

# Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México(\*)

Sexual and reproductive practices of self-care in women partners of international migrants in San Luis Potosí, Mexico

Práticas de autocuidado Sexual e reprodutivo em mulheres “casais de” migrantes internacionais de San Luis Potosi, México

Yésica Yolanda Rangel Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dra. En Ciencias Sociales. Facultad de Enfermería de la UASLP.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rangel Flores, Y.Y. (2014) *Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México. Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11>

Correspondencia: UASLP Niño artillero no. 130. Zona universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, SLP. México.

Correo electrónico: [yrangelmaestria@hotmail.com](mailto:yrangelmaestria@hotmail.com)

Recibido: 07/09/2014; Aceptado: 15/10/2014



## ABSTRACT

Migrants and their partners have been incorporated into institutional discourses of health as “subjects at risk” against Sexually Transmitted Infections (STIs), however, the inclusion of this specific population in communication and risk management of STIs has

been ambiguous in the Mexican context. The objective of this approach was explore sexual and reproductive practices of self-care they take in their everyday women “partner of migrant” and the relationship of these measures with communication and risk management conducted by health services. It was a qualitative approach with 20 women “partner of migrants” located by the health services, the information was gathered through in-depth interviews that focused on the areas of “risk perception” and “sexual and reproductive self-care”. We found that most women do not recognize vulnerable to STIs and risk perception is not decisive in the confrontation about the threat to develop, the patriarchal imaginary prevailing in them, their partners and health workers rejecting the use of prevention and early detection.

**Keys word:** Sexual and reproductive self-care, sexuality and reproduction, migration, women, Sexually Transmitted Infections

(\*) Este trabajo deriva de la tesis doctoral que lleva por nombre “Construcción social del riesgo sobre VIH y sida en mujeres de migrantes potosinas” desarrollada en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de San Luis A.C.

## RESUMO

Migrantes e seus parceiros foram incorporados discursos institucionais de saúde como “sujeitos em risco” contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), no entanto a adição desta população específica em comunicação e gestão de risco de DST é ambíguo no contexto mexicano. O objetivo desta pesquisa foi a de determinar as práticas de auto-cuidado sexuais e reprodutivos que adotam mulheres “casais de” migrantes em suas vidas diárias e relação dessas medidas com a comunicação e gestão de risco feita pelos serviços de saúde. Foi um estudo qualitativo com 20 mulheres “casais de” migrante, localizados através de serviços de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade que incidu sobre as áreas de “percepção de risco” e “auto-cuidado sexual e reprodutiva.” Descobrimos que a maioria das mulheres não reconhecem vulnerável às DSTs e percepção de risco não é decisivo no confronto com a ameaça de desenvolver, e percepção de risco não é decisivo no confronto com a ameaça de desenvolver, uma vez que o imaginário patriarcal predominante neles, seus parceiros e profissionais de saúde desvalorizan a utilização de recursos de prevenção e detecção precoce.

**Palavras chave:** Auto-cuidado sexual e reprodutivo, sexualidade e reprodução, migração, mulheres, Doenças Sexualmente Transmissíveis

## RESUMEN

Los migrantes y sus parejas han sido incorporados en los discursos institucionales de salud como “sujetos en riesgo” frente a las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), sin embargo la incorporación de esta población específica en la comunicación y gestión del riesgo de ITS ha sido ambigua en el contexto mexica-

no. El objetivo del presente acercamiento fue conocer las prácticas de autocuidado sexual y reproductivo que adoptan en su cotidianidad mujeres parejas de migrantes y la relación de dichas medidas con la comunicación y gestión del riesgo que los Servicios de Salud realizan. Se trató de una aproximación de tipo cualitativo con 20 mujeres “de migrantes” localizadas mediante los servicios de salud, la información se recabó a través de entrevistas a profundidad que focalizaron en las esferas de “percepción del riesgo” y “Autocuidado sexual y reproductivo”. Se encontró que la mayoría de las mujeres no se reconoce vulnerable frente a las ITS y que la percepción del riesgo no es determinante en la confrontación que respecto a la amenaza puedan desarrollar, dado que los imaginarios patriarcales que prevalecen en ellas, sus parejas y el personal de salud desestiman la utilización de medidas de prevención y detección oportuna.

