

---

## CAPITULO 7

### **CONTINUIDADES Y DISRUPCIONES EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES INDÍGENAS EN EL VALLE DE SAN QUINTÍN**

*Lourdes Camarena Ojinaga, Concepción Martínez Valdés, Christine  
Von Glascoe y María Evarista Arellano García*

#### **INTRODUCCIÓN**

En este trabajo se presentan resultados de un estudio realizado en el valle de San Quintín, Baja California, una región que a lo largo de cuarenta años ha tenido un desarrollo agrícola importante mediante la producción de hortalizas y frutas de exportación convirtiéndose en un polo de atracción para trabajadoras migrantes, en su mayoría indígenas provenientes del estado de Oaxaca: triquis, zapotecas y especialmente mixtecas.

El capítulo aborda desde un punto de vista sociocultural los cambios y continuidades en los saberes y prácticas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva de mujeres indígenas migrantes que radican en el valle de San Quintín. La información proviene de las percepciones de las informantes.

La sexualidad y la reproducción en la población indígena, y sus conocimientos al respecto, presentan una serie de características

que la distinguen de los grupos poblacionales no indígenas. Considerando que los grupos indígenas viven en mayor pobreza y cuentan con reducida escolaridad, las mujeres en particular, además de la exclusión en la que viven, también enfrentan un sistema monocultural de salud, específicamente respecto a la salud sexual y reproductiva, lo cual se pone de manifiesto en la apatía e indiferencia de las y los profesionales de la medicina para reconocer los saberes que poseen las mujeres en torno a su propia salud.

Esto las coloca en posición de desventaja y vulnerabilidad frente al resto de la sociedad, lo cual impacta las condiciones en que experimentan los procesos de salud sexual y reproductiva (Romero, 2011). Además, las mujeres indígenas están sujetas a una triple discriminación: por su condición étnica, por la socioeconómica, y también por su posición subordinada ante los hombres de sus comunidades, lo que les dificulta tomar decisiones con respecto a su propia salud reproductiva.

Desde el Estado se plantea que la responsabilidad sobre el cuerpo y la sexualidad es una cuestión individual. Al respecto, Langer y Tolbert (1998) señalan que, tanto la comunidad como cada persona, tendrían que contar con la información necesaria para garantizar su libertad de elección, otorgando el debido reconocimiento a sus prácticas culturales diferenciadas y contando con el acceso a los servicios de salud y educación que salvaguarden la integralidad cultural. Los pueblos indígenas enfrentan problemas asociados con información poco accesible para ellos ya que generalmente está dirigida a población no indígena (Soberanes, 2002; Tinoco, 2009). Esta situación refleja la ausencia de un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de este grupo poblacional.

En general, México tiene un sistema monocultural de salud que detenta el poder en el ejercicio de la medicina occidental, particularmente con respecto a la salud sexual y reproductiva, se manifiesta en la indiferencia de las y los profesionales de la medicina para reconocer los saberes de las mujeres indígenas en torno al embarazo, parto y posparto. En la actualidad los formularios y documentos

de clínicas y hospitales están escritos en un español técnico; si bien es cierto que gran parte de la población indígena es bilingüe, este hecho le dificulta la plena comprensión de preguntas e información, por ello, una de sus demandas es contar con intérpretes en los servicios de salud.

La salud sexual y reproductiva es un importante tópico en el campo de la salud. Se reconoce que la sexualidad es un fenómeno complejo y multidimensional en el cual interactúan factores fisiológicos, emocionales y socioculturales (Azar, Kroll y Bradbury, 2016). Siguiendo esta postura, Salles y Tuirán (2001) señalan que “la sexualidad y la reproducción humana están inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales (...) Los comportamientos reproductivos, los sexuales y los de cuidado de la salud pueden ser entendidos como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado” (p. 99). La salud sexual y reproductiva implica valores, normas, conocimientos y prácticas que dependen del contexto geográfico, la cosmovisión y la construcción de relaciones entre mujeres y hombres, así como del *rol* que le corresponde a cada persona de acuerdo con su grupo de edad. Los obstáculos para que las mujeres indígenas ejerzan de manera cotidiana los derechos sexuales y reproductivos, se ven articulados por un eje transversal de desigualdad social y de género. Según Figueroa (1999), el ejercicio de los derechos reproductivos será factible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural favorezcan el acceso a estas posibilidades y además, cuando los personajes institucionales logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan y la propia institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción

