

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN
HOMBRES MIGRANTES Y MUJERES
PAREJAS DE MIGRANTES DE LA
COMUNIDAD DE CHARO, MICHOACÁN

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. LESLIE VALLE VILLALOBOS

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA

CODIRECTORA DE TESIS:

DRA. ERICKA IVONNE CERVANTES PACHECO

COMITÉ TUTORAL:

DRA. MÓNICA FULGENCIO JUÁREZ

DRA. ADRIANA MARCELA MEZA CALLEJA

DRA. ITZEL MAGALI EGUILUZ CÁRDENAS

Morelia, Michoacán, febrero 2021

Dedicatoria

A mi hijo... por enseñarme que con perseverancia se consigue lo que se quiere, aunque a veces las cosas parezcan difíciles, eres una de las grandes razones por las que siempre querré ser una mejor persona en todos los sentidos. Te amo.

Agradecimientos:

A la Dra. María Elena Rivera Heredia y Dra. Ericka Ivonne Cervantes Pacheco por guiarme en este proceso, por su paciencia a pesar de los momentos de estrés, por compartir su conocimiento, por ese lado humano que nunca perdieron y por permanecer pendiente de mí hasta el final.

A la Dra. Mónica Fulgencio Juárez, Dra. Adriana Meza Calleja y Dra. Itzel Equiluz Cárdenas por aceptar ser parte de mi comité y ser ese complemento perfecto, cada una con su esencia, su conocimiento y su experiencia.

Para las 5 como equipo de trabajo, por su disponibilidad en todo momento, pero sobre todo por convertirse en una fuente de inspiración para mí, son mujeres grandiosas, cada una me deja la semilla de motivación para futuros proyectos profesionales y personales.

A Fabby, Emiliano, Alejandro y Francisco, por el tiempo, por recibirme en sus casas, por las explicaciones y las calles recorridas con la única finalidad de colaborar y compartir su amor y entusiasmo por su comunidad.

A las personas con experiencia migratoria y personal de salud, por dejarme entrar no solo en su comunidad y área de trabajo sino también en su vida personal, gracias por enseñarme cosas tan profundas de la migración y la sexualidad, este trabajo no hubiera sido posible sin su colaboración.

A mi papá, mamá, hermana y hermano, por ese amor, entusiasmo y apoyo incondicional en mis diferentes proyectos de vida, por cuidar de mi hijo los días de trabajo, infinitas gracias por todo lo que me dan.

A las amistades que surgieron en este camino, en especial al grupo de “los bebes”, gracias por hacer esta experiencia tan agradable, gracias por ese tiempo compartido, los desvelos, el estrés y también por esos momentos donde me dolía el estómago de tanto reír.

A Mexfam A. C. por transmitirme la convicción de lo rico que es trabajar en campo, por enseñarme mi pasión, en especial a Edith, Cindi y Evelyn, por facilitarme materiales, insumos, acompañarme a la comunidad y demostrarme que seguimos juntas en el compromiso con la salud sexual y salud reproductiva.

Este proyecto fue posible gracias a la beca que brindó Conacyt para estudios de maestría.

Índice de contenidos

Resumen	8
Introducción	10
Justificación	14
Pregunta de Investigación	16
Objetivos	16
CAPÍTULO I. SALUD SEXUAL	19
1.1. Infecciones de transmisión sexual: un problema de salud pública	19
1.1.1. Virus de Papiloma Humano (VPH).	20
1.1.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).	22
1.2. Factores psicosociales para lograr la salud sexual	23
1.2.1. Acceso a servicios de salud sexual.	24
1.2.2. El uso del condón.	24
1.3. Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado	26
1.4. El placer y la salud sexual	27
CAPÍTULO II. LA MIGRACIÓN Y LA SALUD SEXUAL	32
2.1. Migración en México	32
2.2. Características de migración en México hacia Estados Unidos	35
2.3. Migración de hombres sin sus familias	37
2.4. La migración en Michoacán	38
2.5. Migración y salud sexual	38
2.6. Hombres, migración y factores psicosociales asociados a la salud sexual	41
2.7. Mujeres, migración y factores psicosociales relacionados a la salud sexual	42
CAPÍTULO III. PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL COMUNITARIOS	46
3.1. Programas de salud comunitarios	46
3.2. Antecedentes de las intervenciones en salud sexual	48
3.3. Población a la que han estado dirigidos los programas de salud sexual	52
3.4. Intervenciones en salud sexual con migrantes en Michoacán	54
CAPÍTULO IV. MÉTODO	56
4.1 Universo de estudio	58
4.1.1 Localización.	58

4.1.2. Un día regular en Charo.	59
4.2. Técnicas de recolección de datos	61
4.3. Participantes	62
4.3.1. Descripción de los y las participantes.	63
4.4. Procedimiento	65
4.5. Análisis de datos	66
4.6. Consideraciones éticas	75
CAPÍTULO V. HALLAZGOS	77
5.1. Salud sexual en la comunidad	77
5.2. Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas a los y las participantes (hombres migrantes, mujeres parejas de migrantes 1-7 y personal del área de salud 8- 10)	81
5.3. Aspectos relevantes encontrados en la comunidad	103
Prácticas socioculturales en la comunidad y su relación con la migración	103
5.4. Charo y la migración	105
5.5. Salud y migración	105
5.6. Cultura y religión en la comunidad	106
5.6.1. “El señor de la lámpara” 6 de agosto.	106
5.6.2. “Encuentro de Hidalgo y Morelos” 20 de octubre.	107
5.6.3. “Celebración de la Virgen de Guadalupe” 10 al 12 de diciembre.	109
5.6.4. Carnaval (febrero martes de carnaval).	111
REFERENCIAS	135
Apéndices	155

Índice de tablas

Tabla 1: Participantes (hombres migrantes y mujeres parejas de migrantes).....	Pág.64
Tabla 2: Informantes claves de la comunidad (habitantes de la comunidad y personal del área de salud).....	Pág.64
Tabla 3: Categorías, subcategorías de análisis y sus definiciones (participantes migrantes y mujeres parejas de migrantes)	Pág.69
Tabla 4: Categorías de recomendaciones para futuras intervenciones en salud sexual en la comunidad (personal del área de salud de la comunidad, migrantes y mujeres parejas de migrantes).....	Pág.73
Tabla 5: Diferencias y coincidencias entre personal de salud y personas con experiencia migratoria sobre los programas de salud sexual en la comunidad de Charo, Michoacán.....	Pág.99
Tabla 6: Recomendaciones para implementar en programas futuros de salud sexual en la comunidad	Pág.100

Índice de figuras

Figura 1: Casos de VIH a nivel mundial	Pág.23
Figura 2: Distribución de las categorías obtenidas en entrevistas	Pág.101
Figura 3: Distribución de las categorías y subcategorías	Pág.102

Índice de imágenes

Imagen 1: Transporte con el que cuenta Charo.	Pág.60
Imagen 2: Recepción del Centro de Salud de Charo, Michoacán	Pág.79
Imagen 3: Máscaras realizadas por una familia de la comunidad.....	Pág.104
Imagen 4: Iglesia principal de la comunidad adornada para festividad del “Señor de la Lámpara 2019”.....	Pág.107
Imagen 5: Calles adornadas para fiestas del 20 de octubre.	Pág.108
Imagen 6: Programación de las festividades “Encuentro Hidalgo y Morelos”	Pág.109
Imagen 7: Iglesia principal decorada en festividades de la Virgen de Guadalupe,.....	Pág.110

Imagen 8: Atole negro tradicional del 10 de diciembre (elaborado por familias con la mayordomía).....	Pág.111
Imagen 9: Torito “El mexicano” 2020	Pág.113
Imagen 10: Preparación de los tamales (lunes de tamales-carnaval).....	Pág.114
Imagen 11: Tamales listos para dar a los y las visitantes y danzantes de los toritos.....	Pág.115
Imagen 12 : Ofrenda que dan a los danzantes del toro (Corona).....	Pág.115
Imagen 13 y 14: Decoración de la virgen los días de carnaval	Pág.116
Imagen 15: Condonos distribuidos en los módulos instalados en la comunidad	Pág.131

Índice de apéndices

Apéndice I - Guía de entrevista	Pág.155
Apéndice II - Carta de consentimiento informado.....	Pág.158
Apéndice III - Oficio para entrevistas con personal del Centro de Salud de Charo, Michoacán.	Pág.160
Apéndice IV - Cuadro de categorías y subcategorías para análisis de migrantes y mujeres parejas de migrantes.....	Pág.161
Apéndice V - Propuesta de temas para incluir en programas de salud sexual en la comunidad	Pág.171

Resumen

La salud sexual es un derecho del ser humano y está conformada por varios elementos que no solo tienen que ver con aspectos físicos, sino también emocionales, psicológicos, sociales y de género, sin embargo, existen varias circunstancias que limitan el acceso a una salud sexual óptima dependiendo de las características de cada tipo de población. **Objetivo:** En la presente investigación cualitativa, a través de un método fenomenológico, se analizaron las percepciones e información de algunos elementos de la salud sexual como el uso del condón, prácticas sexuales de riesgo, de cuidado, infecciones de transmisión sexual, el placer sexual y los programas de salud sexual comunitarios, relacionados con algunas prácticas socioculturales vistas desde la experiencia migratoria y los aprendizajes de género. **Participantes:** se tuvieron diferentes tipos de participantes: dos hombres migrantes, cuatro mujeres con pareja migrante, tres personas del área de salud y cinco informantes clave a los cuales se le realizaron entrevistas informales. **Técnicas de recolección de datos:** se recolectó la información por medio de entrevistas a profundidad a migrantes, mujeres parejas de migrantes y personal del área de la salud de la comunidad, complementando con la observación participante. **Análisis de datos:** se realizó por medio de la técnica de análisis del discurso del cual resultaron algunas categorías relacionadas con la salud sexual, entre las que sobresalieron percepciones acerca del uso del condón, las ITS, el placer sexual, aprendizajes de género, así como las relacionadas con programas de salud sexual comunitarios. **Resultados:** el proceso migratorio tiene influencia en la percepción de la salud sexual de los y las habitantes, el uso del condón está más relacionado con los vínculos afectivos y la confianza en la pareja. La población manifiesta la importancia de los temas de salud sexual en la comunidad, sin embargo, aún no existe suficiente involucramiento en los programas de salud sexual ya existentes, debido mayormente a factores socioculturales y psicológicos y de género.

Palabras clave: Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado, género, placer, migración, infecciones de transmisión sexual, condón, salud sexual.

Summary

Sexual health is a human right consisting of many aspects such as physical, psychological, social and gender, however, there exists circumstances that limit optimum sexual health education depending on the characteristics of each population.

Objective: This investigation analyze the perceptions and information about sexual health aspects like the use of a condom, high risk sexual practices, care, sexually transmitted infections, sexual pleasure and sexual health community programs related to socio-cultural practices seen from migration experience and gender based learning.

Participants: Different types of participants were used (migrant men 2, women in a relationship with migrant men 4, healthcare workers 3 and 5 key informants which participated in informal interviews).

Techniques for Data recollection: The information was recollected through in-depth interviews with migrant men, women in a relationship with migrant men, health personnel from the community and complementing with participant observation.

Data Analysis: It was done using the discourse data analysis technique, which resulted in categories related to sexual health where the following were highlighted: perceptions over the use of condoms, STI, sexual pleasure, gender-based learning, and those related to sexual health community programs.

Results: The migratory process influences over the perception of sexual health within the inhabitants. The use of condoms is more closely related to emotional bonds and trust between partners. The population manifests the importance of sexual health topics in the community, despite this they don't get involved with the existing sexual health programs, generally because of socio-cultural, psychological and gender-based factors.

Key words: high-risk sexual practices and care, gender, pleasure, migration, sexually transmitted infections, condom, sexual health

Introducción

Trabajar como coordinadora de un programa comunitario sobre salud sexual y salud reproductiva (SSySR) despertaron en mí la percepción que las intervenciones que se hacen sobre salud sexual se enfocan en cuestiones médicas para prevenir infecciones de transmisión sexual, como la promoción del uso del condón y pruebas de detección de algún tipo de virus, que difícilmente han logrado disminuir las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, la sexualidad es un área más compleja, por lo que resulta interesante analizar los aspectos culturales y de género que rodean a la salud sexual, y que en ocasiones las campañas de salud no les dan el peso suficiente por falta de tiempo o porque tienen que cumplir con otro tipo de metas, haciendo sentir a los miembros de la comunidad no entendidos o hasta presionados por usar algún método que promueva la salud sexual, entre ellos el uso del condón. La complejidad de poder lograr una salud sexual a pesar de tener acceso e información a los servicios de salud se acentúa cuando se está en una situación personal, por ejemplo, siendo migrante o pareja de migrante, ya que las decisiones sobre las prácticas sexuales se ven atravesadas por aspectos culturales y de género, pero sobre todo por aspectos emocionales, es por ello el interés por analizar cuáles son los elementos que influyen para tener acceso a una salud sexual en un grupo de personas de una comunidad.

Los programas comunitarios de salud relacionados con el tema de sexualidad se han tenido que enfrentar principalmente a los mitos y limitaciones que existen socialmente alrededor de ella, con la intención de poder construir una concepción donde todos y todas la perciban como una parte fundamental y natural del ser humano, parte de esta tarea ha sido separar la salud sexual de la salud reproductiva con la finalidad de lograr una percepción sobre cuidado del mismo cuerpo independiente de si se quieren tener hijos o no, por lo que esta investigación tiene principal interés en cuestiones de salud sexual.

La salud sexual fue definida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016) como “estado de bienestar físico, mental... capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos”. Es un derecho de todas y

todos como lo estipula la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014), toda persona tendría que acceder a ella, sin importar las condiciones de vulnerabilidad en las que se viva, es parte de los derechos sexuales y reproductivos que se desglosan de los derechos humanos.

Existen diferentes circunstancias personales, culturales, económicas y sociales que se mostrarán a lo largo de este documento, por las cuales en ocasiones no todas las poblaciones tienen la facilidad de experimentar una salud sexual óptima, ya que es un ámbito muy amplio y depende de muchos factores: en primer lugar está el carácter subjetivo y su relación con la cultura y la religión; en segundo lugar se relaciona con las condiciones contextuales y las condiciones de vida que pueden propiciar prácticas sexuales de riesgo, generando problemas de salud. De igual forma, se relaciona con la información a la que se tiene acceso, desde la que es posible tomar decisiones y acciones personales en torno a la salud sexual.

Parte del cuidado del cuerpo implica evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) las cuales presentan signos y aunque no son el único elemento de la salud sexual, visualizarlas es una manera de ver reflejado las consecuencias que tienen en la salud en general y el bienestar de las personas. Estos virus, bacterias y parásitos se transmiten y propagan principalmente por contacto sexual sin protección según la Organización de la Salud (OMS, 2019), específicamente, si se realizan prácticas sexuales en las que hay un intercambio de fluidos se está en riesgo de adquirir una ITS.

Existen diferentes prácticas de riesgo para adquirir una ITS, por ejemplo, perinatal cuando se transmite de madre a hijo en el embarazo o el parto, por vía sanguínea, ya sea transfusión sanguínea o usuarios de drogas inyectables y la vía sexual, en este último, el condón tanto masculino como femenino es el único método de barrera que lo previene (OMS, 2019).

Existe evidencia que el uso del condón en algunas poblaciones, por ejemplo, en adultos jóvenes, es de poca prevalencia. Piña-López y Urquidi-Treviño (2004) mostraron que esta población en ocasiones tiene los conocimientos de los riesgos de adquirir alguna ITS, no obstante, existen diferentes motivos como pena, cuestiones de género, o falsa información, que hacen que puedan involucrarse con

una o diversas parejas sexuales sin el uso del condón. Por otro lado, dentro de los jóvenes de 12 a 29 años a nivel nacional, Menkes, Reyes y Sosa (2019) señalaron que el nivel socioeconómico también es un factor para el uso del condón, a mayor nivel hay mayor posibilidad de uso del condón en sus relaciones sexuales, lo cual refleja que las condiciones sociales tienen un papel importante en la decisión de usar o no usar condón. Por su parte, Abril, Román, Cubillas y Domínguez (2018) mencionan que los hombres manifestaron tener más parejas sexuales pero menos uso del condón, por lo que aparece otra variable que es el género en el uso del condón. Un grupo específico son los migrantes mexicanos que van a Estados Unidos de América (EUA), cuya relación entre el uso del condón y el proceso migratorio va acompañado con otros factores, como tener más de una pareja sexual al estar en otro lugar que no es su lugar de origen.

No se puede hablar de salud sexual y de uso del condón sin hacer referencia a las infecciones de transmisión sexual, ya que visibilizan las consecuencias de tener prácticas sexuales sin uso del condón, aparte de ser consideradas un problema de salud pública (OMS, 2019). Se ha trabajado a nivel mundial para su prevención, sin embargo, la misma OMS manifiesta que a pesar de los esfuerzos con diferentes estrategias, tanto para prevenirlas como para tratarlas, han resultado un desafío debido a la diversidad de las conductas y concepciones acerca de las prácticas sexuales de riesgo.

La OMS (2016) en su Estrategia Mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, mencionó que entre las poblaciones específicas de mayor prioridad para el trabajo en la prevención de ITS se encuentran: “Hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, jóvenes y adolescentes, las mujeres, las poblaciones móviles, niños y jóvenes que viven en la calle, consumidores de drogas entre otros” (p.7). Dentro de los grupos antes mencionados las poblaciones móviles son de alta incidencia en nuestro estado, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) en su Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) señala que Michoacán es un estado con alto índice de migración hacia Estados Unidos de América ocupando el cuarto lugar a nivel nacional, el 97.9% de migrantes del estado lo hace

hacia el país vecino del norte, siendo la búsqueda de un trabajo (67.7%) la principal razón de la migración. Dentro de la misma encuesta, un dato relevante para esta investigación es que 70 de cada 100 personas que migraron son hombres, mientras las mujeres de varias comunidades se quedan en su lugar de origen y se dedican al cuidado de los hijos y de la casa, asumiendo roles distintos en la familia ante la migración de la pareja.

Otro dato importante para la presente investigación según también INEGI (2018) señala que 49.9% de los migrantes a nivel nacional tienen entre 15 y 29 años; y el 39.6% está en el rango de 30 a 59, siendo los dos grupos de edad con más alto índice de migración, por lo que se aprecia que este rango de edades coincide con la OMS (2018b) quien considera como la edad reproductiva el rango entre 10 a 44 años. Atendiendo los datos mencionados anteriormente, es importante explorar algunos aspectos dentro de los grupos de migrantes de nuestro estado tomando en cuenta la edad reproductiva que es cuando existe mayor migración, el género, ya que es mayor el número de hombres que migra, las características de la migración hacia Estado Unidos, las condiciones socioeconómicas, de igual manera tomar en cuenta las mujeres parejas de migrantes que se quedan en su lugar de origen, y que se ven directamente vulneradas en su salud sexual al vivir en zonas rurales y por la dinámica sexual cuando se da la experiencia migratoria, como señalaron Herrera y Campero (2002).

Caballero, Leyva, Ochoa, Zarco y Guerrero (2008) encontraron que las mujeres esposas de migrantes, además de tener una modificación en los roles, sufren un control por parte de la familia que se queda a su cuidado, la cual la mayoría de veces son suegras o cuñadas. En su estudio, las participantes manifestaron que cuando los esposos están fuera, ellas no tienen la misma libertad de ir a una consulta al centro de salud para tratar temas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos o sobre ITS; por otro lado, están aquellas que mencionaron que no pueden cuidarse cuando el esposo regresa ya que ellos se molestan y que cada vez que vienen las dejan embarazadas, esta situación muestra otro factor de riesgo en esposas de migrantes para contraer algún tipo de ITS.

Cuando se da el proceso de la migración existen circunstancias específicas desencadenadas de la experiencia misma (Vásquez-Valdez, 2017), los migrantes que salen del país se enfrentan a diversos factores de riesgo que vulneran su estado de salud, esto tanto en el trayecto de su camino, como en su estancia o en su destino. Las enfermedades que los migrantes de Michoacán presentaron son: ITS, inicio de una adicción, problemas de ansiedad, depresión o estrés.

La OMS (2019) señaló que a pesar de las múltiples estrategias que se han realizado en diferentes partes del mundo, aún no se ha logrado una reducción de las conductas sexuales de riesgo y de los comportamientos que atentan contra la salud sexual, por lo que propone centrarse en grupos poblacionales que estén muy definidos y darles un peso importante a los destinatarios de las acciones dándoles voz de sus propias necesidades, es por ello la importancia de que se hagan investigaciones en comunidades específicas, aunque existen características que diversos contextos pueden compartir en cuanto a salud sexual.

Justificación

A nivel mundial más de un millón de personas contraen alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) cada día, igualmente las ITS pueden traer consecuencias graves en la salud sexual, salud reproductiva y el estado de salud general de las personas, es una de las cinco principales causas por la que los adultos buscan consulta médica. Entre las diferentes ocho infecciones de más prevalencia internacional, existen cuatro que son provocadas por virus, por lo tanto, no tienen cura, las cuales son: hepatitis B, herpes simple (VHS), virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y virus del papiloma humano (VPH), esta última puede provocar más de 570 000 casos de cáncer cervicouterino (CaCu) y 300 000 defunciones anualmente (OMS, 2019).

En lo referente a México se tienen registros de VIH principalmente, aunque no sea la única ITS que existe, de acuerdo a la ONUSIDA (2016) el 95% de casos de VIH son transmitidos por vía sexual por lo que un punto importante para prevenirlas y disminuir su prevalencia es tener prácticas sexuales de cuidado.