**Palabras clave:** Autocuidado sexual y reproductivo, sexualidad y reproducción, migración, mujeres, Infecciones de transmisión sexual

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han sido asociadas con la población que participa en los procesos de movilización poblacional (particularmente la transnacional) incluso cuando se carece de evidencia suficiente para sustentar desde lo académico dicho vínculo, la migración se ha posicionado dentro de las llamadas prácticas “de riesgo” asociadas a estas enfermedades. En el contexto anterior y sin embargo, la postura del Estado respecto al vínculo ITS-Migración es ambigua, si bien se reconoce la vulnerabilidad de quienes participan directa o indirectamente en los procesos

migratorios, poco se hace respecto a la prevención, protección específica y detección oportuna de estas enfermedades en este grupo de población específico, ello se hace evidente en los Programas y Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.

La ambigüedad anteriormente mencionada complejiza sobremanera la construcción que respecto al riesgo son capaces de elaborar las mujeres “*parejas de*” migrantes, sujetos que por un lado se enfrentan a discursos que las colocan “*en riesgo*” por las características de sus parejas, por otro, son excluidas del mismo por considerarse inmunizadas a partir de sus características heterosexuales y monógamas, características que desde lo moral resultan incongruentes con el perfil que socialmente se ha construido de este tipo de enfermedades, patologías que se han perfilado desde lo social como propias de sujetos homosexuales o con múltiples parejas sexuales.

La situación de los sujetos frente a las enfermedades prevenibles se complejiza dentro de un marco sociocultural en el que la manera en que asumen y confrontan sus riesgos depende primeramente de que los reconozca relevantes (*percepción del riesgo*), y después de la adecuación de los recursos con que cuentan en su contexto inmediato para confrontar las amenazas (*agencia de autocuidado*) (Mary Douglas, 1996:16)

Tomando como sustento este marco antropológico, el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de ITS depende de la percepción del riesgo que los sujetos poseen respecto a la amenaza, así como de las prácticas de autocuidado sexual y reproductivo que puedan aplicar en sus contextos, entendiendo el autocuidado cómo una conducta que implica habilidades de *conocimiento* para identificar los riesgos derivados del ejercicio sexual, des-

*trezas* para seleccionar y utilizar los dispositivos de protección frente al riesgo y actitudes para negociar el acceso y uso de dichos métodos<sup>1</sup>.

### METODOLOGÍA

Se trató de una aproximación cualitativa realizada con 20 mujeres (parejas de migrantes) pertenecientes a comunidades de la región media y centro de San Luis Potosí (México) reconocidas por su alta participación migratoria. Se incluyeron para trabajar mujeres cuya pareja participara en la migración activa o que lo hubiesen sido con patrón de migración circular, que no hubiesen participado en procesos de migración conjunta con su pareja y que residieran actualmente en las comunidades de estudio.

Para la recolección de información se recurrió a entrevistas a profundidad que exploraron dos dimensiones principales: Percepción del riesgo y Agencia de autocuidado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para identificar el estado de la percepción del riesgo, el desarrollo de agencia de autocuidado sexual y reproductivo, y finalmente identificar el impacto que los discursos institucionales tiene tanto en la percepción del riesgo como en el desarrollo de la agencia.

El análisis de la información tuvo sustento en el enfoque de la antropología del riesgo, marco que problematiza la confrontación a las amenazas influenciada por las características culturales, económicas y políticas de los contextos en que los sujetos se desarrollan. Esta propuesta de análisis implica reconocer que el autocuidado deriva no exclusivamente de los discursos de comunicación del riesgo, sino principalmente de las representaciones y experiencias de vida que los sujetos han tenido con la amenaza.