La incorporación al trabajo agrícola de las mujeres indígenas migrantes ha significado su inserción en mercados laborales segmentados y especializados, caracterizados por la feminización del trabajo, empleo precario, salarios bajos y condiciones de vida inestables y también precarias (Lara, 2001, 2008; Velasco, 2007, 2008, 2014). El estar trabajando y contribuyendo al ingreso familiar y, en

algunos casos, el verse convertidas en principales proveedoras del hogar, no las exime de sus responsabilidades domésticas ni hacia sus hijas e hijos, lo cual se traduce, por un lado, en la triple jornada a la que se ven sujetas (Ariza, 2007; Lara, 2003) y, por otro, en una mayor monetización y feminización del cuidado de ellos, al tener que pagarle a otra mujer para que lo haga (Arias, 2013).

La confluencia de la experiencia laboral y la experiencia migratoria de estas mujeres conlleva el desarrollo de nuevas dinámicas entre ellas, sus parejas y su progenie, las cuales se manifiestan en relaciones genéricas e intergeneracionales cambiantes, a la vez que resignifican sus normas y valores sociales. Si bien estas experiencias les proporcionan mayor independencia, autonomía y cierto grado de empoderamiento, como lo señalan varios estudios (Suárez y Zapata, 2004; Ariza, 2007), en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, observamos que este sigue siendo un terreno contestatario.

Los cambios intergeneracionales con relación a la salud sexual y reproductiva se han estudiado, con diversas temáticas y metodologías, a partir de la transición demográfica en los países desarrollados. Han sido de particular interés la fertilidad y la fecundidad, la edad de iniciación de las relaciones sexuales, las nociones acerca de la fidelidad y afectividad, el número de parejas, así como la transmisión de conocimientos, actitudes y valores de las personas adultas a las jóvenes, entre otros temas (Jennings, Sullivan y Hacker, 2012; Bonell, 2004). Varios estudios sobre poblaciones de países en vías de desarrollo (Dean, Mitchell, Stewart y Debattista, 2016; Zhou, 2012; Rajapaksa-Hewageegana, Piercy, Salway y Samarage, 2015; Waxman, Humphries, Frohlich, Dlamini, y Fanelessibonge, 2016) señalan la interrelación entre normas y prácticas de género y la construcción de nuevas prácticas y actitudes en las generaciones jóvenes, al respecto, Margulis (2003) refiere que “las generaciones más jóvenes, que se socializan en un mundo que ya trae consigo los nuevos valores y los cambios culturales, viven con naturalidad la supresión de arraigadas prohibiciones y la

emergencia de nuevas modalidades en órdenes tan sensibles como la familia, la sexualidad y las relaciones hombre-mujer” (p. 138).

Un estudio sobre el cambio de percepciones de género y sexualidad en mujeres indígenas de Oaxaca, señala que a pesar de las transformaciones en los conocimientos relacionados con la sexualidad, entre las mujeres jóvenes, las normas culturales continúan jugando un papel importante (Karver, Sorhaindo, Wilson y Contreras, 2016). Específicamente, reporta que las normas culturales de género todavía les dictan cómo expresar y vivir su sexualidad. Particularmente indica que los sentimientos de vergüenza y temor condicionan la expresión de su sexualidad, y que aún consideran que la virginidad determina el valor de una mujer. Además, señala que la maternidad sigue siendo un referente clave de la feminidad. El estudio considera que son necesarios programas de educación sexual culturalmente apropiados y, centrados en la autonomía de las mujeres.

En su conjunto, las rupturas estructurales como la migración, la precarización laboral, los cambios en torno a derechos y salud sexual y reproductiva dan cuenta de los quiebres de patrones socioeconómicos y culturales, así como de la manera que afectan la vida de las mujeres estudiadas. Desde esta perspectiva, poner el acento en las continuidades y rupturas que caracterizan sus experiencias laborales y migratorias permite preguntarse sobre las dimensiones simbólicas y subjetivas para establecer el vínculo entre la experiencia individual y la social en cuanto al cambio de sus percepciones sobre la salud sexual y reproductiva.