Según el Centro Nacional para la prevención y control del VIH y el sida (CENSIDA, 2019), en su boletín de vigilancia epidemiológica muestra los casos diagnosticados de VIH/sida en el estado de Michoacán en 2018: fueron 93 hombres y 20 mujeres. En lo que respecta a la edad de los pacientes con VIH se encontraron rangos de edad de los 19 a los 30 años entre 1983 al 2018. Esos datos nos muestran dos condiciones importantes: por un lado, más frecuencia de casos diagnosticados en hombres, y por otro, el alto índice en la edad considerada reproductiva OMS (2018 b).

Por los datos anteriores podemos observar que contar con una salud sexual óptima resulta complejo por la variabilidad de razones psicosociales por las que se transmiten las ITS, resulta complicado prevenir la transmisión, la detección y el tratamiento ya que como la misma OMS menciona muchas de ellas no pueden manifestar síntomas y ocurre la propagación. Se estipula que la atención debe de ser focalizada en ciertos grupos que se consideran vulnerables como lo son trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes y poblaciones móviles.

Tomando en cuenta las poblaciones migrantes debido a que Michoacán es un estado con alto índice de migración a nivel nacional (INEGI, 2018), se considera importante realizar la presente investigación debido a las diferentes estrategias a nivel mundial que se establecen para promover tanto la salud sexual como el uso del condón, basadas en la misma opinión de la comunidad a las que van dirigidas las acciones. Por ello, se busca explorar las percepciones y los significados en la comunidad de Charo, Michoacán, México, especialmente con personas migrantes o mujeres con parejas migrantes en torno a la percepción acerca del uso del condón, la información sobre las infecciones de transmisión sexual, las prácticas sexuales tanto de riesgo como de cuidado en relación con la experiencia migratoria y los aprendizajes de género, así como el conocimiento en general de los servicios de salud sexual comunitarios, no solo por los habitantes sino también por el personal del área de salud.

El presente proyecto aportará información más allá de las estadísticas de salud, dado que éstas no son el punto central de análisis porque no muestran los significados que se entrelazan en el ámbito de la salud sexual de los y las habitantes con experiencia migratoria de Charo, Michoacán, tales como aspectos subjetivos, relacionados con la cultura y de género; que al explorarlos son herramientas para que en un futuro se puedan plantear estrategias viables, tomando en cuenta características específicas de un grupo dentro de una misma comunidad como en este caso los migrantes y mujeres parejas de migrantes, dando a conocer sus inquietudes, sus percepciones y sus mismas recomendaciones para implementar en los programas comunitarios de salud sexual existentes y futuros. Por lo anterior se plantea realizar una investigación en la que se dé respuesta a la siguiente pregunta:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las percepciones y la información de las personas de la comunidad de Charo Michoacán, México, en relación con los elementos de su salud sexual como el uso del condón, las prácticas sexuales de riesgo y de cuidado, infecciones de transmisión sexual, el placer sexual y programas de salud sexual comunitarios relacionados con algunas prácticas socioculturales como la experiencia migratoria y sus aprendizajes de género?

Objetivos

General

Analizar las percepciones y la información de las personas con experiencia migratoria de Charo, Michoacán, México, en relación con los aspectos de la salud sexual, como el uso del condón, las prácticas sexuales de riesgo, de cuidado, infecciones de transmisión sexual, el placer sexual y programas de salud sexual

comunitarios relacionados con algunas prácticas socioculturales vistas desde la experiencia migratoria y sus aprendizajes de género.

Particulares

- Identificar las percepciones e información en relación al uso del condón, prácticas sexuales de riesgo y de cuidado, infecciones de transmisión sexual y el placer relacionados con la experiencia migratoria.
- Describir algunas prácticas socioculturales de la comunidad desde la experiencia migratoria y los aprendizajes de género.
- Explorar la percepción de los programas de salud sexual en la comunidad por parte del personal del área de la salud, los migrantes y las mujeres parejas de migrantes, así como recomendaciones para futuras intervenciones en esta área.

A continuación, se discuten los elementos mencionados en el siguiente orden de análisis. En el capítulo uno se abordará la salud sexual, cuáles son los elementos que rodean esta esfera de la salud en las personas como las principales Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), debido a que su prevalencia es un indicador clave de salud, también se abordarán los factores psicosociales como el acceso a los servicios de salud, uso del condón, prácticas de riesgo y de cuidado, el placer y los aprendizajes de género ya que todos estos factores se consideran el eje central de análisis de esta investigación.

En el capítulo dos se aborda la migración y la salud sexual, ya que se considera importante analizar los diferentes elementos que se dan en el proceso migratorio, empezando por mencionar el proceso específicamente de México a Estados Unidos EE. UU., posteriormente se abordará algunas condiciones que atraviesan las personas con experiencia migratoria, donde el hombre que tiene una pareja migra solo, quedando la mujer en la comunidad de origen, se entrelazan posteriormente la migración y la salud sexual incluyendo el factor de género.

En el capítulo tres se muestran los diferentes programas de salud sexual que se han realizado, algunos como intervenciones y otros como programas comunitarios, debido a que se consideró importante abordar a que tipo de población han sido generalmente dirigidos estos programas, así como las teorías o dinámicas

bajo las que se han hecho y cuáles se han realizado en nuestro estado y con población migrante.

En el capítulo cuatro se explica el método que se utilizó y el porque se consideró adecuado para esta investigación, se aborda el universo de estudio, su localización, así como características generales de la comunidad, también se detalla cuales fueron las técnicas de recolección de datos, la descripción de los participantes, cual fue el procedimiento y el análisis de datos de la información obtenida en el campo y las categorías obtenidas de este análisis, así como las consideraciones éticas que se llevaron durante todo el proceso.

En el capítulo cinco se muestran los hallazgos obtenidos los cuales son presentados de dos formas; por una parte, las categorías y subcategorías obtenidas de las entrevistas a profundidad con los hombres migrantes, mujeres parejas de migrantes y personal de salud y por otro lado a manera de relatoría y prosa se muestran elementos que se consideraron importantes y tienen que ver con los objetivos obtenidos por medio de la observación participante.

En el capítulo seis, por último, se aborda la discusión, primero se introduce tomando en cuenta la relación entre migración y salud que se encontró, posteriormente se da respuesta a los objetivos de esta investigación y también se abordan algunos otros elementos que no estaban establecidos, sin embargo, se consideraron de importancia para la discusión y como puntos importantes a considerar en investigaciones futuras.

CAPÍTULO I. SALUD SEXUAL

La salud sexual es un aspecto importante para el bienestar del ser humano, ha sido definida por la OMS (2014) como un “Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere una visión positiva y respetuosa de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (párrafo 1).

La salud sexual está relacionada con diferentes áreas de la vida del ser humano y depende de muchas aristas para llegar a ella. Por lo que en este capítulo se tratan algunos de los elementos importantes que llegan a obstaculizar o a facilitar que una persona tenga la posibilidad de tener una salud sexual óptima, vista desde el punto de vista físico y fisiológico, ya que se aborda las infecciones de transmisión sexual retomando de manera más profunda el VIH/sida, el cual es una de las más conocidas, aunque no la única. Los aspectos psicosociales son un factor relevante que se relaciona con el uso del condón, debido a que la decisión de usarlo o no lleva inmersos diversos aspectos como los aprendizajes de género, el cual ha regido gran parte de nuestra conducta y el ámbito de la salud sexual no es la excepción, por lo que también se retoma en este capítulo.

1.1. Infecciones de transmisión sexual: un problema de salud pública

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son definidas por la OMS (2019) como “virus, bacterias y parásitos que, según se sabe, se transmiten por contacto sexual” Dentro de las conductas sexuales del ser humano existen diferentes prácticas sexuales, las cuales conllevan un riesgo para adquirir alguna de las tantas ITS que existen, las que se consideran riesgosas según la misma OMS son: el sexo vaginal, el sexo anal, el oral, de igual manera la sangre y los hemoderivados pueden transmitir algún tipo de virus que causen una ITS y que pueden traer consigo diferentes consecuencias en la salud de la persona que las adquiere si no son tratadas, por lo cual uno de los elementos importantes para su tratamiento es

conocer o tener información sobre los signos y síntomas, así como sus características en general.

1.1.1. Virus de Papiloma Humano (VPH).

El virus de Papiloma Humano (VPH) es un tipo de virus que se transmite al tener relaciones sexuales orales, vaginales o anales con una persona infectada, el también llamado papilomavirus puede provocar cáncer de vulva, vagina, pene, ano u orofaríngeo (Secretaría de Salud, 2015). Por otro lado este virus es de los más comunes entre las infecciones de transmisión que existen, algunos causan verrugas, algunos otros no causan síntomas, sin embargo, tienen una gran influencia en la salud sexual debido a que según la OMS (2017) el 99% de casos de cáncer cérvico uterino (CaCu) están vinculados a infección por VPH y ocupa el cuarto lugar a nivel mundial de los tipos de cáncer más comunes que afectan a las mujeres, se han encontrado más de 200 tipos de VPH, de los cuales 12 se consideran de alto riesgo, es un virus que puede afectar tejido cutáneo y mucoso, pero no siempre se presentan síntomas por lo cual es más difícil su detección en etapas tempranas.

Según la OMS en el *Weekly Epidemiological Record* (2017) la prevalencia más alta a nivel mundial de VPH la tiene África con un 24%, América Latina un 16.1%, Europa 14.2% y Asia 14%, el genotipo 16 de VPH fue el más común en todo el mundo seguido del 18, se muestra una prevalencia de citologías de VPH en hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) y casi en su totalidad en los hombres que tienen VIH, mientras que en mujeres no se muestra un factor determinante para contraerlo, el único factor importante en la prevalencia en las mujeres fueron los casos que llegan a desarrollar cáncer ya que en regiones de países más desarrollados el CaCu representa el 1% de todos los cánceres mientras que en países de bajo desarrollo representa el 12%, en cuanto a la tasa de mortalidad el número varía 18 veces entre países en desarrollo y países que no lo están, por lo que se puede observar que en la transmisión del virus solo en hombres

se muestra vulnerabilidad en algunos grupos relacionado con sus prácticas sexuales mientras que en las mujeres tiene que ver más con la vulnerabilidad social.

En México, Flores-Miramontes et al. (2015) indicaron que el genotipo más común en el país fue el 16 tanto en mujeres sin lesiones, con lesiones de bajo grado y en mujeres que ya padecían CaCu. Un factor importante en el VPH es que al ser de los más comunes es más propenso a seguirse transmitiendo entre toda la población ya que el VPH no discrimina a ningún grupo social o tipo de población para poder adquirirlo. Cabrera, Palacios y Guzmán (2014) hicieron un estudio con mujeres que presentaban VPH en la ciudad de México, e identificaron que no existe perfil sexual específico para poder presentar una citología de este virus, el 56.19% estaban casadas, 9.70% solteras, 9.03 % en unión libre y el resto tenía otras condiciones civiles; el 67.56% manifestó tener solo una pareja sexual en ese momento. Por lo que se puede mencionar que la transmisión no tiene que ver con que se tengan varias parejas sexuales, sino más bien con el hecho de no tener prácticas sexuales de cuidado como el uso del condón.

Debido a la gran prevalencia de este virus y las consecuencias en la salud principalmente de las mujeres, es importante detectar los factores de riesgo que son importantes en cada grupo en específico de población, abarcando desde la parte informativa a manera de conocimiento e información, para seguir con una etapa de conocimiento de las pruebas que se realizan así como una familiarización del tratamiento en caso de que el virus ya se haya adquirido, en este aspecto recae lo complejo ya que cada grupo de mujeres manifiesta necesidades diferentes, en Michoacán León, Allen y Lazcano (2014) mencionaron que las mujeres entre 33 y 66 años que acudían a realizarse las pruebas de detección de VPH manifestaron la necesidad de una consejería más clara y amplia sobre conocimientos generales del VPH al momento de realizar dicha prueba como al momento de recibir los resultados, esta falta de consejería más profunda por el personal médico hizo que las usuarias del servicio de salud manifestaran poca claridad en la gravedad de un resultado positivo sobre VPH, su relación con el cáncer así como las maneras específicas de transmisión.

El VPH al igual que los otros virus no tienen un tratamiento como tal, sin embargo, se han empleado diferentes estrategias para aminorar las consecuencias en la salud, según la OMS (2017) en el *Weekly epidemiological record*, en el ámbito de la prevención se cuenta con tres vacunas que atacan el virus de alto riesgo tipo 16 y 18 que causan aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cérvico uterino (CaCu), la primera que obtuvo su licencia para ser distribuida fue la tetravalente en el 2006, la bivalente en el 2007 y la nonavalente en el 2014, aunque todas están comercializadas en todo el mundo solamente el 37% (71 países) la introdujeron en su sistema de inmunización nacional para niñas y el 6% (11 países) para niños también.

1.1.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana) es de las infecciones más conocidas, sin embargo, no es la única, ni la de mayor prevalencia. ONUSIDA (2016) muestra los siguientes datos: en el 2014 el índice de prevalencia a nivel mundial:

- Primer lugar: África con 25.8 millones de personas.
 - Segundo lugar: Asia con 5 millones de casos.
 - Tercer lugar: América del Norte 2.4 millones de personas vivían con VIH (de los cuales más de la mitad se encuentran en Estados Unidos de América).
- los siguientes datos se muestran en la figura 1.

Es importante mencionar que en los datos mostrados hay un subregistro, en el cual no se reflejan porcentajes de las personas que adquieren este virus y que no son diagnosticados, ante lo cual Maquera, Cvetkovic, Cárdenas, Kalviainen y Mejía (2016) mencionaron que existen varios factores por lo que las personas no se realizan una prueba de VIH como el miedo al diagnóstico, el estigma sobre este virus, entre otras. El pronto diagnóstico resulta ser otro aspecto importante para evitar la propagación de cualquier virus o bacteria que cause alguna ITS, el cual empieza con el reconocimiento de los síntomas que puedan presentarse y se complementa con el acceso a la comunidad con pruebas de diagnóstico si se

adquiere algún virus o bacteria como lo menciona la OMS (2016) en la estrategia mundial del sector salud contra las ITS 2016-2021.

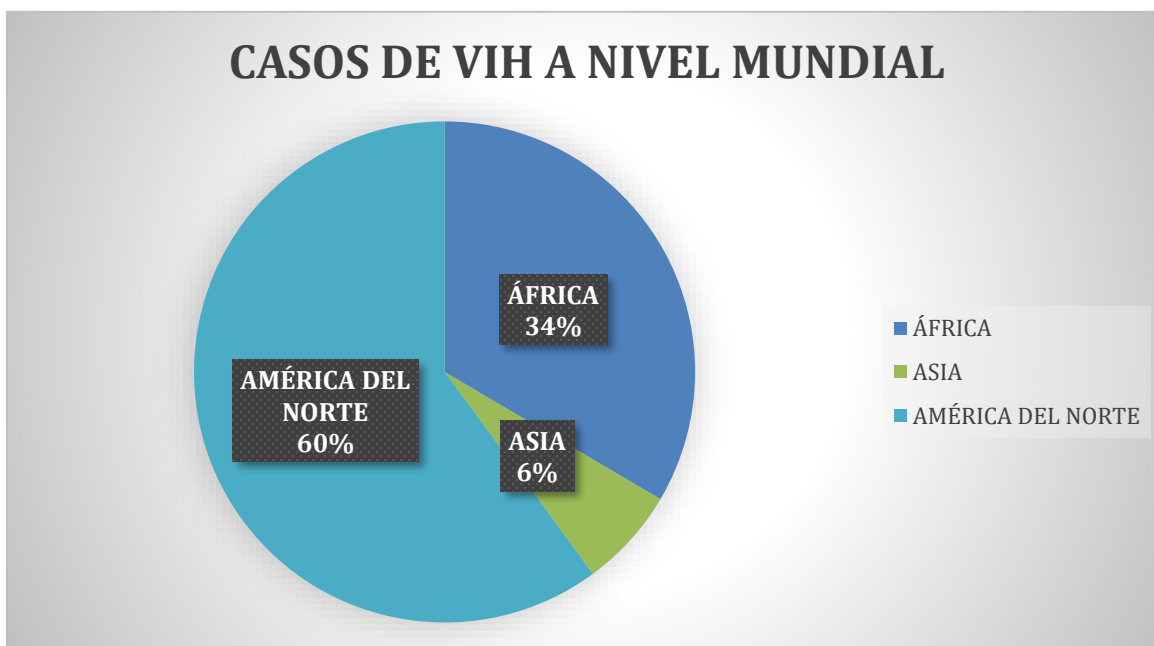


Figura 1. Porcentaje de casos de VIH a nivel mundial (*Fuente:* Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y Sida ONUSIDA, 2016).

1.2. Factores psicosociales para lograr la salud sexual

Chávez, Petrzelova y Zapata (2009) encontraron que los y las jóvenes universitarios de Coahuila tienen conocimiento incompleto sobre los riesgos de tener relaciones sexuales, dado que, a pesar de ya cuentan con la visión de que existen riesgos tanto de infecciones como de embarazos no planeados, por otro lado, lo que ocurre en el ámbito rural como mostraron Jiménez, Granados y Rosales (2017) con mujeres jóvenes embarazadas de una comunidad rural de Puebla, donde emergieron situaciones relacionadas al poco uso de anticonceptivos entre ellos el condón y que tenían que ver con aspectos como la migración de los padres, desintegración familiar y estereotipos marcados de género, es importante resaltar la importancia de estos aspectos psicosociales que se ven ligados a la salud sexual en general, en cualquier tipo de población.

1.2.1. Acceso a servicios de salud sexual.

Los servicios de salud resultan importantes en la salud sexual debido a que por medio de ellos se puede obtener información e insumos adecuados y necesarios, sin embargo, existen elementos que hacen que el acceso a ellos no siempre sea accesible para toda la comunidad. Campero, Atienzo, López, Hernández y Villalobos (2013) propusieron que, en México, para que las personas puedan lograr su salud sexual, es necesario tomar en cuenta el acceso a servicios de salud de calidad libres de prejuicios, el dar acceso a posibilidades para tener los hijos que se quieran en los espacios deseados, acompañada de educación sexual y de información que incluya a gran parte de los miembros de la sociedad, todo ello con un enfoque positivo basado en derechos sexuales.

Los servicios de salud así como el personal que está al frente de ellos y que tiene contacto directo con los y las usuarias juegan un papel importante ya que son el medio para que las personas puedan adquirir información adecuada y científica sobre salud sexual, sin embargo, las cosas no siempre son tan fáciles ya sea porque el personal no está sensibilizado o porque los usuarios no se acercan como señalo Eguiluz (2017) en su investigación con migrantes mexicanos en España, los cuales señalaron los servicios de salud en el tercer lugar donde acudirían a recibir información sobre sexualidad y reproducción, manifestando más bien como primeras opciones personas cercanas como hermanos, suegras o médicos online, lo cual muestra que existe aún la reserva de manejar este tema solamente con personas que se consideran de “confianza”.

1.2.2. El uso del condón.

El uso del condón ya sea de hombre o de mujer es el único método conocido para prevenir alguna ITS, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA, s.f.) define el condón como “una cubierta de látex que se coloca en el pene antes de la penetración en las relaciones sexuales e impide el intercambio de fluidos” (párrafo 2) a pesar del conocimiento de los beneficios de

usar condón en cualquiera de las prácticas sexuales, las estadísticas de prevalencia de ITS, muestran el poco, nulo o intermitente uso de este único método de barrera.

El uso del condón es un elemento importante de la salud sexual, igualmente su uso está relacionado con factores culturales, sociales y de género como muestran Eguiluz, Torres y Allen (2013) con adultos jóvenes migrantes en España provenientes de 4 países de Latinoamérica entre ellos México, los cuales manifestaron usar condón con parejas ocasionales, después podía ser abandonado este método por uno hormonal, por otro lado Lavielle, Jiménez, Vázquez, Aguirre, Castillo y Vega (2014) encontraron que los adolescentes de la Ciudad de México, manifestaron no usar condón por factores relacionados a la vergüenza para adquirirlos, el que a la pareja no le gusta, no traían en ese momento, porque sabían que por alguna causa no podía quedar embarazada, o simplemente no se les ocurrió usarlo, estas argumentaciones no son exclusivas de las y los adolescentes.

Los argumentos para no usar condón son parecidas de las poblaciones adolescentes con poblaciones adultas Valdez, Malfrán, Ferrer y Salazar (2012), señalaron que, según el estado conyugal de las personas, las esposas y amas de casas de la provincia de Santiago en Cuba manifestaron no usar condón en sus relaciones sexuales debido a que le tenían confianza a sus parejas sexuales, solamente un 19.3 % de las mujeres con parejas estables mencionaron que pidieron el uso del condón y el hombre se negó a usarlo, en el mismo artículo se menciona que la mayoría de las mujeres con parejas permanentes manifiestan tener bajo riesgo de contraer una ITS. En Brasil y Guatemala, las mujeres entrevistadas dijeron que "el condón es para las mujeres de la calle, no del hogar", en Jamaica refirieron que el condón es para "fuera, no dentro de la relación" y en Sudáfrica se usa solo en las relaciones por "detrás de la puerta". En África Occidental muchos hombres creen que utilizar el condón es apropiado con las novias o compañeras ocasionales, pero no con la esposa, como se observa los estereotipos de género y como mencionó Eguiluz et al (2013) las ideas ligadas a la práctica sexual que tenga la pareja, son calificadas como "buenas" o "malas" y son determinantes para pensar en la posibilidad del uso del condón o no, por lo que resulta complicado percibir los

límites entre cuáles serían las prácticas de riesgo dependiendo de la percepción de diferentes personas, debido a que se basan en elementos subjetivos que solo serán entendidos si son explorados en diferentes grupos.

