivo.

Método

Se trata de una investigación cualitativa, este método posibilita la aproximación a la interpretación holística de un fenómeno que le es singular a una persona, un grupo o una comunidad (Ress, 2008). Para el caso de la presente investigación busca los aspectos subjetivos y singulares de las perspectivas culturales y cómo estas orientan el comportamiento de la persona informante. En tanto lo anterior, entonces, se determinó como diseño el relato de vida, pues se alinea adecuadamente con los ejes orientadores dispuestos en el objetivo. Sobre esta línea, Cornejo et al. (2008) definen el relato de vida como la peculiar manera de hacer una reconstrucción bajo una narrativa específica en un momento específico, de tal suerte que los relatos de vida sería siempre una construcción, donde se narran versiones de un momento histórico particular de la vida del narrador.

Como instrumento de recolección de información se privilegiaron entrevistas a profundidad, las cuales fueron grabadas. Se realizaron en dos momentos, con una duración total de 1 hora y 15 minutos. Se partió de la pregunta desencadenante: ¿Cuáles son las creencias y costumbres en

relación con la salud sexual y reproductiva en tu comunidad? La técnica de entrevista en profundidad, como indica Robles (2011), son encuentros reiterados, cara a cara donde el investigador y el o los informantes orientados a la comprensión de las perspectivas de los informantes respecto a sus vivencias, experiencias y situaciones sobre un objeto de estudio definido. Se realizó una invitación directa, se explicó el objetivo del estudio, posterior a su aceptación, se concertaron las entrevistas, las cuales se realizaron en un espacio que salvaguardara la privacidad. Dos de los investigadores responsables las realizaron.

La participante se seleccionó por conveniencia, se consideró la disponibilidad, la facilidad de palabra y principalmente su origen étnico. Se trata de una mujer de 24 años de una comunidad del Municipio del Salto de Agua, Chiapas, cuyo dialecto familiar paterno es el Chol, es soltera, estudiante que migró a una ciudad de otro estado por razones de estudios académicos. Su padre es de una comunidad original de Chiapas y su madre es originaria de una población urbana del estado de Campeche. Actualmente está inscrita en un programa de licenciatura en una universidad pública. Estas singularidades permitieron considerarla un elemento de la comunidad representativo y de vivencias valiosas; por cuestiones de confidencialidad de la entrevistada no se especifica la residencia en cuestión.

Las entrevistas se transcribieron y para el análisis de ellas se sigue la propuesta de Bogdam y Bicklen (Citado en Quintana, 2006) con tres etapas: descriptiva, relacional y selectiva. La primera etapa es de codificación descriptiva que busca un acercamiento a las categorías (descriptivas), lo que sirvió para reducir el número de unidades de análisis; la segunda etapa es de codificación relacional, se buscaron relaciones de las categorías descriptivas (iniciales) a fin generar categorías teóricas a las que se les denominan Axiales. La última etapa propuesta es de codificación selectiva, en la cual se depuraron las categorías no manifiestas en la triangulación, para este estudio la triangulación fue mediante la contrastación con el informante, dando origen a las categorías finales.

El estudio se apejó a lo establecido en la Ley General de Salud (2014), en materia de investigación para la salud y a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (SSA, 2012). La

participación fue voluntaria, se especificaron los objetivos de investigación, se garantizó el anonimato de la participante y de los datos obtenidos, se realizó un proceso dialógico para analizar los resultados; profesionales de la salud con experiencia para garantizar la integridad y la protección de la participante.

Resultados

Una vez terminado el proceso de transcripción y análisis de las entrevistas realizadas, tomando en cuenta los ejes orientadores, creencias y costumbre, planteados tanto en el objetivo como en la entrevista, emergen de ahí dos categorías: la primera denominada “Uniones tempranas, embarazos no planeados”; y la segunda, “Lo externo no se incorpora como parte de la cultura”. Será desde estas dos categorías que se organizan tanto los códigos de la entrevistada y decantarán las conclusiones. Las categorías resultantes son:

Categoría: Uniones tempranas, embarazos no planeados

La unión de jóvenes menores de 17 años no es exclusiva de esta comunidad, en México diferentes comunidades tienen esta práctica como parte de sus usos y costumbres. La categoría emerge por la relación que tiene, la falta de madurez física y psíquica para la maternidad o paternidad y en general para la salud de las y los jóvenes. En este sentido, la informante ubica acciones que inciden directamente sobre la salud sexual y reproductiva, pues los embarazos no planeados no son casos aislados en la comunidad, sino, una práctica común que tiende a verse normalizada.

Ya a los 13 o los 14 tienen a sus dos primeros hijos... Ya a la edad de 15, 18 años todos ya tienen su pareja... En su mayoría como que no quieren una responsabilidad de paternidad, así que solo se juntan por cierto tiempo de un año o meses y ya luego se separan cuando ya no quieren tener hijos... Veo casos de niñas que terminan de embarazarse, entonces hablarles de maternidad en muchas ocasiones se han puesto a llorar y sin saber qué hacer, entonces yo en mi caso pues no, no lo veo correcto y pues no está bien. (Mujer participante)

La consecuencia más evidente es el embarazo adolescente, que además puede ser de más de un hijo, la entrevistada hace énfasis en que la responsabilidad recae en las mujeres, pues quien se queda a cargo de los hijos son ellas. Esto conlleva repercusiones como: migración, trabajo temprano, violencia, abandono escolar, desamparo familiar, entre otras.

Los varones, a veces se emborrachan o a veces, pues, dirían, por ahí la calentura ya tienen relaciones sexuales a temprana edad, pero ya cuando llegan las cosas, lo más duro del embarazo, pues ya se van hasta otra comunidad o se van a trabajar a otra ciudad, y ahí dejan a veces a las muchachas embarazadas, terminando mal. (Mujer participante)

En relación con aspectos de violencia, la entrevistada destaca que es frecuente encontrarla en las uniones, tanto al interior de la pareja como por parte de la familia extensa, tomando acciones concretas que van desde los golpes físicos, pérdida de libertad y autonomía hasta las intromisiones en las decisiones que solo incumben a la pareja, como es la sexualidad, el embarazo, la maternidad o incluso la continuidad de la relación. Todas estas formas de violencia destacan el fuerte entramado social que se teje alrededor de las uniones tempranas, las cuales se perpetúan a modo de un ciclo sin fin, pues, tal como lo relata la entrevistada, no se presenta como casos aislados sino como una normalidad en su comunidad, realidad aceptada por los adultos y por los jóvenes de su comunidad.

Cuando la pareja rompe, pues antes de que rompan, de que terminen definitivamente este, llegan casos de violencia. Este, ya sea que el hombre o la familia maltrate a la muchacha. Ha habido casos en donde la muchacha fue encerrada, no la dejaban salir, ella era mamá, ya tenía como un año su bebé y pues no la dejaban salir. Hubo demanda, la cosa es que la muchacha aprovechó en una ocasión y se escapó. Ya fue que su mamá la fue a rescatar aquí a salto de agua, porque pues estaba escondida. La muchacha se fue a su otra comunidad y el muchacho pues como una vida normal, como si no fuera pasado nada... En la comunidad es muy complicado llegan hasta con machete o entre familias. (Mujer participante)

Como parte de las dinámicas familiares, es al interior donde se puede o no apoyar a las madres en el cuidado de los hijos. Esto pone de manifiesto la dificultad que queda, en la mayoría de los casos, del lado de la madre, pues

hacerse cargo del cuidado del hijo o los hijos, implica que se cancelen o en el mejor de los casos se pospongan otras actividades que pudieran promover el desarrollo individual de la adolescente.

Si el papá o la mamá no tienen esa costumbre de andar cuidando nietos, pues ya empiezan los problemas dentro de casa también, haciendo que la hija salga de casa, que se vaya a otra ciudad a trabajar llevándose a su bebé para salir adelante. Hay algunas familias que sí ayudan a sus hijos, pero hay otras que no. (Mujer participante)

Aunado a lo anterior, se puede establecer una conexión con el embarazo no planeado y el no uso de los distintos métodos que previenen el embarazo. La entrevistada ilustra que para los jóvenes de la comunidad no es ajena la información sobre las pastillas y preservativos, pero no se tienen ni incorporados ni tampoco se genera la necesidad de su uso.

Hay veces que, aun cargando, eh, por ejemplo, condones o pastillas hacen caso omiso de eso, lo tiran o no le toman importancia y ya cuando viene la situación de embarazo, pues no, no es mío. O, hacen como que si no fuera de aquella persona y pues... Hay algunas muchachas que sí se han tomado preservativos, han dado condones a sus parejas, pero pues en otras ocasiones mayormente no lo usan. (Mujer participante)

La entrevistada tiene una peculiaridad histórica, la cual atraviesa tanto la experiencia de la comunidad como la interpretación de las creencias y costumbres en las cuales ella está inserta, primero por la condición de sus padres, uno de su comunidad indígena y otro por fuera de ella, le permitió acercarse desde otra perspectiva reflexiva a temas como sexualidad, embarazo, uso de anticonceptivos y válida la aceptación de información de instancias externas a la comunidad, y segundo la decisión de continuar con estudios de nivel superior por fuera de su estado.

Mi mamá falleció, ya tiene tres años. Entonces, yo me tuve que venir Ciudad del Carmen a trabajar y estudiar, y pues ya en cuestión de pareja en estos momentos pues todavía no, porque tengo que trabajar y estudiar para sustentarme. (Mujer participante)

Otro aspecto que se destaca en la entrevista y que permite explorar las implicaciones inherentes a esta primera categoría, es una característica en

torno a los vínculos que se establecen, los cuales, al parecer, carecen de afectos profundos y acuerdos, en cambio, están asentados sobre la decisión de juntarse y validar el hecho de tener una vida sexual activa.

Pues allí en la comunidad... las parejas ahí no se casan mayormente, solamente se juntan... hay muchachos y adolescentes que solo buscan una relación o sexualidad de sexo y pues ya en muchas ocasiones a los 18 es que se empiezan a juntar. (Mujer participante)

Según los mismos dichos de la entrevistada se puede observar la relación entre la decisión de juntarse a edad temprana y el poco o precario cuidado por establecer una planificación familiar en torno a los embarazos, periodos intergenésicos y número de hijos. Esto resulta interesante, pues al interior de las comunidades no basta con el acceso a la información para mitigar la práctica sexual sin cuidado o modificar costumbres muy arraigadas en las formas particulares de hacer pareja y la maternidad-paternidad.

Categoría: Lo externo no se incorpora como parte de la cultura

A partir de lo expresado por la entrevistada, se puede caracterizar a la comunidad de donde proviene con costumbres muy arraigadas, poco flexibles y con gran reticencia para incorporar propuestas o información nueva, máxime cuando se trata de la salud sexual y reproductiva. Es la misma comunidad representada por sus padres, madres o maestros quienes desaprueban y motivan a minimizar o devaluar la información proveniente de actores distintos a los propios colonos. Es el caso, por ejemplo, de las pláticas de sexualidad impartidas por profesionistas del área de salud. Incluso, siendo ella misma quien puede relatar como parte activa de esas pláticas puede observar la distancia que ocurre como plática y lo que realmente ocurre en la comunidad.

Hay una doctora allá en la comunidad, llegan a dar pláticas a las escuelas o ahí mismo en la clínica, ponen la fecha o el horario para que los jóvenes, en general mujeres mayormente, igual varones, pero no asisten mucho, entonces se les dan las pláticas hasta los niños de primaria... Yo asistí una vez como a los 15 años, que fue mi última cita, porque pues ya de ahí este ya estaba en la escuela, en salto de agua y pues ya no podía ir a las citas a la clínica. (Mujer participante)

Antes se creía que no era bueno hablar de eso en la primaria, de hecho, decían los maestros y las madres de familia, decían que no, no era bueno hablar de ese tema, porque pues, qué íbamos a comprender nosotros como niños de primaria, que, por qué los maestros permitían ciertas pláticas, también llegaron otras mujeres de otros centros de salud, hablar de sexualidad. (Mujer participante)

Para el caso de la informante, es justamente la madre, como excepción, quien instruye y alienta para asistir a las pláticas y tomar en cuenta lo que ahí se confirma como educación sexual. No así con su padre, quien muestra un velo sobre el tema o un completo silencio.

Mi mamá, sí, ella nos hablaba mucho a los 14 o 15 años, nos decía que tuviéramos cuidado en eso de embarazarnos y que cuando llegara el momento de tener relaciones pues que usáramos protección. O que esperaríamos este, por ejemplo, eso de una edad avanzada por ahí de los 25, 26 años para no caer en embarazo. (Mujer participante)

Por ejemplo, mi papá, pues nunca nos habló de eso, solo era mi mamá. Otras madres de familia, sí se enojaban mucho, pero ya después con el paso del tiempo, pues ya les hablaba un poco a sus hijos sobre sexualidad. Que no se fueran por ahí a tener relaciones con cualquier persona, porque pues podrían enfermarse o tener contacto con el VIH. (Mujer participante)

Tal como se ve en sus dichos, la comunidad es refractaria a nuevas explicaciones e información al respecto de lo que implica la sexualidad. Esto manifiesta la poca importancia que representa para los jóvenes el uso de los dispositivos de control natal o cuidado de la salud sexual, minimizando así sus efectos e implicaciones. Las pláticas informativas brindan información, pero no establecen nuevas formas de pensamiento, se reciben, pero parecen no tener ningún impacto. Si bien los jóvenes pudieran tener un poco más de apertura, son los adultos quienes perpetúan posiciones rígidas, y de una u otra forma también perpetúan la ausencia de prácticas de cuidado en torno a la vida sexual y reproductiva.

Otro aspecto que la entrevistada muestra relacionada con la dificultad de poder incorporar algo diferente en la comunidad, es en relación con la normalización de ciertas costumbres que están en estrecha relación con la salud sexual y reproductiva, esto referido a lo que se normaliza en tanto y

cuanto la forma de validar la disparidad de las relaciones entre parejas que guardan una gran diferencia de edad y bajo condiciones donde la madurez física y psicológica distan aun de estar en un momento adecuado para enfrentar una unión de pareja o la maternidad, provocan consecuencias relacionadas con embarazos, violencia, uniones prematuras o uniones con claras disparidades, donde el arraigo de la costumbre en el estilo y consecuencias del juntarse siguen sin causar ningún tipo de asombro y por tanto ninguna sensible o profunda modificación.

Cuando la muchacha o la niña anda con una persona mayor que ella, pues ya los papás no le dicen nada, lo ven como algo normal, aunque para otras personas pues no está bien, y aun así los que son miembros de la clínica... Lo ven de una manera errónea, porque pues una niña de 13 años todavía no está lista como para tener una familia propia... yo creo que lo hacen por la economía de que las puedan mantener (su pareja). Además, ya lo ven normal, ya que mi hija se vaya y ya ni modo tú lo buscaste, así que yo no te voy a detener y si te llega a golpear o te llega a pasar algo, aquí ya no vienes, aquí ya no vives y pues ya que seas responsable de ti. (Mujer participante)

En este mismo sentido, sobre lo naturalizado y normalizado, existe también cierta forma de indiferencia o poco asombro sobre las enfermedades de transmisión sexual como VIH, por ejemplo, en donde si bien se pueden identificar, en lo que expone la informante, no establecen para la comunidad ningún tipo de acción que implique interrogación o cuestionamiento sobre las prácticas sexuales, aceptación de campañas informativas que impliquen los efectos de dichas enfermedades. Al respecto se ubica el siguiente código o discurso:

No, de hecho, este, asisten a la clínica de salud o al centro de salud que está en salto de agua, también llevándose un tratamiento. Se ha escuchado, de hecho, en una ocasión que una persona había fallecido de VIH, que no se lo detectó a cierto tiempo, lo vino a saber, pero ya estaba en su etapa muy avanzada. Entonces este aquella persona falleció y ya otros casos. Pues sí llevan su tratamiento, van a los médicos que están ahí y ya llevan su tratamiento y ya en este caso de parte de la familia, pues apoya a aquella persona dependiendo económicamente. (Mujer participante)

Discusión

En función con los resultados de la investigación y en consonancia con la primera categoría Uniones tempranas, embarazos no planeados la informante señaló “ya a los 13 o los 14 tienen a sus 2 primeros hijos... ya a la edad de 15, 18 años todos ya tienen su pareja”, además de visibilizar en la comunidad aspectos de la salud sexual y reproductiva manifestado a través de “veo casos de niñas que terminan de embarazarse, entonces hablarles de maternidad en muchas ocasiones se han puesto a llorar y sin saber qué hacer”. En este sentido, Pérez et al. (2021) señalan que los embarazos no planeados y en ocasiones el matrimonio forzado representa un tema de interés para salud pública. Esto derivado de las implicaciones en la salud y calidad de vida de las mujeres principalmente en los sectores poblacionales más vulnerables, como es el caso de las poblaciones indígenas y rurales. Además, se debe considerar la diversidad sociocultural donde se desarrollan los adolescentes y jóvenes, así como las circunstancias bajo las cuales se establece la unión, las actitudes y las respuestas que se presentan frente a la maternidad/paternidad a una edad temprana, lo que conlleva la complejidad del problema (Vázquez, et al., 2023).

En sintonía con lo anterior, emergió la responsabilidad que asume la mujer ante un embarazo durante la adolescencia a través de “ya cuando llegan las cosas, lo más duro del embarazo... ahí dejan a veces a las muchachas embarazadas”. Esto concuerda con lo manifestado por Franco-Alejandro et al. (2020) al señalar que el embarazo adolescente pudiera estar ligado a los aspectos de pobreza, donde las mujeres frecuentemente se dedican a las labores del hogar y son vistas como las encargadas de la educación y formación de los hijos, por el contrario, los hombres se conciben como las personas encargadas de generar ingreso y poder tener más libertad que las mujeres.

La experiencia del embarazo adolescente, en ocasiones, pudiera asociarse a la presencia de violencia en sus diversas formas, evidenciado por la entrevistada “cuando la pareja rompe, pues antes de que rompan, de que terminen definitivamente este, llegan casos de violencia... ya sea que el hombre o la familia maltrate a la muchacha, ha habido casos en donde la muchacha fue encerrada”. Ante este contexto el Fondo de Población de

las Naciones Unidas (UNICEF, 2018) y Consejo Estatal de Población en México (COESPO, 2022) señalan que la cultura en la población indígena define en la mayoría de los casos que el destino de la mujer es el matrimonio, contar con un hogar y conformar una familia, limitando así, la toma de decisiones sobre su persona y la reproducción, lo que conlleva a la experimentación de situaciones como enfermedades de transmisión sexual, prohibición en el uso de métodos anticonceptivo, embarazos de alto riesgo y violencia, poniendo en riesgo el adecuado crecimiento y desarrollo social de las mujeres.

Bajo esta misma línea se relata que las mujeres indígenas cuentan con información sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero no le toman importancia para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de ellas mismas y mucho menos su pareja, manifestado por la entrevistada "... condones o pastillas hacen caso omiso de eso, lo tiran o no le toman importancia... han dado condones a sus parejas, pero pues en otras ocasiones mayormente no lo usan...".

Estos datos concuerdan con lo reportado por Punina y Calero (2024) en una investigación realizada en una población de la Sierra Ecuatoria, donde la población tiene un conocimiento general sobre métodos anticonceptivos, pero que en ocasiones se ve limitado por las ideologías y la oposición de la pareja (hombre). Aunado a lo anterior es importante analizar que, al momento de abordar el tema de planificación familiar se deben tomar en cuenta las creencias y concepciones que tienen las mujeres ligado a los aspectos culturales, donde se concibe la idea que deben tener los hijos que Dios mande y pedir la autorización a la pareja (Betancourt-Constante et al., 2020).

Al respecto de la segunda categoría *Lo externo no se incorpora como parte de la cultura*, se menciona la importancia de contar con profesionales capacitados que brinden orientación sobre la salud sexual y reproductiva en la población indígena, ya que por las características culturales de comunidades donde las costumbres están profundamente arraigadas y poco flexibles, impiden o limitan un cambio en la estructura social. En este orden de ideas la entrevistada relata "hay una doctora allá en la comunidad, llegan a dar pláticas a las escuelas o ahí mismo en la clínica, ponen la fecha o el horario para que los jóvenes en general mujeres, mayormente, igual varones, pero no asisten mucho".