### Caracterización sociodemográfica

El promedio de edad fue de 34.4, con una mínima de 23 y una máxima de 51, cabe señalar que la decisión de trabajar con mujeres cuyas edades están fuera de la señalada etapa reproductiva (15-45 años) obedeció a la necesidad reconocer que el ejercicio sexual no se circunscribe a la reproducción como fin. Sobre el nivel educativo se encontraron diferencias relevantes, mientras entre las rurales poco más del 50% no concluyó la educación primaria, sólo el 30% de las urbanas presentó el mismo caso, mientras el 30% de las urbanas concluyó la educación secundaria, sólo 9% de las rurales contó con este nivel educativo.

Respecto al estado civil se encontró que entre las mujeres rurales sólo una convivía con su pareja bajo el régimen de unión libre, mientras entre las urbanas 30% señaló vivir bajo esta modalidad. En lo que se refiere a la ocupación se encontró que mientras la totalidad de las mujeres rurales se auto refirieron *“ama de casa”*, incluso cuando poco más de una tercera parte de ellas se involucra en actividades del sector informal, las mujeres urbanas dijeron incorporarse en actividades que les posibilitan un ingreso económico.

### La percepción del riesgo

Si bien existe una cantidad importante de mujeres que evidenció una condición de *inmunidad subjetiva* respecto a las ITS, es necesario reconocer la existencia de mujeres que han desarrollado una percepción del riesgo frente a estas enfermedades. El reconocimiento que hicieron respecto a su riesgo se manifestó en dos formas distintas, la primera fue aquella en la que las mujeres refieren su riesgo derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; la segunda fue la que

señaló el riesgo como resultado de una toma de decisiones que no les compete y de responsabilidad exclusiva del varón, centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

Norma por ejemplo, reconoce que el riesgo de las mujeres deriva tanto de comportamientos de su pareja, como de omisiones que ella comete en el ejercicio de su vida sexual:

*“Las amas de casa tenemos más riesgo que las prostitutas, confiamos ciegamente en nuestros maridos y no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden, incluso a veces aún sabiendo que ellos andan con otras....nos ciega el amor o por lo mismo que como son ellos con nosotras y no quieren usar condón”* (Norma, 37 años)

La frase que norma utiliza *“no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden”* alude tanto a la obstinación de las mujeres por no dar cuenta de un riesgo que existe, como a la resistencia de los varones por utilizar métodos de barrera durante el encuentro, en dicho sentido, se reconoce una responsabilidad compartida frente al riesgo.

Otras mujeres se deslindan de toda responsabilidad frente al riesgo construyendo relatos en los que el riesgo deriva de acciones que no les competen y dentro de contextos en los que se reconocen incapacitadas para tomar decisiones.

*“Las amas de casa estamos bien cerca de ese riesgo, por lo mismo que los esposos hace uso de mujeres que pueden estar enfermas y la mayoría de nosotras, bueno de las señoras con las que he platicado dicen que sus esposos no aceptan ponerse el condón que porque no se siente igual.... Yo no estoy segura que no me vaya a dar sida por lo mismo que yo sé cómo es él”* (Verónica, 44 años)



La frase “Yo no estoy segura” alude la responsabilidad que de su riesgo dejan al destino azaroso, es decir, sé es consciente de que se enfrenta el riesgo de manera cotidiana, sin embargo se confía en algo “superior” que disminuye esas probabilidades, en ocasiones ese “algo” es representado en dios, otras veces en la suerte o el destino, variables en las que estas mujeres son capaces de depositar su salud sexual y hasta su vida.

Pese al reconocimiento que hacen las mujeres de su vulnerabilidad, la ausencia de agencia para decidir e implementar estrategias para el confrontamiento de la amenaza, juega un papel relevante en la manera en que se construye y gestiona el riesgo. La agencia refiere a la capacidad de *saber y actuar* que los sujetos muestran frente a situaciones amenazantes e incluso bajo condiciones de coerción (Giddens, 1984, p. 1-16)

La ausencia de agencia se evidencia cuando estas mujeres narran que en la búsqueda de implementar y negociar estrategias de protección frente a la enfermedad, su intención resulta mermada por la asimetría de poder entre géneros que se juega en su práctica sexual entre marido-mujer (Da Silva y Colhelo 2008; Alfonso 2006; Exposito y Moya 2005; Pratto y Walker 2004).