1.3. Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado

Hablar de prácticas sexuales de riesgo y de cuidado es muy variable ya que, existen grupos o poblaciones que se han considerado de riesgo por sus características por ejemplo HSH (Hombres que tienen Sexo con Hombres), trabajadoras y trabajadores sexuales, poblaciones móviles, entre otras y que han ido cambiando a lo largo del tiempo tratando de dejar de estigmatizarlos, es por ello que actualmente organizaciones de salud como la OMS (2019) hace referencia a las prácticas sexuales consideradas con un alto nivel de riesgo de manera más general a aquellas que tienen que ver específicamente con la posibilidad de adquirir una ITS como “cualquier tipo de contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral” ya que está centrado específicamente en el riesgo de adquirir una ITS las “prácticas sexuales seguras” son las que incluyen el uso de los condones, el monitoreo con pruebas de detección de ITS, así como respondiendo a aspectos más socioculturales se propone una educación integral de la sexualidad, sin embargo, sabemos que esta tarea no ha sido fácil de lograr por lo que parte de la estrategia de promover la salud sexual está ligado también a tomar en cuenta que, cada grupo en específico tiene sus prácticas sexuales de riesgo y de cuidado diversas, es por ello que en los últimos años se han establecido manuales a grupos de población específicos mostrando los riesgos que tiene cada uno.

El desconocimiento de los factores de riesgo es un elemento para no pensar en el uso del condón, sin embargo, como mencionó González y González (2006) en su estudio con mujeres esposas de migrantes, las esposas viven con el miedo de contraer alguna infección, esto en ocasiones no es razón suficiente para tener sexo protegido, lo cual muestra que el tener la noción de riesgo no es vista por encima de los vínculos afectivos o del tipo de relación que se tenga con la pareja sexual.

Se puede observar que hay evidencias de que la salud sexual se manifiesta por tener o no prácticas sexuales de riesgo y que la forma más relevante de prevenir es el uso del condón OMS (2019), sin embargo, para promover su uso antes se tiene que trabajar con poblaciones específicas e implementar programas integrales que puedan cumplir con las particularidades de cada grupo, trabajado con la finalidad de antes conocer las opiniones acerca de su uso y cuáles son las razones que podrían ser determinantes para lograr una salud sexual, como se puede observar son variables las razones y van desde el vínculo que se tiene con la pareja, como los estereotipos de género, el acceso a los servicios de salud y un factor importante como mencionó Sinisterra y Villegas (2018) que existen también factores personales que están relacionados a la percepción de sentir menos placer en las relaciones sexuales cuando se usa condón.

1.4. El placer y la salud sexual

Según la Federación Internacional de la Planificación Familiar (IPPF, 2009) en su cartilla de derechos sexuales, en el principio cuatro, hace alusión sobre el derecho que tienen todos y todas a experimentar el placer que es derivado de la sexualidad, refiriéndose al placer como el gozo y la satisfacción de experimentar su sexualidad independientemente que se haga con fines reproductivos o no, razón por la cual se puede mencionar que el placer es un elemento importante en el ejercicio de la sexualidad de las personas. Por otro lado, la OMS (2018a) en su publicación relación entre salud sexual y reproductiva, menciona que desde 1974 se empiezan a mencionar como importantes aspectos emocionales dentro de la salud reproductiva, pero es hasta 1994, donde explícitamente se menciona la importancia de las relaciones placenteras dentro de la salud sexual, por lo que podemos observar que el disfrute de la sexualidad y de las prácticas sexuales que se tengan es parte de la salud, sin embargo, el placer es un elemento cargado de varios aspectos como el género, la cultura y muchos otros que tienen que ver con la configuración familiar y cultural o hasta religiosos que han impedido ver su importancia con claridad.

Las prácticas sexuales con personas con las que se está vinculada afectivamente han sido vistas también como prácticas placenteras que influyen en las decisiones que se toman en torno a la salud sexual y esto se debe no solo a la cuestión fisiológica que genera bienestar cuando se está con alguien que se está vinculado afectivamente, sino también con aspectos culturales como mencionó Valencia y Canaval (2018) en un estudio con jóvenes de Colombia en donde los hombres reportaron haber tenido más parejas ocasionales que las mujeres, sin embargo, el índice de uso del condón fue más elevado con parejas ocasionales que con las parejas con las que se encuentran vinculados afectivamente. Soto (2006) señaló que los jóvenes y adolescentes de Perú, mostraron que su primera relación sexual en general es con una persona con la que tenían un vínculo afectivo, esto se mostró en ambos sexos, sin embargo, en mujeres se reportó un 71.9% mientras que en los hombres fue un 36.5%.

El placer en las prácticas sexuales es un derecho de la salud sexual y en ocasiones no es visto de esta manera, sin embargo, la disminución de este si limita el uso del condón Arias, Vásquez, Dueñas, García, Tejada (2011) mencionó que el erotismo resulta un factor importante en las prácticas de riesgo que las personas puedan tener, por otro lado Hubert, Aremis, Suárez (2019) señalaron que solo el 28% de las mujeres declararon haber usado condón en su primera relación sexual y alguno de los factores era la disminución del placer. Por otro lado, Alvarado (2013) refirió que las estudiantes manifestaron tener su primera relación regularmente con una pareja con la que estaban vinculadas afectivamente, se mostró en este mismo estudio que los hombres disfrutaban más su sexualidad y tienden a tener mayores prácticas de riesgo que las mujeres, por lo tanto, resulta evidente la relación que existe entre la percepción que se tiene de placer sexual, los vínculos afectivos y los aprendizajes que se tienen alrededor del género.

1.5. Aprendizajes de género y la salud sexual

Lamas (2000) señaló que el género es conceptualizado como el “conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para construir lo que es propio de los hombres (masculino) y de las mujeres (femenino)” (p.2). Por otro lado, menciona que el género es una diferencia cultural y precisamente tiene que ser separada del aspecto y la diferencia biológica. Esta construcción social ha traído muchas consecuencias y dificultades para lograr una salud sexual óptima.

Por otro lado, Wallach-Scott (2010) hizo un recorrido a los diferentes dilemas a los que ha sido sometido el concepto de género a lo largo del tiempo, ya que por una parte existen las corrientes que mencionan que el género son construcciones que pueden ser modificadas y no tienen que ser sometidas a estar ligadas a aspectos biológicos. Los movimientos feministas han luchado por la libertad de que el estereotipo de género no sea exclusivo de hombres o mujeres, por el contrario, instituciones como la iglesia descalifica las ideas que afirman que la identidad sexual puede ser adaptable independiente del sexo de la persona, el vaticano específicamente menciona que la iglesia acepta cierta flexibilidad de los roles de género establecidos siempre y cuando no sea algo que salga de lo “natural” por ejemplo la homosexualidad.

El género por si solo causa desigualdades (Lamas, 1982) ya que este se ve cuando la sociedad hace divisiones internas de acuerdo a la diferencia biológica, la cual incluye también valores, actitudes y marca el destino de las personas. García-Moreno (2000) menciona que la violencia de género se puede manifestar de muchas maneras y una de ellas es la violencia sexual donde las relaciones sexuales pueden ser forzadas, resulta de igual manera importante lo que señala García en torno a que la violencia de género es una problemática de salud que tiene consecuencias tales como ITS, embarazos no deseados, problemas ginecológicos, dolores pélvicos-crónicos asociados a enfermedad inflamatoria pélvica, entre muchos otros

que se propician cuando una mujer se encuentra inmersa en una dinámica en la que vive violentada.

Existen patrones en la sociedad que hacen que la percepción y la condición de acceso a la salud estén ligadas con el género, ya sea en situaciones que se ven como violentas o en situaciones que están ligadas a los patrones de conductas sexuales que son aceptados en las mujeres como lo es el “amor” o vínculos afectivos, como señaló Menkes, Reyes y Sosa (2019) donde las mujeres manifestaron iniciar su vida sexual generalmente por amor, mientras que los hombres por curiosidad, pareciendo que esta misma idea del amor y de la confianza es un factor para poder tener o acceder a ciertas prácticas sexuales que en ocasiones resultan ser de riesgo.

Por lo tanto, estas diferencias en las que los hombres y las mujeres viven y perciben sus prácticas sexuales, se ve reflejado por ejemplo en las causas por las que adquieren una ITS. García-Sánchez (2004) y Morales y Barreda (2008) mostraron en su texto “diferencias de género en el VIH/SIDA”, que las mujeres experimentan la transmisión de VIH por situaciones muy diferentes a las que lo adquiere un hombre y que tienen que ver directamente con el género. De igual manera, Nostra et al. (2014) señalaron que las mujeres pueden ser consideradas una población vulnerable y que uno de los factores que incide en el control de su salud sexual es la desigualdad, que tiene que ver con los roles de género que limitan la capacidad de las mujeres para prevenir conductas de riesgo por las creencias sociales, ya que el nulo uso del condón es una muestra de confianza hacia la pareja. Además, biológicamente es más fácil transmitir el VIH de un hombre a una mujer ya que el semen tiene más carga de virus de VIH que los fluidos vaginales, siendo la mujer de dos a cuatro veces más vulnerable que el hombre en relaciones heterosexuales según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2020) en su boletín del día mundial del SIDA 2020. La mujer se ve entonces sometida a diferentes tipos de control ya sea explícitos o no, en cuanto a su salud sexual, ello implica también que no pueda tener la completa libertad de las decisiones sobre su cuerpo como mencionó Sabsay (2011) pues se ve controlada

ya sea por la familia, por los roles o hasta por los mismos programas de salud sexual.

En este capítulo se ha mostrado que existen diversos elementos tanto físicos, psicológicos, sociales y culturales, que afectan o promueven la salud sexual, el conjunto de todos estos factores se entrelazan con las condiciones en específico de cada grupo de personas, en esta investigación el interés son personas con experiencia migratoria, por lo que en el próximo capítulo se abordarán algunos puntos en relación a la población migrante y su relación con la salud sexual.

CAPÍTULO II. LA MIGRACIÓN Y LA SALUD SEXUAL

El movimiento de residencia de las personas por diferentes cuestiones implica cambios también en las dinámicas familiares y de pareja, uno de estos ámbitos es la sexualidad. El proceso migratorio es muy diverso, por lo que cada grupo y situación tiene sus particularidades. En este capítulo se aborda en un primer momento algunas características de la migración, específicamente cuando el hombre tiene una pareja y migra solo hacia el país de Estados Unidos de América; y cómo es que las condiciones tanto de los hombres como de las mujeres parejas de migrantes que se quedan se ven atravesadas por circunstancias y prácticas sexuales específicas, para que la salud sexual se vea modificada. No significa que solo este grupo tiene limitaciones para acceder a la salud sexual, más bien, se describen diversas situaciones que pueden experimentar los migrantes y parejas de migrantes con ciertas características dentro de este contexto migratorio.

2.1. Migración en México

La migración es un fenómeno social que es definido por (INEGI, 2018) como un proceso en el que las personas cambian su lugar de residencia habitual, ya sea desde la movilidad de un municipio a otro, delegación o país.

Por otro lado, según la Organización Internacional para las migraciones (OIM, 2019) señala que las migraciones siempre se han dado debido a la necesidad de las personas de moverse de su lugar de residencia por diferentes situaciones como son: búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo o económicas, para poder reunirse con algún familiar, por alguna cuestión de estudios o de otras condiciones que tienen que ver más con el entorno incluso terrorismo o algún desastre natural. Existe la migración interna y la migración internacional. En este apartado nos centraremos en la segunda debido a que según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2010) el 89.4% de la migración internacional que se da en el país es hacia los Estados Unidos de América. Es importante mencionar que el movimiento migratorio de México a EUA es un fenómeno que existe desde el siglo XIX, en 1848 para ser más exactos, desde que se establece la frontera entre estas dos naciones (Campos y Arévalos, 2015).

La frecuencia de la migración internacional en México es un tema que se ha estudiado desde diferentes perspectivas y desde diferentes ámbitos Navarro-Conticello y Moyano-Díaz (2017) encontraron en su búsqueda sistemática que, la migración internacional se ha estudiado desde el enfoque de la economía teniendo el porcentaje más alto 13% de la búsqueda, la educación 5.7%, aspectos psicosociales 4.1%, género 4.1% y salud 3.1%, en cuanto a este último rubro es poco el porcentaje en el ámbito de la salud y eso tomando en cuenta que la salud es un campo por sí solo muy amplio, por lo tanto dentro de las investigaciones aún se podrían nombrar como aspectos de desconocimiento lo relacionado a el área de la salud en migrantes, aspecto importante que mencionó Eguiluz (2014) al señalar que el proceso de migración se ve ligado la sexualidad de la persona que migra, ya que el movimiento a otro lugar de residencia siempre implica otras formas y posibilidades de tener relaciones interpersonales, de pareja o sexuales.

El “migrante” es definido por la OIM (2019) como cualquier persona que se desplaza de su lugar de origen o de su lugar de residencia independientemente de:

- La situación jurídica en la que se encuentre.
- Si tuvo que desplazarse voluntaria o involuntariamente.
- Las causas del desplazamiento.
- La duración de su estancia

Dentro del área antes mencionada se muestra que una de las dificultades a las que se enfrentan los migrantes, en especial los mexicanos que se trasladan a Estados Unidos de América es la limitación a los servicios de salud en el país vecino, como mencionaron Nigenda, Ruiz, Bejarano, Alcalde y Bonilla (2009). Cuando los migrantes presentan un problema de salud tienen que establecer otros recursos como la automedicación, la consulta vía telefónica con familiares (que en ocasiones no funciona por la necesidad de una receta médica para comprar el medicamento); cuando es muy grave incluso el retorno al lugar de nacimiento; todo esto debido a la poca posibilidad de tener un servicio de salud digno a su alcance. De igual manera Vargas-Bustamante (2017) señaló que las condiciones de los migrantes en Estados Unidos tienen el 50% menos de posibilidad de acceder a servicios de salud que las

personas que no están en condiciones de ser migrantes, misma situación que señaló Ortiz (2016) al mencionar que los mexicanos en EE.UU. experimentan vulnerabilidad en su salud, por un lado debido a las condiciones laborales a las que están expuestos y por otro, que la mayoría no cuenta con un seguro médico debido a que tienen costos muy elevados, por lo que los migrantes aún si se enferman son los que menos acuden a los servicios de salud.

El proceso migratorio conlleva diferentes cambios no solo en la persona que migra, también en las personas de su alrededor. Guzmán-Carrillo, González-Verduzco y Rivera-Heredia (2015) mencionaron que es un fenómeno que ha sido constante en el ser humano, ya sea por motivos de supervivencia o por alguna búsqueda de nuevas alternativas de vida. No obstante, este proceso no resulta siempre tan fácil, ya que para vivir este suceso se deben de desarrollar diversos recursos psicológicos para sobrellevar los cambios que se dan al tener esta experiencia. Los retos de una familia o una persona que decide migrar a otro país no empiezan en el momento en el que se va, muchas veces los desafíos empiezan antes que es lo que desencadena la decisión de tener que salir a otro país y que la mayoría de veces con la falta de oportunidades en el lugar de origen como mencionó Salas-Alfaro y Aguirre-Ochoa (2015), esto a la vez los lleva en busca de nuevas oportunidades, cuando se encuentran en una situación económica difícil o incluso tienen que migrar para pagar tratamientos de salud de algún miembro de su familia (Castillo, 2017).

Cuando se dan las migraciones internas se facilita que las familias no tengan que separarse por tiempos tan prolongados debido al libre tránsito entre los estados o localidades, a diferencia de cuando se da una migración internacional y los tiempos de ausencia son más prolongados, la separación se puede dar de distintas maneras, por ejemplo, cuando el padre migra, cuando la familia completa migra hacia EE. UU. y les toca después de algunos retornar a la mitad, cuando la pareja migra y los hijos nacen en EE. UU. y les toca regresar a México por diferentes circunstancias (Zuñiga, 2015).

2.2. Características de migración en México hacia Estados Unidos

La migración es un fenómeno global que trae consigo modificaciones tanto en los países expulsores como en los países receptores, por lo regular la migración internacional se da mayormente a países desarrollados y uno de ellos es Estados Unidos de América (Zepeda y Rosen, 2016).

Aunque la migración entre México y Estados Unidos no es la única que existe en el mundo, es la que se ha visto más comúnmente en nuestro país, como mencionó Pardo (2017) en su reseña de la historia de la migración entre estos dos países, la división del territorio mexicano por motivos políticos y económicos ocurridos en la primera mitad del siglo XIX, conducen a los primeros desplazamientos de un país a otro, y hasta la fecha es un fenómeno que no se ha detenido, sin embargo, estos movimientos por si solo han tenido diferentes características, dependiendo de la época o las condiciones en las que se da la migración, por ejemplo, la Revolución Mexicana o el Programa Bracero, esta diversidad en las condiciones en las que se da la migración también tienen que ver con el contexto en que se dan estos desplazamientos, esta idea fue mencionada también por Ortiz (2017).

La migración de México hacia Estados Unidos se disparó después de la crisis económica de los 90, sin embargo, en las últimas décadas se están enfrentando a nuevos retos en el país vecino debido a que cada vez hay menos oportunidades laborales y por lo regular toman trabajos “de baja clasificación” sobre todo para los migrantes que no cuentan con documentos migratorios (Zepeda y Rosen, 2016). El aspecto económico es una de las principales causas por las que se da la migración hacia EE. UU. y dentro de estas razones existen circunstancias que hacen a ciertos grupos más factibles para migrar como lo son los hombres jóvenes y los que ya están unidos a una familia, en el caso de las mujeres que son en menor medida lo hacen más las mujeres solteras y las que lo hacen casadas es porque se van con sus esposos e incluso en ocasiones la familia completa (Obregón-Velasco, Rivera-Heredia, Martínez-Ruiz y Cervantes-Pacheco, 2014). Por otro lado, González

(2017) encontró diferentes patrones de migración en una comunidad rural de Puebla, los hombres que se van solos y dejan a su pareja, los que se van solteros y a su retorno forman una familia aquí en México, las familias que se van completas, o las parejas que dejan los hijos y se van, por lo que siempre implica una separación entre familias.

Cualquiera que sea la dinámica en la que se da la migración al trasladarse una persona o una familia a otro lugar es evidente que existe una mezcla de culturas, de costumbres como señaló Pardo (2017) es importante hablar de transnacionalidad cuando hablamos de personas o grupos de personas que se mezclan en dos espacios geográficos diferentes: su lugar de origen y el lugar al que migran. Esta transnacionalidad es muy profunda ya que no solamente se mezclan cuestiones económicas, el flujo de personas de un país a otro ha llevado a que se generen por ejemplo; empresas transnacionales, espacios o barrios solo de migrantes en EE.UU., que los migrantes estén presentes en las festividades o lugares de origen o por el contrario que se lleven sus tradiciones al país vecino, finalmente lo que ha logrado la transnacionalidad es crear espacios imaginarios que representan el lugar de origen, con esto podemos observar que la cultura o tradiciones pueden ser trasladadas en ocasiones de un lugar a otro, sin embargo, dentro de la migración existen procesos que no se pueden matizar como las separaciones físicas de las personas cercanas y que se quedan en la comunidad de origen.

La separación de la familia o personas cercanas generalmente lleva a sentimientos que algunas personas consideran negativos como soledad, tristeza o falta de apoyo, pero también socialmente puede implicar un beneficio o un aspecto de estatus el que algún familiar migre ya que les mandan dinero para comprar ciertos artículos o mantener cierto nivel de vida (Obregón-Velasco, Rivera-Heredia, Martínez-Ruíz y Cervantes-Pacheco, 2014). La experiencia migratoria por lo tanto es un fenómeno que está conformado por varios actores y puede ser analizada desde diferentes aristas, así como de manera particular en cada lugar o en cada

población, en esta investigación nuestro interés se enfoca en los hombres que migran solos y dejan a sus parejas e hijos en la comunidad

2.3. Migración de hombres sin sus familias

La forma más común de migración ha sido cuando los hombres migran sin sus familias, sin embargo, las percepciones que ellos tengan sobre la experiencia son variables dependiendo de cada contexto, así como los procesos psicológicos que implica el evento y la edad que tengan cuando tomaron la decisión de migrar. Como mencionó Castillo-Ramírez (2017), para los jóvenes solteros o menores de 20 años, significó un componente de novedad, aventura y prestigio social al igual que tener experiencias distintas relacionadas a la masculinidad y por otro lado, el grupo de migrantes de mayor edad manifestaron que aunque la migración ayuda a cubrir necesidades económicas, significa también un proceso que altera el tejido social, así como las normas que puede haber en el lugar de origen.

Los hombres que tienen que salir de sus lugares de origen y que van al país vecino por lo regular han sido solicitados debido a que como mencionó Ortiz (2017) los migrantes son los que satisfacen la necesidad de mano de obra barata y en ocasiones son trabajos que son “indeseables” para los nacionales del país receptor, las circunstancias que cada migrante experimenta depende mucho si se va por medio de visas de trabajo o sin un estatus migratorio regular.