Estas afirmaciones concuerdan con Pontes et al., (2018) al mencionar que la atención de la salud en población indígena es crucial y fundamental para un avance social, donde su saber es transformado por medio del empoderamiento para la mejora de su salud y el fomento de acciones de autocuidado. Ante ello, resulta imprescindible que las mujeres indígenas puedan ejercer sus derechos evidenciado a través de cuántos y cuándo tener hijos, que dispongan de información y hagan uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con sus preferencias culturales de una forma segura y efectiva (Aguilar-Choque y Ocampo-Eyzaguirre, 2022).

Así también resulta interesante que la madre desempeña un papel fundamental en el fomento de acciones de autocuidado, principalmente en la educación sexual de los hijos, lo que se ve reflejado en el siguiente relato “Mi mamá... nos decía que tuviéramos cuidado en eso de embarazarnos y que cuando llegara el momento de tener relaciones pues que usáramos protección”. En contraparte, el padre se involucra de manera escasa o nula en el otorgamiento de información sobre temas de salud sexual y reproductiva a los hijos, delegando la responsabilidad en la mujer “Por ejemplo, mi papá, pues nunca nos habló de eso, solo era mi mamá”.

Estos datos concuerdan con Arenas et al. (2019) al puntualizar que es responsabilidad de la mujer hablar sobre temas de sexualidad con los hijos, ya que se sienten más seguros y en confianza en comparación con los padres. Ya que las madres utilizan las preguntas que sus hijos realizan para abordar temas que resultan complejos o difíciles de tratar, además de poder realizar un abordaje de los tabúes con los cuales fueron criados. No obstante, es preciso mencionar que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es responsabilidad de los padres, los cuales deben fortalecer una comunicación asertiva con sus hijos, lo que se traduce en conductas sexuales seguras, retraso en el inicio de vida sexual activa, así como el uso de métodos anticonceptivos que se traducen en la disminución de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual (González, et al., 2018).

Conclusiones

Como se mostró a lo largo de la investigación, existe una estrecha relación en los arraigos culturales aun presentes en los pueblos originarios que hacen de la lectura de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva un tema aún muy difícil de ser abordado. Las posiciones tanto machistas como el poco acompañamiento de procesos de legalidad otorgan pocos espacios para las mujeres a la hora de encontrarse frente a la relación de pareja, la sexualidad y maternidad.

Para el caso de la informante, es notorio el efecto que en ella representó tener una madre que fuera externa a su cultura de origen, pues permitió contrastar las características que rodearon por mucho tiempo a la entrevistada, básicamente desde su nacimiento hasta la salida a la formación universitaria. Las madres entonces pueden ser la gran diferencia en la comprensión que se dé sobre la sexualidad, así como el perpetuar la rigidez y poca flexibilidad de las costumbres arraigadas en la cultura.

Se puede concluir entonces que las características que rodean a las creencias y costumbre sobre la salud sexual y reproductiva de una mujer de comunidad indígena están atravesadas principalmente por la temprana inserción a unas relaciones de pareja que dejan como consecuencia, en el mayor de los casos, embarazos no planeados y con ello las implicaciones que conllevan, pues al ser maduras en tanto y tanto sus cuerpos pueden ser capaces de concebir, no necesariamente se tienen la capacidad para asumir la maternidad, máxime cuando aún estas en medio de un proceso como es la adolescencia. Por otra parte, siendo esta otra de las características encontradas, lo refractario que puede ser la cultura en tanto no se logra incorporar lo externo a la cultura, esto referido a nuevas formas de abordar tanto la salud sexual como reproductiva.

Es importante desarrollar más investigaciones sobre el papel que tiene el ser mujer al interior de las comunidades de pueblos originarios, no solo como parte de la conformación cultural propia de cada territorio nacional, sino también, el poder recuperar otros acervos culturales que solo pueden ser transmitidos dentro de la cultura. Esto no implica que la mujer siempre tenga que estar sometida a la condición de un varón, pero si es menester mantener un profundo respeto por los principios y valores que cada

comunidad tiene, de tal manera que al investigar no se esté intentando manipular un cambio que la misma cultura no está aún en capacidad para incorporar.

Los distintos estudios, con diferentes metodologías y abordajes, sobre todo los de índole cualitativos permitirán privilegiar una lectura de la cultura, capturando sus distintos matices idiosincráticos. No resulta fácil poder tener informantes capaces de mostrar con detalle los aspectos culturales, por ello fue una gran ventaja que para el presente estudio la informante fuese una mujer influida con otra forma de mirar la sexualidad en general, pero sin hacerle perder su propia experiencia como integrante de la comunidad.

Otro aspecto que pudiera ser limitante es el acceso al idioma propio de cada comunidad, si es que se quiere hacer investigación directamente en la comunidad, lo cual implicaría un verdadero reto. Por último, la rigidez en las costumbres de los pueblos originarios puede recrudecer algunos tabús, sobre todo alrededor de la sexualidad, la vida en pareja, la masculinidad, la maternidad/paternidad y la enseñanza de nuevas formas de pensar la sexualidad.

Referencias

- Acosta-Cárdenas, M. A. y Díaz-Manchay, R. J. (2022). Prácticas de cuidado cultural de la salud en los pueblos originarios. *ACC CIETNA Para el cuidado de la Salud*, 9(1), 297-308. doi: <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.756>
- Aguilar-Choque, E. F. y Ocampo-Eyzaguirre, D. (2022). Conocimientos, percepciones y prácticas de la planificación familiar en mujeres indígenas de la Comunidad de Cala Cala, Ayllu Puraca Región del Norte de Potosí, Bolivia. *Revista Ciencia & Sociedad*, 2(1), 18-36.
- Almanza-Fernández, D. S., Benítez-Velandia, M. P. y Sánchez-Pérez, L. A. (2021). *Creencias y prácticas en salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Sikuani migrantes al resguardo el Paujil, Guainía, Colombia*. [Tesis de Licenciatura]. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. y Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración

- de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6. doi: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.104>
- Arenas, F., Fernández, M., Martínez, M., Mora, K. y Albornoz, N. (2019). Conocimiento, práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* [Internet], 38(1).
- Betancourt-Constante, M. V., Moya-Vásquez, D. R. y Zavala-Calahorra, A. (2020). Prácticas Ancestrales de Planificación Familiar en el Ecuador: Mitos y Realidades. *Domino de las Ciencias*, 6(4), 3-20.
- Brown, R., Kismödi, E., Khosla, R., Malla, S., Asuagbor, L., Andiön-Ibanez, X. y Gruskin, S. (2019). A sexual and reproductive health and rights journey: from Cairo to the present. *Sexual and Reproductive Health Matters*. *Taylor & Francis*., 27(1). doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1676543>
- Cornejo, M., Mendoza, F., Rojas, R., (2008) La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *Psyke*, 17(1), 29-39. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Espinoza, R., Martínez, I., Levin, M., Rodríguez, A., Chan, T., Goldenberg, S. y Zúñiga, M. (2014). Cultural perceptions and negotiations surrounding sexual and reproductive health among migrant and non-migrant indigenous mexican women from Yucatán, Mexico. *Immigrant Minority Health*, 16(3), 356-64. doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9904-7>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). HOJA INFORMATIVA *Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/resources/salud-y-mortalidad-materna-de-las-mujeres-indigenas>
- Franco-Alejandro, D., Urcid, V.S., Román, A. E. y Gutiérrez, R.M. (2020). Contexto familiar y socioeconómico de madres adolescentes indígenas de siete localidades del municipio de Temoaya, Estado de México. *CO-FACTOR*, 9(18), 1-18.
- González, M. J. R., Aguirre, A. Á., Baltazar, M. I. H., Reséndiz, M. D. J. R. y González, M. M. M. (2018). La familia en el cuidado a la salud sexual de los adolescentes. *EPISTEMUS*, 12(25), 58-63.
- Hernández-Hernández, A. Y. y Loreto-Pérez, B. L. (2023). La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de Salud Sexual y Reproductiva

- de las mujeres indígenas de Huitzotlaco. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 11(21), 17-27. Obtenido de <https://doi.org/10.29057/esh.v11i21>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (09 de 08 de 2020). Disponible en: *Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas*: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=5910>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (08 de agosto de 2022). Disponible en: *Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas*: <https://inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=7519>
- Juárez-Moreno, M., López-Pérez, O., Raesfeld, L. J. y Durán-González, R. E. (2021). sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saude Sociedade*, 30(2), 1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200399>
- Mundo, E. L., Berger, D. N., Bulanin, N., García-Alix, L., Jensen, M. y W., Thorsell, S. (2021). *El Mundo Indígena*, 35° edición. Imprenta Imago Mundi Ltda., Bolivia.
- Pérez, J. L., Beutelspacher, A. N., Méndez, R. M. y López, D. K. R. (2021). Matrimonio forzado y embarazo adolescente en indígenas en Amatenango del Valle, Chiapas. Una mirada desde las relaciones de género y el cambio reproductivo. *Papeles de población*, 26(106), 35-73.
- Pontes, A. L., Rego, S. y Garnelo, L. (2018). La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos*, (58), 84-103.
- Priego-Hernández, J. (2017). Sexual health in transition: A social representations study with indigenous mexican young women. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 661-73. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105315611954>
- Presidencia de la Republica. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Punina, L., & Calero, W. M. (2024). Uso de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena de la sierra ecuatoriana. *Revista InveCom/ISSN en línea*: 2739-0063, 4(2), 1-16.

- Quintana-Peña, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En: Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.
- Robles, B. (2001) La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>
- Rees, D. K. (2008). Considerações sobre a pesquisa qualitativa. *Signótica*, 20(2), 253-274. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6323086>
- Secretaría de Salud. (2013) Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Vázquez-Solís, E. V., Beutelspacher, A. N., Ramírez, D. K., Izaba, B. S. y Lugo, E. I. E. (2023). Desigualdad de género y paternidad adolescente en dos comunidades indígenas de Chiapas, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(1), 4.

Capítulo 9

Violencia obstétrica en mujeres indígenas: Una revisión integradora

Dra. Lucía Caudillo Ortega¹

Dra. María Aurora Montañez Frausto²

ME. Ma. Elvira Moreno Pulido³

<https://doi.org/10.61728/AE24001809>



¹ Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y Obstetricia. <https://orcid.org/0000-0001-6211-9363>, lucia.caudillo@ugto.mx.

² Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y obstetricia. <https://orcid.org/0000-0003-4683-0942>, ma.montanez.frausto@ugto.mx.

³ Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y obstetricia. <https://orcid.org/0000-0002-5462-8755>, elvira.moreno@ugto.mx.

Resumen

La violencia obstétrica es un problema de salud que impacta negativamente a las mujeres en el mundo, con consecuencias devastadoras para las víctimas, el objetivo de la revisión fue identificar la evidencia disponible sobre la violencia obstétrica que enfrentan las mujeres indígenas y determinar los diferentes tipos de violencia obstétrica que experimentan. La revisión se realizó entre septiembre y diciembre de 2023, abarcando estudios en inglés, portugués y español. Siguiendo los lineamientos de la guía PRISMA. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, SCOPUS, Ebsco-Host y LILACS. Se incluyeron estudios originales publicados desde 2007 y estudios cualitativos que examinaran la experiencia de mujeres indígenas en Latinoamérica. La pregunta de investigación se formuló siguiendo el marco Paciente, Concepto y Contexto. La calidad de los estudios se evaluó según los criterios de la guía CASPe para estudios cualitativos. De los 26 estudios identificados, siete cumplieron con los criterios de inclusión después del cribado y revisión. Los estudios seleccionados se realizaron en México y Colombia, los participantes iban desde casos únicos hasta grupos de 57. Las manifestaciones más frecuentes de violencia obstétrica incluyeron violencia verbal, anticoncepción forzada, discriminación hacia las prácticas culturales y medicalización excesiva de los procedimientos. Se concluyó que las mujeres indígenas son especialmente vulnerables a la violencia obstétrica y que en muchos casos no se identifican ni registran. Se destaca la necesidad de implementar programas que garanticen el pleno derecho a la salud sexual y una vida libre de violencia para todas las mujeres independientemente del contexto.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Mujeres, Indígenas, Cualitativo.

Introducción

La violencia obstétrica constituye una problemática de salud pública de gran relevancia debido a su elevada tasa de prevalencia en la atención materna. Diversos estudios han documentado que las mujeres suelen enfrentar situaciones de maltrato, falta de respeto, abuso físico, atención negligente, abuso verbal y procedimientos médicos no consentidos (Edward y Kibanda, 2023; Perera et al., 2022). Es importante destacar que la violencia obstétrica representa una clara violación a los derechos humanos, a la dignidad de las mujeres, constituye un acto discriminatorio y perpetúa un cuidado deshumanizado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Este tipo de violencia incluye prácticas, actitudes y comportamientos considerados violentos, ya sea por acción u omisión, llevados a cabo por profesionales de la salud como médicos, enfermeras y trabajadores sociales, hacia las mujeres durante el embarazo, parto o periodo posparto.

Estas conductas pueden manifestarse en diversos ámbitos de la atención sanitaria, tanto en instituciones públicas como privadas, y pueden desencadenar una serie de consecuencias adversas, que abarcan aspectos físicos, psicológicos, financieros, económicos, e incluso pueden resultar en fatalidades (Blondin, 2019). Es importante señalar que las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica suelen tener dificultades para identificarla, dado que esta puede ser percibida como prácticas rutinarias de la atención médica (Jojoa-Tobar et al., 2019). Asimismo, los profesionales de la salud pueden tener dificultad para reconocerla (Llobera et al., 2019).

Las mujeres indígenas son un grupo de alto riesgo de ser víctimas de violencia obstétrica por las condiciones socioculturales, dado que, a lo largo de la historia, las mujeres de comunidades indígenas han experimentado de manera constante discriminación y violencia, las cuales se agravan debido al género y la falta de habilidades en el español. Estos factores han resultado en una mayor incidencia de pobreza y violencia entre estas mujeres, así como en un acceso restringido a los servicios sociales y de salud (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

En América Latina y el Caribe, se contabilizan aproximadamente 800 comunidades indígenas, donde habitan alrededor de 55 millones de personas, lo que equivale aproximadamente al 8.5 % de la población total

(ONU, 2022). Dentro de este grupo, las mujeres indígenas representan 26.5 millones en la región latinoamericana, las cuales enfrentan condiciones de pobreza debido a la escasez de oportunidades en educación y empleo, lo que resulta en ingresos económicos limitados y dificulta su acceso a servicios de salud, ya que gran parte de sus recursos se destinan a cubrir necesidades básicas y alimentación. Adicionalmente, la falta de educación sexual, la presencia de tabúes y la comunicación deficiente sobre la sexualidad entre parejas en las comunidades indígenas conducen a embarazos frecuentes y espacios intergenésicos reducidos. Las tasas de fertilidad en mujeres indígenas en América Latina oscilan entre 2.4 y 5.1 hijos, cifra significativamente superior a la de las mujeres no indígenas (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2013).

En América Latina, el reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido escasa y solo algunos países han establecido un marco jurídico para abordar, tipificar y sancionar esta problemática, entre los cuales se destacan Argentina, Venezuela y México (Castro, 2019), así como Ecuador y Uruguay (Sesia, 2020). En otros países no existe legislación que reconozca la violencia obstétrica, lo que conlleva a la invisibilización en la sociedad y las instituciones de salud, dejando en un estado de vulnerabilidad a las mujeres, principalmente aquellas que históricamente han sido marginadas por razones culturales y sociales como son las mujeres indígenas (Jojoa-Tobar et al., 2019). Esta compleja situación se refleja en los altos índices procedimientos que se consideran violencia obstétrica como las cesáreas injustificadas, tactos los cuales pueden resultar dolorosos, carentes de empatía e incluso poner en riesgo la salud de las mujeres (Gleason et al., 2021; Jojoa-Tobar et al., 2019; Rangel-Flores y Martínez-Ledezma, 2017; Valdez-Santiago et al., 2013).

Los procedimientos considerados violencia obstétrica son opuestos a las regulaciones sanitarias de cada país y a lo dispuesto en la medicina basada en evidencia, la OMS recomienda que el número de cesáreas sea entre 10 % a 15 % del total de los partos en cada país (OMS, 2018). Es decir, evitar la sobre medicalización de los procesos fisiológicos como son el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, en países de América Latina se ha registrado un fenómeno conocido como epidemia de cesáreas que van desde un 25 % hasta un 40.9 % (Díaz García y Fernández, 2018), debido al gran número de procedimientos quirúrgicos, que incrementan el riesgo

de sangrado e infección, así como retardar la recuperación de la mujer.

Las mujeres indígenas son el segmento de la población que menos denuncia o reporta episodios de maltrato o abuso durante el proceso de parto. Paradójicamente, también son las que cuentan con un menor conocimiento acerca de sus derechos en cuanto a un parto seguro, respetuoso y con un enfoque humanizado (Rangel-Flores y Martínez-Ledezma, 2017). Esto las convierte en el grupo más vulnerable a sufrir violencia obstétrica, especialmente en entornos urbanos y en sistemas hospitalarios. No obstante, esta forma de violencia ha sido normalizada y minimizada en las instituciones de salud, lo que dificulta su identificación tanto para las usuarias como para el personal sanitario (Llobera et al., 2019).

En muchos países, las tasas de violencia obstétrica son difíciles de determinar con precisión debido a las complejidades en el registro adecuado de los casos. La violencia obstétrica puede presentarse en diversas formas y a menudo se puede asociar a otras situaciones como la depresión posparto (Blondin, 2018). Además, la normalización de la discriminación y el maltrato social hacia las comunidades indígenas las hace aún más vulnerables a experimentar cualquier forma de violencia. Esta situación sitúa a las mujeres indígenas en una posición de mayor susceptibilidad, y al mismo tiempo, reduce la probabilidad de que denuncien estos abusos. La cosmovisión única de estas comunidades les dificulta identificar la violencia obstétrica (Rangel Flores et al., 2019).

La escasez de información y la falta de estudios sobre este tema contribuyen a la limitada comprensión del problema. Con el propósito de abordar esta brecha de conocimiento, se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura. El objetivo principal de esta revisión fue identificar la evidencia disponible, sobre la violencia obstétrica que han vivido las mujeres indígenas, así como determinar los distintos tipos de violencia obstétrica que enfrentan.

Método

Se realizó una revisión integrativa, la cual se considera como un análisis detallado y metódico de la literatura científica, con el objetivo de ofrecer una comprensión integral de conceptos, teorías o problemas de salud complejos, utilizando los estudios disponibles como base (da Silva et al., 2020),

siguiendo la metodología propuesta por Kutcher y LeBaron (2022). La estructura de presentación se elaboró de acuerdo con las recomendaciones de la lista de cotejo y explicación Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 (Tricco et al., 2018).

Para formular la pregunta, se aplicó el formato PCC (Population, Concept y Context por sus siglas en inglés), el cual es un acrónimo metodológico que hace referencia a los elementos: Población, Concepto y Contexto. La interrogante planteada en esta revisión fue: ¿Existe violencia obstétrica en mujeres indígenas? Esta pregunta se estructuró de la siguiente manera: Población: Mujeres indígenas (sin restricciones de edad, con identificación indígena reconocida); Concepto: Violencia obstétrica; Contexto: Estudios realizados en Latinoamérica, en instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Para la selección de los estudios a incluir en esta revisión, se establecieron criterios específicos. Se consideraron estudios originales publicados a partir del año 2007, coincidiendo con el tiempo en que se inició la legislación sobre violencia obstétrica en América Latina. Se incluyeron investigaciones cualitativas (conocer desde la perspectiva de las mujeres las experiencias de violencia), centradas en mujeres indígenas, así como aquellas que abordaran la violencia obstétrica en cualquiera de sus formas, ya sea en entornos públicos o privados, realizadas en cualquier país de Latinoamérica. Se tomó en cuenta la publicación en idioma inglés, español y portugués como parte de los criterios de inclusión.