*“Pienso que el riesgo para las amas de casas es el peor, uno piensa no pues es mi esposo y uno se deja a como ellos quieren, y si no quieren condón como el mío así tiene que ser, las prostitutas no, ellas son mas listas en eso, ellas se cuidan, ellas no se meten con ellos si no traen condón”* (Lidia, 28 años)

Se hace necesario reflexionar cómo estas mujeres, conceden a sus parejas autoridad completa respecto a las decisiones en que se dará el encuentro sexual, gestándose en ello una condición que potencia aún más su vulnerabilidad frente a la enfermedad (Morrison, 2006; Silva, 2002; Delor y Hubert 2000). En este contexto, si bien el desarrollo de la percepción del riesgo es vital para aludir el tenor en que el mismo se construye, es necesario dar cuenta que no todo depende de la percepción, sino de las dinámicas en que se dan las relaciones sociales entre los géneros, bajo la posibilidad de que las conductas tendientes a la protección resulten anuladas por una asimetría de poder dictada desde el género (Long, 2007: 57).

### **Motivaciones y desmotivaciones para el uso de condón**

La mayoría de los estudios que exploran la prevención de ITS, señalan la falta de disposición de los varones para la utilización del condón, sin embargo, los resultados del presente acercamiento permiten dar cuenta que también entre las mujeres prevalecen representaciones negativamente asociadas al uso de dicho dispositivo (Uribe et. Al, 2009).

En lo que respecta a la *aceptación y experiencia en la utilización del condón* se encontraron discrepancias relevantes entre ambos grupos, mientras entre las mujeres rurales prevalecen quienes refieren no haber tenido la experiencia de utilizarlo, e incluso se presenta

el caso de una mujer que explícitamente niega disposición para usarle, las urbanas no sólo narran mayor experiencia en su uso, también refieren una demanda insatisfecha respecto al dispositivo dada la renuencia de sus parejas por participar de su utilización. Evidencia de mayor utilización del condón en población urbana que rural ya han sido reportadas en otros estudios, aun cuando han focalizado en un grupo de población distinto, el de adolescentes (Torres y Cols. 2009; Cortes y Cols. 2007).

En ambos grupos surgieron estigmas de tipo moral asociados al condón, *promiscuidad e infidelidad* figuraron como los principales. En este contexto, si bien la mayoría de las mujeres señalan la renuencia de su pareja como principal obstáculo para protegerse de ITS, no debe dejar de reconocerse la existencia de representaciones que desde el propio imaginario de las mujeres desalientan el uso del condón, significándole un símbolo de promiscuidad y de uso exclusivo en sujetos con prácticas sexuales “*indecentes*”.

Es interesante dar cuenta cómo el uso del condón se complejiza desde lo cultural, en contextos en los que se piensa que una mujer que acepta o propone utilizarle, acepta también la posibilidad de encuentros sexuales extramaritales en ella y su pareja, una cuestión que pone en entredicho la reputación moral y el respeto social del que se supone acreedora cualquier mujer capaz de mantener la exclusividad sexual de su pareja

*“Nunca le he pedido que use condón porque a ninguno de los dos nos gusta usar eso, yo pienso que se enojaría si le dijera, me diría que porque sé de eso, se encabronaría y hasta una buena chinga me anda dando (risas).... si él me dijera a mí que lo hiciéramos con condón, le diría que no que con eso no, porque no me gusta, eso es para “locas” (Carmela, 22 años)*

La narrativa de Carmela evidencia cómo las propias mujeres han terminado por internalizar una serie de representaciones que no sólo reprimen el ejercicio de su sexualidad, sino que representan una amenaza para su salud sexual y reproductiva. El discurso expone también de qué forma *violencia y sexualidad* se vinculan dentro de un mismo campo, de manera que deja de cuestionarse la impertinencia de dicha violencia.