Cuando el hombre de la familia es el que migra, la primera modificación que se da es en la estructura familiar Castillo-Ramírez (2017) mencionó que cuando un hombre migra y es casado, en ocasiones los hijos y la pareja se van a vivir con la familia, lo cual implica por un lado apoyo, pero por otro mayor control sobre los que se quedan. Esta situación implica asumir roles de las parejas que se quedan también, uno de los cambios que se experimenta y del que se habla poco, es la inserción de la mujer sobre todo en contextos rurales a ciertas actividades que puedan dar una remuneración económica sobre todo en zonas rurales y que son

necesarias para sostener a la familia, lo cual refleja un cambio en la dinámica familiar que representa retos para todos los miembros de la familia (Garay, 2015).

2.4. La migración en Michoacán

Michoacán ha sido uno de los estados que se caracteriza por posicionarse en los primeros lugares con más habitantes que migran hacia EUA, ubicándose según INEGI (2018) de acuerdo a la Encuesta de la Dinámica Demográfica en el cuarto lugar a nivel nacional. Por lo que se puede mencionar una larga trayectoria de Michoacanos trasladándose al país vecino del norte, esta situación por supuesto se ha ido modificando de acuerdo a las diferentes épocas y condiciones en las que se da la migración como mencionó García y Delfín (2015) en un análisis del proceso migratorio en Michoacán de 1980 al 2010 donde encontraron que la migración es un fenómeno que ha estado ligado por décadas a la necesidad de ir en busca de un mejor trabajo, pero en décadas anteriores también se relacionaba a que aunque no se tuviera una buena oferta de trabajo se tenía la curiosidad de “conocer el norte” y que este flujo migratorio a la vez ha promovido el desarrollo económico de algunos municipios de Michoacán, aunque el patrón de migración ha cambiado en los diferentes municipios del estado, la única variación más visible es que en ocasiones son algunas comunidades diferentes las que registran mayor expulsión de migrantes hacia EE.UU.

2.5. Migración y salud sexual

Núñez-Noriega (2011) por su parte señaló que la sexualidad, aunque es algo que se ha estudiado, existen diversos grupos en los que no se toca este tema o no se investiga por varias razones ligadas con la cultura, existen grupos que se muestran como vulnerables para adquirir VIH o alguna otra condición que afecta la salud sexual y uno de estos grupos son los migrantes.

Existen evidencias de cómo la condición de ser migrante tiene una relación directa con la manera en la que se visualiza la sexualidad al igual que las prácticas sexuales que se pueden ver modificadas como mostró Kauffer-Michel y Evangelista-

García (2012) debido a que se cambia de un lugar de origen en ocasiones se inculcan reglas más conservadoras en relación a la sexualidad y en el lugar a donde migraron se sienten con más libertad de realizar ciertas prácticas.

Eguiluz, Torres y Allen (2013) mencionaron que en los migrantes la percepción de adquirir una ITS se visualiza como si solamente fuera un riesgo cuando están fuera del lugar de origen; de igual manera la única infección de transmisión sexual que tienen en el imaginario es el VIH/SIDA, sin embargo, al regresar a su comunidad y estar con sus parejas en ocasiones son diversos los factores que influyen para que a ellos les dé pena mencionar el uso del condón.

Por otro lado, estas prácticas sexuales de riesgo, en ocasiones tienen que ver con la vulnerabilidad a los derechos sexuales y reproductivos a los que se enfrentan los migrantes. Infante, Silván y Campero (2013) encontró que las prácticas sexuales de riesgo que habían tenido en su tránsito a Estados Unidos tenían que ver con supervivencia, protección, intercambio de dinero o algún otro bien, en este mismo estudio se encontró que las mujeres manifestaron vivir mayor violencia sexual que los hombres por lo que también se puede observar un factor relacionado no solo con la migración si no con el género y que posiciona a la mujer también en un grado de vulnerabilidad, aunque no sean ellas directamente las que migran si no la pareja.

Hablando específicamente de VIH, Hernández, Maya, Bernal, Castañeda y Lemp (2008) mostraron que el VIH en México está relacionado en algunos lugares con la dinámica de circulación migratoria hacia EE.UU. y éste se da en dos fases: la primera que ocurre cuando los hombres están en EE. UU. y tienen contactos sexuales sin condón; y la segunda cuando regresan a sus lugares de origen. Por tanto, las esposas de migrantes conllevan un riesgo al tener relaciones sin la negociación del uso del condón con sus esposos/parejas retornados de EE.UU. Lo anterior también lo señalaron García-Sosa, Meneses-Navarro y Palé-Pérez (2007), ya que los hombres migrantes participantes manifestaron el consumo de alcohol y sexo comercial como una práctica habitual en sus días de descanso cuando están en el país vecino.

Las situaciones que viven algunos migrantes hacen que tengan también ciertas prácticas que en ocasiones pueden resultar riesgosas para adquirir alguna ITS, como señaló Vásquez-Valdez (2017) al hacer referencia que en Michoacán se ha detectado alto índice de casos de VIH a diferencia de algún otro estado y esto puede deberse a las prácticas riesgosas en las que están al encontrarse del otro lado de la frontera, por ejemplo, relaciones sexuales con diferentes parejas y sexo con trabajadoras sexuales. Sin embargo, también se encuentra el aspecto contrario, donde también se ha estigmatizado a los migrantes como portadores de enfermedad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, como portadores de VIH (Jolly y Reeves, 2005 citado por Eguiluz, 2014), es por ello importante señalar que las prácticas sexuales que resultan riesgosas no son meramente porque solo los migrantes las experimenten, tiene que ver más con las condiciones culturales y psicológicas a las que se ven sometidos en su proceso de migración, las cuales dejarían de ser consideradas de riesgo si se tuviera más acceso a la información científica y clara sobre los riesgos para la salud sexual cuando no se usa el condón desde edades tempranas en su lugar de origen, para que pudiera experimentarse como una educación sexual efectiva para prevenir ciertos riesgos.

Se pueden observar aspectos importantes en torno a la salud sexual y la migración, debido a que es un fenómeno que cambia condiciones de vida en todos los aspectos, de igual manera puede poner a las personas de diferentes situaciones de riesgo, entre ellas, la salud sexual y reproductiva, aunado a la estrategia de respuesta de la OMS (2014), la cual establece la necesidad de programas que tengan la característica tanto integral como contextualizada para lograr un mayor impacto, entre ellas las poblaciones migrantes.

2.6. Hombres, migración y factores psicosociales asociados a la salud sexual

Como ya se ha mencionado anteriormente, la salud en general de los migrantes se ve afectada, y los aprendizajes de género se añade como otro factor que les vulnera, Cervantes-Pacheco y Flores (2017) señalaron que la mayoría de los hombres que migran perciben el sacrificio por los demás como un signo de su masculinidad e igualmente cuando tienen algún problema de salud prefieren hacer uso de remedios caseros antes de ir a una consulta médica.

En el caso de la salud sexual y la salud reproductiva la primera situación que hace vulnerables a los hombres es que no les es tan fácil hablar de salud sexual y salud reproductiva como mostró González (2017) con hombres migrantes retornado de una comunidad rural de Puebla, donde al tocar el tema de salud sexual y reproductiva ellos se mostraban más incómodos o apenados que las mujeres, de igual forma pueden presentar diversas situaciones que los hacen vulnerables a tener prácticas de riesgo. Como mostraron Hidalgo y García (2007), hay dos factores principales en los hombres que son migrantes, por un lado, son las concepciones de sexualidad que tienen de la comunidad de origen arraigadas y están vinculadas con el género y por otro lado, las condiciones sociales a los que se enfrentan con el movimiento migratorio. De igual manera, Szazs (1998) hizo referencia a que los hombres se ven orillados a tener ciertas prácticas de riesgo cuando están viviendo con otros hombres en el país vecino, ya de que en ocasiones tienen relaciones sexuales con personas que ellos mismos contratan y si por el contrario rechazaran tenerlas posiblemente serían blanco de burla de sus compañeros de habitación.

Dentro de las diferentes posibilidades que tienen los migrantes, varias de las prácticas sexuales que tienen pueden resultar riesgosas para su salud sexual sin importar con quien se relacionen sexualmente. Sánchez, Lemp, Magis, Bravo, Carter y Ruiz (2004) mencionaron que es mayor el riesgo que tienen los migrantes para contraer VIH en su estancia en California y en los cuales están incluidos no solo quienes tienen relaciones sexuales con otros hombres, también los que

sostienen relaciones con otras mujeres, esto nos vuelve a mostrar evidencia de que no es un grupo en específico el que tiene prácticas sexuales de riesgo más que otros, lo que verdaderamente pone en riesgo de adquirir Vih o cualquier otro tipo de infección, es tener prácticas sexuales no protegidas por el condón.

Por otro lado, Ríos, Ferrer, Casabona, Caylá, Avecilla, Prat et al. (2009), en un estudio realizado sobre conocimientos de los migrantes latinoamericanos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS), mostró que, en ocasiones, los hombres que son migrantes no tienen la información adecuada, por ejemplo: de las formas de transmisión de VIH o tienen pensamientos de que hay una vacuna que lo previene, en consecuencia estas ideas basadas en mitos y prejuicios o simplemente el desconocimiento de los riesgos, son pensamientos que determinan el comportamiento sexual y por lo tanto, la resistencia a tener los cuidados necesarios para evitar la transmisión de cualquier virus.

Es importante mencionar el papel que juega la idea que tiene los hombres sobre el uso del condón, ya que este elemento puede influir sobre la pareja, Vega y Jaramillo (2010) en el estudio que realizaron en la frontera norte de México con hombres para conocer sus percepciones sobre el uso del condón, muestra que los hombres manifestaron varias razones por las que no usan el condón con sus parejas, una de las principales es que disminuye el placer sexual, de igual manera se muestra un factor muy importante que no se aborda de manera abierta en las pláticas informativas que la sociedad recibe y que sin embargo, tiene tanto peso en la decisión de usar o no el condón y es el placer o erotismo.

2.7. Mujeres, migración y factores psicosociales relacionados a la salud sexual

Dentro del proceso migratorio ya se ha mencionado que se ven varias partes involucradas y cuando se van los hombres solos y dejan a la pareja o a la esposa ellas son las que más directamente experimentan cambios en este proceso, uno de los elementos que se ve modificadas son sus prácticas sexuales, ya sea por abstinencia sexual en esos periodos por llevar algún otro tipo de prácticas sexuales.

La salud sexual de ellas puede volverse más vulnerable en algunos casos como muestra un estudio realizado en Wuhan, China, los resultados arrojaron mayor incidencia en ITS como son Gonorrea, sífilis, clamidia, candidiasis y tricomoniasis, en mujeres que sus parejas/esposos migran a otra ciudad (Shanbo, Xinguang, Gang, Wang, Weidong y Xia, 2014), por otro lado, Morales y Barreda (2008) en su artículo realizado en Chile señalaron que las mujeres que son amas de casa mostraron mayores factores de riesgo para la adquisición de VIH. Un factor asociado a las prácticas de riesgo y la evitación del uso del condón lo mostraron Soto y Torres (2014) es su análisis esquemático de las prácticas sexuales seguras en heterosexuales, mencionaron que el aspecto económico influye en las prácticas sexuales de riesgo, ya que se encontró que las mujeres que son dependientes económicamente tienen menor incidencia en el uso del condón.

Por otro lado, Rodríguez (2002) mostró que las nociones de conyugalidad y nupcialidad conllevan roles sexuales que están ya definidos y mayormente son sostenidas por el género, los cuales favorecen las relaciones sexuales sin condón, poniendo así a las esposas de migrantes como un grupo vulnerable para adquirir ITS. Con todo lo anterior podemos observar que las mujeres se enfrentan a ciertos patrones que norman su conducta desde que nacen siendo mujeres, ya sea por la forma de cómo deben de comportarse hasta la forma en la que deben de llevar su sexualidad, y cuando hablamos de factores ligadas a cuestiones culturales y de género, algunas pueden experimentar poca posibilidad de decidir sobre su vida sexual o incluso sobre su vida reproductiva sobre todo cuando se establecen en relaciones vistas ante la sociedad “estables” como es el caso del matrimonio.

La condición de ser mujer también lleva a la posibilidad de ser víctima de la violencia sexual como mencionó Kauffer-Michel (2012) la situación migratoria de las mujeres centroamericanas las posiciona en un papel que las vulnera debido a que permite el abuso y la facilidad de mantenerlas en situaciones de explotación sexual, en México aunado a las desigualdades que vive la mujer, la que es pareja de migrante y se queda en la comunidad se ve controlada ya sea por la pareja o la suegra, como señaló González (2017) que las mujeres se ven controladas en su

sexualidad a pesar de vivir un proceso de migración de la pareja y puede ser hasta por la suegra, esta limitación de tener la decisión de tener prácticas sexuales también se relaciona con creencias religiosas las cuales dirigen inconsciente o conscientemente el comportamiento principalmente de las mujeres.

En el estado de Michoacán en el cual se da alto índice de migración, las familias experimentan con sus particularidades la migración y a la vez comparten ciertas vivencias como Torres-Castillo (2012) que señaló de qué manera las mujeres de una comunidad que son esposas de migrantes se ven inmersas en una situación de cambios de roles de género cuando el esposo migra, tanto hombres como mujeres se ven obligados a forjar una transformación en sus actividades diarias, aunado a esto se encuentran inmersos muchos sentimientos para las mujeres que se quedan sin su pareja López (2020) encontró que las mujeres de una comunidad de Michoacán manifestaron experimentar sentimientos de enojo, tristeza, distanciamiento afectivo con la persona que migra, estos sentimientos no son la excepción en la comunidad que para nosotros es de interés ya que Nuñez-Vera (2009) señaló que las mujeres parejas de migrantes manifestaron que uno de los mayores costos de la migración es experimentar la ausencia de su pareja. El conjunto de los elementos que se ven inmersos en un proceso de migración tiene como consecuencia la modificación en diferentes áreas de su vida como pareja entre ellas el aspecto de su vida sexual. En este caso y en varios grupos de mujeres, otro de los aspectos importantes es el lugar donde viven, así como el acceso a información, dado que las esposas de migrantes mayormente son de comunidades rurales donde en ocasiones hay un desconocimiento de los factores de riesgo, lo cual reafirma la importancia de las cuestiones culturales en el género de la mujer y el hombre sobre la transmisión del VIH (Kendall, 2009).

Un aspecto que también sobresale en las mujeres parejas de migrantes y que no ha sido aún muy explorado es el erotismo como mencionó Ceja (2010) que las esposas de migrantes viven su sexualidad y sensualidad de manera diferente y una de las características que identificó es que en algunos casos las mujeres son conscientes de que el esposo mantiene relaciones sexuales al establecerse en EE.

UU.; sin embargo, al retornar a la comunidad de origen ellos siguen teniendo control de la sexualidad de sus esposas incluso del control de su “fidelidad” con la creencia de que se pueden dar cuenta si ellas tuvieron relaciones cuando ellos están fuera por lo estrecho de la vagina, de igual manera muestran la creencia de que la mujer tiene la obligación de “responderles como mujer” y al verse como una obligación no se negocia el uso del condón. Igualmente, por otro lado, se encontró que la adquisición de VPH está relacionada a niveles de marginalidad entre ellos ser mujer, acceso a los servicios de salud y factores migratorios (Hernández, Monterrubio, Medinilla y Pérez, 2008).

Como se puede observar los factores que envuelven la salud sexual vienen de aspectos psicológicos y emocionales que son el camino para la toma de decisiones en lo individual, sin embargo, sabemos que cualquier decisión también es influida por el ambiente, hablando en términos de salud sexual específicamente la familia, la cultura y el género. Al hablar de salud no podemos dejar de lado que cuando se toman decisiones en torno al cuidado del cuerpo y la salud sexual un eslabón importante son los servicios de salud o los programas que van encaminados a dar esta información necesaria para tomar decisiones libres e informadas, es por ello que en el siguiente capítulo se considera importante hablar de los programas de salud sexual comunitarios.

CAPÍTULO III. PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL COMUNITARIOS

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, existen varios elementos para lograr una salud sexual óptima, estos pueden ser psicológicos, culturales y de género, sin embargo, otro elemento importante es el acceso a los programas de salud sexual, estos programas al igual que el personal que se encuentra dentro de ellos son parte importante y tienen influencia cuando una persona toma decisiones en torno a su salud sexual, uno de los objetivos de esta investigación antes de la pandemia era construir y llevar a cabo un programa de salud sexual tomando en cuenta la información recabada en la comunidad y fusionándola con las intervenciones o programas ya existentes en esta área, por lo que se consideró relevante mostrar los diferentes programas o intervenciones que se han llevado a cabo en el área de la salud sexual.

Es por ello que en este capítulo se abordan diferentes puntos para visualizar la importancia de dichos programas, se mostrarán los diferentes enfoques en los que se ha trabajado la salud sexual a lo largo de los años, así como, cuáles son los elementos importantes de los programas de salud cuando hablamos de comunidades que se encuentran en diversos contextos, así como para que tipo de población es a los que están más dirigidos.

3.1. Programas de salud comunitarios

La OMS que es la organización como su nombre lo dice que marca las pautas de todos los temas relacionados con la salud, ha publicado un sin fin de documentos entre ellos los que van enfocados a grupos específicos de poblaciones consideradas por la misma organización con características que pueden considerarse vulnerables en cuestiones de salud.

La eficacia de los programas de salud que se aplican cada vez tiene que ver más con que sean integrales para que logren mayor impacto, Díaz y Peiro (2004) mencionaron que existen evidencias de que los grupos vulnerables tienen mayor

riesgo de presentar problemas de salud, sin embargo, en el análisis que hicieron de las intervenciones, concluyeron que para realmente tener un impacto sobre las desigualdades en cuestión de salud se deben de tomar varios aspectos y no solamente el sexo si no también dar importancia a la connotación que tiene el género en esta área.

En lo que se refiere a México, el sistema de salud busca constantemente dar respuesta a las demandas y problemas de salud pública que existen en el país, sin embargo, esto depende de muchos factores como el capital humano con el que cuentan los servicios de salud, la infraestructura, los programas de salud que existen, entre muchos otros, haciendo que sea una tarea muy compleja cubrir la mayoría de necesidades de salud. Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, y Frenk (2011) hicieron un análisis del sistema de salud en México donde mencionaron que a pesar de que la salud es un derecho que está establecido en el artículo 4º no todos pueden ejercer estos derechos, ya que el sistema de salud en México ofrece servicios muy diferentes dependiendo del grupo que se trate, dejando a las comunidades más alejadas o rurales con menor posibilidad de acceso a la salud. Salazar, Valdez, Martínez y Pedroza (2011), de acuerdo a una intervención que realizaron para prevención de adicciones con adolescentes de comunidades rurales, señalaron que existen factores en las comunidades rurales para que los adolescentes presenten mayores conductas de riesgo en contra de su salud y están relacionadas con reglas sociales dentro de una comunidad que normalizan ciertas conductas que tienen consecuencias en su salud, como la violencia o las ideas marcadas de género donde los adolescentes manifestaron tener derecho a ciertas conductas que las mujeres no, una de las principales sugerencias que resaltan en esta investigación es la necesidad de conocer el contexto muy bien cuando se quieren llevar a cabo intervenciones o programas de salud, ya que son contextos muy diferentes a los establecidos en los programas de comunidades urbanas.

Una de las áreas de la salud es la salud sexual y reproductiva, las necesidades que plantean las instituciones de salud como la OMS van enfocadas generalmente a atender las consecuencias que tienen las conductas sexuales de

alto riesgo como mencionaron Vivo, López y Saric (2015) que los países de América Latina dentro de sus programas de salud sexual buscan atender conductas o poblaciones de riesgo para prevenir infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA y los embarazos no planeados principalmente en adolescentes, estas líneas son las que mayormente han marcado los programas de salud sexual debido a que son las consecuencias que se perciben como un problema de salud pública OMS (2019), sin embargo, no ha resultado muy visible la disminución de estas consecuencias, por lo que resulta importante revisar las diferentes estrategias que se han empleado en las intervenciones en temas de salud sexual.

3.2. Antecedentes de las intervenciones en salud sexual

Las necesidades y los abordajes teóricos en cuanto a programas de salud sexual han ido cambiando de acuerdo a cada población. Cáseres (2004) señaló que las intervenciones se han modificado al tomar en cuenta aspectos de raciocinio, factores culturales, emocionales y globales. Silvia Ubillos (2007) refirió que las intervenciones que más han sido utilizadas en el contexto de la prevención del VIH, son las siguientes:

1. La teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) Reyes (2007) menciona que esta teoría hace una aportación al estudio del comportamiento humano debido a que incluye varios factores que pueden influir en una conducta, basándose en dos aspectos principales: creencias del propio individuo y normativas que tiene que ver más con el entorno, añadiendo aspectos como la motivación para realizar ciertas creencias y normas.
2. La teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 2002) esta teoría hace referencia a que la conducta del ser humano es voluntaria y está determinada principalmente por la intención (Ajzen, 2002 citado por Martín, Martínez y Rojas (2012) encontraron en trabajo realizado con HSH (Hombres que tienen sexo con hombres) que las conductas se ven influidas por varios factores no

solo por la parte cognitiva y menciona que se mencionó que la percepción que se tenga de los beneficios de uso del condón tienen que ver primero con la intención de usarlo y segundo con la conducta en concreto y el no tener credibilidad en algún método es la razón para que se realicen comportamientos sexuales de riesgo.

3. La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986, 1997)

Hace referencia que las ideas y las experiencias previas que tengamos sobre algo, en este caso el uso del condón, tendrán que ver directamente con la idea o la intención de poder usarlo.

4. Modelo de ciencias de salud (Becker, 1974, Janz y Becker, 1984)

Este modelo hace mención que si la persona tiene un conocimiento de las consecuencias o se siente amenazado entonces podría tener una actitud positiva hacia el uso del condón.