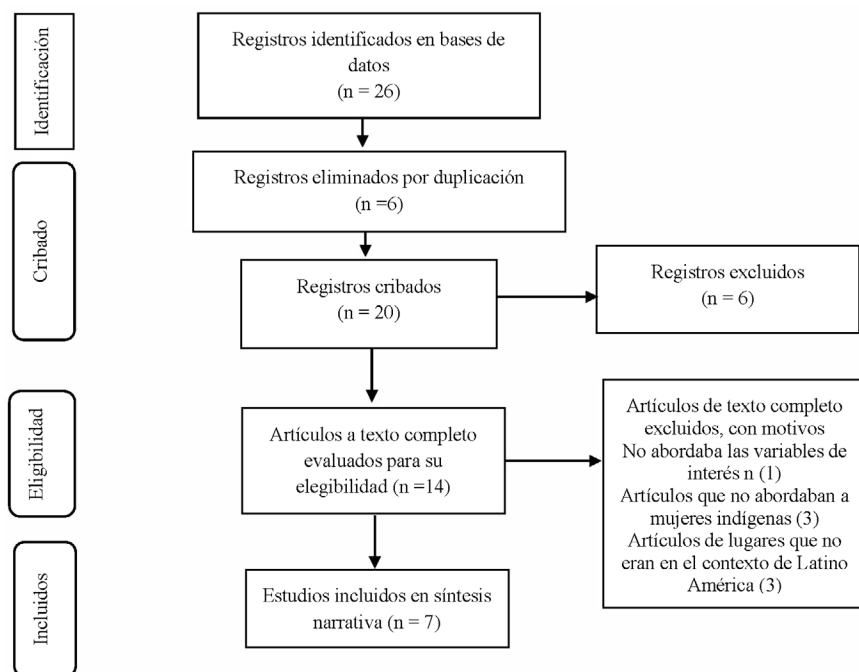
Por otro lado, se establecieron criterios de exclusión que contemplaban artículos con metodología cuantitativa, revisiones sistemáticas y aquellos que no abordaran directamente la pregunta de la revisión.

La estrategia de búsqueda abarcó el periodo de septiembre a diciembre de 2023, se consultaron las bases de datos PubMed, SCOPUS, EbscoHost y LILACS. Los descriptores se obtuvieron de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC). Las búsquedas se realizaron en español e inglés para ampliar el espectro de cobertura de la revisión bibliográfica, utilizando los operadores booleanos AND y OR para construir las estrategias de búsqueda. Los términos utilizados en ambos idiomas incluyeron “violencia”, “mujeres”, “indígenas”, “obstétrica”, así como variaciones de estas palabras clave para garantizar la exhaustividad de la búsqueda.

La selección de los artículos se enfocó en aquellos estudios considerados relevantes y que cumplían con los criterios de selección establecidos. Estos fueron revisados y analizados por uno de los evaluadores, utilizando el diagrama de flujo PRISMA (Tricco et al., 2018) para documentar el proceso de selección de estudios. En una primera etapa, se identificaron inicialmente los estudios potencialmente pertinentes a través de la revisión de títulos y resúmenes (26), los cuales fueron posteriormente importados al gestor bibliográfico Mendeley y se eliminaron los duplicados (20).

Los estudios seleccionados se registraron en una tabla de Excel para su revisión por parte de dos evaluadores de manera independiente (14), donde se eligieron siete artículos. Para evaluar la calidad de los siete estudios finales seleccionados, se utilizaron las listas de lectura crítica recomendadas por el Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (Critical Appraisal Skills Programme Español, Castro et al., 2010) para estudios cualitativos. Esta lista consta de 10 preguntas con respuestas Sí, No sé y No. Asimismo, considera tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo: rigor, credibilidad y relevancia. Para este estudio los investigadores establecieron puntajes para las respuestas, sí = 2 puntos; no sé = 1 punto y no = 0 puntos, entre mayor puntaje mayor calidad del estudio. Un puntaje total menor a 5 puntos se consideró baja calidad del estudio. Finalmente, se incluyeron un total de siete artículos en la revisión (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.



Nota: Elaboración propia.

Para la extracción de datos, se diseñaron dos plantillas. La primera comprendía información acerca de los autores, año de publicación, revista, tamaño de la muestra, edad de las participantes, tipo de estudio y objetivo de este. En la segunda plantilla, se recopilaban los diferentes tipos de violencia obstétrica identificados en los estudios revisados. La evaluación de la calidad de los estudios permitió la inclusión de investigaciones de baja calidad, considerando la escasez de evidencia disponible sobre el fenómeno de estudio.

Resultados

Los siete estudios identificados se revisaron, analizaron y evaluaron, se observó que todos abordaban el tema de la violencia obstétrica en mujeres indígenas en América Latina. Los resultados obtenidos de estas in-

vestigaciones revelaron una variedad de aspectos relacionados con la violencia obstétrica en esta población específica, destacando la prevalencia de ciertos tipos de violencia. Estos hallazgos proporcionaron una visión detallada y significativa sobre la problemática de la violencia obstétrica en mujeres indígenas en la región latinoamericana, contribuyendo a la comprensión de este fenómeno y resaltando la importancia de abordarlo desde una perspectiva inclusiva y culturalmente sensible.

Características de los estudios

Los artículos seleccionados para revisión fueron publicados en el período comprendido entre 2017 y 2023. México y Colombia sobresalen como los países que han abordado el fenómeno de la violencia obstétrica en mujeres indígenas desde una perspectiva cualitativa. Respecto al diseño de los estudios, se destacan enfoques como los estudios etnográficos, el estudio socio crítico, análisis de documentos de prensa y redes sociales. En cuanto a los métodos de recolección de datos, predominaron las entrevistas semiestructuradas cara a cara y los grupos focales. Los idiomas de publicación de los artículos fueron principalmente en español e inglés.

Los estudios revisados informaron sobre tamaños de muestra que oscilaron desde el análisis de un caso hasta un máximo de 57 mujeres indígenas. En cuanto a la edad de las participantes, se encontró que varió entre los 14 y 44 años, sin embargo, no todos los estudios mencionaron este dato de forma explícita. En lo que respecta al análisis de datos, se observó que el análisis de contenido fue la metodología predominante utilizada en estos estudios.

Tabla 1. Características de los estudios.

Autor y año	País	Revista	Participantes	Diseño/técnicas metodológicas	Objetivo
Hernández y Rangel, 2023.	México	Confinos de relaciones internacionales y ciencia política,	Mujeres indígenas nahuas edad 24 a 39 años	Entrevistas semiestructuradas cara a cara	Analizar las experiencias y las condiciones que potenciaron la vulneración en un grupo de mujeres nahuas frente a la violencia obstétrica.
Márquez Murrieta, 2023	México	Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología	Mujer mazateca	Análisis de documentos de prensa y publicaciones en redes sociales	Detectar de qué modos se retomaba el acontecimiento sobre las mujeres que habían parido afuera de hospitales y clínicas en México.
Gleason et al., 2022.	Colombia	BMC Pregnancy and Childbirth	Mujeres indígenas emberá, edad 32 a 59 años	Entrevistas semiestructuradas cara a cara.	Describir las causas percibidas de las muertes y las agresiones contra las mujeres emberá durante el parto en Colombia.

Autor y año	País	Revista	Participantes	Diseño/ técnicas metodológicas	Objetivo
Gleason et al., 2021	Colombia	Salud Colectiva	Mujeres indígenas emberá (9), 32 a 59 años.	Estudio etnográfico, entrevistas semiestructuradas cara a cara	Comprender las experiencias frente a la violencia obstétrica que vivieron las mujeres emberá durante la atención del parto en servicios de salud de la ciudad de Medellín, Colombia.
Flores et al., 2019	México	Revista Da Escola De Enfermagem Da USP	Mujeres indígenas nahuas y tének (57), edad 15 a 44 años	Estudio socio crítico, grupos focales	Explorar la construcción social de la violencia obstétrica desarrollada por mujeres tének y náhuatl en México.
Kotni, 2018	México	American Indian Culture and Research Journal	Mujeres indígenas (19),	Estudio etnográfico, entrevistas semiestructuradas cara a cara.	Explorar la ambivalencia de las mujeres ante la escisión e ilustrar las condiciones del consentimiento.
Rangel Flores y Martínez-Ledez, 2017	México	Revista CO-NAMED	Mujeres indígenas nahuas y tének (57), edad 14 a 44 años (media 28.7 años).	Estudio etnográfico, grupos focales	Conocer en mujeres indígenas los hechos percibidos como actos de violencia obstétrica en la atención de sus partos.

Nota: elaboración propia.

Violencia obstétrica

En cuanto a la violencia obstétrica, cuatro estudios reportaron violencia o abuso verbal explícita, mientras que en el estudio de Gleason y colaboradores (2021), se categorizó como falta de un trato digno por parte del personal de salud. El silencio obligado, que impide quejarse a la mujer de cualquier malestar o dolor se reportó en dos estudios se refiere la deshumanización y las prácticas médicas injustificadas o prohibidas sin previo consentimiento, como el exceso de tactos vaginales, maniobra de Kristeller, administración de oxitocina, la episiotomía y grabación del evento quirúrgico sin autorización de la mujer.

Por otra parte, la falta de empatía impide que la mujer se sienta apoyada y comprendida en todo momento. Esto se manifiesta al evitar que las mujeres realicen rituales culturales importantes según su cosmovisión, aunque no representen ningún riesgo para ellas. Las mujeres indígenas suelen beber infusiones o tés que ayudan en el parto, no obstante, en las instituciones de salud las someten a ayunos prolongados, negándoles la satisfacción de sus necesidades básicas y sobre todo sin explicarles las razones. Además, no permitir el acompañamiento de personas de confianza y obligarla a permanecer sola en la sala de hospitalización, es contrario a sus prácticas culturales, donde estar con alguien cercano durante el parto es frecuente y bien considerado.

Asimismo, separar al recién nacido prematuramente de la madre sin permitir el apego y la lactancia tempranas, y no proporcionar una explicación de los procedimientos médicos realizados al recién nacido, son claras manifestaciones de esta falta de empatía. La discriminación de las prácticas culturales de la mujeres asociadas al parto, como la restricción del movimiento, forzar a parir en posición horizontal y regañar por acudir con parteras. También, se reportó la coerción para la anticoncepción forzada, aunada a violencia verbal, así como la intención explícita de esterilizar, del mismo modo, en un caso se negó la atención y el nacimiento se dio en condiciones de riesgo y nula seguridad para la madre y el hijo.

Tabla 2. Síntesis de los tipo de violencia obstétrica.

Autores y año		Manifestaciones de la violencia obstétrica		
Hernández y Rangel, 2023	Violencia verbal	Intención de esterilización	Administración de métodos anticonceptivos sin consentimiento	Silencio obligado (no quejarse)
Gleason et al., 2022.	Falta de entendimiento de sus prácticas culturales (parto en vertical)	Percepción de discriminación y prejuicios.	Deshumanización y procedimientos médicos mecánicos.	
Kotni, 2018	Violencia verbal	Tactos vaginales frecuentes y episiotomía	Cesáreas	Anticoncepción forzada (castigo)
Rangel Flores y Martínez-Ledezma, 2017	Violencia verbal	Cesáreas (grabar sin consentimiento), tactos vaginales frecuentes, episiotomía, Maniobra de Kristeller y administración de oxitocina	Sepación prematura del binomio, ayuno prolongado.	Silencio obligado Anticoncepción forzada
Flores et al., 2019	Discriminación y regaños por razón de prácticas culturales relacionadas al parto.	Negligencia	Abuso o violencia verbal	Negación de la autonomía.
Gleason et al., 2021	Negligencia en la atención (detener el parto)	Falta de respeto de las prácticas culturales	Atención no informada, procedimientos sin consentimiento. Prácticas prohibidas Maniobra de Kristeller	Falta de trato digno (violencia verbal)
Márquez Murrieta, 2023	Discriminación al negar atención médica	Nacimiento en condiciones de riesgo y falta de seguridad		

Nota: elaboración propia.

Discusión

La revisión permitió identificar la evidencia disponible sobre la violencia obstétrica que han vivido las mujeres indígenas, así como determinar los distintos tipos de violencia obstétrica que enfrentan. La escasa atención a la violencia obstétrica experimentada por las mujeres indígenas refleja una brecha significativa en la investigación, a pesar de los informes internacionales que subrayan su gravedad y las consecuencias devastadoras para la calidad de vida de estas mujeres (ONU, 2019). La violencia obstétrica, es una práctica que ha sido institucionalizada y normalizada (Sadler et al., 2016), involucra a todo el sistema de salud, sus instituciones y al personal médico, constituyendo una flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres y de los tratados internacionales destinados a erradicar la violencia contra ellas (OMS, 2015).

Se observa una escasez notable de estudios que aborden la violencia obstétrica en mujeres indígenas de países latinoamericanos desde una perspectiva cualitativa que permita visibilizar a las víctimas. Esta carencia se refleja en la procedencia geográfica de las publicaciones que abordan esta temática, siendo México y Colombia los países donde se han llevado a cabo la mayoría de estas investigaciones, países que han reconocido oficialmente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género (Calvo Aguilar et al., 2020; Jojoa-Tobar et al., 2019). Además, se enfrentan dificultades y desafíos significativos al estudiar este fenómeno en el contexto de los pueblos indígenas, quienes históricamente han experimentado discriminación y cuyas experiencias de violencia han sido invisibilizadas (ONU, 2007). La barrera de la comunicación también emerge como un factor crucial a considerar en la investigación sobre este tema.

El abuso verbal emerge como una de las formas más recurrentes de violencia, siendo una expresión de maltrato emocional diseñada para infligir humillación, denigración o miedo extremo, según lo perciba la persona afectada (Yun et al., 2019). Esta problemática ha sido reportada en estudios realizados en poblaciones no indígenas, no obstante, coincide con las manifestaciones del abuso verbal por medio de lenguaje grosero, comentarios juzgando la actividad sexual de las mujeres, expresiones irónicas, comentarios irrespetuosos y amenazas de abandonarlas y no atenderlas (Bo-

hren et al., 2015; Carvahlo y Martins, 2016; Chattopadhyay et al., 2017). El abuso verbal tiene una raíz basada en el poder (Jojoa-Tobar et al., 2019), las expresiones dirigidas a las mujeres denotan la relación desigual y con superioridad asumida por el personal de salud.

El silencio obligado es una forma de violencia obstétrica, que les impide a las mujeres expresar sus sentimientos, emociones y el dolor.

En el contexto de las prácticas habituales en las instituciones de salud, los tactos frecuentes en presencia de múltiples personas, la episiotomía indiscriminada a veces sin anestesia, la maniobra de Kristeller y las cesáreas injustificadas son reportadas en diversos contextos y en países de todo el mundo (Bohren et al., 2015; Sadler et al., 2016), no obstante, no existe evidencia científica que justifique estos procedimientos simplemente debido al poder y la autoridad para llevarlos a cabo (Castro, 2014).

Respecto a los períodos de ayuno prolongados, el aislamiento de familiares, la restricción de movimientos, la imposición de métodos anticonceptivos y la negación de atención médica, son consideradas formas de violencia física según lo establecido en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), además coincide con estudios que mencionan que el estatus económico y social desempeñan un papel muy importante en la experiencia de violencia (Jewkes y Penn-Kekana, 2015; Perera et al., 2018), debido a que el personal de salud sabe que las mujeres aceptarán cualquier nivel de atención que reciban, aunque sea mínimo y de baja calidad.

Conclusiones

La violencia obstétrica representa un fenómeno global que impacta a numerosas mujeres en todo el mundo. Sin embargo, la escasa producción académica sugiere que este problema ha sido insuficientemente abordado, en parte debido a la dificultad para su medición. Por ello, los estudios cualitativos desempeñan un papel crucial al permitir conocer de primera mano las experiencias de las mujeres indígenas. Aunque la barrera de la comunicación puede ser un obstáculo, estos estudios ofrecen una ventana invaluable hacia sus vivencias. Es importante destacar que la violencia obstétrica se manifiesta en múltiples formas, lo que dificulta su identificación e incluso ha llevado a su normalización tanto entre las mujeres como entre

el personal de salud. Este fenómeno trasciende contextos y culturas, afectando a mujeres de diversas comunidades en todo el mundo.

Las mujeres indígenas representan un grupo especialmente vulnerable debido a las persistentes desigualdades sociales que han perpetuado la discriminación y la violencia a lo largo de la historia. Estas condiciones aumentan el riesgo de que las mujeres indígenas sufran violencia obstétrica y, a su vez, disminuyen la probabilidad de que denuncien estos actos. Aunque en Latinoamérica se ha avanzado en materia legislativa respecto a la violencia obstétrica, es crucial que los países implementen intervenciones a nivel institucional y gubernamental para prevenir y abordar este problema. Esto incluye la adopción de políticas de atención centradas en la mujer, programas de formación para profesionales de la salud y campañas de sensibilización pública sobre los derechos reproductivos. La urgencia de identificar la evidencia disponible sobre la violencia obstétrica en mujeres indígenas no puede ser subestimada. Es esencial determinar los diferentes tipos de violencia obstétrica a los que estas mujeres se enfrentan, teniendo en cuenta las particularidades culturales y sociales de sus comunidades.

Es de suma importancia considerar realizar más investigaciones para comprender mejor la naturaleza y el alcance de la violencia obstétrica en mujeres indígenas y mujeres indígenas adolescentes, visibilizar las causas y consecuencias en las víctimas. Asimismo, se sugiere desarrollar también estudios de tipo cuantitativo para profundizar en el fenómeno de estudio desde una perspectiva numérica con el fin de conocer relación y asociación de variables que permita generar diseños de estudio predictivos y de intervención. La revisión integradora propuesta se limitó a conocer los discursos y narrativas de las mujeres que han vivido violencia obstétrica y no buscó la relación entre variables.