El hilo conductor del trabajo que aquí se presenta, parte de una pregunta central ¿las percepciones de la salud sexual y reproductiva son construidas desde el andamiaje cultural de las comunidades de origen de las mujeres de este estudio o por el contrario, son resignificadas en la sociedad que las acoge? Méndez (2007) señala que algunas teorías del proceso de migración en el siglo XX se enfocan en el estudio de la manera en que inmigrantes recientes cambian su comportamiento una vez que arriban al lugar de destino. Comenta

que la perspectiva convencional considera que quienes inmigran modifican su comportamiento social y económico para adaptarse a la cultura dominante de la sociedad receptora.

Otra perspectiva es la que señala Moebus (2008) basándose en la propuesta de García Canclini, la cual plantea el análisis de los procesos de entrecruzamiento e intercambio culturales, por medio del mecanismo de la hibridación, caracterizado como los “procesos socioculturales en los que [algunas] estructuras o prácticas discretas, que existían de forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas” (p. 38). Moebus afirma que esta noción está basada en el principio de la interculturalidad, la cual rechaza la simplificación binaria entre pares de oposición conceptual como modelo de explicación de la realidad.

La postura de las autoras de este texto es que las percepciones de las mujeres indígenas que migran del sur del país al valle de San Quintín experimentan una forma de hibridación donde combinan patrones cognitivos y comportamentales de su lugar de origen con las pautas culturales de la región a la que emigran. Son actoras sociales que van reconstruyendo y resignificando sus prácticas culturales en el sitio de destino.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se trabajó la investigación con un diseño cualitativo. Participaron en total 60 mujeres indígenas migrantes de primera generación y migrantes de segunda generación, de cuatro diferentes localidades; reclutadas mediante la técnica de bola de nieve. La mayoría de las mujeres mayores trabajan como jornaleras y las mujeres jóvenes, además de estudiar, laboran temporalmente en el campo.

Los criterios de inclusión fueron: ser indígena, hablar español, tener como mínimo año de residencia en la localidad y contar con su consentimiento, previa lectura de una carta en la cual se enunciaban los fines del estudio, la confidencialidad de la información

y se pedía autorización para su participación. El intervalo de edad comprendió entre los 17 y 60 años, con el objetivo de obtener una variedad de puntos de vista y explorar las experiencias intergeneracionales sobre su salud sexual y reproductiva.

Las características sociodemográficas de la población estudiada fueron las siguientes:

Edad. La edad promedio fue de 36 años; 17% tiene menos de 20 años, mientras que 51% tiene entre 20 y 44 años y 32% es mayor de 45 años.

Escolaridad. 15.6% no cuenta con algún grado de estudios y 40.6% asistió a algún grado de primaria; 15.6% posee algunos grados de secundaria, 14.1% de educación media superior, 1.6% tiene licenciatura y para 12.5% no hay datos.

Lengua. Todas hablan español, además, 35.9% habla mixteco, 7.8% triqui, 3.1% zapoteco 1.6% purépecha, 39.1% no habla una lengua indígena y de 12.5% no hay información.

Las mujeres que integraron los grupos de cada localidad participaron en dos talleres con una duración de ocho horas cada uno. En ambos se utilizaron técnicas de educación popular. El primer taller obtuvo información sobre cómo perciben su cuerpo, las etapas del desarrollo de la mujer, los métodos anticonceptivos y cuidados en el embarazo, así como de las enfermedades de la mujer que ellas consideran más comunes. El segundo taller se enfocó en explorar qué es lo que conocen sobre el derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud, la interacción personal médico-paciente, los derechos de las pacientes, así como sus saberes en torno a la salud sexual y la salud reproductiva.

El equipo de investigación estuvo consciente de que trabajar con estas temáticas pudo haber causado ciertas reservas para compartir de manera más explícita sus experiencias y opiniones durante los talleres. Cabe resaltar que en las retroalimentaciones al final de cada taller, las mujeres comentaron que fue la primera vez que hablaron de estos temas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A pesar de que actualmente en México hay mayor acceso a educación sexual y a información sobre planificación familiar, debido no solamente a las transformaciones socioeconómicas generadas por los procesos de globalización, sino también como resultado de las acciones impulsadas por el movimiento feminista, la sexualidad sigue siendo un ámbito donde persisten desigualdades y estereotipos de género. Las políticas públicas mexicanas sobre la salud sexual y reproductiva se han modificado paulatinamente en pro de las mujeres; sin embargo, como menciona García (2015), estos cambios se han producido más en el discurso que en acciones ya que “en el día a día, las mujeres siguen siendo el objeto principal de control, tanto en la implementación institucional como en todas las relaciones sociales sustentadas en el imaginario social de la domesticidad” (p. 99).