5. Modelo de reducción de riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990)

Mencionaron que existen comportamientos preparatorios los cuales se deben de promover debido a que están positivamente relacionados a la posibilidad de usar o no usar el condón, por ejemplo, cargar condones y tener acceso a ellos si en algún momento se requiere.

Por otro lado, Dolcini, Canin, Gandelman y Skolnik (2004) propusieron un modelo tomando en cuenta las limitaciones que han tenido modelos antes aplicados y sugiere que para lograr un cambio de comportamiento se presentan 5 dominios que son los siguientes:

- Valoración de riesgo; la percepción de riesgo es un elemento que ayuda a facilitar un cambio de conducta sin embargo no es el que por sí mismo puede llevar a este cambio.
- Autopercepción: este refiere al autor que son las creencias y actitudes acerca de uno mismo y dentro de ellos se incluye la autoeficacia, la

intención, las ideas y las expectativas que tiene uno acerca de las ganancias o consecuencias que puede tener una conducta.

- Emoción y activación: aunque muchos de los modelos que se han realizado están basados en la racionalización, es importante mencionar que hablando específicamente del uso del condón o conductas sexuales de riesgo están asociadas a aspectos como las emociones, la activación sexual y los escenarios sexuales.
- Influencia interpersonal y social: en este rubro el autor habla de la influencia que tienen las relaciones interpersonales en las conductas sexuales de las personas, debido a que en aspectos sociales de la conducta las relaciones más cercanas tienen un impacto en la persona.
- Factores ecológicos y estructurales: se refiere a que existen factores y circunstancias que están más allá del alcance del individuo y que no tiene que ver ni con sus relaciones cercanas ni con él mismo, si no con factores organizacionales que pueden limitar o promover ciertas conductas y estas condiciones pueden ir desde aspectos culturales como homofobia, racismo, sexismo hasta leyes, políticas y condiciones de vida.

Como se puede observar existen diferentes intervenciones que se han realizado en el ámbito de la salud sexual y aunque en la actualidad pareciera que el discurso más común es que las personas están más abiertas en temas de sexualidad, hay evidencia de que siguen existiendo ciertos grupos en los que intervenir de la manera que se ha hecho no funciona del todo ya que se necesita antes un proceso donde se tomen en cuenta otros elementos que impacten a grupos de personas con características en común o en situaciones que se consideran vulnerables, teniendo una fase primero de conocimiento del entorno donde se quiere implementar un programa o una intervención para posteriormente tener una etapa de sensibilización con la comunidad con la finalidad de que ellos y ellas tengan claridad en la manera en la que beneficiaría un programa de salud sexual en su vida, sus relaciones y su salud en general.

Los programas de salud comunitarios han estado mencionados desde hace ya varias décadas, ya que no es algo nuevo la influencia de factores sociales dentro del área de la salud. Pasarín, Forcada, Montaner, Peray y Gofin (2010) mencionaron que los objetivos de los programas de salud comunitarios deben de ir más allá de atender las enfermedades expresadas, tienen que apuntar a intervenciones o programas más integrales que sean acordes a las necesidades o inquietudes de la población, esto incluye que los programas de salud no solo estén en las políticas públicas de salud, sino que deben incluir la formación especial para profesionales que estén en comunidades, logrando así que se atienda en torno a la necesidad de los y las usuarios de servicios de dichos programas.

Otro punto importante es la formación de alianzas con la misma comunidad, es decir, trabajar y apoyarse de los liderazgos y lazos sociales que tienen algunas personas habitantes de la misma comunidad, con esto se busca que se asuma una actitud no dominante del equipo de salud, este punto resulta muy importante dentro de los programas comunitarios ya que el personal que está al frente o coordinando los programas o servicios de salud no debe mostrar una postura de único transmisor de conocimiento o información, al contrario, se deben crear espacios de construcción de conocimientos bilaterales, ya que por un lado el profesional de la salud transmitirá conocimientos de acuerdo a su área pero por otro lado, los habitantes de la comunidad transmitirán sus percepciones de acuerdo a su contexto y con este conocimiento el personal de salud podrá ir construyendo su panorama sobre la comunidad que le brindarán herramientas para emplear mejores estrategias dentro de sus objetivos.

Existen argumentos desde hace ya años para construir los programas de salud comunitarios con elementos que se mueven fuera de un consultorio de servicios de salud o de un programa de salud establecido con necesidades valoradas de manera muy general, en ocasiones estos programas están divididos o diseñados solo por rangos de edad o por el sexo a quien van dirigidos, es decir,

programas de salud para adolescentes, para hombres, para mujeres dejando de lado muchas características específicas dentro de estos mismos grupos.

3.3. Población a la que han estado dirigidos los programas de salud sexual

Los programas de salud buscan llegar a la mayor cantidad de población posible, sin embargo, han existido grupos prioritarios para los que son diseñados generalmente estos programas. Cáceres (2004) en una revisión que realizó de intervenciones para prevención de VIH mencionó que a pesar de que las poblaciones vulnerables están muy marcadas, las intervenciones se hacen mayormente como “población general” no tomando en cuenta aun las particularidades de ciertas comunidades. En la actualidad se han empleado varias intervenciones con la finalidad de prevenir ITS y lograr un mayor índice de salud sexual y la mayoría se han realizado con adolescentes. Gallegos, Villaruel, Loveland, Ronis y Zhou (2008) aplicaron una intervención educativa que fue basada en la teoría y el uso del condón, del cual se mostró que a partir de factores que se promovieron como la información y promoción de la salud, la intervención incremento la intención de usar condón, por otro lado un análisis que se hizo Martín, Martínez y Rojas (2011) en población HSH, de la efectividad de la Teoría del Comportamiento Planificado, donde los participantes manifestaron de igual forma la importancia de aspectos socioculturales o procesos “semi-inconscientes” en las decisiones que toman acerca de usar o no usar condón en sus prácticas sexuales, por ejemplo, la confianza que le tengan a la pareja sexual, o el deseo de tener relaciones en el momento aunque no se tengan condones a la mano, entre otros. Lo anterior da cuenta de que los procesos informativos de los programas son importantes, sin embargo, no han resultado suficientes y cada vez surgen diferentes necesidades en el área de la salud sexual.

La población adolescente ha sido prioridad en muchos de los programas de salud sexual, aun así en la intervención con ellos se visualiza la necesidad de trabajar con adultos que son sus padres o tutores como mencionaron Atienzo,

Campero, Estrada, Rouse, Walker (2011) en la revisión que realizaron sobre intervenciones en salud sexual con adolescentes en Estados Unidos, donde señalaron que se ha considerado importante incluir a los padres de familia para mejores resultados, lo cual nos habla de la importancia de que las intervenciones para que sean más efectivas tienen que poder abarcar los mayores puntos posibles, no solamente en cuanto a temas informativos si no a sensibilización del beneficio de una educación sexual que promueva la salud y en el cual intervengan la mayor cantidad de personas involucradas en realizar prácticas sexuales seguras.

Las diferentes intervenciones que se han realizado en diferentes grupos se centran en mayor medida en disminuir las condiciones sociales que causan consecuencias en la salud como las ITS, Douglas, Kirby, Laris y Rolleri (2007) mencionaron en la revisión que hacen sobre el impacto de 83 intervenciones que se han aplicado a jóvenes menores de 25 años a nivel mundial, que lo que caracterizó a la mayoría de las intervenciones es la prevención del VIH, la mayoría se han realizado en Estados Unidos, de estas intervenciones el 52% se centró en prevenir las ITS y el VIH, 31% tanto VIH, ITS y embarazo adolescente, de esas intervenciones que se basaron en teorías, la teoría del aprendizaje social es la que más programas realizan, siendo un 54% de las intervenciones realizadas. Teoría de la acción razonada 15% y modelo de creencias de salud 12%, teoría del comportamiento planificado 10%. Destaca que en el 90% de las intervenciones incluyeron al menos dos actividades interactivas para involucrar a los jóvenes.

Los programas de salud sexual se hacen mayormente en adolescentes y tienen que ver con algunas leyes que se están construyendo con la finalidad de garantizar la salud sexual y reproductiva, sin embargo, existe una brecha entre lo que se pretende hacer y lo que realmente se lleva a cabo. Juárez y Gayet (2005) señalaron que el gran problema de las intervenciones en salud sexual tiene que ver principalmente con el conservadurismo ya sea de la población en general o de los mismos profesionales que llevan a cabo los programas, también habla de que se toca el tema de sexualidad, pero, enfocado en la reproducción dejando de lado el placer. Por otro lado, se habla por lo tanto de heterosexualidad, pero no con tanta facilidad de otro tipo de relaciones sexo-afectivas. De igual manera Castro-Sariñana

y Llanes (2008) al mencionar que en su larga trayectoria con intervenciones comunitarias con adolescentes que, frente a la complejidad de los fenómenos de riesgo psicosocial, los programas comunitarios aparte de tener metas y objetivos en específico, consideren recursos humanos y materiales que sean acorde a las necesidades de la comunidad con la finalidad de lograr programas que puedan causar mayor impacto.

Las comunidades rurales pueden tener menos acceso a los servicios de salud no solo por la ubicación lejos de la ciudad, sino también por factores culturales que en ocasiones se encuentran más arraigados como Juárez y Gayet (2005) señalaron que el vacío que ha quedado en los programas de salud sexual casi siempre están enfocados en grupos de personas de las ciudades, dejando de lado las comunidades rurales o las poblaciones migrantes., mencionaron que los programas son homogéneos y no atienden las particularidades, no se atienden las etnias, esta razón es la que hace que en ocasiones las personas no se sientan parte o se apropien de los programas de salud sexual ya establecidos, en el caso de los migrantes se han realizado varias investigaciones que se mencionaron en el primer capítulo de este trabajo y dejan evidencia de las particularidades o características de estos grupos, sin embargo, no hay programas establecidos de manera permanente para esta población.

3.4. Intervenciones en salud sexual con migrantes en Michoacán

Michoacán como se ha señalado anteriormente es un estado con alto índice de migración, por lo cual se han realizado algunas intervenciones donde se han tocado temas de salud sexual, por ejemplo, Rivera-Heredia, Obregón-Velasco, Cervantes-Pacheco y Martínez-Ruiz (2014) realizaron una intervención con familias migrantes la cual consta de ocho sesiones en donde buscan promover el bienestar físico y mental y dentro del rubro de la salud se trabaja con los migrantes en la información sobre ITS, las cuales son mencionadas por ellas mismas como una de las dificultades en salud que tienen los migrantes, dedicando una sesión de su programa a ese tema, la cual denominaron “Principales problemas de salud de los

migrantes: diabetes, obesidad e hipertensión y enfermedades de transmisión sexual”. Este programa de intervención también fue aplicado en población rural michoacana del municipio de Áporo (Rivera-Heredia, Cervantes-Pacheco, Obregón-Velasco y Martínez-Ruiz, 2012) y con jóvenes universitarios estudiantes de la licenciatura en Psicología (Rivera Heredia, Martínez Ruiz, Cervantes Pacheco, y Obregón-Velasco, 2019).

En la comunidad rural de Cuitzeo también se realizaron trabajos de intervención, en donde se abordó el tema de cómo disfrutar la sexualidad. Las intervenciones combinaron conferencias, talleres y apoyo psicológico individual. Se contó tanto con un programa dirigido a adolescentes como con otro programa dirigido a mujeres, todos ellos con experiencia de migración en la familia (Obregón Velasco, 2012, 2013 y 2017), el tema del disfrute y del placer nuevamente surge en las intervenciones que tienen que ver con la sexualidad. Por otro lado, Ceja (2010) también realiza un trabajo con mujeres esposas de migrantes tomando en cuenta su sexualidad donde en las sesiones con ellas también surge el tema del disfrute del cuerpo, todos estos trabajos realizados muestran que la sexualidad es algo que poco a poco se empieza a trabajar, sin embargo, hablar de disfrute y de placer aún pareciera un nivel más profundo, en el que existe mucho trabajo por hacer.

Otro punto relevante es que toda la intervención previamente mencionada se incluye una o algunas sesiones dedicadas a la sexualidad, pero el contenido global de la intervención no está enfocado exclusivamente en esa área, sin embargo, nos muestra la importancia que tiene la salud sexual en la población migrante, así como la importancia de abordar el tema e incluirlo.

CAPÍTULO IV. MÉTODO

En el presente capítulo se presenta la metodología que se siguió en esta investigación, los procedimientos que se llevaron a cabo con la finalidad de recabar información por medio de las técnicas de recolección de datos, los diferentes grupos de participantes que se incluyeron, así como el análisis que se utilizó con la información recabada durante el proceso de estancia en el campo.

La metodología cualitativa parte de mediados del siglo XIX y se ha ido modificando a lo largo de las décadas, surge de la postura de una “investigación naturalista” desde el constructivismo, la cual es contraria a las investigaciones positivistas, como lo mencionaron Rodríguez, Gil y García (1996), quienes también mencionan que tiene sus bases esenciales en la antropología y la sociología, sin embargo, su etapa de consolidación se da cuando la principal característica es que la recolección de información se realiza directamente con el investigador en el campo, teniendo como objetivo principal, la comprensión y la indagación de los hechos con los mismos habitantes; por lo tanto, hablando desde el punto de vista epistemológico, la investigación cualitativa parte de asumir una vía de investigación inductiva lo cual quiere decir que parte de la realidad concreta, y que los datos que se puedan obtener en ella pueden apoyar a desarrollar una teorización posterior. Taylor y Bogdan (1987) apoyaron esta premisa sugiriendo que la investigación cualitativa produce datos descriptivos, por lo que deben de tomarse en cuenta los datos hablados, escritos y observados en el campo.

Dentro del área de la salud, Amezcua y Gálvez (2002) hicieron referencia que la metodología cualitativa ha favorecido la posibilidad de enriquecer los estudios clínicos habituales, buscando más significados, es decir, para con ello ver los problemas de salud desde una mirada más social, lo cual implica buscar datos más descriptivos en las palabras escritas o dichas por la gente, así como en las actitudes observables. Esta visión nos da la posibilidad de indagar sobre nuestra línea de investigación, dando importancia a lo que las y los mismos habitantes perciben sobre el tema de interés, que en este caso son los elementos de la salud sexual en

la comunidad de Charo, principalmente en habitantes con experiencia migratoria ya sea siendo migrantes o mujeres parejas de migrantes.

La presente investigación, por lo tanto, se realizó con una metodología cualitativa ya que según Denzin y Lincoln 2011 (como se citó en Creswell y Poth, 2018) es un tipo de investigación interpretativa, dando importancia a los significados de las personas del lugar estudiado, por lo cual está basada en la hermenéutica que primeramente proviene del verbo griego “hermeneuein” que quiere decir interpretar. Martínez (2002) señaló que el arte de las investigaciones ha sido generalmente “interpretar” la realidad a través de diferentes técnicas entre ellas la observación en el campo de estudio, por lo que es imposible separar la observación de una interpretación, es por ello que se tomó en cuenta la observación también en esta investigación. Siguiendo con los objetivos de la investigación los cuales fueron conocer las percepciones de los y las habitantes con experiencia migratoria y otros participantes que fungieron como informantes clave de la comunidad, la investigación tiene un enfoque fenomenológico ya que Taylor y Bogdan (1987) refieren que la fenomenología da importancia a lo que la gente dice y hace, ya que se logra que muestre la forma en la que ve su mundo, por lo que el investigador debe aprender a interpretar las cosas tomando en cuenta el punto de vista de las y los participantes de la investigación, por otro lado Amezcua y Gálvez (2002), mencionó que dentro de las ciencias sociales se han utilizado varios paradigmas como el postpositivista, el constructivista, los hermenéuticos mientras que dentro del campo de la salud han destacado los que adoptan la fenomenología para comprender los significados que le dan las personas a diversas situaciones. Por ello, se tuvo una inserción al campo donde los primeros encuentros fueron de conocimiento en general de las prácticas socioculturales de la comunidad y de contactos informales con algunos y algunas habitantes.

4.1 Universo de estudio

La investigación se realizó en Charo. Esta localidad es la cabecera municipal del municipio del mismo nombre en el estado de Michoacán y está muy cerca de la ciudad de Morelia. Se visitó durante un periodo de 9 meses aproximadamente, el cual fue interrumpido por la pandemia generada por COVID-19, entre visitas a sus festividades, visitas para tener contactos formales o informales con sus habitantes e informantes claves. En el periodo que se instalaron los módulos de distribución de condones se iban dos veces a la semana, cuando se realizaron las entrevistas de igual manera, se acudía una, dos o hasta tres veces por semana dependiendo de la necesidad, también se asistieron a eventos masivos que se realizaron con la intención de hacer saber a las personas el proyecto que se estaba llevando a cabo y de igual manera se asistió el 24 de diciembre a una actividad de altruismo que realiza un grupo de jóvenes de la comunidad, en las rancherías alrededor de la cabecera municipal, invitada por el médico que colaboró en la investigación en todo el proceso.

4.1.1 Localización.

La comunidad de Charo, Michoacán, está localizada a 15 Km de la capital del Estado por la carretera Morelia-Charo-Maravatío. Su principal actividad económica es la agricultura y el comercio. Cuenta con 21, 723 habitantes, colinda al Norte con los municipios de Tarímbaro y Álvaro Obregón, al este con Indaparapeo y al Suroeste con Morelia; cuenta con 74 localidades, de las cuales las principales son Charo con 5, 207 habitantes, La Goleta con 1815 habitantes, Irapeo con 1,817 habitantes, Jaripeo con 1315 habitantes y Zurumbeneo con 3,086 habitantes, y según la Unidad de Microregiones Cédulas de Información Municipal (SEDESOL, 2014) es catalogado como un municipio con localidades de marginación muy altas y alta. Su clima es templado subhúmedo con lluvias en verano, con un rango de temperatura entre 14-20 °C, con clave geoestadística 16022, según el Prontuario

de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos (INEGI, 2009).

Su ubicación es cercana a Morelia, sin embargo, todavía tiene varias características que le identifican como una zona rural. Como mencionó Nuñez-Vera (2000) esta comunidad se encuentra entre el dilema de la globalización por su cercanía con la capital michoacana o su dinámica de costumbres arraigadas socialmente en la población, con una feminización de las actividades que las mujeres realizan, por lo que podemos hablar de roles de género muy establecidos.

4.1.2. Un día regular en Charo.

En un día regular en la dinámica de Charo se observan principalmente un flujo de habitantes que se trasladan a la ciudad de Morelia desde muy temprano y durante el resto del día siguen habiendo personas que salen de la comunidad y otras que llegan de localidades aledañas, cuentan con servicio de transporte tanto de taxis como de camiones los cuales toman diferentes rutas por diversas comunidades con destino a la ciudad de Morelia; salen constantemente, cada 10 minutos aproximadamente y cobran \$18 pesos hasta la capital del estado de Michoacán, lo cual indica que una persona que se quiere trasladar a la capital del estado gasta el 29.21% de lo que está estipulado como un salario mínimo diario en México (\$122.22) según la secretaria de trabajo y previsión social (2019).

Imagen 1: Transporte con el que cuenta Charo



Fuente: Elaboración propia, 2019

En el área del centro se ve movimiento tanto de mujeres como de hombres que hacen sus actividades diarias, las mujeres principalmente se ven circulando hacia el mercado que está ubicado enfrente de la plaza principal, igualmente se ve el movimiento de mujeres principalmente a dejar a sus niños a la escuela y a recogerlos, por otro lado, los hombres se ven movilizados para trabajar, algunos de sus habitantes que se dedican al comercio se trasladan con sus productos entre los que se han observado, tortillas, garbanzos, frutas, verduras, en la plaza principal existen puestos de comida que mayormente son atendidos por mujeres. Por las tardes el movimiento es menor, sin embargo, los habitantes se muestran un poco más relajados, en las calles se pueden observar mujeres y hombres. Ellas se ven por lo regular algunas con sus hijos u otras atendiendo algún puesto que tengan de gelatinas, frituras, fruta, entre otros. Los hombres por lo general están sentados en la plaza principal con sus amistades, o afuera en algunas banquetas o jardines que están en las calles, los niños y niñas suelen estar jugando también en las calles empedradas de la comunidad; se respira un ambiente pintoresco de una localidad rural y a la vez se percibe la cercanía y la facilidad que tienen a la ciudad por su

forma de vestir, los insumos de la localidad y los mismos negocios comerciales con los que cuentan, tales como paletterías, y diversas farmacias.

4.2. Técnicas de recolección de datos

La primera de las técnicas de recolección de datos fue la observación participante, teniendo una etapa primero de acercamiento (informal) a la comunidad ya que en este tipo de técnica es esencial para entablar los primeros contactos con la comunidad como mencionaron Taylor y Bogdan (1987) “durante el periodo inicial, la recolección de datos es secundaria para llegar a conocer el escenario y las personas” (p.51). Las preguntas y los primeros contactos tienen más que nada la finalidad de ir “rompiendo el hielo” de que los y las habitantes te empiecen a conocer, establecer el “rapport” y que disipen sus dudas del interés del investigador por su comunidad. El observador funge el papel no solamente de observador activo, el cual es reconocido en la comunidad como observador sin ser invasivo de sus actividades y también sin pretender ser uno de ellos; dentro de esta técnica se tomó como registro de información el diario de campo.