Referencias

- Blondin, M. (2018) *Obstetrical and gynaecological violence*. Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo. Reporte Doc. 14495Ref. 4378. Disponible en: <https://pace.coe.int/en/files/28108>
- Blondin, M., France, Socialists, Democrats and Greens (2019). *Assembly, Parliamentary. Obstetrical and gynaecological violence*. Strasbourg

- Cedex. European Council. Disponible en: [http://www.europeanrights.eu/public/atti/Resolution_2306_\(2019\)_ENG.pdf](http://www.europeanrights.eu/public/atti/Resolution_2306_(2019)_ENG.pdf)
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J. et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods *Systematic Review*. PLOS Med. 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Cano Arana, A., González Gil, T. y Cabello López, J. B. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*.
- Carvahlo, A., y Martins, G. (2016). Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor. São Paulo*; 17(3):215-8.
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights*, 21(1), 103–111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/>
- Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. CELADE. chrome-extension://efaidnbmnnnnibpcapjpcgplefindmkaj/<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bits-treams/62c98772-a686-46c3-908a-2053d89d56a8/content>
- Chattopadhyay, S., Mishra, A., & Jacob, S. (2017). ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815–829. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- Da Silva, R. N., Brandão, M. A. G. y Ferreira, M. de A. (2020). Integrative review as a method to generate or to test nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 33(3), 258–263. <https://doi.org/10.1177/0894318420920602>
- Díaz García, L. I. y Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho, ahead*, 0–0. <https://doi.org/10.4067/>

s0718-68512018005000301

- Edward, M. M. y Kibanda, Z. (2023). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6(1). <https://doi.org/10.1002/hsr2.1026>
- Flores, Y. Y. R., Ledezma, A. G. M., Ibarra, L. E. H. y Acevedo, C. E. G. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>
- García Alonso, E. M. (2015). Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*, (18), 27-43. Recuperado a partir de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/370>
- Gleason, E. G., López Ríos, J. M., Molina Berrío, D. P. y Mejía Merino, C. (2022). Multistakeholder perspectives on the mistreatment of indigenous women during childbirth in Colombia: drivers and points for intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04495-4>
- Gleason, E. G., Molina Berrío, D. P., López Ríos, J. M. y Mejía Merino, C. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud colectiva*, 17, e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Hernández, E. y Rangel, Y. (2023). Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, 37, 31-48. <https://doi.org/10.46530/cf.vi37/cnfns.n37.p31-48>
- Instituto Nacional de Desarrollo Social. (2020). *Mujeres indígenas las más discriminadas: Nivel Humano*, AC. INDESOL. Disponible en: <https://www.gob.mx/indesol/prensa/mujeres-indigenas-las-mas-discriminadas-nivel-humano-ac>
- Kotni, M. E. (2018). Between cut and consent: Indigenous women’s experiences of obstetric violence in Mexico. *American Indian Culture and Research Journal*, 42(4), 21–41. <https://doi.org/10.17953/aicrj.42.4.elkotni>
- Kutcher, A. M. y LeBaron, V. T. (2022). A simple guide for completing an integrative review using an example article. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 40, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.02.004>

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.* (2007). In Cámara De Diputados LXVI (DOF 26-01-2024). Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrhebyidRlm1ZoKJSXD8Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zA-zIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1712973347/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.gob.mx%2fcms%2fuploads%2fattachment%2ffile%2f669252%2fLGAMVLV_010621.pdf/RK=2/RS=TgM.Yzd702hq_6sGarJdYFi96Ng-
- Márquez Murrieta, A. (2023). Del parir a la violencia obstétrica en México: acontecimiento y problema público. *Antípoda*, 53, 29–53. <https://doi.org/10.7440/antipoda53.2023.02>
- Murrieta, A. P. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *Musas*, 6(1), 59–76. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>
- Organización de las Naciones Unidas (2004). *El Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. ONU Derechos humanos, Oficina del Alto Comisionado. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective>
- Organización de las Naciones Unidas (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. ONU Asamblea General Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/publications/reference-publications/united-nations-declaration-rights-indigenous-peoples>
- Organización de las Naciones Unidas (2022). *Más de 800 pueblos indígenas de América Latina viven en una mayor precariedad tras la pandemia*. Noticias ONU. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/12/1517507>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (2020). “Desempeñamos un papel fundamental en la supervivencia de nuestro mundo”: Las mujeres y niñas indígenas de América Latina y el Caribe alzan su voz. ONU, México. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/stories/noticia/2022/05/desempenamos-un-papel-fundamental-en-la-supervivencia-de-nuestro-mundo-las-mujeres-y-ninas-indigenas-de-ameri->

ca-latina-y-el-caribe-alzan-su-voz

- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Informe Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Asamblea general. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Statement on the Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Child-birth. OMS Statetment. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la salud (2015). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Perera, D., Munas, M., Swahnberg, K., Wijewardene, K., Infanti, J. J. y on behalf of the ADVANCE Study Group. (2022). Obstetric violence is prevalent in routine maternity care: A cross-sectional study of obstetric violence and its associated factors among pregnant women in Sri Lanka's Colombo district. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9997. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169997>
- Rangel Flores, Y. Y., Rincón Zúñiga, D. T., Martínez Ledezma, A. G., Pérez Rodríguez, M. C., Ortiz, C. y Acevedo, M. (2019). Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México. *Índex de Enfermeria*, 28.
- Rangel-Flores, Y. Y. y Martínez-Ledezma, A. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista Conamed*, 22(4), 166–169.
- República Boliviarana de Venezuela (2007). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Gaceta Oficial de la República Boliviarana de Venezuela Caracas.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi y Natalia Magnone (Ed.), *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. (pp. 3–30). EDUNLa Cooperativa.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Valdez-Santiago, R.; Hidalgo-Solórzano, E.; Mojarro-Iñiguez, M.; Arenas-Monreal, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18, 1, 14-20.
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: intra-partum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y3qzc-zkw>.
- Yun, J.-Y., Shim, G. y Jeong, B. (2019). Verbal abuse related to self-esteem damage and unjust blame harms mental health and social interaction in college population. *Scientific Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42199-6>

Capítulo 10

Acceso a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas de Latinoamérica: revisión sistemática

MSP. Marco Esteban Morales Rojas¹

LTS. Amairani Aracelly Ceb Alvarado²

Dra. En SP. Sheila Mariela Cohuo Cob³

<https://doi.org/10.61728/AE24001816>



¹ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán. <https://orcid.org/0000-0003-3416-0806v>. marco.morales@correo.uady.mx

² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán. <https://orcid.org/0000-0002-4340-572>, amairani.ceh@correo.uady.mx

³ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán. <https://orcid.org/0000-0003-4936-5142>, sheila.cohuo@correo.uady.mx

Resumen

Las madres adolescentes indígenas son un grupo vulnerable que poseen características que las dejan en desventaja en el acceso a los servicios de salud, especialmente en el acceso a métodos anticonceptivos de larga y mediana duración, definidos como aquellas tecnologías sanitarias que coadyuvan a prevenir el embarazo a mediano o largo plazo (meses o años). Existen diversos factores y determinantes que pueden explicar el fenómeno del acceso a estos dispositivos de las madres adolescentes indígenas en Latinoamérica, por lo que la presente revisión pretende servir como base para formular estrategias, intervenciones e incluso políticas para contribuir a la mejora de este acceso. El objetivo es describir el acceso de las madres adolescentes indígenas de Latinoamérica a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración. Trata de una revisión sistemática llevada a cabo con 20 buscadores en ciencias de la salud, se utilizaron las cadenas de búsqueda: Madres adolescentes AND Indígenas AND Métodos Anticonceptivos, mientras que en inglés la cadena fue: Teenage mothers AND Contraceptive (methods or use) AND (indigenous OR Latinamerican). Posterior a la búsqueda, descarga, extracción de datos y análisis se eligen 9 artículos que describen el fenómeno estudiado, del cual se realiza un análisis de la calidad de sesgos y temático, se encontraron factores relacionados con el conocimiento, la atención posparto, la calidad de los servicios de salud y recomendaciones para mejorar el fenómeno. En conclusión el acceso a los métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas es limitado por barreras económicas, geográficas, culturales y sanitarias.

Palabras clave: Mujeres indígenas adolescentes, Métodos anticonceptivos.

Introducción

Durante los últimos años, se ha identificado un incremento en las maternidades adolescentes, datos del 2022, indican que América Latina y el Caribe es la región con la más alta proporción de nacimientos en mujeres de edad adolescente, comprendido por la OMS de 10 a 19 años, con prevalencia de casi la mitad en menores a 17 años, lo que representa un 18 % del total mundial de esos partos; esto significa un incremento en la región, ya que en el 2018, se estimaban 66.5 nacimientos por cada 1 000 niñas de entre 15 y 19 años (OPS, 2018).

Se identifica que el embarazo en adolescentes no es una elección deliberada, sino que depende de una serie de factores que influyen, entre ellos: la “falta de información sobre la salud sexual y reproductiva, el acceso restringido a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción eficaz y de urgencia” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018, p. 29).

Dentro de las cifras de madres adolescentes, la OPS y la UNICEF (2020), señalan características predominantes, entre las cuales se encuentran mujeres indígenas y afrodescendientes, con un nivel bajo de escolaridad, además de condiciones de pobreza dentro de su entorno. Las mujeres indígenas adolescentes en Latinoamérica viven situaciones de desigualdad y vulnerabilidad social, más de un 80 % vive por debajo de la línea de pobreza, con un alto nivel de marginación y bajos índices de desarrollo humano (Sosa-Sánchez y Menkes, 2019).

Con respecto al punto de interés para el presente artículo, Sosa-Sánchez y Menkes (2019) indican que diversas investigaciones mencionan que las mujeres indígenas en edad adolescente son quienes tienen una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, no solamente por el conocimiento acerca de ellos, relacionado con los niveles de escolaridad o tenerlo como un tema “tabú”, también, el difícil acceso a ellos a falta de servicios de salud, que vulneran los derechos sexuales y reproductivos.

Ante este panorama, se observa una suma de inequidades que contribuyen a este fenómeno social, en el cual las mujeres adolescentes que son pertenecientes a comunidades indígenas, y que presentan alguna ca-

racterística de pobreza, reciben los peores resultados en materia de salud materna dentro de los países, con situaciones de inequidad en el acceso, disponibilidad de los servicios, así como una falta de calidad al no considerar sus prácticas culturales (Organización Panamericana de la salud, 2023; UNICEF, 2023). Como una manera de dar atención a la salud, a manera de seguimiento, se plantea como estrategia garantizar el derecho a la salud, mediante los servicios de salud sexual y reproductiva. En donde los métodos anticonceptivos tienen una función relevante, con el fin de evitar embarazos no planificados.

Los informes de organizaciones de salud, dejan en evidencia que la mayoría de las madres adolescentes no tuvieron acceso a algún tipo de método anticonceptivo, con un total de 23 millones. Este dato es de suma relevancia, ya que el hecho de cubrir la necesidad de acceso a métodos anticonceptivos, permitiría “evitar cada año 2.1 millones de nacimientos no planificados; 3.2 millones de abortos y 5 600 muertes maternas” (OPS y UNICEF, 2018 p. 18), motivo por el cual debe ser una estrategia para atender el embarazo adolescente como problema de salud pública.

En esta línea de análisis, el uso de métodos anticonceptivos no debe de enfocarse únicamente a la prevención de embarazos en adolescentes, debe considerar a las madres adolescentes. Informes mundiales explican que las mujeres que han tenido a su primer hijo durante la adolescencia, de 14 años o menos, cerca de un 75 % tiene un segundo parto en esta etapa, y el 40 % de las que tienen dos partos tienen un tercer hijo antes de salir de la adolescencia. Así entonces, se entiende que se comprenden tres procesos de fecundidad fundamentales e interconectados: el primer parto, el espaciamiento del tiempo entre los partos, así como la cantidad total de partos de cada madre adolescente (ONU, 2022; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022).

Ante esta situación, son de interés considerar a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración los cuales proporcionan una anticoncepción larga y reversible, se incluyen entre este tipo los dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes subdérmicos (Martínez, Terrón, Alayón y Ariza, 2023). Este tipo de métodos anticonceptivos son una mejor opción con relación a los resultados y el costo monetario de su uso, puesto que tiene una baja tasa de embarazo no planificado, sin la necesidad de

adherencia de la usuaria, considerándose “eficaces para las mujeres adolescentes, aunque son pocas las que lo usan” (Aparicio, Polo, Martínez y Murillo, 2020, p. 1).

Por otra parte, el acceso a métodos anticonceptivos se presenta de una manera inequitativa, puesto que, Vara-Salazar y otros (2023) indican que las mujeres en edad adulta tienen un mayor acceso a comparación de las que se encuentran en edad adolescente, y estos, suelen ser más efectivos; con relación a lo anterior, aquellas con acceso a un servicio de seguridad social tienen mayor uso, a diferencia de las que no cuentan con una afiliación.

Gracias al estudio de los determinantes sociales de la salud, se comprende que las circunstancias en las que uno nace, crece, se desarrolla y envejece determinan el estado de bienestar de las personas, delimitando la salud que van a experimentar por aspectos que, en la mayoría de las ocasiones son ajenas a la personas, tales como la etnicidad, el nivel socioeconómico y las políticas del país donde se nace. La triple inequidad, se refiere a la intersección de la inequidad socioeconómica, la étnica y la de género y expresa como las mujeres indígenas en situación en pobreza a menudo van a enfrentar situaciones que las dejarán en desventaja para la atención sanitaria, respecto a otros grupos (Ruiz Taborda et al., 2021).

Ante el fenómeno anterior, se identifica que existen múltiples métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados, no obstante, el interés del presente artículo, se relaciona con la atención de madres adolescentes, es decir, en un momento postparto. Si bien el acceso y uso de métodos anticonceptivos se plantea como una estrategia de prevención al embarazo subsecuente en mujeres adolescentes, es necesario considerar el respeto a su derecho a la salud sexual y reproductiva, en los cuales se incluye el “decidir libremente respecto de la reproducción, si se desea o no tener descendencia; así como el uso de métodos anticonceptivos” (Organización de las Naciones Unidas, 2022).

Las revisiones sistemáticas toman un papel crucial en la generación de evidencia y en la formulación de programas y políticas en salud, al permitir la toma de decisiones basada en datos y evidencia científica, así como la reducción de sesgos al tomar en cuenta las áreas de oportunidad de otras experiencias. Otra fundamentación importante se encuentra en la identi-

ficación de vacíos en la evidencia al realizar la evaluación metodológica y análisis temático de la información y, finalmente, el apoyo de la toma de decisiones informadas (Lavis, 2009).

A partir de lo descrito, se identifica el incremento de embarazos y maternidades adolescentes, las mujeres indígenas son la población con mayor incidencia, en el cual se reconoce como un factor de riesgo el acceso y uso de métodos anticonceptivos, de esta manera, se plantea la siguiente revisión sistemática con el objetivo de describir el acceso de las madres adolescentes indígenas de Latinoamérica a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración.

Material y métodos

Estudio de tipo revisión documental con búsqueda sistemática y análisis interpretativo de la información, cuyo objeto de estudio fueron artículos y documentos oficiales publicados en revistas arbitradas, indexadas y bases de datos oficiales enfocados en describir el acceso que las madres adolescentes tienen a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración, para la búsqueda se consideraron 15 buscadores y metabuscadores en salud y ciencias sociales. Dentro de los criterios de inclusión de búsqueda, se consideraron los documentos en idioma inglés, español y portugués, publicados en los últimos cinco años (2020-2024), que describieran a profundidad el acceso a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas de Latinoamérica.

Se excluyeron aquellos artículos que fueran revisiones narrativas, opiniones de expertos o documentos de organizaciones no gubernamentales. Las cadenas de búsquedas utilizadas fueron en español: Madres adolescentes AND Indígenas AND Métodos Anticonceptivos, mientras que en inglés la cadena fue: *Teenage mothers AND Contraceptive use AND (indigenous OR Latinamerican)*. Para la evaluación metodológica se utilizaron los instrumentos de lectura crítica propuestos por el grupo CASPe y el consorcio EQUATOR-NET.

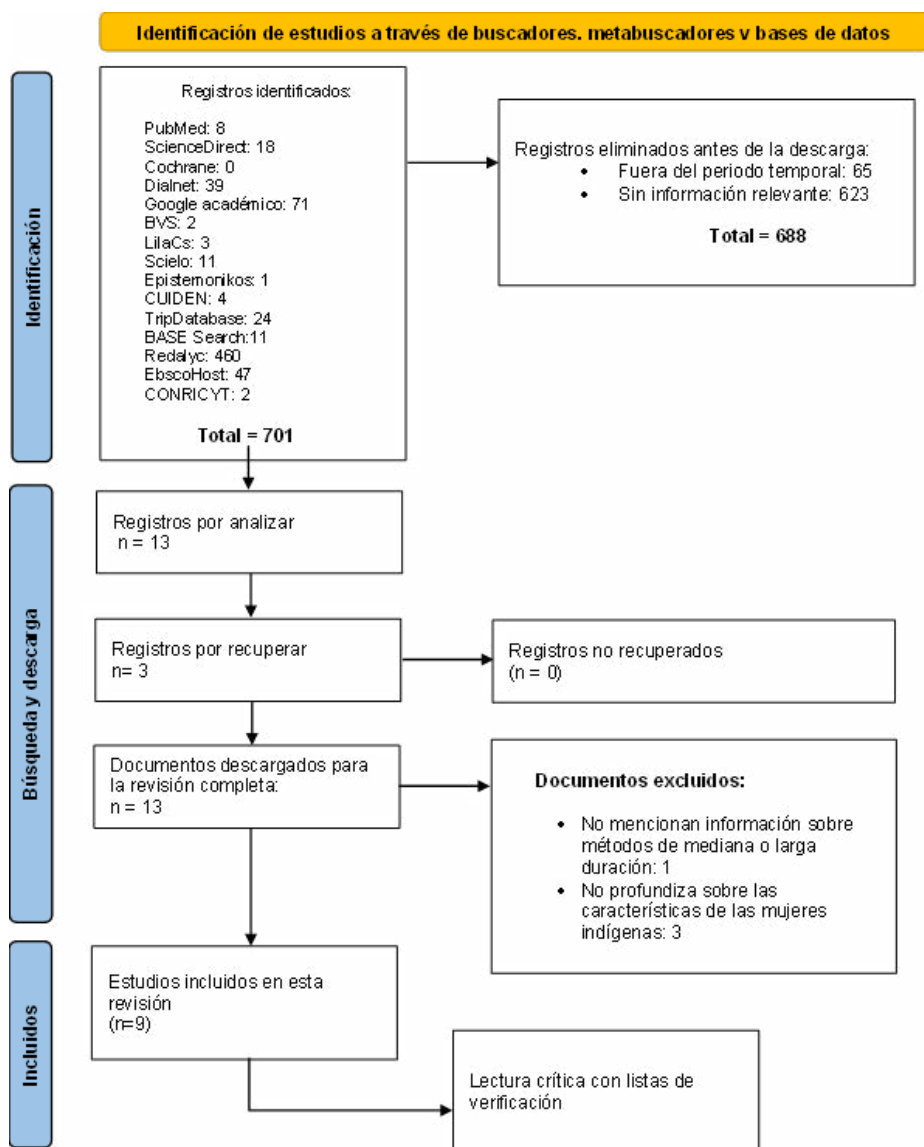
Resultados

Se realizó una búsqueda con un total de 701 registros en las bases de datos utilizadas, posteriormente a la lectura del título y del resumen se descargaron 10 artículos, con 3 pendientes por recuperar, los cuales se obtuvieron a través del envío por los autores. Posterior a su recuperación, con una suma de 13 artículos, se realizó una lectura completa, se eliminaron cuatro de ellos por no contener información sobre métodos anticonceptivos de mediana duración y no profundizar sobre las características del acceso en madres adolescentes indígenas. El proceso de búsqueda y descarga se puede apreciar en la figura 1. Por otro lado, dentro de los resultados bibliométricos, se establece que la mayoría de los estudios (3) provienen de México seguido por Perú y Ecuador (2 cada uno). También, se identifica que el principal buscador de información de donde se obtienen fue Google Académico y la mayor parte de ellos se publicaron en el 2020, en el idioma inglés.

Calidad y sesgos

Los artículos encontrados fueron analizados con las listas de lectura crítica del grupo Casp-e (estudios cualitativos y estudios de cohorte), también se utilizó la lista STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) y finalmente, la lista de verificación para estudios ecológicos del Johanna Briggs Institute (JBI), la calidad fue alta (superior al 70 %) en el cumplimiento de todos los sesgos evaluados. Dentro de las principales áreas de oportunidad, se determina el uso de un muestreo representativo, así como la definición de los criterios de selección de la población posterior al muestreo. Por otro lado, dentro de los estudios ecológicos, no se define la variable de exposición, aunque, esto se puede subsanar ya que la exposición es un fenómeno social y no climático o toxicológico (acceso a métodos anticonceptivos).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda de la información.



Nota: Elaboración propia con base en los criterios de la Declaración PRISMA 2020.

Análisis temático

El análisis del acceso a programas y servicios de salud es un fenómeno complejo, que a menudo está mediado por la oferta de los servicios de salud, es decir, el catálogo de actividades que provienen de las instituciones sanitarias y la accesibilidad de las personas, entendida como la capacidad de las personas a poder acceder a los servicios de forma geográfica, económica, cultural y de alta calidad. En el caso de esta revisión se aspira a poder describir los factores que pueden mediar el acceso de las madres adolescentes indígenas a los métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en Latinoamérica. A continuación, en la tabla 1 se resumen los hallazgos de la temática encontrados en los nueve documentos.

Tabla 1. Resumen de los hallazgos de los artículos seleccionados.