En este contexto se hace necesario, sin embargo, reconocer la existencia de mujeres que si bien vinculan el condón con la *inmoralidad*, aceptan utilizarle cuando la propuesta de usarlo es planteado por sus parejas

*“Nunca le he dicho que use condón, lo usó un tiempo pero fue porque él dijo que me hacía daño tomar tantas hormonas... sabe qué haría si me encontraré condones en la casa, yo creo que me diría ¿y tú porque tienes? ¿Con quién los usastes? Si creo que se enojara, yo también me enojaría si le encontrara condones porque ¿pa que los quiere? Porque entonces ha tenido relaciones con otra, si me molestaría porqué sería como una prueba de que si anda de demás ¿no? (Teresa, 41 años)*

El estigma parece no posicionarse propiamente en el condón, sino en la mujer que es capaz de negociarle, puesto que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual inmoral, en el entendido que dicho dispositivo se considera necesario únicamente en personas que tienen prácticas sexuales casuales, extramaritales o con sujetos clasificados “*de riesgo*”. En este sentido, parece ser que en la renuencia por participar de la negociación del condón, encuentran estas mujeres la oportunidad de relegitimarse como “*decentes*” y consecuentemente dignas de vivir en la ins-

titución más valorada en nuestra sociedad, el matrimonio (Hirsh y Cols, 2002)

Para algunas mujeres la negociación del condón no sólo les significa una amenaza moral y social, representa también la posibilidad de ser objeto de violencia por parte de sus parejas, una contingencia que aun siendo poco asertiva llega a resultarles justificable para ellas, dado a que en su imaginario prevalece también el vínculo condón-promiscuidad/inmoralidad

*“Si el trajera un condón la verdad no sé cómo reaccionaría, creo que me enojaría porque pensaría que me anda poniendo los cuernos, a lo mejor es porque ya no está a gusto conmigo y eso sí me enoja... Si él me encontrará uno si se enoja, imagínese si por menos me ha golpeado, pienso que se me iba encima a los golpes”* (Sara, 36 años).

Las mujeres asumen entonces que solicitar el uso de condón conlleva la posibilidad de resultar violentada, ciertas de estar insertas en contextos en los que la infidelidad femenina resulta una amenaza “imperdonable” para la virilidad que se desempeña en el contexto patriarcal (Bernal, 2010; Torres, Zarco y Allen, 2010: 52-92)

En este contexto sin embargo, existe el caso de mujeres que parecen haber iniciado a movilizar estas representaciones, si bien no puede aludirse una deconstrucción completa del estigma, el condón comienza a contemplarse a manera de “un mal menor” que favorece la salud:

*“Si le hayo condones ahora sí que no estaríamos bien en la relación, porque yo estaría con la idea de por qué los trae y con quien los usa, pero también por otro lado pensaría que si se cuidó*

*y no me preocuparía porque me traiga enfermedades”* (Verónica, 44 años)

En estas narrativas si bien el condón continúa representándose como un símbolo que atenta contra las representaciones del “deber ser” en una pareja estable, inicia también a ser contemplado como un símbolo que les brinda certezas de no estar expuestas al riesgo de una ITS. En el sentido anterior, conviene reflexionar cómo aun cuando en ambos grupos de mujeres prevalece la representación condón-promiscuidad, la aceptación por utilizarle difiere, mientras quienes le asocian exclusivamente con promiscuidad-infidelidad aluden su uso cómo motivo de molestia y conflicto, quienes han logrado dar cuenta del mismo como un dispositivo de prevención, comienzan a reconocerle como un factor de protección para su salud.

### **Búsqueda y aceptación de las pruebas de detección oportuna**

Resultó interesante explorar la percepción y aceptación que tienen las mujeres respecto a las acciones de comunicación y gestión del riesgo desde los servicios de salud, rubro en el que se reiteran diferencias relevantes. Mientras algunas abogan por la exclusión de las “amas de casa” en los discursos de comunicación del riesgo, otras, principalmente las más jóvenes, reconocen la necesidad de ser incorporadas en los discursos de prevención.