Se encontró que el contexto de vida de estas mujeres indígenas ha influido en su percepción no solamente de su salud sexual y reproductiva sino del ser mujer y su propia sexualidad. La experiencia migratoria y la inserción en el mercado laboral de las mujeres mayores ha contribuido a cambios en su autopercepción, mientras que en las jóvenes, se refleja una actitud más abierta en torno a la sexualidad como consecuencia de haber crecido en un contexto más urbano, tener cierto acceso a educación sexual en la escuela, estar más expuestas a los medios de comunicación y al uso de redes sociales.

### **Experiencias y saberes sobre los cambios en el ciclo de vida**

La familia, en términos generales, no constituye una fuente de información o formación sexual para el grupo de mujeres mayores, quienes reportaron no haber recibido orientación sobre la menarquia por parte de sus familiares ni de la escuela; la mayoría recuerda que esa experiencia le produjo miedo y angustia. Ellas no sabían qué les estaba pasando y tenían temor de ser castigadas por

sus madres, ya que en sus lugares de origen se acostumbraba que aun siendo niñas eran entregadas a su pareja y el primer sangrado ocurría en su primera relación sexual, de ahí que sus madres interpretaran que la menarquia de sus hijas era consecuencia del contacto sexual, al grado que una de las mujeres fue corrida de su casa cuando sangró sin haber sido entregada a una pareja. Algunas reportaron que, a pesar de que este evento fue traumático para ellas, tampoco orientaron a sus hijas, pues culturalmente se cree que la mujer no debe saber, y por consiguiente, tampoco preguntar.

Por su parte, las mujeres jóvenes del estudio comentaron que la poca información recibida fue a través de amigas de la escuela y hermanas mayores. En ambos casos fue notorio que tanto las mujeres mayores como las más jóvenes no recibieron orientación de sus madres sobre estos temas. Sin embargo, las más jóvenes reconocieron la importancia de platicar con sus hijas sobre la sexualidad, aunque admitieron que no se han atrevido ya que no saben cómo acercarse y abordar el tema con ellas.

### **Planificación familiar y embarazo**

La mayoría de las mujeres conoce métodos de anticoncepción recomendados por el sector salud, tales como el uso de condón, la ingesta de pastillas, aplicación de inyecciones, inserción del DIU (dispositivo intrauterino), la implantación de parches, la píldora del día después. En términos de la anticoncepción, la mayoría de las mujeres mayores que tienen pareja refirieron que son ellas quienes toman la iniciativa para el uso de algún método, con excepción del condón cuyo uso es mínimo. El motivo principal para tomar la decisión de emplear algún método anticonceptivo, suele ser la precaria situación económica, según mencionaron las mujeres; aunque también podría interpretarse como resultado de los cambios propiciados por la migración y el ingreso de la mujer al mercado laboral, lo cual, quizás conduce a modificaciones en su percepción sobre la maternidad.

Por otra parte, las mujeres jóvenes sin pareja estable tienen conocimiento de los diferentes métodos, pero no los usan, porque no se atreven a solicitarlos, ya sea por pudor o por presión social.

### **Ser mujer y sexualidad**

Al referirse a la sexualidad en la familia, las mujeres más jóvenes comentaron que es importante hablar con la pareja de cómo planificar cuántos hijos tener. Señalaron que deben enfrentar juntos los problemas de salud en la familia y debe haber mucha comunicación con las y los hijos; consideraron importante hablarles de los riesgos de enfermedades de transmisión sexual; el padre debe platicar con sus hijos varones sobre las consecuencias de la sexualidad y la madre con sus hijas.