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Sanhueza, Costa, Mújica, Carvajal y otros.	2023	Argentina, Belice, Costa Rica, Guatemala	Observacional, transversal	STROBE	El artículo resalta las desigualdades en el acceso a servicios de planificación familiar y anticonceptivos para madres adolescentes en América Latina y el Caribe, especialmente para aquellas de bajos recursos y grupos étnicos minoritarios. Se destaca la importancia de garantizar un acceso equitativo a la planificación familiar para reducir la maternidad adolescente y mejorar la salud reproductiva, incluyendo servicios de aborto seguro y contracepción. También se menciona la necesidad de brindar servicios de salud de calidad y accesibles para las adolescentes como parte de estrategias integrales de salud sexual y reproductiva.
<i>Health need assessment in an indigenous high-altitude population living on an island in Lake Titicac</i>					

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Calderón, Alvarado, Barrios y otros.	2020	Perú	Observacional, transversal	STROBE	En madres adolescentes indígenas en Perú se encontró una baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de larga duración y reversible (LARCs), como el DIU y los implantes hormonales, en comparación con países como Cuba y México, donde más del 15 % de las mujeres los utilizan. Además, se destaca que menos del 5 % de las mujeres en edad reproductiva utilizan implantes o DIU, y que estos métodos representan solo el 9 % de los métodos altamente efectivos utilizados.
<i>Factors associated with highly effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: Evidence from a nationwide survey</i>					
Carrera y Yunga.	2020	Ecuador	Ecológico	JBIC Critical appraisal for Ecology Studies	Las madres indígenas carecen de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ya que más del 32.9 % nunca había oído hablar de la ligadura de trompas, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino o la píldora del día siguiente. Esto indica una urgente necesidad de educación y acceso a información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos para estas mujeres en la comunidad aislada.
<i>Percepción de las madres adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos en comunidades anexas en región de la selva, 2018</i>					

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Coronado, Arias, Maguilla, Valdivia y otros.	2021	Perú	Cualitativo, fenomenológico	Lista de verificación CASPe para estudios cualitativos	La mayoría de las madres adolescentes tienen conocimientos básicos sobre métodos anticonceptivos, pero su perspectiva está influenciada por factores como la experiencia con efectos secundarios, especialmente hormonales. Otro factor crucial es la opinión de la pareja, ya que el 100 % de las mujeres con pareja consultaron a su pareja antes de usar algún anticonceptivo.
<i>Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19</i>					
Vara, Hubert, Saavedra, Suárez y otros	2020	México	Observacional, transversal	STROBE	Se encontró que 65 % de las mujeres recibieron consejería de anticoncepción posparto, y 56.8 % de las adolescentes un método reversible de larga duración (43.7 % DIU y 13.1 % implantes). Ser indígena, tener un hijo, o recibir atención en los servicios estatales de salud/ IMSS-Prospera o privadas, se asocia con menores posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos de mediana duración.
<i>Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Guatemala, 2018 - 2022</i>					

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Gobierno de la República de Guatemala.	2018	Guatemala	Política pública	No aplica	El Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Guatemala (2018-2022) reconoce los desafíos específicos de las madres adolescentes indígenas, abordando las barreras culturales y lingüísticas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Promueve la sensibilización sobre sus derechos y salud en comunidades indígenas, implementando estrategias para mejorar la educación sexual integral. Destaca la participación crucial de líderes comunitarios y tradicionales en la promoción de la salud sexual y reproductiva entre las adolescentes indígenas. El plan busca empoderarlas económicamente y socialmente para que tomen decisiones informadas sobre su salud y futuro, respetando su diversidad cultural y garantizando sus derechos.
<i>Reduction in contraceptive use during the COVID-19 pandemic among women in an indigenous Mexican community: a retrospective crossover study</i>					

Autor	Año	Países es- tudiados	Metodo- logía	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Castro, Aguilar, Rojas y Salinas	2023	México	Cohorte	Lista de verificación CASPe para estudios de cohorte	Durante la pandemia de COVID-19, se observó una reducción del 50 % en el uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas mexicanas en una comunidad específica, con un 77 % enfrentando dificultades para obtenerlos. Se encontró que los métodos de mediana y larga duración, como el DIU y el implante anticonceptivo, se usaban menos que los métodos hormonales. El estudio resalta los desafíos que enfrentan las comunidades indígenas en el acceso a servicios de salud reproductiva durante emergencias sanitarias como la pandemia de COVID-19.
<i>Contexto familiar y socioeconómico de madres adolescentes indígenas de siete localidades del municipio de Temoaya, Estado de México</i>					

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Franco, Urcid, Albarrán y Gutiérrez	2020	México	Observacional, transversal	STROBE	Después de su evento obstétrico, las participantes utilizan diversos métodos anticonceptivos, con un porcentaje significativo optando por la ampolleta mensual, seguido por el condón masculino y la T de cobre. Sin embargo, también se observó que un grupo importante de adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo. En cuanto a la adquisición de los métodos, la mayoría de las adolescentes los obtienen en farmacias, seguido por centros de salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
<i>Effect of an abrupt change in sexual and reproductive health policy on teen birth rates in Ecuador, 2008–2017</i>					

Autor	Año	Países estudiados	Metodología	Lista de verificación	Resumen
<i>Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study</i>					
Galárraga y Harris	2020	Ecuador	Ecológico	JBIC Critical appraisal for Ecology Studies	El artículo destaca que las mujeres indígenas en Ecuador tienen bajo conocimiento y uso de anticonceptivos, así como acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva. Son el grupo étnico con menor uso de anticonceptivos y enfrentan altas tasas de embarazos no planeados. Además, tienen escasa información sobre enfermedades de transmisión sexual y dificultades para acceder a atención prenatal y servicios de salud en general.

Discusión

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Coronado et al. (2018) describen la importancia acerca del conocimiento de métodos anticonceptivos de mediana duración por parte de las madres adolescentes indígenas, ya que brindan una opción efectiva y conveniente para proteger de forma prolongada contra embarazos no planeados y no deseados. Sin embargo, en este y en el estudio de Calderón et al. (2020), se establece que las mujeres tienen conocimientos básicos o inexistentes sobre métodos anticonceptivos y reconocen sus beneficios, entre ellos su utilidad en la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, en México, a través de estudios transversales, se identifica que las mujeres indígenas conocen en un 70 % métodos anticonceptivos de corta duración (condón masculino) pero el 100 % de ellas desconocen que pueden ser candidatas a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración tales como los métodos hormonales o implantes. Esto, implica una gran barrera en torno a la accesibilidad, ya que, aunque el servicio está disponible, si las usuarias no conocen la existencia de estos y los criterios que las hacen elegibles, es poco probable que acepten el procedimiento (Castro et al., 2023).

La consulta de Atención Pos Parto (APP)

Galárraga y Harris, en 2020 establecen que la importancia de la consulta posparto radica en la revisión médica que se realiza a la madre después de dar a luz, con el fin de garantizar su recuperación adecuada y supervisar su estado de salud después del parto. Durante esta consulta, se pueden abordar aspectos como la lactancia materna, la planificación familiar, el cuidado del recién nacido, y la prevención de complicaciones que puedan surgir en el período posparto (De la Vara-Salazar y otros, 2020).

En cuanto a la planificación familiar, durante esta consulta se pueden discutir diferentes métodos anticonceptivos disponibles, sus ventajas y desventajas, así como el acceso ellos. Esto es crucial para que las mujeres puedan tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, así como elegir el método anticonceptivo más adecuado para sus necesidades individuales. Por otro lado, es el momento ideal para abordar cualquier inquietud o duda que las mujeres puedan tener sobre la anticoncepción, y para garantizar que tengan acceso a los servicios necesarios para prevenir embarazos no deseados. En los estudios analizados que describen esta variable se encontró que hasta un 65 % de las mujeres reciben la APP, sin embargo, en medios rurales y con madres adolescentes indígenas se documenta solamente un 4.9 % de la atención, lo que deja en evidencia una gran brecha en el acceso a este servicio (Galárraga y Harris, 2020).

El acceso efectivo en poblaciones indígenas y rurales

Los documentos analizados concuerdan en que el acceso a métodos anticonceptivos en las madres adolescentes indígenas se encuentra limitado, debido a barreras de acceso a la atención médica y desigualdades de género. Estas barreras pueden incluir la falta de información sobre métodos anticonceptivos, la disponibilidad limitada de servicios de salud reproductiva en áreas rurales donde viven muchas comunidades indígenas, así como una baja calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de los proveedores de salud (Franco y otros, 2020). En general, este bajo acceso se puede resumir en cuatro puntos esenciales:

- Falta de información adecuada sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. La falta de acceso a una educación sanitaria y una información intercultural son obstáculos importantes para el uso de métodos anticonceptivos de larga duración, al requerir cuidados posteriores y un compromiso a mediano y largo plazo.
- Limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos. Los estudios coinciden en que la mayoría de las madres adolescentes indígenas salen del lugar de atención del parto sin una planificación adecuada acorde a su interés con métodos anticonceptivos, lo que indica una limitación en el acceso. Esto, aunado a las características socioeconómicas de este grupo, asociadas con un menor acceso recurrente y retorno a las consultas de planificación familiar.
- Prejuicios culturales: las mujeres indígenas, en mayor medida aquellas que fueron madres adolescentes, así como las que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables tienen una menor probabilidad de recibir anticoncepción posparto inmediata en su lengua, de acuerdo con sus preferencias culturales y con personal con conocimientos de abordaje intercultural, por lo tanto, están en mayor riesgo de reincidir en un embarazo no planificado. Además, señala la importancia de ofrecer APP en el momento y lugar del parto, ya que después del alta hospitalaria es poco probable que las mujeres vuelvan a seguimiento posparto.
- Falta de acceso a servicios de salud de calidad: según el mismo artículo en 2020, más de la mitad de las mujeres de México no reciben cuidados obstétricos y neonatos adecuados, lo que puede afectar la calidad de la

atención y limitar su capacidad para obtener información y métodos anticonceptivos (Sanhueza y otros, 2023).

Finalmente, se hace una agrupación de las principales recomendaciones que los autores ofrecen para mejorar el acceso a estos servicios en madres adolescentes indígenas:

- Realizar campañas educativas y de sensibilización sobre salud reproductiva, con temas como planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual y cuidado prenatal. Esta información debe ser entregada de manera culturalmente adecuada y en el idioma local para garantizar una mejor comprensión y aceptación por parte de la comunidad indígena.
- Mejorar la formación del personal sanitario: Los profesionales de salud que trabajan en áreas con poblaciones indígenas deben recibir capacitación culturalmente sensible, para entender y respetar las creencias y prácticas tradicionales de la comunidad, y en conjunto, aumentar el uso de métodos de mediana y larga duración en las madres adolescentes indígenas.
- Implementar programas de salud integral que aborden no solo la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino también otros aspectos de la salud reproductiva, como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el cuidado prenatal.
- Garantizar que los métodos anticonceptivos estén disponibles de forma gratuita o a precios accesibles en centros de salud cercanos a las comunidades en las farmacias u otras instituciones de salud (Gobierno de la Republica de Guatemala, 2020).
- Involucrar a líderes comunitarios y organizaciones indígenas en la planificación y ejecución de programas de salud reproductiva es fundamental. La participación de la comunidad en la toma de decisiones puede garantizar que los servicios sean culturalmente apropiados y respondan a las necesidades reales de la población indígena.
- Fomentar estrategias de empoderamiento de las mujeres indígenas mediante la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, para que puedan ejercer su derecho a planificar su maternidad (Sosa-Sánchez y Menkes, 2019).

Conclusión

La salud reproductiva en Latinoamérica tiene grandes retos por delante, en esta revisión se comprende que el acceso a métodos anticonceptivos de mediana y larga duración en madres adolescentes indígenas es muy limitado a través de los diferentes países, ya que, aunado al determinante de la etnia, las características socioeconómicas, educativas y sanitarias son barreras importantes en el acceso a estas tecnologías. Es importante señalar que la expresión de estas características es una inequidad evidente, ya que no solo se considera producto de un problema sanitario, sino de acuerdo con el corte social y bioético, se considera injusto. El personal de salud, los tomadores de decisiones y la sociedad en general debe generar consciencia de las causas y las consecuencias de este fenómeno para tomar acciones asertivas en favor de este grupo vulnerable y alta prioridad.

Para el personal de enfermería, el comprender los factores de riesgo generan una repercusión hacia la mejora de la práctica en las instituciones de salud. Por otro lado, es de vital importancia la generación de políticas en salud basadas en evidencia que permitan comparar las experiencias internacionales, resaltando las bondades de cada una, así como atender a las áreas de oportunidad para monitorizar y emprender programas y actividades que repercutan en la mejora del acceso a métodos anticonceptivos en este grupo de mujeres.

Referencias

- Aparicio Marengo, D., Polo Martínez, M., Morelo Bodhert, B., y Murillo Guzmán, D. (2020). Anticoncepción de Larga Duración Como Opción para Prevención de Embarazo en Tiempos de Sars-Cov-2. *Archivos de medicina*, 1-2.
- Calderón, M., Alvarado, R., Barrios, M., Quiroz, D., Guzmán, D., y Obregón, A. (2020). Health need assessment in an indigenous high-altitude population living on an island in Lake Titicaca, Perú. *International Journal for Equity in Health*, 18(94), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0993-3>
- Castro, L., Aguilar, M., Rojas, M., & Salinas, B. (2023). Reduction in contraceptive use during the COVID-19 pandemic among women in an indigenous Mexican community: a retrospective crossover study. *Frontiers in Public Health*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1189222>
- Coronado, J., Arias, G., Maguiña, M., Valdivia, N., & Chavez, K. (2021). Percepción de las madres adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos en comunidades anexas en región de la selva, 2018. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*, 14(1), 18-22. <https://doi.org/10.35434/rcmh-naaa.2021.141.863>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (15 de Noviembre de 2023). *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/historias/salud-materna-intercultural>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). *Motherhood in childhood. The Untold Story*. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Franco, D., Urcid, S., Albarrán, E., & Gutierrez, M. (2020). Contexto familiar y socioeconómico de madres adolescentes indígenas de siete localidades del municipio de Temoaya, Estado de México. *COFACTOR*, 9(18), 29-67. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/20.500.11799/110299>
- Galárraga, O., & Harris, J. (2020). Effect of an abrupt change in sexual and reproductive health policy on teen birth rates in Ecuador, 2008–2017. *Economics & Human Biology*, 41(1), 100967. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100967>

- Gobierno de la Republica de Guatemala. (2020). *Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <https://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf>
- Martínez Pérez, A., Terrón Barroso, J., Alayón, N., & Ariza Chana, N. (2023). Métodos anticonceptivos de larga duración (LARC): características de las usuarias, tasa de continuidad y efectividad. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*.
- Lavis, J. N. (2009). How can we support the use of systematic reviews in policymaking? *PLoS Medicine*, 6(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000141>
- Organización de las Naciones Unidas. (5 de Julio de 2022). *Organización de las Naciones Unidas*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2022/07/1511262>
- Organización Panamericana de la Salud. (28 de Febrero de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/28-2-2018-america-latina-caribe-tienen-segunda-tasa-mas-alta-embarazo-adolescente-mundo>
- Organización Panamericana de la salud. (29 de Mayo de 2023). *Países acuerdan priorizar iniciativas para mejorar la salud de las poblaciones indígenas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/29-5-2023-paises-acuerdan-priorizar-iniciativas-para-mejorar-salud-poblaciones-indigenas>
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Ruiz Taborda, J. P., Higuera Gutierrez, L. F., & Cardona Arias, J. A. (2021). Reflexión epistemológica para la Investigación de los Procesos de Determinación Social de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), 1–9. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341437>
- Sanhueza, A., Calu, J., Mujica, O., Carvajal, L., Caffé, S., & Barros, A. (2023). Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin Ameri-

can and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study. *The Lancet*, 7(6), 392-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00077-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00077-9)

Soriano, D., Soriano, A., Mejía, A., Guerrero, C., & Toro, C. (2020). Factors associated with highly effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: Evidence from a nationwide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 245(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.017>

Sosa-Sánchez, I., & Menkes, C. (2019). Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México. Un análisis a partir de la Enadid 2014. *Sociológica*, 34(98), 59-84.

Vara, E., Hubert, C., Saavedra, B., Suárez, L., & Villalobos, A. (2020). Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 637-647. <https://doi.org/10.21149/11850>

Capítulo 11

Planificación familiar en mujeres indígenas: Revisión de alcance

DCE. Claudia Orozco-Gómez¹

DCE. Vicente Jiménez-Vázquez²

DCE. Marily Daniela Amaro-Hinojosa³

<https://doi.org/10.61728/AE24001823>



¹ Nutriología, <http://orcid.org/0000-0001-9432-6404>, clorozco@uach.mx. Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nu

² Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, <http://orcid.org/0000-0001-5661-494X>, vvazquez@uach.mx

³ Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, <http://orcid.org/0000-0002-3250-492X>, damaro@uach.mx

Resumen

Las mujeres indígenas experimentan desigualdades, pobreza, rezago educativo y falta de educación sexual, esto genera que tengan desconocimiento en el uso de métodos anticonceptivos, lo que las hace vulnerables a tener un embarazo no deseado a temprana edad. El objetivo de esta revisión fue describir la planificación familiar y factores relacionados en mujeres indígenas. Se siguieron los pasos propuestos por el Instituto Joanna Briggs para su desarrollo y la información se obtuvo de las bases de datos PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect, LILACS y Scielo. Se incluyeron artículos publicados entre el año 2000 al 2024 en idioma español e inglés. A través del análisis de 19 artículos se encontró que en promedio tenían entre 2 y 6.9 hijos, y la esterilización fue el método de mayor uso en las mujeres indígenas. El nivel educativo y el índice de pobreza, se relacionaron con el número de hijos; la falta de uso de métodos anticonceptivos y planear el número de hijos, se originó principalmente por el miedo a efectos secundarios que pudiera causar el método. Otros factores estaban relacionados con la pareja, la cultura y el acceso a servicios para obtenerlos. Es importante conocer los factores que interfieren en el uso de métodos anticonceptivos para intervenir en aquellos que son modificables, contemplando intervenciones con pertinencia cultural de esta manera las mujeres recibirán información que sea acorde a su cultura y podrán tomar decisiones de manera libre y responsable.

Palabras claves: Planificación familiar, anticoncepción, mujeres indígenas, factores, revisión de alcance.

Introducción

En la atención de la salud sexual y reproductiva se contempla la planificación familiar, la cual, es un derecho humano que faculta a mujeres y hombres a decidir de manera libre y responsablemente sobre el número de hijos, así como el intervalo entre estos, lo cual se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos (MAC) (Organización Mundial de la Salud, 2023). El uso de anticonceptivos (AC) permite disminuir riesgos relacionados con el embarazo no planeado, sobre todo en las adolescentes o personas con enfermedades crónicas. También disminuyen la incidencia de mortalidad y la discapacidad relacionada con complicaciones del embarazo y el parto, además de reducir el número de abortos. Asimismo, contribuye a disminuir las infecciones de transmisión sexual mediante el uso correcto y consistente del condón. El uso de anticonceptivos impacta en el crecimiento demográfico balanceado y el desarrollo sostenible para los países, permite a las mujeres tener mayores oportunidades de educación y autonomía, situaciones que tienen impacto en sus hijos (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En el año 2020, a nivel mundial, 966 millones de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) usaban algún método anticonceptivo, de las cuales 874 millones utilizaban algún método moderno, ya fuera de acción corta, prolongada o definitivo, siendo que 15.7 % correspondía a anticonceptivos orales, 7.5 % inyectables, 16.8 % dispositivos intrauterinos (DIU), 22.9 % esterilización femenina y 21.8 % condón masculino. Mientras que 92 millones recurrieron al uso de algún método anticonceptivo tradicional, de los cuales 1.8 % utilizaron el ritmo, 5.5 % coito interrumpido y 1.8 % otro (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022).