Otra cuestión interesante es la que hace referencia al escaso impacto que los discursos del personal sanitario tienen en la construcción de su riesgo. En este sentido, mientras algunas coinciden en no haber sido informadas con respecto a su riesgo potencial, otras narran haber sido objeto de medidas de gestión del riesgo (pruebas de detección rápida), sin

comprender a fondo la condición que las hacía objeto de tales procedimientos, otras incluso llegan a referirse violentadas y en desacuerdo con los discursos desde los que se pretende despertar en ellas una consciencia respecto al riesgo.

*“De las campañas yo pensaría dárselas a los adolescentes para que sepan de eso de las infecciones, como se contagia y que se protejan sobre todo para evitar un embarazo... la enfermera me dijo que yo tengo más riesgo porque el anda allá y me dice que para lo mismo de prevenir que nos dé esa enfermedad tenemos que hacernos el Papanicolaou cada año... me ha dicho que use condón, que porque él anda allá, pero yo no creo, yo pienso que los que andan aquí tienen más oportunidades de andar en malos pasos, porque los de nosotros allá se la pasan trabajando”* (Elda, 41 años)

Es necesario deconstruir representaciones que emergen cómo obstáculos desde distintos campos, incluso dentro de las propias instituciones, ejemplo de ello, es el señalamiento que algunas mujeres realizan sobre la recurrencia a prácticas de desigualdad de género en políticas y programas de salud, en los que resulta común y hasta cierto punto “natural” la exclusión de varones en la comunicación del riesgo

*“Creo que debían hacer campañas a todos, porque todos somos humanos y todos tenemos ganas de tener relaciones, no por ser amas de casa se le van a quitar a uno las ganas de tener relaciones, ni ellos por estar casados se van a detener... a mí me dicen que si el condón, que hay que cuidarse, pero que yo sepa a él nunca le han hablado de las enfermedades que se contagian teniendo relaciones... a nosotras nos citan para lo de oportunidades pero es que venimos pu-*

*ras mujeres ¿de qué sirve si no los convencen a ellos? Ellos como hombres dicen que eso es cosa de mujeres y pues en la clínica yo creo también tienen esa idea”* (Olivia, 28 años)

Las mujeres en sus narrativas plantean cuestiones sumamente reveladoras, en primer lugar, sobre la necesidad de que las mujeres involucradas en relaciones estables sean contempladas como seres con práctica sexual y erotismo, y en dicho sentido vulnerables al riesgo; en segundo lugar, exigen que el discurso institucional incorpore a los varones en los discursos de riesgo sobre salud sexual y reproductiva. Finalmente con sus narrativas nos demandan reflexionar sobre la imagen que los servicios de salud poseen desde el horizonte del usuario, a manera de una institución que indolente al problema de la desigualdad de género parece legitimarle desde lo institucional.

Pero si bien las mujeres señalan poco pertinente la estrategia de comunicación del riesgo de vih/sida, en sus narrativas reconocen la existencia de variables “informales” que posibilitan su construcción del riesgo, entre estas destaca el impacto de las narrativas de riesgo locales respecto a la enfermedad:

*“Yo nunca me he tomado la muestra pero si me gustaría hacérmela, la otra vez estaba platicando con Dora (vecina) y me dijo que ella ya se la había hecho, por lo mismo me metió la idea de hacérmela, me la quiero hacer”* (Sara, 36 años)

Las mujeres platican del riesgo como una propiedad que comparten en el marco de migración de sus parejas, en estos relatos locales puede darse cuenta de qué manera cómo organización social comienzan a construir sus propios discursos para comunicar y proponer

medidas de gestión frente al riesgo.

En lo que respecta a la aceptación de las mujeres por participar de los procedimientos de detección oportuna, se encontraron también posturas divergentes, mientras algunas refieren incomodidad por participar de dichos procedimientos, otras se muestran interesadas por realizarlas, incluso porque para muchas de ellas, la detección oportuna representa la única medida factible de ser empleada en contextos en los que la negociación del uso del condón ha fracasado.