Hablar sobre la sexualidad con sus hijas(os) es importante para las mujeres jóvenes, ya que tanto ellas como sus propias madres tuvieron la experiencia de la falta de comunicación. Así lo expresa esta mujer de 27 años:

Pues fue triste para mi mamá que haya pasado eso, también su mamá igual no le explicaba; cuando ella llegó a cierta edad, entonces ella ya preguntó, me imagino que mi abuelita también era de esas ideas de no comentarlo. Y pues ahorita ya no, como yo tengo a mi hijo, pues platico con él cómo se llaman sus partes porque él también me preguntó, él me dice ¿de dónde vienen los bebés? Ay pues es muy difícil esa pregunta...yo también quisiera que alguien me dijera cómo hacerle para decirle a mi hijo [...] me cuesta más con el niño, pero siento que sí le tengo que hablar [...] Le digo [a mi esposo] que él debe de decirle porque él es también, o cosas así de los hombres que le tiene que platicar.

Respecto a las decisiones en pareja, afirmaron que para tomarlas se requiere comunicación, hablar sobre sus dudas y practicarse revisiones para prevenir infecciones y enfermedades de transmisión

sexual. Enfatizaron estar de acuerdo con la planificación familiar y el sexo con responsabilidad.

En torno a su propia sexualidad, las mujeres más jóvenes manifestaron que pueden decidir sentir placer y tener relaciones por su propia voluntad. Señalaron que respetar su cuerpo es respetarse, quererse a sí mismas y que tienen derecho a que las otras personas respeten su cuerpo y sus emociones. Además expresaron la necesidad de ser informadas sobre el uso de anticonceptivos, la sexualidad, cómo cuidarse para evitar enfermedades de transmisión sexual y también acerca de practicarse exámenes de detección oportuna de cáncer. Con relación a la vida sexual, a diferencia de las mujeres mayores, comentaron que para ellas es importante que su pareja respete su decisión de tener o no hijos y decidir cuántos.

Algunas de las mujeres jóvenes de segunda generación viven un proceso de reconstrucción de lo que significa ser mujer y de los roles de género, como se ilustra en la siguiente cita:

Ser mujer así como biológicamente, pues no me parece pues muy interesante, este, no lo sé, cómo que no pienso así, como que ser mujer es lo peor que me ha pasado o agradecer eternamente ser mujer, porque pues realmente yo estoy bien con lo que soy. Lo digo así porque también he conocido a personas que no les gusta el sexo con el que nacieron, aunque para mí eso no es un problema, yo siento que podría vivir independientemente del aparato reproductor que tenga. Entonces como persona no es un problema para mí verme al espejo, pero sí ya sobre los *roles* de género, entonces sí es un poco más difícil porque yo no creo guiarme por ninguno en especial, pero sí es un poco difícil que los demás entiendan tu forma de pensar. Mis compañeros inmediatamente lo interpretan de una forma: soy lesbiana, y mis compañeras lo interpretan que soy una ofrecida porque me gusta estar con puros muchachos. Entonces lo complicado es el *rol* de género, que automáticamente haces algo porque eres mujer o porque no quieres ser mujer.

Para las mujeres indígenas que participaron en este estudio, hablar sobre su sexualidad es difícil porque se les puede juzgar como

mujeres poco respetables, ya que se considera una falta de respeto hablar de sexo y de deseo. La sexualidad tiene un significado dual, positivo en cuanto se refiere a la maternidad y negativo cuando se relaciona con lo erótico. Estas percepciones, para algunas mujeres, se modifican al salir de sus lugares de origen y asentarse en el lugar de acogida. Al interactuar con otras mujeres van cambiando sus apreciaciones sobre estos aspectos, ya no suelen percibirse como cuidadoras de las(os) otros y colocarse en último lugar en la familia, sino que ahora se reconocen como seres sexuados y, por lo tanto, empiezan a apropiarse de su cuerpo y de sí mismas.

Las mujeres jóvenes se ven a sí mismas en términos de sus expectativas y metas futuras, tener una educación es parte de su proyecto de vida, una visión que implica más allá de trabajar en el campo como sus propias madres. Como lo señaló una de ellas:

Me imaginé [...] que tenía novio, pero sin hijos ni nada y que seguía estudiando [...] un novio que me tomara en cuenta y que pues tenga sus responsabilidades, que siga estudiando al igual que yo, seguir estudiando para que, -pues mi mamá dice que el campo es muy pesado, el salario es bajo- y que me trate con respeto.