En Latinoamérica, las mujeres indígenas de zonas rurales y en situación de pobreza presentan una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, debido a que enfrentan mayores obstáculos para el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, comparadas con las que no pertenecen a un grupo indígena o étnico (Ríos-Zertuche et al., 2017). Cabe señalar que las mujeres indígenas hablantes de su lengua tienen menor de uso de

anticonceptivos que aquellas mujeres indígenas que hablan solo español (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019). Por lo que, al no satisfacer estas necesidades, se le priva a las mujeres indígenas de su derecho a la salud, así como de sus derechos sexuales y reproductivos (Naciones Unidas, 2022).

Actualmente, se trabaja para lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en grupos indígenas donde se incluye la planificación familiar (UNFPA, 2020). Es importante mencionar que existen aspectos culturales que se relacionan con el uso de MAC en los grupos indígenas entre estos se encuentran: que la pareja deberá aprobar su uso, la unión conyugal está ligada a la reproducción lo cual brinda estatus y legitimidad del matrimonio ante la comunidad (Hernández et al., 2016) y recurren a prácticas ancestrales, por ejemplo, el uso de plantas como MAC (Betancourt-Constante et al., 2020). Sin embargo, Miranda et al., (2016) mencionan que los AC pueden ser bien aceptados por un pueblo indígena cuando viven en zonas parcialmente urbanizadas y los programas de planificación son acordes a las normas culturales y los valores sobre deseos de hijos y uso de métodos (Salinas Castro y Rodríguez Wong, 2019).

Es relevante identificar qué factores pudieran relacionarse con la planificación familiar en las mujeres indígenas, para implementar estrategias que aumenten la prevalencia del uso de los MAC en esta población. En este sentido, existen estudios primarios y de revisión en adolescentes, adultos jóvenes y mujeres casadas que han documentado factores socioculturales y cognitivos que predicen el uso de anticonceptivos (Amoah et al., 2023; Nazarbegian et al., 2022; Ti et al., 2022).

La evidencia disponible sobre el tema de anticonceptivos en mujeres indígenas hasta el momento es escasa, por lo que es importante llevar a cabo una revisión de alcance que permita identificar el panorama general sobre la planificación familiar (número de hijos, su espaciamiento y uso de MAC) en mujeres indígenas hablantes o no hablantes de lengua indígena en Latinoamérica y otras regiones de mundo; además de explorar los factores que influyen en la planificación familiar de las mujeres indígenas. Por lo anterior se propone como pregunta principal para el desarrollo de esta revisión: ¿Cómo llevan a cabo la planificación familiar en las mujeres indígenas? Y como subpregunta: ¿Qué influye en la planificación familiar de las mujeres indígenas? Los objetivos de la presente revisión son: 1) Des-

cribir los métodos utilizados para la planificación familiar en las mujeres indígenas, 2) Identificar el número y espaciamiento de hijos de las mujeres indígenas y 3) Identificar los factores que influyen para la planificación familiar en mujeres indígenas.

Método

Se efectuó una revisión de alcance tomando en cuenta la metodología del Instituto de Joanna Briggs (Aromatis et al., 2024) de la cual se consideró la estructura P (población), C (concepto) y C (contexto).

La búsqueda se efectuó durante el mes de marzo del 2024 y se incluyeron artículos en idiomas inglés y español que fueron publicados entre el año 2000 al 2024. Los estudios debían incluir dentro de la muestra y/o resultados a mujeres en edad reproductiva (P), la planificación familiar o uso métodos anticonceptivos (C) y que pertenecieran a un grupo indígena (C). En cuanto al diseño de estudio, se tomaron en cuenta estudios con diseño descriptivo, correlacional, estudios de intervención, revisiones sistemáticas y estudios con diseño cualitativo. No se consideraron artículos que mostrarán resultados comparativos con grupos que no fueran indígenas.

La búsqueda de información se realizó en PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect, LILACS (a través de la biblioteca virtual en salud [bvs]) y Scielo. Primero se llevó a cabo una búsqueda exploratoria de artículos relacionados con el tema para detectar los términos utilizados en títulos y resúmenes. Posterior, se identificaron los términos en los Descriptores de la Salud en español e inglés de los cuales se eligieron para la búsqueda: planificación familiar/family planning, contraceptive/anticonceptivo, mujeres/woman indigenous/ indígenas; mismos que se combinaron haciendo uso de los operadores booleanos AND y OR en las diferentes bases de datos.

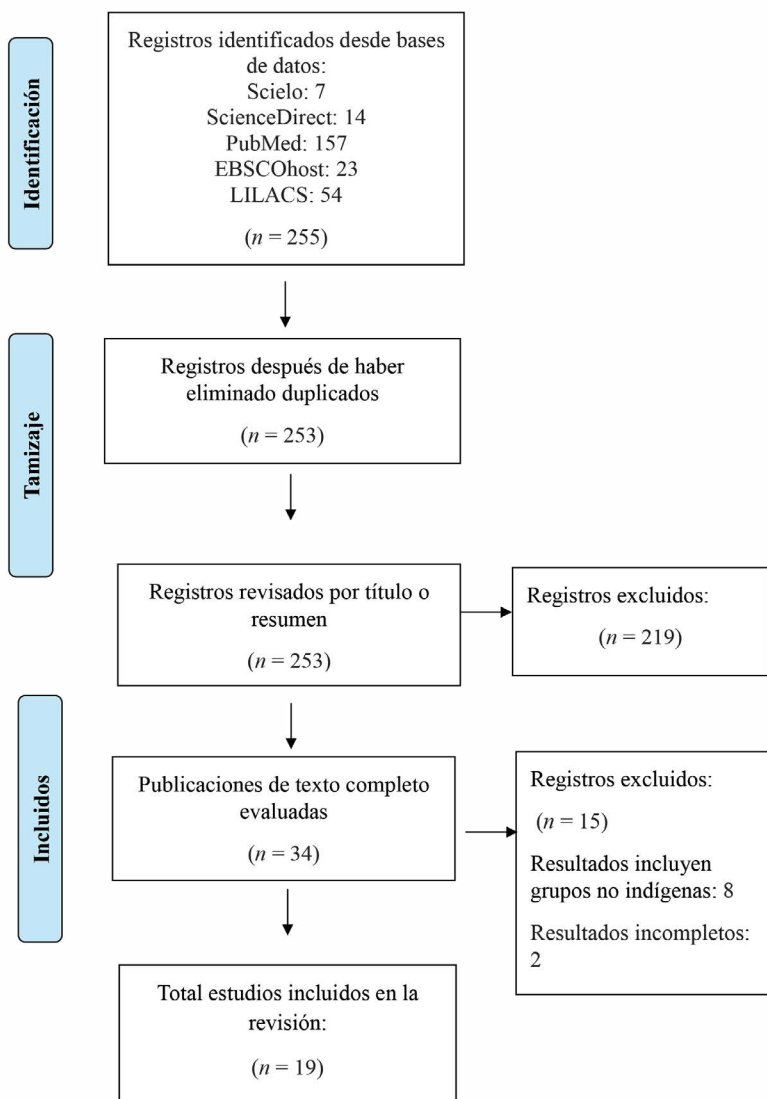
Para seleccionar los estudios se llevó a cabo la lectura de título, resumen y texto completo, posterior a esto, se realizó la extracción y síntesis de la información de los artículos seleccionados. Con la información obtenida se elaboró una tabla de extracción de datos que incluyó autor(es), año de publicación, objetivo del estudio, tipo de estudio, edad, grupo indígena, idioma, país y resultados principales relacionados con el objetivo del estudio.

Los resultados se presentan en tablas con síntesis descriptiva de las categorías temáticas principales que permitieron dar respuesta al objetivo planteado, en este caso describir la planificación familiar y factores relacionados con esta, en mujeres indígenas. Describir los métodos utilizados para la planificación familiar, identificar el número y espaciamiento de hijos e identificar los factores que influyen para la planificación familiar en mujeres indígenas.

Resultados

En la búsqueda de las bases de datos se obtuvieron 255 artículos en total, de los cuales se eliminaron dos artículos duplicados, quedando 253. Enseguida, se revisaron títulos y resúmenes de los artículos, de los cuales se eliminaron 219 debido a que no contemplaban a la población o componentes de la PF. Se seleccionaron 34 artículos para llevar a cabo la lectura a texto completo, de estos se excluyeron 15, pues los resultados estaban incompletos, mostraban comparación con grupos que no eran indígenas o no fue posible obtener el texto completo, finalmente, se incluyeron 19 artículos. En la Figura 1, se puede observar el flujo de la selección de los estudios a través del PRISMA-ScR (por sus siglas en inglés, Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de los estudios.



Los estudios seleccionados se publicaron entre el año 2009 al 2024, en su mayoría fueron escritos en idioma inglés, solo uno fue escrito en español (Irons et al., 2019). Seis de los artículos fueron desarrollados en países de Latinoamérica como Guatemala (3), México (2), Ecuador (1), Perú (1), el resto se efectuaron en India (5), Nepal (1), Bangladés (1) Mozambique (1), Tanzania (1), Australia (2) y Nueva Zelanda (1). En 11 de los estudios se contemplaban distintos grupos indígenas o étnicos (Bhandari et al., 2019; Breemer et al., 2009; Cammock et al., 2017; Carroll et al., 2020; Coombe et al., 2020; Nandi et al., 2018; Richardosn et al., 2016; Schumacher et al., 2020; Sreedevi et al.2023; Sreedevi et al., 2022; Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020).

El tipo de estudio que predominó fueron estudios cuantitativos (9) seguido de los cualitativos (6), mixtos (3) y revisión sistemática (1). Cabe señalar que uno de estos incluye un estudio de caso combinado con diseño cualitativo (Nandi et al., 2018). En seis de los estudios se menciona el idioma que tenían las participantes (Breemeemer et al., 2009; Castro-Porras, 2023; Irons et al., 2019; Nandi et al., 2018; Oosterhoff et al., 2015; Valley et al., 2022). En uno de ellos las entrevistas se llevaron a cabo en el idioma del grupo de las mujeres para lo cual se contó con traductor (Nandi et al., 2018).

En los estudios cualitativos se observó que hay estudios que incluyen solo a mujeres (Carroll et al., 2020; Richardson et al., 2016); otros contemplaron a mujeres y sus esposos (Coombe et al., 2020; Irons et al., 2019; Nandi et al., 2018; Sreedevi et al., 2003) mientras que otros incluyeron a mujeres y hombres que no tuvieran algún tipo de relación (Capurchand et al., 2016), al personal de salud (Valley et al., 2022) y los representantes de la comunidad (Oosterhoff et al., 2015; Sreedevi et al., 2023). Los estudios cuantitativos contemplaron dentro de su muestra a mujeres casadas (Islam et al., 2008), embarazadas (Lambert et al., 2019; Muralidhar et al., 2024; Schumacher et al., 2020) y en edad reproductiva (Cammock et al., 2017; Castro-Porras, 2023; Sreedevi et al., 2022; Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020).

Tabla 1. Características de los estudios.

Autores, año	Objetivo	Grupo indígena	Tipo de estudio Muestra	Edad Idioma
Irons et al., 2019	Determinar si existe temor hacia los MAC por la esterilización forzada ocurrida previamente	Vilcashuamán en Ayacucho Perú	Cualitativo. Participan 70 mujeres, 10 esposos y 20 empleados de salud	18 - 49 Quechua y castellano
Sreedevi et al., 2023	Realizar un análisis exploratorio de las prácticas menstruales, las intenciones de fertilidad y la toma de decisiones con respecto a la PF en mujeres Tribes indígenas de Kerala	Mujeres Tribes del distrito de Wayana India	Cualitativo, teoría fundamentada. Participan 15 mujeres indígenas, el esposo de una de las mujeres y personal de salud como informantes clave	30 a 45 NM
Muralidhar et al., 2024	Explorar el conocimiento, las prácticas y los determinantes sociodemográficos de la conciencia anticonceptiva en una población de mujeres Jenu Kuruba que viven en Karnataka	Tribes en Mysore India	Cuantitativo, transversal, participan 303 mujeres embarazadas	Mdn = 28 años NM
Castro-Porrás et al., 2023	Explorar cómo la pandemia de COVID-19 afectó el uso de AC en un grupo de mujeres y adolescentes indígenas mexicanas en su comunidad	Mujeres indígenas residentes en San Cristóbal de las Casas México	Cuantitativo, retrospectivo. 27 mujeres indígenas	21.7 (DE = 2.1) Todas entendían español y hablaban lenguaje indígena

Autores, año	Objetivo	Grupo indígena	Tipo de estudio Muestra	Edad Idioma
Valley et al., 2022	Explorar el uso de AC y describir la salud reproductiva en una comunidad indígena	Kaqchikel Guatemala	Mixto 62 mujeres, trabajadores de salud comunitaria	NM Predomina Kaqchikel
Bhandari et al., 2019	Evaluar los factores asociados con el uso MAC reversibles.	Brahmán y Chhetri, Janajati, Newari, Dalit, Nepal	Cuantitativo, análisis de datos secundarios Mujeres casadas	NM
Lambert et al., 2018	Identificar barreras en salud reproductiva y percepciones sobre la planificación familiar	Valley Guatemala	Cuantitativo 85 embarazadas	28.1 (DE = 1.28) NM
Nandi et al., 2018	Comprender las experiencias y percepciones de los Baigas en Chhattisgarh en el acceso a servicios AC	Baiga, Chhattisgarh, India	Estudio de caso con métodos mixtos. Incluye 248 mujeres para la fase cuantitativa y en la fase cualitativa 10 mujeres y 6 hombres	Edad promedio 37.39 Hindi
Cammock et al., 2017	Identificar las necesidades insatisfechas y el acceso a la PF entre las mujeres indígenas	Fiji o iTaukei Nueva Zelanda	Cuantitativo, transversal 352(212 Fiji, 120 Nueva Zelanda) mujeres.	Edad promedio 35 Fiji y 39 Nueva Zelanda NM
Caroll et al., 2020	Examinar las fuentes clave de información reproductiva y AC y los factores que influyen en su adopción	Safwa, Sukuma, Jeje, Sangu, Haya, Ndalí, Masái de Mbeya Tanzania	Cualitativo. 48 mujeres	20-50 NM

Autores, año	Objetivo	Grupo indígena	Tipo de estudio Muestra	Edad Idioma
Coombe et al., 2020	Examinar los factores que influyen en el uso de AC	Aborígenes isleños del Estrecho de Torres Australia	Revisión sistemática. Incluyó 17 estudios cualitativos (11), mix- tos (3) y cuantitativos (3), publicados entre el año 2016 al 2018. Población mujeres y hombres	NM
Sreedevi et al., 2022	Evaluar el uso de AC y sus determinantes, el conocimiento sobre los anticonceptivos (gene- ral y AC orales) y las intenciones de fertilidad	Tribales (Paniya, Kuricchiyar y Adiya) India	Cuantitativo. Mujeres de 15 a 49 años	30.8 (DE = 9.8) NM
Váz- quez-San- drin y Or- tíz-Ávila 2020	Relacionar los niveles de la fecundidad por cohorte de nacimiento de la población indíge- na, el tipo de parto, el lugar del parto, el uso de MAC y el efecto de variables asociadas al nacimiento anterior	Mujeres indígenas urbanas de México	Cuantitativo. Toma datos de estudio previo	NM
Breemer et al., 2009	Estimar la fertilidad, analizar las intenciones reproductivas, el uso de anticonceptivos, y determinar la necesidad insatisfecha de servicios de salud reproductiva.	Mujeres de Amazonía Ecuato- riana	Cualitativo, etnográfi- co y Cuantitativo Mujeres de 15 a 49 años	27.6 89 % habla- ban español
Oosterho- ff et al., 2015	Explora las razones por las que se tienen baja utilización de AC entre las personas Khasi en un distrito rural	Khasi India	Cualitativo. 75 (hom- bres y mujeres) y 10 personas mayores de tres aldeas)	NM 100 % habla- ban Khasi

Autores, año	Objetivo	Grupo indígena	Tipo de estudio Muestra	Edad Idioma
Capur- chande et al., 2016	Conocer las experien- cias de adolescentes y adultos jóvenes en rela- ción con el uso de AC	Maputo, Mozambi- que	Cualitativo. 8 mujeres y 8 hombres jóvenes	15-22 NM
Schuma- cher et al. 2020	Describir los patrones actuales de uso de AC en una cohorte de mujeres indígenas australianas, incluido el tamaño ideal de su fa- milia y el espaciamiento entre hijos	Mujeres indígenas Australia- nas	Cuantitativo, longitu- dinal de cohorte. 99 mujeres embarazadas	25.8 (DE = 6.6) NM
Richard- son et al., 2016	Presentar los resulta- dos de entrevistas de elicitación con mujeres indígenas guatemaltecas en edad fértil y la escala guatemalteca de autoe- ficacia en planificación familiar resultante	Kaquchikel Distritos rurales de Patzún Chimal- tengnago Guatemala	Cualitativo 16 mujeres jóvenes	20 a 24 años NM
Islam et al. 2008	Evaluar la exposición a mensajes sobre PF en los medios de comuni- cación	Garo Bangladesh	Cuantitativo 223 mujeres casadas	25-35 NM

Nota: NM = No menciona; PF = planificación familiar; MAC = Método anticonceptivo; AC = anticonceptivo; % = porcentaje; DE = Desviación estándar

Respecto a la planificación familiar y los factores que se relacionan con ella, se puede observar en la Tabla 2 que: Los estudios incluyen información sobre el número de hijos (8), reportan un promedio entre 2.1 y 6.9 (Bhandari et al., 2019; Lambert et al., 2018; Irons et al., 2019; Schumacher et al., 2020; Valley et al., 2022; Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020), un estudio menciona que 5.25 % tenían arriba de 10 hijos (Caroll et al., 2020) y solo uno de estos mencionó que la mayoría contaba con un hijo (Muralidhar et al., 2024).

Tres artículos contemplaron la planificación familiar en lo relacionado con el espaciamiento entre los hijos, en dos estudios se menciona que lo ideal sería entre 2 a 3 años (Schumacher et al., 2020; Richardson et al., 2016) y otro de dos a cinco años (Sreedevi et al., 2023). También se encontró que dos estudios indagaron sobre el deseo de tener hijos en las mujeres indígenas (Breemer et al., 2009; Lambert et al., 2018) y la preferencia del género, siendo que podía sin distinción (Sreedevi et al., 2023) o tenían preferencia por el género femenino (Oosterhoff et al., 2015)

En 17 de los artículos se menciona el tipo de MAC que utilizaban las mujeres indígenas. Ocho de los artículos refieren la esterilización como MAC predominante (Irons et al., 2019; Islam et al., 2008; Sreedevi et al., 2023; Muralidhar et al., 2024; Nandi et al., 2018; Sreedevi et al., 2022; Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020; Valley et al., 2022). En 13 de los estudios se muestran el uso de MAC modernos o temporales; en cinco de estos se menciona el uso de píldoras (Islam et al., 2008; Oosterhoff et al., 2015; Richardson et al., 2016; Sreedevi et al., 2022; Scumacher et al., 2020), se observa en los que reportan el porcentaje de su uso que osciló entre 8.7 % (Sreedevi et al., 2022) y 9.4 % (Islam et al., 2008). El uso del condón se menciona en cinco estudios (Islam et al., 2008; Sreedevi et al., 2023; Schumacher 2020; Capurchande et al., 2016; Richardson et al., 2016) las inyecciones en tres estudios (Caroll et al., 202; Islam et al., 2008; Valley et al., 2022), el DIU es referido por dos estudios (Oosterhoff et al., 2015; Sreedevi et al., 2022) y solo un artículo hace referencia al implante (Schumacher et al., 2020).

En cinco estudios se reportó el uso de MAC naturales o tradicionales (Capurchande et al., 2016; Cammock et al., 2017; Nandi et al., 2018; Sreedevi et al., 2022; Sreedevi et al., 2023), entre estos se mencionan que recurrían a la abstinencia o uso del método del ritmo (Sreedevi et al., 2023), uso de plantas con efecto anticonceptivo (Nandi et al., 2018) y el coito interrumpido (Capurchande et al., 2016). También se hace mención en un estudio que las mujeres tenían demanda insatisfecha de MAC (Cammock et al., 2017) y falta de acceso a los MAC durante la pandemia por Covid-19 (Castro-Porras et al., 2023)

Algunos autores reportaron el nivel de conocimientos acerca de los MAC en sus muestras y mencionan que la información la adquieren a

través de mensajes de PF emitidos en la televisión (Islam et al., 2008; Lambert, 2018).