Las mujeres que rechazan determinantes la posibilidad de participar en las pruebas de detección oportuna, no sólo evidencian rechazo por el procedimiento, también manifiestan incomodidad con el discurso del personal sanitario, respecto a un riesgo que consideran ajeno a sus experiencias personales

*“A veces si me cansa que me digan que yo tengo más riesgo porque él anda en el otro lado, yo entiendo que es el trabajo de ellos (personal de salud) inculcarle a uno, porque a veces en ciertas cosas si somos bien cerradas, pero deberían pensar que no nomás las que tenemos esposos allá tenemos ese riesgo.... la otra vez me dijeron en el CS que me tomará la prueba del sida, en un principio no quería porque pensé que era por donde mismo que el Papanicolaou, pero ya me dijeron que era un piquete y me dejé, pero me dejé nomás pa’ que no dijeran que uno no coopera, porque yo estaba segura que no iba a salir nada malo, salí bien.... ¿Qué a mí se me ocurra ir a checármela? No ¿pa’ qué? como yo me siento bien y como le digo yo confío en él”* (Teresa, 41 años)

El relato de Teresa evidencia cómo el discurso sanitario entra en conflicto con las representaciones que estas mujeres poseen res-

pecto a la enfermedad y su sexualidad, en este sentido, aun cuando muchas de ellas acepten escuchar el mensaje del personal de salud respecto al riesgo y realizarse las pruebas de detección oportuna, dicha “aceptación” acontece dentro de un marco más interesado por evadir el conflicto con autoridades institucionales que cómo resultado de una verdadera conciencia respecto al riesgo.

Pero no todas las mujeres rechazan participar de las pruebas rápidas de detección, algunas refieren tener disposición para realizarlas una vez que se enteran de que existen, y es que un número importante de mujeres refirió al momento de la entrevista desconocer la existencia de este tipo de pruebas o bien considerar que dichas pruebas sólo estaban disponibles para embarazadas, usuarios en los que se promueven mediante spots radiofónicos:

*“Si he pensado en ir a checarnos de no tener la enfermedad pero no sé exactamente como se toma la prueba ni en donde la hacen, supongo que en los hospitales, porque he visto que dicen en el radio que uno vaya a checarse cuando está embarazada, pero no sé si sea también aunque uno no esté embarazada”* (Alma, 31 años)

Llama la atención el hecho de que para muchas de estas mujeres, las pruebas de detección rápidas representan la única opción de gestión posible frente al riesgo, dada la negativa determinante de sus parejas por participar del uso de condón

### CONCLUSIÓN

En las mujeres prevaleció un sentido de inmunidad subjetiva frente a la enfermedad, derivado principalmente de representaciones de la enfermedad que le contemplan como propia de homosexuales y sexoservidoras, en medida que

les convence también, de que su condición de heterosexualidad y matrimonio les representan una especie de escudo protector.

La confianza en el comportamiento sexual de su pareja, juega un papel importante en la inmunidad de que estas mujeres se apropian, aun cuando dicha confianza no deriva de procesos de comunicación efectivos, sino más bien de imaginarios que ellas elaboran con base a lo que pretenden o requieren de una relación conyugal. Las mujeres reconocen a los migrantes como un “*grupo de riesgo*” en sus localidades, se eximen a sí mismas y a sus parejas inmunizándose desde lo moral y el “*deber ser*”.