Otra mujer joven casada y con un hijo expresó su deseo de estudiar:

Lo que a mí me gustaría [estudiar], pues creo trabajo social, que está en Ensenada y pues no cuento con el recurso de poder estudiar, pero si me gusta mucho [...] Sí, pues en eso ando ahorita, hay un contrato, ahorita sale un contrato aquí en la Guerrero, de personas que contratan para ir al otro lado y yo platico con mi mamá y mi esposo, que este ya metí papeles y quiero trabajar, ahorrar e ir a la escuela.

### **Interacción y experiencias con los servicios de salud**

Una gran parte de las mujeres acude a instituciones públicas del sector salud, aunque también recurre a la medicina tradicional para

atender ciertos padecimientos. Un aspecto que interviene persistentemente en la salud de la mujer es el tipo de contacto que se establece entre ella y quien presta el servicio de salud, la relación médico-paciente. Entre ambos se instaura indudablemente una dinámica de poder y dependencia que se agudiza cuando uno es hombre y la otra mujer.

Como refieren Campero, Días, Ortiz, García, Reinoso y Langer (2000), la información que la mujer recibe del personal médico y de la enfermera es, en general, muy poca, además de caracterizarse por ser autoritaria y unidireccional, como es el caso de las mujeres de este estudio. La atención brindada a las mujeres en los servicios institucionales, no sólo es deficitaria, sino que se otorga con una visión institucional unilateral que deja de lado la expresión y voz de las mujeres que la reciben. La práctica social y cultural del personal médico está marcada por el ejercicio de poder hacia las mujeres que acuden a los servicios de salud, se expresa en su saber vertical, dando poca importancia a las demandas, necesidades y saberes populares no especializados de las mujeres. Esta situación provoca un desencuentro que inhibe el intercambio de información y fomenta el trato autoritario de todas(os) los agentes de salud hacia las mujeres. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia las mujeres indígenas expresan sus necesidades ante los servicios de salud y demandan su solución, por ejemplo, solicitan ser atendidas por mujeres médicas, sobre todo con la especialidad en ginecología y obstetricia y demandan la presencia de intérpretes en los consultorios y hospitales.

La interacción personal médico-pacientes ocurre de dos maneras: una en la que las y los médicos son atentos, responsables y respetuosos; y otra en la que existe discriminación y maltrato hacia las mujeres por su condición indígena, lo cual refleja que esta relación es desigual. Además, dado el poco tiempo que se dispone para la consulta, difícilmente quienes prestan los servicios conceden importancia a los aspectos emocionales de las usuarias. Así, persiste el trato poco respetuoso para las mujeres indígenas, no se

les garantiza privacidad y confidencialidad, y no siempre reciben información completa acerca de los servicios disponibles.

En los centros de salud es frecuente la falta o insuficiencia de medicamentos, no hay especialistas ni traductores y cuentan con poco equipo médico. Con respecto a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, las mujeres que están o estuvieron en algún momento afiliadas, reconocen que está mejor equipado y existe menos rotación de personal médico. Sin embargo, hay mucha burocracia para realizar trámites y a veces el trato por parte del personal no es el adecuado. Algunas de las mujeres indígenas que acuden a los centros de salud son monolingües o tienen insuficiente conocimiento del español, por lo que se les dificulta comprender las indicaciones que el personal de salud les brinda. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha observado que algunas de las quejas presentadas por mujeres indígenas manifiestan que las y los servidores públicos de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública, tanto estatales como federales, imponen en cierta medida los métodos de planificación familiar sin su consentimiento y sin otorgarles información amplia y adecuada en su propio idioma (Soberanes, 2002).

## CONCLUSIONES

La condición de ser mujer ha sufrido cambios que se pueden explicar por la experiencia migratoria de lo rural a lo urbano, la interacción con otras mujeres, así como por las relaciones intergeneracionales. Los procesos migratorios las exponen a un ambiente de vida distinto que da nueva forma a sus prácticas y saberes sobre su salud sexual y reproductiva. Las mujeres indígenas de este estudio han reconstruido su identidad en la interacción constante con otras mujeres indígenas y no indígenas en esta región, en la vida cotidiana, en los vínculos comunitarios, en los nuevos trabajos donde han transformado y resignificado sus creencias y percepciones a

partir de su experiencia migratoria. Los cambios en sus condiciones de vida se expresan en la percepción de su sexualidad y también en la forma de concebir su identidad étnica y de género como sujetos de derechos.