Los factores identificados que se relacionan con el uso de los MAC fueron: los efectos secundarios como el desarrollo de cáncer (Irons et al., 2019; Sreedevi et al., 2023; Sreedevi et al., 2022; Valley et al., 2022), el impacto en la menstruación o fertilidad (Valley et al., 2022) e interés en su uso (Sreedevi et al., 2023; Sreedevi et al., 2022). Además, un estudio reporta que existe asociación en el nivel de pobreza y el nivel educativo con el número de hijos (Valley et al., 2022).

Otros factores se relacionaron con el acceso a los servicios de MAC (Bremer et al., 2009; Cammock et al., 2017; Castro-Porras et al., 2023; Oosterhoff et al., 2015), aspectos sociodemográficos como el índice de pobreza (Bhandari et al., 2019; Valley et al., 2022), la escolaridad (Bhandari et al., 2019; Cammock et al., 2017; Sreedevi et al., 2022), la edad (Bhandari et al., 2019), el número de hijos que tenían y los que deseaban tener (Bhandari et al., 2019).

Otros factores estuvieron relacionados con la falta de uso de MAC fueron aspectos culturales (Capurchande et al., 2016; Coombe et al., 2020; Nandi et al., 2018), la religión (Cammock et al., 2017; Valley et al., 2022; Richardson et al., 2016) y que necesitaban la aprobación de la pareja (Coombe et al., 2020; Richardson et al., 2016; Sreedevi et al., 2023; Sreedevi 2022; Bhandari et al., 2019). También se encontró que las mujeres expresaban disgusto por el AC (Coombe et al., 2020) y si tenían antecedente de consulta a PF en el último año era más probable que lo usaran (Valley et al., 2022).

El costo de AC (Valley et al., 2022), las implicaciones de tener hijos (Valley et al., 2022) el estigma ocasionado por el uso de un MAC (Caroll et al., 2020; Richardson et al., 2016), el conocimiento deficiente sobre MAC (Capurchande et al., 2016; Coombe et al., 2020; Sreedevi et al., 2022; Carroll et al., 2020), el lenguaje y forma en que se brinda la atención a la salud (Capurchande et al., 2016) contribuyeron a que las mujeres no usaran MAC.

Tabla 2. Componentes de la planificación familiar y factores relacionados.

Autores, año	Hijos	MAC utilizado	Factor relacionado con MAC
Irons et al., 2019	Promedio 4	Esterilización, la cual fue forzada en parte de las mujeres	No existe temor hacia la esterilización previa. Sin embargo, si a desarrollar cáncer como efecto de los AC
Sreedevi et al., 2023	Entre 2 y 3 con espaciamiento de 2 a 5 años. El número de hijos se acordaba entre la pareja. Sin preferencia de género	La mayoría de las mujeres no recurrieron a ningún AC. Preferían los métodos naturales como la abstinencia y ritmo que AC orales o condones. Parejas prefieren esterilización a MAC temporales	Falta de interés, efectos secundarios o la pareja no favorecía su uso
Muralidhar et al., 2024	La mayoría tenía uno	77.6 % se habían esterilizado y 2.7 % informaron haber usado alguna vez AC temporales	NM
Castro-Porras et al., 2023	NM	29.7 % usaron AC durante la pandemia y 50 % antes de la pandemia. 73% recibió consejería	77.3 % tuvieron dificultad para encontrar algún método
Valley et al., 2022	Promedio 6.9	50.9 % estaban usando algún AC, Predomina esterilización e inyecciones	Índice de pobreza, religión no católica, consulta de PF en el último año y autonomía sexual se asoció con uso de MAC, otros factores que refirieron fueron: costo de los MAC, temor a que el AC desarrolle cáncer, impacto en la menstruación y la fertilidad; objeción religiosa para el uso; difícil encontrar anticonceptivos en su comunidad; costo de tener hijos y dificultad para la crianza

Autores, año	Hijos	MAC utilizado	Factor relacionado con MAC
Bhandari et al., 2019	Promedio 6.3	42.8 % usaba AC moderno El uso de MAC reversibles incrementó del año 2011 a 2016	Escolaridad primaria, marido sin educación, edad de las mujeres menor de 35 años, perfil económico bajo y pertenecer a grupo étnico se asoció negativamente. Tener menos de dos hijos, deseo de tener hijos en el futuro y que el esposo fuera trabajador se asoció positivamente
Lambert et al., 2018	Promedio de hijos 2.9 42.1 % deseaban otro hijo y 92.1 % querían esperar	NM	Tenían mayor conocimiento sobre las pastillas, condón masculino y de la esterilización femenina
Nandi et al., 2018	Promedio de hijos 4.41.	48.8 % habían usado algún método, 81.8 % mencionaron que su esposo se había esterilizado, uso de hierbas como AC	Mujeres que llevaban tatuaje en la frente se les negaba el servicio de anticonceptivos
Cammock et al., 2017	NM	26 % de quienes Vivían en Nueva Zelanda tenían necesidad insatisfecha de AC y 25 % de las de Fiji. Según el grupo étnico (sukuma, masai y safwa) daban mayor importancia a la AC tradicionales	Quienes vivían en Nueva Zelanda, el nivel de escolaridad (terciario) incrementa la conciencia y el uso de la PF. Las creencias etnoreligiosas, la lejanía y el entorno rural y su desconexión de los servicios principales hicieron que las mujeres recurrieran a la medicina y las prácticas locales
Caroll et al., 2020	41.66 % tenían entre 1-3 hijos y 5.25 % arribaba de 10	27 % usaba inyección (más utilizado), condón (menos utilizado)	Uso de AC era encubierto y estigmatizado en mujeres solteras. Información sobre reproducción y AC limitada

Autores, año	Hijos	MAC utilizado	Factor relacionado con MAC
Coombe et al., 2020	NM	NM	Las normas culturales relativas a los roles de género y el uso de anticonceptivos. Disgusto por los AC, dificultad para negociar el uso de anticonceptivos con sus parejas sexuales y falta de conocimiento sobre los métodos disponibles
Sreedevi et al., 2022	Menor de tres hijos en la mayoría (85.4 %). 42 % prefería dos hijos por familia, con espaciamiento entre estos de 3 años	26.4 % había usado MAC. 63.8 % MAC permanente, 16.3% DIU, 8.7 % píldora, 7% condón y otros incluidos métodos tradicionales (2.1%)	Preocupación por los efectos secundarios, la pareja no deseaba usar, desconocimiento sobre cómo usarlos, enfermedad, no sentían la necesidad, deseo y planeaba embarazarse. Mujeres alfabetas tenían 2.2 veces mayor probabilidad de tener conocimiento superior al promedio, las que tenían edad de menarquía mayor a 13 años y pertenecían al grupo Paniya usaban más AC
Vázquez-Sandrin y Ortíz-Ávila 2020	La fecundidad descendió en las cohortes 1951-1953 (3.3 hijos) 1966-1968 (2.5 hijos) y 1978-1980 (2 hijos),	OTB por año de cohorte 1951-1953 (11.7 %) 1966-1968 (29.5 %) y 1978-1980 (31.5 %) 28 % usaron DIU alguna vez en la vida	NM

Autores, año	Hijos	MAC utilizado	Factor relacionado con MAC
Breemer et al. 2009	4 hijos en promedio. Tienen claro el número de hijos que desean y quieren tener más. Entre 35.1 % y 59.1 % no deseaban tener hijos.	NM	NM
Oosterhoff et al., 2015	4 a 6 La familia ideal sería entre 4 y 6 hijos, incluida al menos una niña.	DIU, píldoras y esterilización, métodos que promueve el estado	A las mujeres les resulta difícil encontrar personal capacitado que pueda proporcionarlos de manera segura los AC. Lejanía para encontrar un centro de salud viajan hasta 8 horas
Capurchan- de et al., 2016	NM	Condón, inyecciones, coito interrumpido	Diálogo restringido sobre sexualidad entre adolescentes y adultos jóvenes y sus padres y pares. Además, las ideas sobre los anticonceptivos indígenas, las nociones de masculinidad y feminidad, los conceptos erróneos y el miedo a los efectos secundarios de los AC. Otras barreras incluyen la elección impuesta de anticonceptivos, el lenguaje médico demasiado técnico utilizado en las clínicas y la ausencia de trabajadores de la salud más atentos a las necesidades de los adolescentes y adultos jóvenes

Autores, año	Hijos	MAC utilizado	Factor relacionado con MAC
Schumacher et al., 2020	Promedio de hijos 3 en los que ya no querían tener hijo, quienes tenían un hijo querían tener más. El tiempo ideal entre cada hijo sería entre 2 a 3 años.	Condomes, píldora e implante	NM
Richardson et al., 2016	Deseaban esperar dos años o más antes del na- cimiento de su próximo hijo.	Pastillas y condón	Preocupación por el castigo social por utilizar la PF Oposición del esposo Miedo o experiencia de efectos secundarios Creer que su uso es pecado
Islam et al., 2008	La mayoría tenía 2	49.2 % píldora, 9.4 % inyectables y 7.6% mé- todos permanentes 2.3 % condón	Mensajes sobre PF fueron más altos en quienes tienen mayor edad. Mensajes en televisión fueron efectivos

Nota: NM = No menciona; PF = planificación familiar; OTB = Oclusión Tubaria Bilateral; MAC = Método anticonceptivo; AC = anticonceptivo; % = porcentaje

Discusión

A través de esta revisión se evidencian aspectos relacionados con la PF y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres indígenas. El tema de la planificación familiar principalmente se ha explorado en las mujeres indígenas casadas o que tienen pareja (Islam et al., 2008; Lambert et al., 2019; Muralidhar et al., 2024; Schumacher et al., 2020), solo en un estudio se aborda sin pareja (Capurchand et al., 202). Se puede observar que el promedio de

hijos es ligeramente mayor, en la gran parte de los estudios al promedio de nacimiento a nivel mundial (UNFPA, 2023). Cabe señalar que la literatura menciona que el grupo de mujeres indígenas no hablantes del idioma español presentan mayor número de hijos (Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020). Esto es evidente debido a que gran parte de las mujeres no hablantes habitan en regiones en las que el acceso a servicios médicos es limitada o de difícil acceso, de igual forma el personal de salud pocas veces habla su idioma, lo que dificulta brindarles información que les permita conocer los MAC y les permita decidir sobre su uso.

En los estudios realizados en países de Latinoamérica, el promedio de hijos es mayor (Bremer et al., 2009; Lambert et al., 2018; Valley et al., 2022) comparado al de resto de países (Lambert et al., 2019; Muralidhar et al., 2024; Nandi et al., 2018; Schumacher et al., 2020; Sreedvi et al., 2022). Esto pudiera deberse a que en el continente asiático existen políticas que incluyen incentivos para que las familias disminuyan el número de hijos, lo cual pudiera explicar este resultado. Sin embargo, existe preocupación por la disminución de los grupos indígenas, por lo que se hace un llamado para que en grupos indígenas puedan tener mayor número de hijos y de esta manera no se extingan los grupos originarios (Reuters, 2024).

Otro punto relevante que se encontró es que las mujeres indígenas tienen una necesidad insatisfecha para el uso de MAC (Bremer et al., 2009; Cammock et al., 2017; Castro-Porras et al., 2023; Oosterhoff et al., 2015), lo cual se espera que sea satisfecha a través de las acciones realizadas por parte de organizaciones internacionales y nacionales que pretenden la cobertura de servicios de salud reproductiva de manera universal (Naciones Unidas, 2023).

Además, se pudo observar que existe una baja variabilidad en el uso de los métodos anticonceptivos debido a que se menciona la esterilización como el método anticonceptivo predominante en la mayoría de los estudios (Irons et al., 2019; Islam et al., 2008; Sreedevi et al., 2023; Muralidhar et al., 2024; Nandi et al., 2018; Sreedevi et al., 2022; Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020; Valley et al., 2022) la cual se menciona que en ocasiones se presenta de manera forzada (Vázquez-Sandrin y Ortiz-Ávila, 2020), esto se considera una de las principales violaciones a los derechos de las mujeres indígenas (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015).

Por lo que es importante educar en materia de salud sexual y reproductiva a estas mujeres, haciendo énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos, así como en el consentimiento informado que debe proporcionar para cualquier procedimiento que se le pudiera realizar.

Se identificaron factores que influyen en el uso de MAC, entre estos se encuentra el miedo a efectos secundarios, necesitan de la aprobación de la pareja para su uso y dificultad para el acceder a servicios de MAC. También se identificaron aspectos culturales que influyen en el uso de MAC, cabe señalar que estos se observan principalmente en estudios que se realizaron en Asia (Coombe et al., 2020; Cammock et al., 2017). Es importante que los profesionales de la salud lleven a cabo intervenciones con pertenencia intercultural, la cual permite reconocer y respetar su cosmovisión, valores y creencias, respecto a la planificación familiar; además de brindarse en el idioma originario del usuario. Este último punto solo se observó en un artículo (Nandi et al., 2018).

Esta revisión de alcance presenta limitaciones debido a que se realizó la búsqueda en bases de datos a las que se tienen acceso de manera gratuita y solo se incluyeron artículos en idioma inglés y español, por lo que se pudo dejar de lado información que se puede encontrar alojada en otras fuentes de información y que pudiera ser relevante sobre el tema, con base en esto, se sugiere ampliar la búsqueda en otros idiomas e incluir estudios que aborden el tema en grupo de hombres.

Conclusiones

La evidencia disponible sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas es reciente y predominan los estudios realizados en Asia y Latinoamérica. Se encontró que los estudios incluyen aspectos de la PF relacionados con el deseo del número de hijos, espaciamiento, entre estos, y las mujeres indígenas dialogan con su pareja para tener un consenso sobre el número de hijos y expresan la preferencia del género de sus hijos. En los estudios predomina la información sobre el uso de métodos anticonceptivos, siendo que la esterilización es el método que más utilizan, seguido de MAC modernos como píldoras, inyecciones, condón e implante, por otra parte, los MAC naturales son usados con menor frecuencia.

Los factores que reportan las mujeres indígenas para no usar MAC son el miedo a efecto del MAC, el acceso, falta de interés para su uso; factores religiosos, sociodemográficos y culturales; otros factores estaban relacionados con la aprobación de la pareja, la falta de conocimiento, el costo; también los relacionados con la atención médica, el disgusto por los AC, la implicación de tener hijos y el estigma.

Referencias

- Amoah, E. J., Hinneh, T. y Aklie, R. (2023). Determinants and prevalence of modern contraceptive use among sexually active female youth in the Berekum East Municipality, Ghana. *Plos One*, 18(6), e0286585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286585>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B. y Jordan, Z. (2024). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bhandari, R., Pokhrel, K. N., Gabrielle, N. y Amatya, A. (2019). Long acting reversible contraception use and associated factors among married women of reproductive age in Nepal. *Plos One* 14(3): e0214590 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214590>
- Callata-Cardenas, S., Peña-Cerna, F. M. D. R., Hernández-Vásquez, A. y Azañedo, D. (2023). Socioeconomic inequalities and factors associated with the use of modern contraceptive methods in women of childbearing age in Ecuador 2018. *Healthcare* 11, 2293. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162293>
- Cammock, R., Herbison, P., Lovell, S. y Priest, P. (2017). Family planning unmet need and access among iTaukei women in New Zealand and Fiji. *The New Zealand medical journal*, 130(1462), 46-53.
- Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M. y Meulemans, H. (2016). It is challenging... oh, nobody likes it!: a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC Women's Health*, 16, 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2>
- Carroll, A. y Kapilashrami, A. (2020). Barriers to uptake of reproductive information and contraceptives in rural Tanzania: an intersectionality informed qualitative enquiry. *BMJ Open*, 10(10), e036600. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036600>

- Castro-Porras, L. V., Aguilar-Rodríguez, M. A., Rojas-Russell, M. E. y Salinas-Iracheta, B. A. (2023). Reduction in contraceptive use during the COVID-19 pandemic among women in an indigenous Mexican community: a retrospective crossover study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1189222. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1189222>
- Coombe, J., Anderson, A. E., Townsend, N., Rae, K. M., Gilbert, S., Keogh, L., Corby, C. y Loxton, D. (2020). Factors influencing contraceptive use or non-use among Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review and narrative synthesis. *Reproductive Health*, 17(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01004-8>
- Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas. (2020). *Manual de pertinencia cultural para la atención a pueblos indígenas en el ámbito de la salud*. https://chihuahua.gob.mx/sites/default/attach2/version_completa_e.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2015). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas*. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2023). *El problema de una población demasiado baja*. <https://www.unfpa.org/es/swp2023/too-few>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2024). *Planificación familiar*. <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. ENADID*.
- Islam, M. R., Islam, M. A. y Banowary, B. (2009). Determinants of exposure to mass media family planning messages among indigenous people in Bangladesh: a study on the Garo. *Journal of Biosocial Science*, 41(2), 221-229. <https://doi.org/10.1017/S0021932008003088>
- Irons, R. (2019). Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 188-195. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.362.4356>
- Lambert, L. A., Hatcher, J. B. y Wang, X. (2018). Access to Reproductive Health Services and Maternal Perceptions on Family Planning in an Indigenous Guatemalan Valley. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2018, 7879230. <https://doi.org/10.1155/2018/7879230>

- Miranda, L., Arellano, L., Lopez, L. M. y Faundes, A. (2016). Acceptance of progestogen-only contraceptives by indigenous women from south Mexico. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 132(2), 236. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.013>
- Muralidhar, K., Nishimura, H., Coursey, K., Krupp, K., Jaykrishna, P., Srinivas, V. y Madhivanan, P. (2024). Knowledge and practice of family planning among pregnant tribal women in Southern India: an observational study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00259-3>
- Naciones Unidas. (2022, 31 Octubre). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recomendación general núm. 29(2022) sobre los derechos de las mujeres y las niñas indígenas*. <https://acortar.link/i3U8RW>
- Nandi, S., Joshi, D., Gurung, P., Yadav, C. y Murugan, G. (2018). Denying access of Particularly Vulnerable Tribal Groups to contraceptive services: a case study among the Baiga community in Chhattisgarh, India. *Reproductive Health Matters*, 26(54), 84–97. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1542912>
- Nazarbegan, M., Averbach, S., Johns, N. E., Ghule, M., Silverman, J., Lundgren, R., Battala, M., Begum, S. y Raj, A. (2022). Associations between Contraceptive Decision-Making and Marital Contraceptive Communication and use in Rural Maharashtra, India. *Studies in Family Planning*, 53(4), 617–637. <https://doi.org/10.1111/sifp.12214>
- Oosterhoff, P., Dkhar, B. y Albert, S. (2015). Understanding unmet contraceptive needs among rural Khasi men and women in Meghalaya. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1105–1118. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042918>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, septiembre 5). *Planificación familiar/ métodos anticonceptivos*. Recuperado el 3 de abril del 2024: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Salud sexual y reproductiva. Salud y derechos sexuales en el curso de vida*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