Se realizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas, que contaron con una guía con ejes temáticos previos para delimitar las áreas a explorar que fueron: percepción del uso del condón, prácticas sexuales de riesgo y de cuidado en relación con la experiencia migratoria, ITS, placer sexual y programas de salud sexual comunitarios (ver anexo # I). Rodríguez, Gil y García (1999) señalaron que la entrevista a profundidad es una técnica que se utiliza cuando se quiere adquirir más información y profundizar sobre determinado fenómeno, debido a que lo que se busca es llegar al punto de vista de los miembros de un grupo social determinado, por lo que se está interesado en las percepciones que tienen los mismos pobladores acerca del uso del condón y la salud sexual en la comunidad de Charo, Michoacán.

Dentro de las entrevistas a profundidad y la observación participante es importante resaltar que en la relación investigador-informante es elemental que se dé una relación de “horizontalidad” y que prevalezca el respeto mutuo como mencionó Wiesenfeld (2000) donde no se posiciona un papel más importante que

el otro, más bien se trata de un intercambio de saberes y conocimientos que permitan derivar conocimientos que sean de utilidad y en acciones que sean de beneficio para los informantes.

La teoría dentro de la investigación cualitativa funge un papel que resulta complejo debido a que podemos hablar de generalidades y particularidades y como hacen referencia Rodríguez, Gil y García (1999) la teoría no solo “revela” si no que dentro de lo cualitativo puede “ocultar” por lo que la manera de retomar la teoría es desde la perspectiva de un marco conceptual, el cual funge como guía para realizar el trabajo del investigador que orientará el tipo de información que se debe de recoger haciendo énfasis en las dimensiones o factores que se consideran importantes dependiendo del tema de interés a investigar. Es por ello que en esta investigación de acuerdo a la revisión de la literatura se hizo una guía de entrevista la cual se centró en las dimensiones que se han demostrado son elementos importantes dentro de la salud sexual y que en el camino y el contacto con los y las participantes se fue acentuando y modificando dependiendo de la información recabada.

4.3. Participantes

Los y las participantes se eligieron de manera no aleatoria por conveniencia, tal como lo propuso García-Cabrero (2009) debido a que solo se escogieron ciertos participantes que cumplieron con las características requeridas para cumplir con los objetivos de la investigación y fueron establecidas en la descripción de participantes.

Con la intención de tener una visión más completa se buscaron diferentes tipos de participantes:

Hombres migrantes y mujeres parejas de migrantes: debido a que de acuerdo a los objetivos de la investigación se deben de tomar en cuenta las percepciones de los y las participantes con las características del grupo de interés.

El personal del área de salud: se considera que juegan un papel importante para darnos sus percepciones acerca de los diferentes elementos de la salud sexual en la comunidad.

Informantes clave: dentro de este rubro se tomó como informante clave a toda aquella persona que pudiera proporcionarnos alguna información relevante para el proyecto y que no solamente se refiere a la información directamente con salud sexual, sino también a la información de a qué lugares podíamos acudir para conseguir las y los participantes, o de características generales relacionadas con la comunidad a manera de conocer mejor el contexto.

4.3.1. Descripción de los y las participantes.

Hombres migrantes y mujeres parejas de migrantes

- Los y las participantes que hayan tenido experiencia migratoria en edad reproductiva de 15 a 44 años (OMS, 2018).
- Que hayan sido migrantes hacia Estados Unidos de América o mujeres parejas de migrantes.
- Que el hombre hay migrado sin su familia o pareja

Personal del área de salud

- Personal que trabaje o tenga algún papel en el área de la salud de la comunidad, específicamente en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Que tengan más de dos años laborando en la comunidad.

Informantes clave

- Ser habitante de Charo
- Pertenecer a algún grupo o sector donde se tenga conocimiento de la comunidad (religioso, deportivo, cultural, entre otros).

Se tuvo alcance a 14 participantes en total, 9 con entrevistas formales (4 mujeres parejas de migrantes y 2 migrantes hombres), en el área de salud de la comunidad (2 mujeres y 1 hombre), en entrevistas informales (3 mujeres y 2 hombres), las cuales brindaron información valiosa para este proyecto (los nombres de los y las participantes son ficticios y solamente se encuentra señalado el rol para esta investigación con la intención de cuidar completamente su confidencialidad). Los y las participantes se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1.

Hombres migrantes y mujeres parejas de migrantes que participaron en el estudio

Nombre	Codificación	Con hijos o hijas	Edad	Sexo	Rol	Técnica de recolección de información
María	Ma	Sí	36	M	Participante	Entrevista a profundidad
Ana	An	Sí	47	M	Informante clave y participante	Entrevista a profundidad
Blanca	Bl	Sí	43	M	Participante	Entrevista a profundidad
Rosario	Ro	Sí	36	M	Participante	Entrevista a profundidad
Arturo	Ar	Sí	36	H	Participante	Entrevista a profundidad
José	Jo	Sí	34	H	Participante	Entrevista a profundidad

La tabla 1 muestra los y las participantes con experiencia migratoria: Autoría propia.

Tabla 2.

Informantes clave y personal del área de salud

Nombre	Codificación	Edad	Sexo	Rol	Técnica de recolección de información
Paola	Pa	33	M	Portera, informante clave	Entrevista informal
Juana	Jua	21	M	Informante clave	Entrevista informal
Leticia	Let	31	M	Informante clave*	Entrevista a profundidad
Yunuen	Yu	42	M	Informante clave*	Entrevista a profundidad

Guadalupe	Gu	41	M	Informante clave	Entrevista informal
Daniel	Da	27	H	Informante clave	Entrevista a profundidad
Juan	Ju	35	H	Informante clave	Entrevista informal
Guillermo	Gi	26	H	Informante clave	Entrevista informal

* Informantes clave que no viven dentro de la comunidad

4.4. Procedimiento

El primer contacto con la comunidad fue ir un par de veces a observar la dinámica y asistir a una de sus festividades antes de tener contacto con algún habitante, posteriormente se ingresó formalmente con la ayuda de una persona que fungió como portera: la Dra Erikca Ivonne Cervantes Pacheco, investigadora de la UMSNH, quien ha realizado investigaciones anteriores principalmente con hombres migrantes retornados, también algunas otras actividades cubriendo peticiones de la misma población, por ejemplo, intervenciones en escuelas de la comunidad, con padres y madres de familia. Esto permitió llegar a una comunidad donde ya se tenía relación con algunas personas entre ellas una Psicóloga egresada de la UMSNH con quien se realizó un primer contacto como informante clave, la cual fungió un papel esencial en los primeros contactos con los y las habitantes; también fue importante su participación ya que tiene un conocimiento de su comunidad en aspectos tanto socioculturales como relacionados con elementos de la salud sexual.

En el área del personal de salud de la comunidad, se realizó un oficio para presentar en el Centro de salud de la comunidad, en donde se lograron varias sesiones de entrevistas con el personal que tuviera alguna función relacionada con la salud sexual de la comunidad. Se exploraron los programas que existen ya sea por parte de Secretaría de Salud o de particulares para tener una percepción de los servicios de salud sexual a los que tiene acceso la comunidad, en especial los migrantes y mujeres parejas de migrantes.

Se buscaron los puntos clave de acercamiento a los y las participantes con experiencia migratoria ya sea siendo migrantes o mujeres parejas de migrantes que cumplieran con las características de los y las participantes antes establecidos, se

logró tener más entrevistas con mujeres parejas de migrantes, a la par de este proceso se instalaron módulos de distribución gratuita de condones con la finalidad de dar a conocer el proyecto e invitar a las personas que quisieran participar. En el caso de las entrevistas con hombres migrantes en retorno, se contactó por medio de un habitante que fue informante clave y también es migrante retornado, de los hombres contactados para participar en las entrevistas solo se tuvo éxito con algunos ya que otros dijeron que ya después, o se quedó con ellos a una hora y finalmente resultaba que no acudían. Con la intención de respetar su decisión de no participar en la investigación, no se les insistió. A la par de los módulos y las entrevistas también se acudió a algunas festividades de la población que ellos y ellas manifestaban eran muy importantes.

Es importante resaltar que mientras la investigación se llevaba a cabo con normalidad, debido a la pandemia se tuvieron que suspender de inmediato las visitas al campo, por lo que quedaron pausadas algunas actividades que estaban programadas, al ver que no sería posible regresar a la comunidad en algunos meses, se reajustó el proyecto.

Para el análisis de datos se recabó la información tanto de los diarios de campo como de las entrevistas que fueron primero transcritas y después analizadas con la finalidad de crear categorías y subcategorías, las cuales implicaron un proceso constante de cambios y reajustes de los discursos hasta lograr conjuntar lo que se consideraba importante para cumplir los objetivos de la investigación.

Finalmente se organizaron conclusiones tomando en cuenta los puntos más relevantes de las y los diferentes tipos de participantes, aunado a la información recabada en los módulos de promoción del uso del condón y en el diario de campo por medio de la observación participante.

4.5. Análisis de datos

Se analizaron las entrevistas a profundidad que se aplicaron tanto a los informantes clave y a la población de interés que cumplieron con los criterios de inclusión. Este análisis se hizo bajo la técnica de análisis del discurso debido a que el habla misma tiene primacía, es una técnica que se basa en el significado,

considerando que los discursos no son verdaderos, ni falsos (Steinar, 2014), debido a este procedimiento el análisis primeramente se da de manera inductiva como hace referencia Santander (2011) se procede empíricamente guiándose por un objetivo general y conforme la investigación avanza se van construyendo, categorías de análisis nuevas que no estaban previstas, para poder explicar mejor “el corpus” de la investigación, de modo que la teoría va emergiendo.

El discurso se ha convertido en un medio de información para los y las investigadoras como mencionó Gutiérrez (2015) ya que el lenguaje actualmente ya no es solo un medio de información si no un “dispositivo” que puede permitir construir y cambiar las relaciones entre los interlocutores ya sean individuos o grupos sociales, es una herramienta teórico-metodológica que estudia el discurso de manera sistemática, es por ello, que el discurso por sí mismo puede reflejar varios aspectos o elementos de un grupo social en específico o de un individuo. El estudio del discurso según Amezcua y Gálvez (2002) pretende visualizar tres dimensiones que lo componen y que son: el uso del lenguaje, la comunicación de creencias y la interacción en situaciones de índole social, por lo que en el presente proyecto no solo se hicieron entrevistas, sino también se realizaron otros tipos de contactos informales, así como visitas, las cuales en conjunto nos dieron información para cumplir con los objetivos establecidos.

El análisis del discurso es importante en las ciencias sociales como mencionó Santander (2011) quien dice que es útil leer los discursos ya que a la vez leemos la realidad social, por lo que el lenguaje cumple también con la función de constituir esta realidad social, Gutiérrez (2015) apoyó esta idea y sugiere que el análisis del discurso que se debe de utilizar cuando se investiga algún tema relacionado con los procesos migratorios es el análisis que va enfocado en identificar los diferentes usos del lenguaje en la construcción del mismo y las representaciones sociales.

Dentro de los diferentes tipos de análisis del discurso existe el análisis crítico del discurso, el cual es aplicado cuando se pretende hacer un análisis como mencionaron Wodac y Meyer (2003) que abre la ventana a ciertos problemas sociales donde se encuentran diferentes tipos de discurso dependiendo del grupo que perciba el fenómeno, se trata de visualizar el discurso con una mirada crítica. Otro punto considerado importante para el análisis crítico del discurso (ACD) es el que mencionó Van-Dijk (2003) se centra en problemas sociales y toma seriamente para el análisis las expresiones y percepciones de los miembros del grupo, dentro del ACD según el mismo autor debe de tomar en cuenta tres esferas importantes al momento de la interpretación y son el lenguaje, la sociedad y la cognición (dentro de esta última se toma en cuenta la cognición social y la cognición personal) es decir, que no solo se analiza la información recabada en entrevistas a profundidad como una percepción personal, si no se va complementando en el proceso una lógica social la cual es complementada y reforzada con otras técnicas como es el caso de este proyecto, donde se tomaron en cuenta el lenguaje escrito, el verbal y aspectos como sentimientos, situaciones culturales, sociales, entre otras.

La estructura que se lleva a lo largo del análisis del discurso Gutiérrez (2015) sugirió que antes de empezar con el procedimiento de análisis se establezca el “corpus de estudio” que hace referencia a la selección de los discursos que fueron emitidos por los locutores y que son de utilidad para nuestro estudio, todos deben en general de obedecer a los objetivos del estudio, por lo que dentro de esta investigación también se eligieron ciertos ejes temáticos que obedecieron a explorar algunos aspectos de la salud sexual, los cuales se fueron delimitando y clarificando más a medida que avanzó dicho proceso de investigación, lo cual mencionó también Van-Dijk (2005) se hace dentro del ACD una selección o reducción de información con la finalidad de escoger aquella que sea relevante para el proyecto, sin embargo, aunque no existan discursos claros de la temática que se quiera ver en el discurso, el ACD siempre va más allá seleccionando aquellos discursos que nos muestran las creencias sociales que comparten los habitantes de una comunidad sobre un fenómeno en particular.

Con la finalidad de realizar el análisis, se transcribieron las entrevistas para poder organizar las respuestas obtenidas. Gil y García (1999) señalaron que una de las tareas principales que se hace en el análisis de datos cualitativos es la reducción de datos, con la finalidad de manejarlos de mejor manera debido a que generalmente se obtiene mucho material de análisis y esto se logra principalmente por medio de la categorización, es por ello que se identificaron y nombraron las categorías y subcategorías que surgieron a partir de la información recabada, el cual ha sido un proceso de análisis de ida y vuelta ya que en varias ocasiones se han reorganizado y modificado los nombres así como la organización de los discursos ya que los elementos están muy ligados unos con otros. Se dividieron las primeras 7 categorías y sus respectivas subcategorías tomando en cuenta solamente los discursos de los migrantes y de las mujeres parejas de migrantes, debido a que son los que nos compartieron su percepción de acuerdo a su propia experiencia; en las siguientes 3 categorías y subcategorías con el personal del área de salud de la comunidad, se reforzó la información de algunos elementos con los informantes clave con los que se tuvieron entrevistas informales y la observación participante redactada en los diarios de campo del cual se realizó igualmente una reducción de datos que sirvieron para conocer más el contexto de la comunidad, las categorías y subcategorías establecidas de las entrevistas a profundidad se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.

Cuadro de categorías, subcategorías y sus definiciones incluyendo a los participantes migrantes y a las mujeres parejas de migrantes

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. Percepciones, información y uso del condón en personas con experiencia migratoria (PIUC)	Expresiones de los y las participantes sobre su forma de ver, pensar o sentir sobre el condón, así como la información que tienen de él y su uso en las prácticas sexuales.	1a. Percepción e información sobre el uso del condón (PIC-PIUC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a su forma de ver, pensar o sentir sobre el condón, así como la información que han recibido o saben de él.

		1b. Uso del condón y la experiencia migratoria (UC-PIUC)	Expresiones que hacen referencia a las condiciones en las que ellos y ellas consideran que deben de usar condón, y cuales están relacionadas con la dinámica de la migración siendo migrante o una mujer pareja de migrante.
2. La sexualidad en la familia y la comunidad, y la dificultad para hablar sobre ella (SFCD)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a la manera en la que se aborda o reciben la información sobre temas de sexualidad en la familia o la comunidad	2a. Formas en las que se maneja el tema de la sexualidad en la comunidad (TSC-TSFCD)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a la manera en que se han manejado los temas de la sexualidad, ya sea en la familia o en la comunidad.
		2b. Dificultad para hablar de sexualidad (DHS-TSFCD)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia de obstáculos o complicaciones para hablar de manera clara sobre temas relativos a la sexualidad ya sea en ellos o ellas mismas o con la familia.
3. Programas de salud sexual comunitarios en Charo (PSSC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a la percepción que tienen sobre los programas de salud sexual que existen en la comunidad y cuáles serían las recomendaciones que se deberían de implementar para mejorar dichos programas.	3a. Percepción de los programas de salud sexual (PPSS-PSSC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a lo que han escuchado o saben de programas en la comunidad que estén enfocados a la salud sexual.
		3b. Recomendaciones para implementar en los programas de salud sexual comunitarios (RPSS-PSSC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las recomendaciones que ellos y ellas consideran se deberían de implementar para mejorar los programas

			de salud sexual en la comunidad de Charo
4. Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado en personas con experiencia migratoria (PSRC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia tanto a las prácticas sexuales que consideran de riesgo, como las prácticas sexuales de cuidado relacionadas con su experiencia migratoria.	4a. Prácticas sexuales de riesgo (PSRM-PSRC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las prácticas sexuales que consideran de riesgo para su salud y como posibilidad de contraer una “enfermedad” ya sea cuando se da el proceso de la migración o al regreso a su lugar de origen.
		4b. Prácticas sexuales de cuidado (PSCM-PSRC)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las acciones que toman para cuidar su salud sexual en las prácticas sexuales que mantienen con sus parejas que son migrantes o en el caso de los mismos migrantes al estar en otro lugar sin su pareja.
5. Percepción de salud sexual e información sobre ITS en personas con experiencia migratoria (PSSITS)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a la forma en la que ellos ven la salud sexual a lo largo de su experiencia migratoria y qué información han escuchado de las ITS	5a. Percepción de salud sexual (PSS- PSSITS)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a aspectos que ellos y ellas consideran que pueden ser un riesgo o un aspecto protector para su salud y la dinámica de pareja dentro de su sexualidad, las cuales pueden estar relacionados o no a la experiencia de migración.
		5b. Información de ITS	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a lo que han escuchado sobre qué son las infecciones de

		(IITS- PSSITS)	transmisión sexual o sobre las enfermedades que se contagian sexualmente, así como las consecuencias que éstas pueden tener en la salud.
6. Aprendizajes de género y la relación con la salud sexual en la comunidad (AGCSS)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a su percepción de las cosas que les toca experimentar por ser “hombres o mujeres” y cómo esta condición está relacionada con la salud sexual.	6a. Aprendizajes de género en la comunidad (AG-AGCSS)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las experiencias que ellos y ellas mencionan que han vivido relacionadas al género.
		6b. Aprendizajes de género y la salud sexual en la comunidad (AGSS-AGCSS)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las condiciones de ser hombre o de ser mujer en el plano de la salud sexual.
7. Percepción del vínculo afectivo con la pareja y el placer sexual en relación con la experiencia migratoria (PPSM)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las sensaciones corporales placenteras relacionadas a la sexualidad o a su cuerpo y cómo se ven modificadas en el proceso de la experiencia migratoria.	7a. Vínculo afectivo con la pareja en la experiencia migratoria (VAPM-PPSM)	Expresiones de los y las participantes haciendo referencia a las experiencias que trajo la experiencia migratoria en torno al vínculo afectivo que mantienen con su pareja.
		7b. Percepción del papel del placer en la sexualidad (CPS-PPSM)	Expresiones de las y los participantes en torno a el papel de las experiencias de disfrute en la pareja, especialmente en el ámbito de la sexualidad.
		7c. El placer sexual y la experiencia migratoria (PSM-PPSM)	Expresiones de los y las participantes en torno a experiencias de disfrute en el ámbito de la sexualidad cuando se tiene la experiencia migratoria ya sea siendo pareja de migrante o migrante.

La tabla 3 muestra las categorías y subcategorías obtenidas de las entrevistas con personas con experiencia migratoria.

Con la finalidad de tener un panorama más integral, otro aspecto que se considera relevante para lograr la salud sexual son los programas comunitarios y dentro de ellos el personal de salud que labora en ellos juega un papel importante, ya que como informantes clave brindaron un panorama general de la comunidad en relación a los elementos de interés de esta investigación, es por ello que se muestran las siguientes categorías y subcategorías obtenidas de la información recabada por medio de las entrevistas a profundidad en la siguiente tabla 4.

Tabla 4.

Categorías de elementos de la salud sexual y programas comunitarios del personal de salud

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN
8. Percepción del personal de salud sobre algunos elementos de la salud sexual y migración (PSSM)	Expresiones del personal de salud sobre su percepción acerca de algunos elementos importantes de la salud sexual como el uso del condón, las infecciones de transmisión sexual y el papel del placer sexual, así como la relación con la experiencia migratoria de algunas personas.	8ª. Uso del condón en la comunidad (PSSM-UC)	Expresiones del personal de salud de la manera en la que ellos perciben que es visto el condón, si es aceptado y es usado por los habitantes de la comunidad
		8b. Infecciones de transmisión sexual en personas con experiencia migratoria (PSSM-ITSM)	Expresiones del personal en cuanto a su percepción sobre la relación que existe entre la experiencia migratoria de algunas personas y su relación con la salud sexual.
		8c. El papel del placer sexual en la comunidad (PSSM-PC)	Expresiones del personal de salud de la percepción del papel que tiene el placer en el ámbito sexual de los habitantes y como está relacionado con aspectos

			como el género, la parte sentimental y la salud sexual.
9. Percepción de la influencia de los aprendizajes de género en el control del cuerpo de las mujeres y la asistencia a los programas de salud sexual (PGPSS)	Expresiones del personal de salud de cómo es que los aprendizajes de género influyen tanto en el control del cuerpo de las mujeres como una limitante del acceso a los servicios de salud, así como la asistencia de la comunidad en general a los programas y campañas de salud sexual que hay en la comunidad	9ª. El “machismo” o la ideología patriarcal sobre el control del cuerpo de las mujeres (MCC-PGPSS)	Expresiones del personal de salud de cómo el “machismo” o la ideología patriarcal influyen en la comunidad para que las mujeres no tengan completamente una autonomía de su cuerpo y por lo tanto no puedan acceder más fácilmente a una salud sexual.
		9b. Los aprendizajes de género como factores que inciden en la asistencia a los programas de salud sexual en la comunidad (PSSC-PGPSS)	Expresiones del personal de salud sobre su percepción de cómo influye el género en la asistencia a los programas o consultas de salud sexual, de acuerdo a su experiencia en esta área.
10. Programas de salud sexual en la comunidad y recomendaciones para mejorar su implementación (PSSCR)	Expresiones del personal de salud haciendo referencia a las características generales de los programas de salud sexual comunitarios, así como recomendaciones para mejorar estos programas tomando en cuenta aspectos	10ª. Programas de salud sexual en la comunidad (PCSS-PSSCR)	Expresiones del personal de salud que hacen referencia a la percepción a las características de algunos programas o campañas establecidas en la comunidad sobre salud sexual, así como la influencia de aspectos culturales de la comunidad en la aceptación de dichos programas.

	culturales de la comunidad.	10b. Programa prospera (PP-PSSCR)	Expresiones del personal de salud referentes a recomendaciones que deberían de tomarse en cuenta para la mejora de los programas de salud sexual en la comunidad, tomando en cuenta su experiencia y elementos que ellos y ellas consideran importante en esta comunidad.
		10c. Recomendaciones para implementación en programas de salud sexual de la comunidad (RPSS-PSSCR)	Expresiones de los y las participantes sobre las ideas que ellos y ellas consideran elementos importantes para que los programas de salud sexual comunitarios tengan buena respuesta de la comunidad.