Estas transformaciones ocurren generalmente en mujeres adultas jóvenes, no así en las mujeres adultas mayores en quienes las normas culturales están más fuertemente interiorizadas. Las mujeres mayores que migraron solas o con sus familias a la zona de San Quintín, siguiendo la ruta de las oportunidades laborales, aún estaban sujetas a las costumbres de sus lugares de origen, especialmente en lo que respecta a temas de sexualidad y reproducción; para ellas la sexualidad femenina tiende a restringirse a la maternidad y sigue siendo un tabú que prohíbe o limita las expresiones abiertas de la sexualidad, recurriendo al silencio como mecanismo cultural.

Se ha advertido que los cambios en la percepción de estos temas entre las generaciones, abuela-madre-hija, influyen en el comportamiento de las mujeres, aunque en algunas de las mayores persisten los estereotipos de género. Los procesos de diálogo intergeneracional sobre sexualidad son prácticamente inexistentes a nivel comunitario, es usual que las madres no hablen de esos temas con las hijas.

Se ha discutido que el sistema de salud en México es monocultural, particularmente con respecto a la salud sexual y reproductiva. Desde el Estado el intento de llegar a la población indígena es mediante adecuaciones interculturales a los programas de salud, sin embargo, el problema es estructural, y por lo tanto, requiere de un cambio de visión de la salud y no solamente de implantar programas adicionales dentro del paradigma vigente. Es por ello que en el ejercicio de la medicina existe una relación asimétrica de poder y también discriminatoria de quienes prestan los servicios de salud a la población indígena. En relación a la salud sexual y reproductiva se articulan tradiciones y modernidades que responden a lógicas diferentes que dificultan entablar un diálogo entre las instituciones y las poblaciones indígenas, por lo cual no solo es necesario mejorar los procesos de comunicación con las personas usuarias,

sino incorporar el conocimiento cultural y social de este sector de la población.

La salud sexual y reproductiva debe ser pensada como un tejido de varios factores entrelazados donde se pueda incorporar también la subjetividad de las propias mujeres, cómo viven su sexualidad en su vida cotidiana, en la relación con sus parejas y en su interacción con otras mujeres.

## REFERENCIAS

- Arias, P. (2013). International Migration and Familial Change in Communities of Origin: Transformation and Resistance. *Annual Review of Sociology*, 39, 429-450. Recuperado el 13 de abril de 2016 en <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-122012-112720> doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-122012-112720>
- Ariza, M. (2007). Itinerario de los estudios de género y migración en México. En M. Ariza, y A. Portes (coord.). *El país transnacional: migración mexicana y cambio social a través de la frontera* (p. 453-511). México: UNAM-Porrúa.
- Azar, M., Kroll, T., & Bradbury-Jones, C. (junio 2016). Lebanese women and sexuality: A qualitative inquiry. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 8:13-18. Recuperado el 5 de abril de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179372>
- Bonell, C. (2004). Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, 6(3), 255-272. Recuperado el 9 de mayo de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21972877>
- Campero, L., Días C., Ortiz O., García C., Reinoso S. y Langer A. (2000). Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital. En C. Stern y C. Echarri (comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México: Colmex.
- Dean, J., Mitchell, M., Stewart, D., & Debattista, J. (2016). Intergenerational variation in sexual health attitudes and beliefs among Sudanese refugee communities in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 18, 1-15. Recuperado el 7 de junio de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27268405>
- Figuerola, J. (1999). Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana en A. Ortiz-Ortega