Son pocas las mujeres que evidenciaron el desarrollo incipiente de una percepción del riesgo respecto al vih/sida, esta percepción se encontró desarrollada en dos vertientes distintas y antagónicas, una en la que el riesgo se reconoce derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; otra en la que el riesgo es señalado como resultado de una toma de decisiones que no les compete, de responsabilidad exclusiva del varón, y centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

Finalmente destaca que si bien la mayoría de las mujeres refiere la negativa de sus parejas por usar condón como la causa de encuentros sexuales desprotegidos, sus narrativas permitieron identificar que en ellas también prevalecen representaciones que tornan indeseable el uso de condón, dado que le asocian con promiscuidad e infidelidad. En el sentido anterior, vale la pena reconocer que si bien existen el estigma sobre el condón como dispositivo, dicho estigma es menor que el que se posiciona sobre la mujer que es capaz de negociar con su pareja su utilización, dado que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual



inmoral, llegando incluso a desatar y justificar la conducta violenta de sus parejas.

Los resultados reiteran la necesidad de incorporar el enfoque de género en los acercamientos académicos que se realizan en el ámbito sanitario, dado que como queda evidenciado esta tesis, programas de salud y personal sanitario no sólo no problematizan la desigualdad de poder que acontece en la práctica sexual de los sujetos, sino actúan de manera intencional o no, reforzando las representaciones que normalizan y potencian la desigualdad entre varones y mujeres.

#### NOTAS:

<sup>1</sup> Dorotea Orem (2001: 63) conceptualizó el autocuidado como “Actividad aprendida por los individuos [...] una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia las demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar”

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALFONSO, A. (2006) Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Revista Cubana Salud Pública. 31 (1) 1-15. :
- BERNAL, H. (2010) La propiedad privada, la monogamia, el patriarcado, la esclavitud y el carácter de la reproducción. Revista Nómadas. Recuperado el 26 de febrero de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18112179005>.

- CORTÉS, A; MARLEIDYS, Y; GARCÍA, R; MEZQUÍA, A; PÉREZ, D. (2007) Características socio demográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Cubana de Medicina General Integral*. 23 (1): 1-6.
- DA SILVA, A; COELHO, M<sup>o</sup>. (2008) Enfermería y salud desde el punto de vista del género: desafíos ante el siglo XXI. *Enfermería Integral*. 82: 20-27.
- DELOR, F; HUBER, M. (2000) Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*. 50: 1157-1570.
- DOUGLAS, M. (1996) La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Paidós Studio, Barcelona.
- EXPOSITO, F; MOYA, M. (2005) Violencia de género. En F. Exposito y M. Moya (Ed.) *Aplicando la psicología social*. Pirámide, Madrid: 201-227.
- GIDDENS, A. (1984) *The constitution of society: An outline of the theory of structuration*. Polity Press, Cambridge.
- HIRSH, J; HIGGINS, J; BENTLEY, M; NATHANSON, C. (2002) The social construction of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health* 9 (8): 1227- 1237.
- LONG, N. (2007) *Sociología del desarrollo: Una perspectiva centrada en el actor*. El Colegio de San Luis A.C. - CIESAS, México.
- MORRISON, K. (2006) *Romper el ciclo: estigma, discriminación, estigma interno y vih*. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Washington:
- OREM, D. (2001) *Nursing. Concepts of Practice*. 6<sup>a</sup>. Edición. Mosby, St. Louis Missouri .
- PRATTO, F & WALKER, A. (2004) The bases of gendered power. En A.H. Eagly, A.E. Beall & R.J. Stetnberg (Eds.) *The psychology of gender* (2end ed., pp. 242-268). The Guilford Press, New York
- SILVA, C. (2002) El significado de la fidelidad y las estrategias para la prevención del Sida entre hombres casados. *Rev Saúde Pública*. 36 (4): 40-49.
- TORRES, P; ZARCO, A; ALLEN, B. (2010) Capítulo 2: Prevención. En P. Torres (Ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: Una mirada comprensiva en torno al vih y sida*. 52-92. México: Serie Ángulos del SIDA, CEN-SIDA, INMUJERES, INSP.
- TORRES, T; IÑIGUEZ, R; PANDO, M; SALAZAR, J. (2009) Riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud*. 7 (1): 135-154.
- URIBE, I; ANDRADE, P; ZACARÍAS, X. (2009) Risk sexual behavior predictors in high school students. *International Journal of Hispanic Psychology*. 2 (2): 111-126.