La tabla 4 muestra las categorías y subcategorías obtenidas de las entrevistas con el personal del área de la salud que labora en la comunidad.

4.6. Consideraciones éticas

Desde el momento de la inserción al campo con ayuda de la portera y una de las informante clave, así como al hacer contacto con algunos y algunas de las participantes se les platicó el objetivo de la investigación, a las personas que se les aplicaron entrevistas a profundidad, se les brindó un consentimiento informado (véase apéndice #II) el cual fue diseñado de acuerdo con el Código Ético del psicólogo (2010) y que se leyó junto con ellos para asegurarse de que quedó clarificado cada punto, en cuanto a la grabación se les reiteró que en cualquier momento podían parar la grabación, de igual manera que se hace solamente con la finalidad de tener un registro de la totalidad de la información que nos proporcionen.

En los recorridos que se hicieron por las calles de la comunidad se toman fotografías cuidando en todo momento que no sean visibles las y los habitantes, por otro lado, basado en la Ley de información estadística y Geográfica art. 38 (2008),

se garantiza a los y las participantes que la información recabada será usada solamente con fines investigativos y sus datos serán manejados de manera anónima.

Con el compromiso ético de darle una retribución a la comunidad por la realización del estudio, se ha brindado la información a los y las habitantes de la comunidad, así como condones de manera gratuita, a las personas que fueron agentes de promoción de servicios de salud sexual, se les vinculó con las instituciones a donde se pueden referir a los y las habitantes para cuestiones relacionadas con la salud sexual para servicios gratuitos (uno de los beneficios de este vínculo fue una capacitación en Ciudad de México todo pagado por parte de la asociación para un médico de la comunidad sobre NOM 046 y salud sexual).

CAPÍTULO V. HALLAZGOS

5.1. Salud sexual en la comunidad

En el área de salud, la comunidad cuenta actualmente con un centro de salud donde atienden infecciones respiratorias, salud bucal, orientación en temas de violencia y salud reproductiva, planificación familiar, atención del embarazo, parto y puerperio y algunos otros relacionados a atención primaria. La comunidad cuenta también con 10 consultorios y una clínica del ámbito privado. Ambos, trabajadores y trabajadoras del centro de salud manifiestan que la mayor afluencia a consultas médicas es en rangos de edad anteriores a la adolescencia y de 45 años en adelante, es decir, en el periodo de edad reproductiva. Comúnmente asisten por cuestiones de salud reproductiva al departamento de Planificación Familiar (PF), cuenta con una pequeña sala de espera donde se ve un mayor número de personas que van por las mañanas, mayormente mujeres que van con sus hijos pequeños por cuestiones de consultas médicas y vacunas.

Por medio de las entrevistas a profundidad el personal de salud manifiesta que los y las habitantes no muestran preocupación por la salud sexual en específico, más bien, la relacionan en mayor medida con la salud reproductiva, sin embargo, por lo general, las personas que van a consultas son porque requieren atención sobre algún método de anticoncepción. El personal plantea que es una buena oportunidad para abordar este tema con las usuarias que son las que más comúnmente asisten a consulta, algo importante que mencionaron los y las participantes, es que las mujeres que son las que acuden generalmente, aun estando en consulta tienen algunas reservas para realizarse ciertas pruebas de detección, por ejemplo, el Papanicolau para detección de Cáncer Cervicouterino (CaCu), es más fácil que se realicen la mastografía.

Tanto personal de salud como algunos habitantes de la comunidad coinciden en que el machismo es muy marcado en la comunidad lo cual está directamente ligado con la situación de salud sexual, por un lado, en el centro de salud manifiestan

que en general los hombres muy raramente asisten a consulta y muchos menos en temas relacionados con la salud sexual. De igual manera, es visto que algunos hombres controlen demasiado el acceso a la salud sexual de sus parejas mujeres debido a que incluso piden entrar a consulta con ellas en revisiones para ver “qué les hacen”, sin embargo, en algunas cuestiones se muestran abiertos, aunque esto no es una generalidad pues, las estrategias que se han ido empleando en la población para abordar temas de salud sexual están siendo cada vez más aceptadas por la comunidad. En las diferentes visitas que se realizaron al centro de salud efectivamente se percibe que hay muy poca afluencia de hombres, los que se visualizan en la clínica son ya de edades mayores; cabe aclarar que el personal médico se muestra muy amable con las personas que acuden a cualquier tipo de consulta. Este aspecto se complementa con la estrategia que se empleó de poner módulos de distribución gratuita de condones, la cual fue aceptada en su totalidad. A las personas a las que se les entregaron los condones, se les daba una pequeña relatoría de por qué se estaban realizando estos módulos mencionando la importancia de la salud sexual, la mayoría de personas que se acercaron cuando se pusieron estos módulos manifestaban la idea y la inquietud de que sería bueno tener actividades que brindaran información sobre salud sexual, en especial a sus hijos que eran adolescentes.

En cuanto al uso del condón, primeramente, el centro de salud es el único lugar donde algunos habitantes refieren saber que pueden acudir para recibir condones gratuitos, esto lo mencionan tanto en las entrevistas que se realizaron, como en la observación y en la interacción que se tuvo con los habitantes al entregarles condones, sin embargo, distintas personas del área de la salud que laboran ahí, nos mencionan que tienen poco insumo por parte de la Secretaría de Salud debido a que les mandan pocas cantidades, de hecho, hay ocasiones en las que no tienen. Cuando hay condones en existencia el personal refiere que ponen una pecera en recepción para que cada quien pueda tomar los que gusten, ellos lo han denominado “la pecera del amor” la cual se termina rápidamente cuando esta se llena.

Imagen 2: Recepción del Centro de Salud de Charo,



Fuente: Elaboración propia, 2019

Otra estrategia que se empleó durante la primera etapa del proyecto es que se instaló un módulo muy cerca de la plaza principal en una de las calles con mayor afluencia de personas de la comunidad, esto se realizó durante varias semanas y el acercamiento a los habitantes fue obsequiarles condones de manera gratuita pidiéndoles su autorización para conversar con ellos sobre salud sexual y se observó que la mayoría de personas a las que se abordó mostraban disposición para escuchar el pequeño promocional sobre salud sexual y uso del condón que se hacía. Algunas personas manifestaban que era muy necesario, otros solo escuchaban y algunos más hacían algunas preguntas, el aspecto que se manifestó de común interés es que consideraban necesaria la información para los y las adolescentes.

Tanto en las entrevistas con informantes clave como la observación e interacción que se hizo con algunos habitantes, se observó que el tema de salud sexual no es algo que se hable con naturalidad, sin embargo, no significa que no se perciban problemáticas relacionadas a esto, ya que, manifiestan que hay

situaciones como embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y lo que ellos y ellas mencionan como “promiscuidad” que hace referencia a que las personas tienen varias parejas sexuales, ya sea casadas o solteras, por lo que mencionan la necesidad de programas de salud sexual, pero ellos mismos asumen que no tan fácil habría respuesta por parte de ellos y ellas.

Otro aspecto importante son las festividades en el pueblo que, aunque se rigen mayormente por el aspecto religioso, los y las habitantes mencionan que están relacionadas en ocasiones con los comportamientos sexuales principalmente de los y las jóvenes, debido a que mayormente en el “carnaval” que es una de las mayores celebraciones de la población también se observan conductas de riesgo relacionadas a la sexualidad y al consumo de alcohol.

En cuestión de programas de salud sexual en la comunidad se manejan varias versiones, por un lado, por parte del personal médico tanto público como particular se manifiesta que existen programas o campañas de salud sexual, de pruebas de detección como Papanicolau y mastografías, sin embargo, la población por lo general no acude, no es fácil que responda a las convocatorias que se realizan y mucho menos los hombres, debido a las ideas de “machismo” que tiene algunos habitantes de la comunidad. Por otro lado, los y las habitantes manifiestan escuchar poco de programas sobre salud sexual, solamente mencionan el programa llamado “Prospera” que tiene la limitación primeramente de que formó parte de los programas de gobierno del sexenio pasado por lo que a partir del 2018 ya no existe y también que no todos tenían acceso a dicho programa (los elementos de este apartado se pueden corroborar en el apéndice # 5 de las entrevistas que se hicieron a los informantes clave entre ellos personal de salud y los diarios de campo)

5.2. Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas a los y las participantes (hombres migrantes, mujeres parejas de migrantes 1-7 y personal del área de salud 8-10)

Categoría 1: Percepciones, información y uso del condón en personas con experiencia migratoria (PIUC)

1a Percepciones e información sobre el uso del condón (PIC-PIUC)

La percepción e información que se tiene del uso del condón en migrantes y parejas de migrantes que en este estudio son adultos que fueron migrantes años atrás, está relacionado con varios factores como la confianza con la pareja, el género, la creencia de que es un método que debe de usarse solamente fuera del matrimonio, incluso se menciona “el pecado” como único motivo para pensar en la posibilidad de su uso, en relaciones sexuales que posiblemente sostienen los migrantes al estar en Estado Unidos. También se encontró la percepción de que el tener acceso a él puede propiciar que las personas más fácilmente tengan relaciones sexuales ya que piensan que usándolos no les pasará nada. La información que se tiene acerca del uso del condón hace que lo conozcan, que sepan a grandes rasgos para qué sirve y donde pueden conseguirlos, sin embargo, no es visto como un método de uso permanente o necesario, sobre todo si se tiene una pareja estable. La disminución del placer al usarlo también es un elemento que ellos y ellas manifiestan como un factor para que las personas no lo usen aun sabiendo que es un método que los protege de “enfermedades”.

Uno los escucha y los ve en el centro de salud, a uno le dicen que lo debe de usar porque son buenos para la salud (Bl-mujer pareja de migrante).

Lo que yo he escuchado es que la mayoría de la gente no lo usa porque pues, no porque no sirva o no sepan, sino porque no les gusta usarlo (Jo, hombre migrante).

El día que yo traiga un condón en la cartera es porque voy a pecar con otra persona que no sea mi esposa (Ar, hombre migrante).

1b Uso del condón y la experiencia migratoria (UC-PIUC)

En cuanto a su uso concretamente los y las participantes mostraron que es mayormente visto como un método de salud reproductiva, por lo que si llegan a usarlo con su pareja estable es para no tener hijos, solo un caso manifiesta usarlo para prevención de ITS y la pareja mostró molestia al pedirlo, lo que refuerza la percepción que ellos y ellas manifiestan al relacionar el uso del condón solo con ciertas prácticas que consideran de riesgo y que son percibidas como las que se tienen fuera del matrimonio o de la casa. La disminución del placer al usar el condón es un elemento que surge en el 50% de los testimonios por lo que, aunque no se manifieste abiertamente es un factor importante a la hora de decidir usar o no usar el condón.

Pues yo lo hacía, aunque no le gustaba nada y se enojaba, que - ¿cómo me voy a poner esto?, ¡qué pues eres mi pareja cómo me lo voy a poner (An, mujer pareja de migrante).

Yo con mi esposo pues como no le tengo desconfianza pues no, no lo uso... bueno un tiempo si lo usé para cuidarme pues, para no quedar embarazada (Bl-mujer pareja de migrante).

Pues ni mi esposa ni yo hemos pensado en usar condón, aunque yo regrese de allá, porque pues ella me tiene confianza y yo se la tengo a ella verdad (Ar, hombre migrante).

Categoría 2: La sexualidad en la familia y la comunidad, y la dificultad de hablar sobre ella (SFCD)

2a. Formas en las que se maneja el tema de la sexualidad en la comunidad (TSC-TSFC)

Se encontró que actualmente el manejo de la sexualidad en la comunidad ha sido un poco más abierto que en épocas anteriores, sin embargo, la totalidad de los y las participantes mostraron que aún no se logra que se hable abiertamente de todos los elementos que ellos consideran importantes en estos temas, en especial para la comunidad adolescente. Manifiestan que afortunadamente la comunidad cuenta con un programa que aborda algunos elementos de la sexualidad en las

escuelas con sus hijos e hijas, sin embargo, la comunidad, aunque menciona que es necesario no lo consideran aún una prioridad para sus necesidades. Esta poca familiarización de los temas, se manifiesta por medio de poca claridad en la información, algo que es importante resaltar es que las mujeres son las que mayormente muestran esta preocupación por enfrentarse a tener que hablar con los hijos o hijas, ya que, esto no lo mencionan los hombres lo cual nos puede dar cuenta de los roles recaídos en la mujer como la responsabilidad de la educación de los hijos e hijas.

Pues uno por lo que escucha cuando está allá y unos se meten con otras pues, hay unos que, si usan eso del condón, pero hay otros que yo creo que no, porque luego andan enfermos (Ar, hombre migrante).

Muchas veces los papás preferimos callarnos la boca y no hablar las cosas claras, desgraciadamente mucha juventud experimenta ¿por qué? porque no sabe, entonces sabes que si quieres tener relaciones puedes tenerlas... desgraciadamente aquí en este pueblito la situación es diferente, porque uno no habla, lo único es que, si vas al centro de salud o con algún doctor, pero ni vamos (Ma, mujer pareja de migrante).

2b. Dificultad para hablar de sexualidad (DHS-SFCD)

La mayoría de los y las participantes manifestaron tener la dificultad para hablar de sexualidad dentro de la comunidad, pero sobre todo en la familia. Por una parte, en la comunidad no es algo que se escuche hablar en las calles o incluso entre los jóvenes con claridad, sin embargo, los y las participantes coinciden en que, si hay conductas que muestran la relación con esta esfera en las personas, por ejemplo, manifiestan que existen muchos embarazos a temprana edad. Existe un interés por querer tocar estos temas principalmente con los hijos e hijas con la finalidad de darles la información para su toma de decisiones, por otro lado, dar respuesta a las inquietudes que ellos y ellas manifiestan sobre todo cuando entran a la pubertad. En cuanto a la pareja manifiestan que tienen a veces estas conversaciones cuando hay la necesidad de hablarlo, pero no es algo en lo que se profundiza.

Muy complicado porque se imagina la de 10 años pregunta, ma. ¿Qué? Y el condón ¿Dónde se pone? Entonces, así como que ¡Chispas! Y ahí que le digo no ps se pone en el [...] ellos le dicen el pajarito (Ma, Mujer pareja de migrante).

Antes existía el tabú de los papás... todavía pues lo es, pero antes se veía con otros ojos, no se hablaba nada de esos temas (An, Mujer pareja de migrante).

Luego como que nos da pues pena hablar con ellos, hablar con la familia y hablar de estas cosas (Bl, mujer pareja de migrante).

Categoría 3. Programas de salud sexual comunitarios en Charo (PSSC)

3a. Percepción de los programas de salud sexual (PPSS)

Los y las participantes manifestaron que existen programas que han escuchado del centro de salud que son los que llevan también a las escuelas para darles estos temas a sus hijos, sin embargo, ellos y ellas no acuden normalmente cuando han escuchado de algunas pláticas o talleres relacionados con la salud sexual, ya que en ocasiones se centran en sacar adelante otro tipo de necesidades. Otro aspecto importante que se encontró es que sabían de la existencia de programas de salud sexual, sin embargo, son para personas que pertenecen a un programa llamado “Prospera” pero al no ser parte de este programa ellos y ellas asumen que no tienen que ir a esas actividades. En cuanto a programas específicamente de salud sexual en migrantes, se desconoce en la comunidad y no se han escuchado de actividades dirigidas a ellos o a sus parejas.

Pues sí, en el centro de salud si hay, lo que tienen es que antes les daban eso de dicho “Progresas” pues les hablan para decirles que se hagan su mastografía, puede también el papanicolado (textual)...les dan talleres para hablar de eso pues, pero como yo nunca me dieron “Progresas” pues yo no he hecho nada de eso (Bl, mujer pareja de migrante).

Programas si hay y conscientes si estamos, pero yo creo que lo que falta ahí es disponibilidad de la gente. Yo creo para acercarse al centro de salud, eso es lo que a veces no hay, le

digo por miedo, por vergüenza, o por lo que usted quiera la gente a veces no acude (Jo, hombre migrante).

3b. Recomendaciones para implementar en los programas de salud sexual comunitarios (RPSS-PSSC)

Los y las participantes manifestaron que los programas de salud sexual que se implementan deben ir enfocados a tomar en cuenta aspectos que hagan sentir cómodos a los y las personas que escuchen la información, por ejemplo, en horarios que no intervengan con sus trabajos ya que por esa razón a veces no acuden, también se encontró que ellas mencionan que tal vez funcionaria que fuera un ambiente como de charla con elementos que lo hagan agradable como un café o que se realizarán en otros lugares más comunes como la casa de alguien, no necesariamente en la clínica ya que la mayoría de las personas sólo acude cuando tienen que ir a consultas. Otro punto importante en la percepción de los y las participantes es que primero se debe sensibilizar a la población sobre la importancia de acudir a los servicios de chequeo y rutina de salud sexual.

Si, así eso sí, que brindarás una conferencia si, bien bonita, hasta con café porque le sabe a uno diferente, ¿no? ósea son cositas así pequeñitas que a lo mejor vas a decir ¿ahh eso qué...te empapas de un tema que dices hay está interesantísimo este tema, que no quieres que se acabe (An, mujer pareja de migrante).

Pues primero que nada sería yo creo tener un trato más directo con un psicólogo o con una psicóloga, donde puedan obtener ayuda para tener ese valor de acercarse y hacerse los chequeos de rutina (Jo, hombre migrante).

Categoría 4. Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado en personas con experiencia migratoria (PSRC)

4a. Prácticas sexuales de riesgo (PSRM-PSRC)

En cuanto a la percepción tanto de las prácticas sexuales de riesgo y de cuidado, se mostró una coincidencia en los testimonios, la experiencia migratoria

los y las pone en circunstancias particulares que consideran de riesgo, existe la conciencia de la posibilidad de que las parejas al estar en otro lugar sostienen relaciones sexuales con otras personas, lo cual es visto como un riesgo no solo para las parejas que se quedan si no para los mismos migrantes, sin embargo, no hay una claridad de cuáles son específicamente los riesgos de la salud, la información de los cuidados que se debe tener son más relacionados con lo que escuchan de otras personas que han vivido la misma experiencia que ellos o ellas. En ocasiones, aunque exista una duda del riesgo de algunas prácticas sexuales, terminan por llevarlas a cabo o escuchan que otras personas las llevan a cabo.

Pues uno cuando está allá si hay cosas que hacen que uno se arriesgue...ahí donde vivíamos muchos en una sola casa al lado vivía una "pocha" (nacida allá de padres latinos) que se había metido y pasó por los 17 que vivíamos ahí, ¿usted cree que eso no es un riesgo? Yo ni loco me meto con esa mujer, pero otros sí (Ar, hombre migrante, cuando está fuera de México).

Porque pues llegan con otras ideas y ahora, si como dicen, "con otras mañas" y entonces es cuando dices -Ah caray ¿pues ahí qué pasó?- Y pues a uno le entra la duda que hasta no vayan a traer algo, algo pues como una enfermedad (Ma, mujer pareja de migrante, ante el regreso del esposo).

4b. Prácticas sexuales de cuidado (PSCM-PSRC)

Los y las participantes manifestaron como prácticas de cuidado principalmente la abstinencia de tener relaciones con otras personas que ellos y ellas consideran de riesgo, es decir, evitar las relaciones sexuales con alguien que no sea su pareja permanente ya que ellos y ellas perciben a una persona que no conoce bien como una práctica sexual de mayor riesgo. El uso del condón se mencionó muy poco, sin embargo, quien mencionó su uso lo hizo haciendo referencia a la práctica de cuidado que tiene al regresar la pareja de Estados Unidos.

Pues yo realmente no me metí con nadie porque pues uno de hombre no se aguanta, pero de todos modos hay otras maneras, porque pues a mí sí me da miedo que me peguen algo por allá (Ar, hombre migrante).

Llegaba y uno decía bueno pues un condón y yo era de la idea de que en el tiempo que llegaba pues vamos a hacer la prueba...y ya vemos...si no no...porque uno escucha del SIDA y si le da miedo a uno (Ma, mujer pareja de migrante haciendo referencia a pedir el uso del condón y la prueba de VIH cuando la pareja regresaba de EE.UU.).