- (comp.) *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, México: EDAMEX, pp. 147-190.
- García, M. I. (2015). El control del crecimiento de la población y las mujeres en México: organismos internacionales, sociedad civil y políticas públicas. *Revista Colombiana de Sociología*, 38(2), 93-111.
- Jennings, J. A., Sullivan, A. R., & Hacker, J. D. (2012). Intergenerational Transmission of Reproductive Behavior during the Demographic Transition. *Journal of Interdisciplinary History*, 42(4), 543-569. Recuperado el 17 de febrero de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22530253>
- Karver, T., Sorhaindo, A., Wilson, K., & 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. Recuperado 24 de marzo de 2017 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26928352>
- Langer, A. y Tolbert, K. (1998). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: The Population Council, EDAMEX.
- Lara, S. (2001) Análisis del mercado laboral en México en un contexto de flexibilización. En N. Giarraca (comp.) *Una nueva ruralidad en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Lara, S. (2003). Violencia y contrapoder: una ventana al mundo de las mujeres indígenas migrantes, en México. *Revista Estudios Feministas* 11(2), 381-397. Recuperado el 12 de septiembre de 2016 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38111203>
- Lara, S. (2008). ¿Es posible hablar de un trabajo decente en la agricultura moderna-empresarial en México? *El Cotidiano*, 23(147), 25-33. Recuperado el 12 de septiembre de 2016 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32514704>
- Margulis, M. (2003). *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Méndez, A. (2007). ¿Emigrar para volver?: de la asimilación al transnacionalismo. Problemas del Desarrollo. *Revista Latinoamericana de Economía*, 38(148), 99-126. Recuperado el 11 de septiembre de 2016 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11820155005>
- Moebus, A. (2008). Hibridismo cultural: ¿clave analítica para la comprensión de la modernización latinoamericana? La perspectiva de Néstor García Canclini. *Sociológica*, 23(67), 33-49. Recuperado el 18 de julio de 2016 en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732008000200003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732008000200003)
- Rajapaksa-Hewageegana, N., Piercy, H., Salway, S. & Samarage, S. (2015). Sexual and reproductive knowledge, attitudes and behaviours in a school going population of Sri Lankan adolescents. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 6, 3-8.

- Recuperado el 20 de julio de 2016 en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575614000391> doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.001>
- Salles, V. y Tuirán, R. (2001). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. En C. Stern y G. Figueroa (eds.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación* (93-113). México: Colmex.
- Soberanes, J. (2002). Recomendación General Número 4. *Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado el 15 de junio de 2016 en [www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_004.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_004.pdf)
- Suárez, B. y Zapata, E. (2004) Ellos se van, ellas se quedan: enfoques teóricos de la migración. En B. Suárez y E. Zapata (coords.) *Remesas, milagros y mucho más realizan las mujeres indígenas y campesinas* (15-69). México: Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (Gimtrap).
- Tinoco, R. (2009). Sexualidad y salud reproductiva en los programas de educación y comunicación con pueblos indígenas. En, P. Vargas, *Programa Nacional de Población 2008-2012: Debates y propuestas*. Consejo Nacional de Población Press. Recuperado el 18 de junio de 2016 en [http://www.cisc.org.mx/pdf/2010/Sexualidad\\_y\\_salud\\_reproductiva\\_en\\_los\\_programas\\_de\\_educacion.pdf](http://www.cisc.org.mx/pdf/2010/Sexualidad_y_salud_reproductiva_en_los_programas_de_educacion.pdf). Consultado en Junio 2016.
- Velasco, L. (2000). Imágenes de violencia desde la frontera México-Estados Unidos: Migración indígena y trabajo agrícola. *El Cotidiano*, 16(101), 92-102. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510109>
- Velasco, L. (2007). Diferenciación étnica en el valle de San Quintín: cambios recientes en el proceso de asentamiento y trabajo agrícola. (Un primer acercamiento a los resultados de investigación). En M. Ortega, P. Castañeda y J. Sariego, *Los jornaleros agrícolas, invisibles productores de riqueza*. México: Plaza y Valdés.
- Velasco, L., Zlolniski, C y Coubes, M. L. (2014). *De Jornaleros a Colonos: Residencia, trabajo e identidad en el valle de San Quintín*. México: COLEF.
- Waxman, A., Humphries, H., Frohlich, J., Dlamini, S. & Fanelessibonge, N. (2016). Young women's life experiences and perceptions of sexual and reproductive health in rural KwaZulu-Natal South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 18, 1-15. Recuperado el 7 de marzo de 2017 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27216483>
- Zhou, Y. (2012). Changing behaviours and continuing silence, sex in the post-immigration lives of mainland Chinese immigrants in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 14(1), 87-100. Recuperado el 30 de septiembre de 2017 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084889>