- Richardson, E., Allison, K. R., Gesink, D. y Berry, A. (2016). Barriers to accessing and using contraception in highland Guatemala: the development of a family planning self-efficacy scale. *Open Access Journal of Contraception*, 7, 77-87. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S95674>
- Rios-Zertuche, D., Blanco, L. C., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E. B., Colombara, D. V., Mokdad, A. H. y Iriarte, E. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*, 95(6), 549-557. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.005>
- Reuters. (2024). Un estado de la India pide más bebés en pleno debate demográfico. <https://es.euronews.com/2023/01/19/poblacion-mundial-india#:~:text=Sikkim%2C%20un%20estado%20con%20menos,-durante%20mucho%20tiempo%20a%20los>
- Salinas Castro, V. y Rodríguez Wong, L. (2019). Poblaciones indígenas amazónicas del Ecuador, su situación, cambios y diferencias reflejadas en su fecundidad. *Bulletin de l'Institut Français d'études Andines*, 48 (3), 257-281. <https://doi.org/10.4000/bifea.10742>
- Schumacher, T. L., Frawley, J., Pringle, K. G., Keogh, L., Sutherland, K., Herden, J., Knox, P., Loxton, D. y Rae, K. M. (2020). Contraception usage and the desired number of offspring of Indigenous women from the Gomeroi lands. *The Australian Journal of Rural Health*, 28(4), 360-365. <https://doi.org/10.1111/ajr.12638>
- Sreedevi, A., George, L. S., Varughese, S. A., Najeeb, S. S., Aravindan, L., Anvar, R., Georgy, S., Menon, V. B., Sathish, S. y Nedungadi, P. (2023). Menstrual practices, fertility intentions and decision-making regarding family planning by women belonging to various indigenous groups of Wayanad- A qualitative study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(6), 1214-1221. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1799_22
- Sreedevi, A., Vijayakumar, K., Najeeb, S. S., Menon, V., Mathew, M. M., Aravindan, L., Anwar, R., Sathish, S., Nedungadi, P., Wiwanitkit, V. y Raman, R. (2022). Pattern of contraceptive use, determinants and fertility intentions among tribal women in Kerala, India: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(4), e055325. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055325>

- Ti, A., Soin, K., Rahman, T., Dam, A. y Yeh, P. T. (2022). Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: *A systematic review*. *Contraception*, 111, 22-31. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.018>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division (2022). World Family Planning 2022: *Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
- Valley, T. M., Foreman, A. y Duffy, S. (2022). Indigenous Women's Perspectives on Contraception in Rural Guatemala. *Practicing Anthropology*, 44(3), 20-29. <https://doi.org/10.17730/0888-4552.44.3.20>
- Vázquez-Sandrin, G. y Ortiz-Ávila, E. (2020). Planificación familiar y fecundidad de la población indígena en el México urbano. *Papeles de Población*, 26(103), 157-184. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.103.06>

Acerca de los autores

Dolores Imelda Romero Acosta

Doctora en Educación para la Diversidad Cultural por la Universidad Autónoma Indígena de México. Maestra en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Indígena de México. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Actualmente profesora de tiempo completo del área de Ciencias Sociales humanidades, adscrita al programa educativo de Licenciatura en Sociología Rural, Unidad Mochicahui. Ha publicado diversos capítulos de libros, participado en ponencias, seminarios, simposios, coloquios de investigación y ha impartido asignaturas en licenciatura y posgrado. Reconocimiento de Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP-SEP, distinción como investigadora honorífica por CONFIE y Miembro distinguido como candidata a Investigadora Nacional del Sistema Nacional de Investigadores CONAHCYT. Correo electrónico: doloresromero@uaim.edu.mx

Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco

Doctora en Estudios Sociales. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del CONAHCYT (Nivel Candidata). Miembro del Cuerpo Académico Salud Mental y Conductas de Riesgo en Población Vulnerable de grado consolidado ante PRODEP-DSA con clave UAS-CA-351, integrante del Sistema Sinaloense de Investigadoras; sus trabajos de investigación se centran género, sexualidad y reproductiva en poblaciones indígenas. Correo electrónico: ginneapodaca@uas.edu.mx

Carolina Valdez-Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora-investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad de Autónoma de Sinaloa, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e In-

vestigadores, nivel I, del CONAHCYT, posee Perfil PRODEP, asimismo es miembro del Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha.

Miembro del Cuerpo Académico Salud Mental y Conductas de Riesgo en Población Vulnerable de grado consolidado ante PRODEP-DSA con clave UAS-CA-351. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx

Alma Angélica Villa Rueda

Profesora-Investigadora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Baja California. Líder del Cuerpo Académico en Consolidación Atención y Cuidado Multidisciplinario. Líder del convenio internacional con la University of Western Ontario y la Universidad Autónoma de Baja California. Integrante de la Red Latinoamericana Interdisciplinaria de Género de la Universidad de Yale y UNAM (Grupo de economía, pobreza y salud). Coordinadora de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería-UABC. Su línea de generación de conocimiento se centra en los análisis de los procesos de salud desde el género como categoría crítica y los derechos humanos. Ha tenido incidencia en política pública en Nuevo León, específicamente en la construcción del Plan de Trabajo Sexenal de la Secretaría de Bienestar, en temas de poblaciones *trans*. Asimismo, en Baja California en el cumplimiento de la agenda de política del INMUJER B. C. de 2022 y 2023 en el tema de sexualidad con énfasis en embarazo infantil y adolescente y aborto.

Candidata al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (2020-2024) y Nivel 1 para 2025-2030.

Leonor Tereso Ramírez

Licenciada en Trabajo Social, maestra y doctora en Trabajo Social con Acentuación en Estudios de Género por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Posdoctorado en el Programa de Posgrado en Estudios Sociales en la Universidad Indígena de México. Profesora Investigadora de Tiempo Completo en la UAS. Perfil deseable PRODEP 2023-2026. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado UAS-CA-319: Políticas sociales, Género y Educación. Miembro Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores

(SNI-CONAHCYT), Investigadora Honorífica del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos. Miembro de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS). Participante en el Grupo de Investigación sobre Población Jornalera del Noroeste (GIPJAN). Integrante del Claustro Académico de Maestría y Doctorado en las Facultades de Trabajo Social Culiacán y Mazatlán y la Facultad de Derecho Culiacán. Tallerista con mujeres indígenas migrantes asentadas en Villa Juárez, Navolato, Sinaloa.

Luz Mercedes Verdugo Araujo

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Licenciada en Trabajo Social, maestra y doctora en Trabajo Social con acentuación de Sistemas de Salud. Posdoctorado en el Programa de Posgrado en Estudios para la Sostenibilidad y Medio Ambiente en la Universidad Indígena de México. Forma parte del Claustro Académico de Posgrado de Maestría y Doctorado en las Facultades de Trabajo Social Culiacán y Mazatlán de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Cuenta con Perfil Deseable en el Programa de Mejoramiento al Profesorado PRODEP y es Integrante del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Forma parte del Cuerpo Académico Consolidado UAS-CA-319: Políticas sociales, Género y Educación. Integrante de la Academia Nacional de Investigadores en Trabajo Social (ACANITS).

María Luisa Urrea Zazueta

Licenciada en Derecho, maestra y doctora en Educación por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Profesora Investigadora de Tiempo Completo en la UAS. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1, forma parte del Cuerpo Académico Consolidado UAS-CA-319: Políticas sociales, Género y Educación, Investigadora Honorífica del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos. Desde el 2015 es integrante de la Red de Ciencia, Tecnología y Género. Forma parte del Claustro Académico de Posgrado en las Facultades de Trabajo Social Culiacán y Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Autónoma de Nuevo León. Es Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Lider del Cuerpo Académico “Enfermería, Salud y Educación”. Actualmente su línea de investigación se centra Conductas de riesgo en grupos vulnerados. Autora y coautora de diversos artículos de investigación, capítulo de libro y libros. Revisora de artículos en revistas indexadas a nivel nacional e internacional. Tiene reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Investigador Nivel I.

Pedro Moisés Noh Moo

Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Colaborador del Cuerpo Académico “Enfermería, Salud y Educación”. Enfermero General de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad del Carmen, Campeche, México. Autor y coautor de artículos de investigación, capítulo de libros indexados en revistas a nivel nacional e internacional. Las investigaciones versan sobre la línea de conductas de riesgo en grupos vulnerados, principalmente en aspectos de adicciones, salud mental y conductas sexuales de riesgo.

Juan Yovani Telumbre-Terrero

Doctor en Salud Mental, Gestor y Profesor de Tiempo Completo de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante de Cuerpo Académico Enfermería, Salud y Educación, cuenta con Reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y es Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Autor y coautor de artículos en revistas arbitradas e indexadas de índole nacional e internacional, además de autor de capítulos de libro y libros de editoriales reconocidas. Las investigaciones versan sobre la línea de conductas de riesgo en grupos vulnerados, principalmente en aspectos de adicciones, salud mental y conductas sexuales de riesgo.

Iliana Patricia Vega-Campos.

Doctorante en Ciencias de Enfermería por Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Unidad Académica de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nayarit. Miembro del comité académico de pre-validación de Reactivos del Examen General para el Egreso de la Licenciatura en Enfermería. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. CDMX.

Lucely Maas-Góngora

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora Investigadora Titular de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del CA “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado de enfermería y procesos educativos”, temática: Conductas de Riesgo en grupos vulnerables. Autora y coautora de diversos artículos de investigación en revistas arbitradas e indexadas de índole nacional e internacional, además de autora de capítulos de libro y libros de editoriales reconocidas. Reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) e Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1.

Vianet Nava Navarro

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, integrante del Cuerpo Académico de Enfermería en Salud Sexual, del Padrón de Investigadores BUAP, de la Red Temática de Investigación en Sexualidad y colaboradora del grupo de investigación

de sexualidad, cuerpo y género: desigualdades, violencias y horizontes de subjetividad, del Colegio de Antropología Social de la BUAP. Certificación Profesional por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería A. C. (COMLE), Perfil Deseable de PRODEP, Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: vianet.nava@correo.buap.mx

Dora Julia Onofre-Rodríguez

Doctora en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Realizó estancia posdoctoral en el El Colegio de la Frontera Norte. Es Profesora Titular B de Tiempo Completo, Investigadora y Secretaria de Programas de Especialidad y Maestría en la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 1. Tiene reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente. Presidenta del Capítulo Tau Alpha, de Sigma Theta Tau International. Actualmente realiza estudios de género, sexualidad y conductas relacionadas a la prevención del VIH/SIDA en grupos de poblaciones clave y vulnerables. Pertenece a la Red Binacional de Salud Fronteriza; Red Nacional de Trabajo Social y Políticas Sociales; y Red de Investigación en Sexualidad Responsable. Cuenta con diversas publicaciones entre las que destacan artículos en revistas indexadas, libros, capítulos de libros. Imparte cátedra en el Posgrado y en Licenciatura. Dirige tesis de Maestría y Doctorado de estudiantes inscritos en el Sistema Nacional de Posgrados. Correo electrónico: donofre64@yahoo.com.mx

Francisco Javier Baez Hernández

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Participa en la línea de investigación. Sexualidad, cuerpo y género: desigualdades, violencias y horizontes de subjetividad, trabajando conducta sexual masculina, del Programa de Doctorado de Antropología Social de la BUAP. Es profesor investigador en la Maestría en Ciencias de la Enfermería de la misma universidad. Forma parte de la Red de Investigación en Sexualidad Responsable y del Cuerpo Académico de Enferme-

ría en Salud Sexual. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del CONAHCYT en el nivel I y de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Alpha. Actualmente es el secretario de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la BUAP. Correo electrónico: javier.baez@correo.buap.mx

Alan Josué Ramírez-Calderón

Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Actualmente es estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la UANL, profesor de tiempo parcial en la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UEM y su línea de investigación se centra en la sexualidad responsable, prevención de VIH/SIDA e ITS y prevención del embarazo adolescente en poblaciones indígenas y grupos vulnerables. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, así como ponente en múltiples congresos de índole nacional e internacional. De igual forma colabora como asesor y sinodal de tesis a nivel licenciatura en Christus Muguerza-UEM. Correo electrónico: josue.ramirezca@uanl.edu.mx o jofa3111@gmail.com

Raquel Alicia Benavides Torres

Doctor of Philosophy in Nursing for The University of Texas at Austin. Es profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UANL, líder de la LGAC sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA y coordinadora del Doctorado en Ciencias de Enfermería. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores nivel I. Su producción es de 46 artículos en revistas indexadas y de alto impacto, cinco libros, 25 capítulos de libro. Ha sido ponente en distintos congresos a nivel nacional e internacional. Y ha dirigido más de 17 tesis de maestría y doctorado. Correo electrónico: raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la UANL. Es profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UANL, integrante de la LGAC sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores nivel I y miembro de la Red Nacional de Investigación en Sexualidad desde el 2019. Autora y coautora de artículos científicos publicados en revistas indexadas y de alto impacto, así como de un libro y cinco capítulos de libro. Ha sido ponente en distintos congresos nacionales e internacionales. Y funge como asesor de tesis a nivel maestría y doctorado. Correo electrónico: rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx

Berenice Juan Martínez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesora de Tiempo completo de la Universidad del Papaloapan. Tiene reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y Candidata a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores. Autora y coautora de artículos de investigación y capítulo de libro. Revisora de artículos en revistas a nivel nacional e internacional. Su línea de investigación se centra en la violencia de género, embarazo en la adolescencia, sexualidad, VIH/Sida, principalmente en poblaciones indígenas. Correo electrónico: berenicehgt@gmail.com

Guadalupe García Cortes

Es licenciada en Enfermería por la Universidad del Papaloapan. Se desempeña en el área asistencial en el área materno infantil en el Hospital Rural Bienestar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 43, de Huautla de Jiménez, Oaxaca. Es supervisora de Campos Clínicos por la Universidad del Papaloapan y de la Universidad de la Sierra Sur. Tiene un diplomado en Enfermería Quirúrgica Médico Legal por el Centro de Capacitación y Educación Continua S.C. Enfermería. Correo electrónico: gc138876@gmail.com

Antonieta de Jesús Banda Pérez

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, vicepresidenta de la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud, A. C. (AMFICES). Integrante de la Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud Comunitaria (RIIESC), prosecretaria General del Colegio de Enfermería de San Luis Potosí A. C. Miembro del Sistema Estatal de Investigadores (SEI) de San Luis Potosí, Candidata a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores. Autora y coautora de diversos artículos de investigación y capítulo de libro. Revisora de artículos en revistas a nivel nacional e internacional. Líneas de investigación: salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, optimización de la lactancia materna, prevención y abordaje de la violencia obstétrica, salud en la niñez, interculturalidad en salud. Correo electrónico: antonieta.banda@uaslp.mx

Lucía Caudillo-Ortega

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Autónoma de Nuevo León. Es Profesora e Investigadora de Tiempo Completo. Actualmente su línea de investigación se centra en la salud integral de grupos vulnerables. Autora y coautora de diversos artículos de investigación y capítulos de libro. Revisora de artículos en revistas a nivel nacional e internacional. Miembro del comité revisor de la Revista Hispanic Health Care International. Ha recibido financiamiento para investigación nacional e internacional. Tiene reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) e Investigadora Nacional Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: lucia.caudillo@ugto.mx

María Aurora Montañez Frausto

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Cuenta con un diplomado en educación Terapéutica en Diabetes. Profesora e Investigadora de Tiempo Completo, actualmente con puesto directivo en el Departamento de Enfermería y Obstetricia. Su línea de investigación se centra en la salud de grupos vulnerables. Ha colaborado en líneas de in-

vestigación de pacientes crónicos y personas vulnerables. Autora y coautora de artículos de investigación. Revisora de capítulos de libros en revistas a nivel nacional. Tiene reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). También colabora como directora de trabajos de titulación en defensa de nivel licenciatura dentro de la Universidad de Guanajuato. Correo electrónico: ma.montanez.frausto@ugto.mx

Ma. Elvira Moreno-Pulido

Maestra en Enfermería, docente de tiempo completo en la Universidad de Guanajuato, colabora como invitada en la Universidad Autónoma de Durango, cuenta con diplomado en Educación Terapéutica en Diabetes, Diplomado en metodología para el desarrollo del plan de cuidados, reconocimiento como Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable (PRODEP). Actualmente su línea de investigación se centra en la salud de grupos vulnerables. Autora y coautora de diversos artículos de investigación y capítulos de libro. Correo electrónico: moreno.pulido@ugto.mx

Marco Esteban Morales Rojas

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Yucatán y maestro en Salud Pública del área de Gerencia de los Servicios de Salud por la Universidad Autónoma de Nayarit. Perfil PRODEP por la SEP y Profesor Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. Investigador desde el 2016 con proyectos relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, intervenciones comunitarias, vulnerabilidad ambiental, entre otros. Profesor de tiempo completo de la UADY a partir del 2020 en los programas de Licenciatura y posgrado. Profesor bilingüe inglés-español. Actualmente, pertenece al Cuerpo Académico: Salud Colectiva en la Liga de Generación y Aplicación del Conocimiento: Promoción de la salud.

Amairani Aracelly Ceh Alvarado

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Yucatán. Maestrante en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Autora de capítulos de libros y revistas. Profesora de tiempo com-

pleto de la UADY a partir del 2021 en el programa de Licenciatura de Trabajo Social, coordinadora del Campo Práctico en Educación. Tiene participación en capítulos de libros y artículos de investigación en Revistas Nacionales e Internacionales en temáticas relacionadas con política social, desarrollo humano y comunidades de Yucatán. Actualmente, pertenece al Cuerpo Académico en Consolidación: Salud Colectiva.

Sheila Mariela Cohuo Cob.

Licenciada en Enfermería, Maestra en Gobierno y Políticas Públicas por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y Doctora en Salud Pública. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UADY, de 2010 a la fecha. Actualmente gestora de vinculación de la Facultad de Enfermería, y coordinadora de la Especialidad en Salud Pública. Es enfermera docente certificada, titular de cursos a nivel Licenciatura y Posgrado. pertenece al Cuerpo Académico: Salud Colectiva en la Liga de Generación y Aplicación del Conocimiento: Promoción de la salud.

Claudia Orozco Gómez

Doctora en Ciencia de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Autora y coautora de artículos de investigación. Reconocimiento de Profesor con Perfil deseable PRODEP. Miembro del Cuerpo Académico en Formación de las Respuestas Humanas a la Salud Sexual y Reproductiva. Actualmente es miembro de la Red de Investigación Sexualidad Responsable. Correo electrónico: clorozco@uach.mx

Vicente Jiménez Vázquez

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Perfil deseable PRODEP y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel

I. Secretario técnico de la Red Nacional de Investigación en Sexualidad. Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau Internacional, capítulo Tau Alpha. Líder del Cuerpo Académico: Respuestas humanas a la salud sexual y reproductiva. Correo electrónico: vvazquez@uach.mx

Marily Daniela Amaro Hinojosa

Doctora en Ciencia de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Autora y coautora de publicaciones como: “Conductas sexuales en jóvenes mexicanos durante el confinamiento por COVID-19”. Profesor con Perfil deseable PRODEP. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Miembro del Cuerpo Académico en Formación de las Respuestas Humanas a la Salud Sexual y Reproductiva. Actualmente es miembro de la Red de Investigación Sexualidad Responsable y de la Asociación Mexicana de Psicología Social. Correo electrónico: damaro@uach.mx

Salud sexual en mujeres indígenas de México y América Latina

Se terminó de imprimir en noviembre de 2024

en los talleres de Astra Ediciones

Av. Acueducto No. 829

Colonia Santa Margarita, C. P. 45140

Zapopan, Jalisco, México.

33 38 34 82 36

E-mail: edicion@astraeditorial.com.mx

www.astraeditorialshop.com

Impresión digital con interiores en papel bond 75g

El tiraje consta de 300 ejemplares.

El objetivo principal de esta obra es analizar cómo las mujeres indígenas enfrentan y viven su salud sexual y reproductiva en diversas regiones de México y América Latina. A través de un enfoque que abarca los estados del Noroeste de México, incluyendo el Pacífico, Occidente Norte, Bajío, Centro Oriente, y las zonas del Suroeste y Centro Golfo, la obra concluye con un análisis en América Latina. Los lectores tendrán la oportunidad de conocer las experiencias y vivencias de mujeres indígenas de estados como Sinaloa, Nayarit, México, Puebla, Oaxaca, Guerrero, la Zona Metropolitana de Monterrey, Nuevo León y Chiapas, proporcionando una perspectiva integral y contextualizada de sus realidades. Asimismo, se destaca la importancia de otorgar voz a las mujeres indígenas tal como son, permitiéndoles expresar sus experiencias únicas a través de la investigación, lo que contribuye a una comprensión más profunda de sus necesidades y desafíos.

SBN: 978-607-8964-10-9