Categoría 5. Percepción de salud sexual e información sobre ITS en personas con experiencia migratoria (PSSITS)

5a. Percepción de salud sexual (PSS- PSSITS)

La percepción en general que las y los participantes tienen sobre salud sexual y las prácticas sexuales de riesgo y de cuidado están estrechamente relacionadas con la información sobre ITS que se tiene. Existe la noción que hay enfermedades que se transmiten por vía sexual, pero no necesariamente es así, como es el caso de los síntomas, así como sobre qué pruebas hay que realizarse y dónde.

La salud sexual se confunde con la salud reproductiva ya que la razón por la que mayormente acuden al centro de salud es solamente a consulta para cuidarse de no embarazarse. Por otro lado, la experiencia migratoria está estrechamente relacionada con la percepción de salud sexual que se tiene ya que se considera que debido a algunas circunstancias que se presentan por ser migrantes o mujeres parejas de migrantes consideran ellos y ellas que los ponen en una situación de riesgo.

La migración si tiene mucho que ver porque pues es mucho tiempo el que uno se va y está uno sin pareja y si no tiene uno los cuidados suficientes pues si puede infectarse de algo (Jo, hombre migrante haciendo referencia al uso del condón).

Yo creo que sí, yo digo que andan por allá libres y no sabemos...no se sabe porque pues andan por allá mucho tiempo solos...una cosa es que tengas aquí tu pareja estable y otra cosa que ya te vayas a relacionar con otras parejas allá... sí, si es un riesgo porque ahora si como dicen van para allá, se les pega algo, vienen para acá y es lo mismo, entonces va a ser un contagiadero de nunca acabar, si es un riesgo, eso de la migración, mucho (Bl, mujer pareja de migrante).

5b. Información de ITS (IITS-PRITS)

En cuanto a la información que tienen sobre infecciones de transmisión sexual, se encontró en los y las participantes que se tiene la información; que hay ciertas enfermedades que se contraen por tener contactos sexuales de riesgo, sin embargo, no se tiene claridad en cuáles son específicamente los síntomas, los diferentes tipos de infecciones, los otros modos de contagio, así como los beneficios de las pruebas de diagnóstico. Otro factor que influye para que no se tenga acceso a la información más clara y científica sobre las infecciones de transmisión sexual es la vergüenza que existe aún en algunas personas para preguntar abiertamente sobre este aspecto que es parte fundamental de la salud sexual.

De repente me dice la doctora, no pues ¿sabe qué? que tiene una enfermedad vaginal... Pero también la Dra. no se explicó, no nos dijo: a veces las Infecciones, no solamente son por contagio, no tienen que ver con la pareja. A veces se agarran en un baño público (An, mujer pareja de migrante cuando el hombre regresa).

Pues mira por esta parte, pues algunas partes, o sea no le voy a decir que conozco todo, algunas partes nada más en los folletitos que luego te entregan (Ma, mujer pareja de migrante)

Pues se habla de sexualidad muy en secreto, pero si se habla, por ejemplo, a veces uno se da cuenta que alguien tiene una enfermedad, que porque, que donde la obtuvo... una es falta de información aquí o por vergüenza o por lo que usted quiera que si tiene algún síntoma no se checan (Jo, hombre migrante).

Categoría 6. Aprendizajes de género y la relación con salud sexual en la comunidad (AGCSS)

6a. Aprendizajes de género en la comunidad (AG-AGCSS)

En este rubro resultó evidente las experiencias de las y los participantes se ven atravesadas por los aprendizajes que tienen de género, el cual marca las experiencias que les toca vivir por ser hombres o por ser mujeres, de qué manera fueron criadas y criados, así como también las percepciones que tienen acerca de cómo los roles establecidos a lo que debe de hacer un hombre o una mujer están ligados, por ejemplo, a procurar cuidar el matrimonio o la familia.

Ya nos estamos emparejando porque se ve cada cosa ahora que hacen las mujeres que por eso no duran los matrimonios... le digo mamá, pero cómo es posible que tu aguantaste, pues a fin de cuentas es mujer y entonces pues así está acostumbrada mi madre así nos criaron (An, mujer pareja de migrante).

Él me dijo -yo no quiero que trabajes-, nunca me dejó trabajar ya cuando nos casamos, entonces pues yo no trabajo hasta el día de hoy (Ro, mujer pareja de migrante).

6b. Aprendizajes de género y la salud sexual en la comunidad (AGSS-AGCSS)

Los aprendizajes de género resaltaron principalmente en la relación que hay con la experiencia migratoria y con la salud sexual, aunque la salud reproductiva es un punto diferente, por estos mismos aprendizajes de género aquí resultaron dos conceptos difíciles de separar primero ya que se encontró muy evidente la responsabilidad que se le da a las mujeres de la crianza de los y las hijas, la cual las mismas mujeres la ven como una situación diferente a la que los hombres tienen al estar “libres” en otro lugar y es percibido como una facilidad para tener relaciones sexuales con otras personas en EE. UU. “El machismo” como ellas mencionan puede marcar la pauta para el control de algunas prácticas sexuales que hacen que

se tenga la limitante de poder gozar de elementos que propician la salud sexual como el uso del condón.

Pues uno acá que se queda con los niños no es tan fácil más porque uno quiere esperar siempre al marido y ellos pues allá andan solos, uno no sabe lo que hacen (Ro, mujer pareja de migrante haciendo referencia poder tener otras relaciones).

Pues por lo mismo que le digo que los hombres son muy machistas como le digo, ellos quieren así y ya, sin ponerse nada (BI, mujer pareja de migrante haciendo referencia al uso del condón).

Categoría 7. Percepción del vínculo afectivo con la pareja y el placer sexual en relación con la experiencia migratoria (PPSM)

7a. Vínculo afectivo con la pareja en la experiencia migratoria (VAPM-PPSM)

El vínculo afectivo es un aspecto importante que resultó del testimonio de los participantes ya que en su totalidad manifestaron que se ve afectado con la experiencia migratoria, sin embargo, la percepción sobre esta afectación es más manifestada por las mujeres ya que los hombres tocan en menor medida el aspecto emocional, al mencionar el tema de la pareja y la experiencia de migrar, por lo que esta percepción también se ve influida por los aprendizajes de género. Por otro lado, se relacionó con el placer debido a que el tener un vínculo afectivo fortalecido con la pareja se ve como un medio de experimentar sentimientos placenteros dentro de la relación.

Cuando se fue la primera vez...estábamos recién casados...yo me quedo embarazada y él se va, entonces prácticamente uno se queda, así como de ¿qué voy a hacer yo sola? ¿Qué hago?, entonces pues si te mandaba lo económico que esto y lo otro y dice uno -bueno y va a crecer solito ¿y el papá qué, dónde se quedó?-, entonces se imagina pues es así como que, no sé... se puede decir que cuando se va, pues se extraña de alguna manera a la pareja (Ma, mujer pareja de migrante).

Pues se iba y se quedaba la casa sola, vacía, porque sentía que me faltaba mi viejo por un lado de la cabecera. Sí, yo le

digo -Ay no te vayas, ¿por qué ahora, qué voy a hacer sin ti? (Bl, mujer pareja de migrante).

Pues es una situación muy triste, muy difícil... lo más difícil era que se llegaba la tarde y no llegaba, Ay hasta lo digo y todavía me dan ganas de llorar (se quiebra la voz) ... Pues yo sentía un vacío muy grande, entonces sí me hablaba por teléfono, pero no era lo mismo, un vacío, una soledad sin él (Ro, mujer pareja de migrante).

7b. Percepción del papel del placer en la sexualidad (CPS-PPSM)

En cuanto al placer que se exploró por ser parte de la salud sexual, se pudo observar que tanto hombres como mujeres no hacen mucha referencia al placer al hablar de sus experiencias sexuales. Cuando se les hace la pregunta de si pensaban que el placer era importante las respuestas fueron muy vagas y concretas, las mujeres aceptan que las relaciones sexuales implican un momento de placer o “desestres” en su vida pero no lo ven como algo completamente necesario para estar bien, le dan más importancia a aspectos emocionales, el tener una satisfacción lo relacionan más con el deseo de tener a la parejas cerca de ellas.

Llega un momento en el que dices tú, si es importante porque es como un desestresante, así de un momento, podría ser de esa manera...porque se siente bonito (Ma, mujer pareja de migrante).

Yo tenía depresión, aunque él ya hubiera regresado y el doctor me dijo ¿cómo estás en tu sexualidad? Yo le conté todo y citó a mi esposo y que le dijo: dímelo entre hombres, ¿no amas a tu esposa? porque estás muy joven para que no te den ganas (Ro, mujer pareja de migrante).

7c. El placer sexual y la experiencia migratoria (PSM- PPSM)

En esta subcategoría nuevamente se muestra que en el proceso de la migración la disminución de intensidad del vínculo afectivo en la pareja es lo que puede causar el cambio de las sensaciones placenteras que ellas adjudican al placer sexual, en cambio ellos hacen más referencia al placer físico, al placer sexual al que mencionan incluso como una “necesidad” mientras que las mujeres

mencionan todo lo contrario que es incluso que aunque el placer sexual es algo que se disfruta no es esencial ni les hace falta cuando las parejas hombres migran.

Sí se extrañan los abrazos los besos y de la sexualidad pues yo no sentía mucha necesidad así que dijera de la sexualidad...más como de tenerlo cerca, pero que te vayas al extremo de la sexualidad pues no” (Ro, mujer pareja de migrante cuando el hombre se encuentra fuera de México).

Uno de hombre no se aguanta, pero pues uno hace otras formas, por ejemplo, uno se ayuda con la mano (Ar, hombre migrante cuando se encuentra fuera de México).

Categorías de resultados del personal del área de la salud

Categoría 8: Percepción del personal de salud sobre algunos elementos de salud sexual y migración (PSSM)

8a. Uso del condón en la comunidad (PSSM-UC)

El personal del área de la salud coincidió en que el condón con el tiempo ha sido un método más aceptado que en tiempos anteriores, sin embargo, es visto generalmente para prevenir un embarazo no planeado y las mujeres son las que más se los llevan cuando van a consulta, se mostró que está ligado a la idea de que la mujer es la directamente responsable de las cuestiones de reproductividad. Por otro lado, el centro de salud los da de manera gratuita, sin embargo, en algunas ocasiones tienen desabasto o cuando les distribuyen solo les llega una cantidad que les dura algún par de meses.

Quienes vienen por preservativos son las mujeres, los hombres no vienen... o vienen en la tarde que es cuando ya casi no hay gente...ahorita no tenemos nada de condones (Let, mujer personal de salud).

Sí se los propones tú de esa manera y explicándoles cuáles son los beneficios, sí los llegan a usar (Da, hombre personal de salud).

La gente ya se está abriendo ahorita mucho a usar el condón, y ya no es tanto como antes...pero los usan para no embarazarse (Yun, mujer personal de salud).

8b. Infecciones de Transmisión Sexual en personas con experiencia migratoria (PSSM-ITSM)

En cuestión de la migración no se manifestó una relación entre experiencia migratoria y el uso del condón, pero si entre migración y consultas por infecciones de transmisión sexual, también se ve reflejada en la solicitud de métodos anticonceptivos, los cuales se quieren retirar cuando el esposo migra, sin embargo, se encontró de acuerdo a la percepción del personal de salud que las consultas por infección de transmisión sexual no son algo de lo que se hable abiertamente, incluso cuando se tienen signos y síntomas, mayormente no es el motivo manifiesto de consulta; la asistencia a la consulta es generalmente para solicitar un método y ya estando dentro pueden llegar a solicitar consulta sobre alguna ITS. En cuanto a las pruebas de detección como es el Papanicolau, se encontró que hay cierta resistencia a hacerse las pruebas de manera rutinaria, incluso que es más difícil que se las hagan, a comparación, por ejemplo, de una mastografía para detectar CaMa, según el personal de salud este aspecto sigue estando relacionado a aspectos de aprendizajes de género y control por parte de la pareja.

Si, se ha visto bastantes casos de eso... se va, llega el hombre, a lo mejor por allá se contagió de alguna infección y se la contagia aquí a la mujer (Da, hombre personal de salud).

Atendí a una paciente que el marido le echaba la culpa... era el único hombre con el que había estado toda su vida... se casó con él, se fue a Estados Unidos, regresa, la contagia, de hecho, hay varios casos así (Let, mujer personal de salud).

8c. El papel del placer sexual en la comunidad (PSSM-PC)

Se encontró que el placer en el ámbito sexual es un tema que aún no se habla abiertamente en la comunidad, incluso en la misma familia o con las mismas

amistades, se liga mayormente a cuestiones afectivas, existe la inquietud entre la población joven, y dentro de los programas de salud sexual que hay en la comunidad se ha tratado de abordar, sin embargo, en la población adulta aún no se visualiza como un elemento necesario de la salud sexual. Los aprendizajes de género son un elemento que se encontró tiene interferencia en la percepción que se tiene sobre el placer sexual, es más difícil que las mujeres hablen de este tema o que manifiesten tener un deseo sexual.

Los de secundaria preguntan y qué es un orgasmo y sobre todo las niñas ¿no? Y qué es un orgasmo y qué es un orgasmo...¡no! ¡no! Muy difícilmente viven las mujeres esta parte de tocarse, ó sea no se conocen, no se tocan, no saben, les da pena, solamente es vista la sexualidad como fuera del placer, de poderse tocar, conocer...entonces imagínate eso tiene que ver porque no se van a andar metiendo el condón ¡no menos! (Let, mujer personal de salud).

Es muy difícil que las mujeres al estar en consulta hablen de cuestiones relacionadas con el placer sexual, incluso otros temas relacionados con el cuerpo, o cuando no tienen placer en sus relaciones, por ejemplo, por una infección de transmisión sexual...nunca es el primer motivo de consulta” (Yun, mujer personal de salud).

Categoría 9: Percepción de la influencia de los aprendizajes de género en el control del cuerpo de las mujeres y la asistencia a los programas de salud sexual (PGPSS)

9a. “El machismo” o la ideología patriarcal sobre el control del cuerpo de las mujeres (MCC-PGPSS)

La predominancia de la autoridad masculina, elemento central de la ideología patriarcal se manifiesta en “El machismo”, un término muy mencionado por los y las participantes para referirse al control que ejercen los hombres sobre su pareja mujer y que se ven reflejados en algunas actitudes, por ejemplo, de asistencia a consulta, de solicitud de métodos anticonceptivos, incluso en una razón para que no puedan acudir a servicios médicos, lo cual fortalece lo que se ha mencionado con

anterioridad de la importancia de los aprendizajes de género, donde las mujeres viven circunstancias diferentes a las de los hombres en cuanto a la posibilidad de acceder a los servicios de salud o a la información de la salud sexual debido al control que tienen de su cuerpo por parte de la cultura, de la familia y de la sociedad en general. Otro aspecto a destacar es que, aunque las mujeres y los hombres tengan el conocimiento o la inquietud de asistir a los servicios de salud, esto no es una razón suficiente para asistir con completa libertad a ellos.

Hay hombres que no dejan a la mujer ni ponerse el método anticonceptivo, ni que se hagan el Papanicolau... vienen a escondidas (Let, mujer personal de salud).

Algunas pacientitas si me expresan -ay mi esposo me dice que luego para que me vengo a hacer este estudio, que luego hombres me van a ver... me dice que hasta a quién voy a venir a ver (Yun, mujer personal de salud).

Esos pensamientos hasta cierto modo machistas, donde todavía pues el hombre manda, se hace lo que el hombre dice (Da, hombre personal médico).

9b. Los aprendizajes de género como factores que inciden en la asistencia a los programas de salud sexual en la comunidad (PGPSS-PSSC)

El elemento de la salud sexual que fue más reiterativo en los discursos del personal de salud es la marcada influencia que tiene el género en relación con las actitudes que asumen los y las habitantes de Charo en cuanto a su salud sexual, así como a la respuesta de los programas establecidos (pláticas o talleres), consultas médicas para la prevención por ejemplo de Infecciones de Transmisión Sexual o pruebas de detección como el Papanicolau.

Definitivamente ahí sí te puedo decir que es muy claro: los hombres no acuden (Let, mujer personal de salud).

Sí me llegan más consultas de mujeres que de hombres, todavía los hombres como que se detienen un poco por pena (Da, hombre personal de salud).

Yo veo que influye mucho la cultura en general, pero sobre todo la pareja, los hombres no se quieren involucrar mucho

en la salud, empezando por qué no vienen a consulta (Yun, mujer personal de salud).

Categoría 10: Programas de salud sexual en la comunidad y recomendaciones para futuras intervenciones (PSSCR)

10a. Programas de salud sexual en la comunidad (PCSS-PSSCR)

Dentro de la percepción que el personal de salud tiene en cuanto a los programas de salud sexual y cómo la comunidad responde a ellos, lo más relevante que se encontró es que es muy difícil que acudan tanto hombres como mujeres. También que los programas de salud sexual están enfocados principalmente para adolescentes y aun así algunos tutores tienen sus reservas a que se les dé esta información a sus hijos, la edad justamente reproductiva es en la que menos acuden a servicios de salud sexual, la asistencia que se tiene en estos rangos de edad son más relacionados con la salud reproductiva. En general, los programas preventivos no tienen éxito ya que las personas no acuden regularmente a pláticas y talleres sino más bien a consultas médicas cuando se sienten mal o tienen alguna necesidad de salud. La sexualidad es más aceptada entre personas que ya están o en unión libre, o casadas, no importa la edad que tengan. Otro aspecto que también se encontró en la percepción del personal de salud es que las personas al vivir en una comunidad donde se conocen todos y todas, desconfían de hablar de estos temas en un taller o actividad abierta, ya que, temen que las personas que las conocen no tengan discreción con lo que ellos y ellas consideran un aspecto íntimo de su vida.

Se han empleado varias campañas y estrategias en ámbitos de salud sexual y reproductiva, sin embargo, no se ha tenido éxito y mucho menos se ha logrado la permanencia de las personas en los programas. El único que tuvo un poco más de estabilidad fue el programa “Prospera”, en la percepción del personal de salud los y las habitantes de la comunidad aún no consideran las intervenciones de salud sexual como una prioridad dentro de su salud en general.

Tenemos que implementar una plática a los padres de familia antes de iniciar con ellos... Es como si la sexualidad aquí

estuviera aceptada ya después de tener un bebé y ahí no importa la edad, pero curiosamente las chicas embarazadas son las que no son escolarizadas. A la mayoría... les da pena porque la vecina va a saber y se va a dar cuenta... No preguntan y aunque tuvieran una duda de manera general, por ejemplo, dicen: oye y ¿en la sexualidad esto? Y toda la gente va a decir ¡ahhh a ella le pasó entonces! (Let, mujer personal de salud).

Hay veces que cuando son los días internacionales como del VIH y todo eso, pues hay veces que sí, que un moñito, que una que otra platiquita, pero así la gran cosa que ayude a marcar una diferencia, no, no se ha visto (Da, hombre personal de salud).

Es más fácil convencerlas de que se realicen su exploración mamaria a que se realicen su Papanicolau, de verdad se lo digo (Yun, mujer personal de salud).

10b. Programa Prospera (PP-PSSCR)

En cuanto a un programa en específico de salud sexual de manera permanente en la comunidad, el personal de salud coincidió en que el único que conocían en la comunidad es el programa de Prospera y en el caso de los adolescentes las “pláticas que les van a dar al escuela”, fuera de ese no hay alguno para salud sexual y menos para las personas que son migrantes, en ocasiones solo las celebraciones de algún día internacional del VIH/sida o la semana del migrante que está dictada por la misma Secretaría de Salud (SSA), sin embargo, aunque existía anteriormente este programa no se lograba un completo éxito ya que solo asistían las mujeres y estaba enfocado a quien fuera beneficiario, ya que manifiestan que había una variable que hizo permanecer a las asistentes por un largo tiempo y es el apoyo económico (beca) que recibían por sus asistencia. Por otro lado, el personal de salud manifestó que los y las habitantes de la comunidad aún no ven las actividades educativas como un beneficio y es algo que también limita la posibilidad de su asistencia.

Eso de los grupos no funciona a veces, aunque venían a lo de Prospera porque si no, no les daban la beca, nunca vinieron hombres, siempre decían es que ellos no pueden porque

tienen que ir a trabajar y las mujeres que venían se puede decir que la mayoría solo venían por la asistencia porque no participaban... como que no están muy abiertos a esos temas (Let, mujer personal de salud).

Pero pues se ha visto muy poca, la verdad francamente muy poca información, no se han dado talleres, pláticas. Antes pues estaban estos que los regulaban, estos, los de Prospera (Da, hombre personal de salud).

Se ha puesto bien difícil porque se acabó el programa Prospera y nos bajó muchísimo la consulta en cuanto a consultas... de verdad que la gente ahorita no viene, porque dicen: ¿pues que me obliga a que tenga que ir? (Yun, mujer personal de salud).

10c Recomendaciones para implementación en programas de salud sexual de la comunidad (RPSS-PSSCR)

En cuanto a las recomendaciones que el personal de salud hizo de acuerdo a su experiencia resaltaron aspectos como el hecho de trabajar por separado a hombres y a mujeres para que ellos y ellas se sientan en más confianza, también localizar grupos de edad ya que las necesidades de cada edad son diferentes y así poder responder a los intereses de cada grupo. De igual manera se encontró que hay que tomar en cuenta los horarios y los tiempos en los que se imparten las actividades. Se sugiere evitar que sean muy largas ya que las personas difícilmente pueden disponer de mucho tiempo para un taller debido a sus otras actividades diarias.

Yo desde mi punto de vista y lo que he trabajado aquí en Charo, te podría recomendar que en un primer momento los trabajos por separado hombres y mujeres, porque es un tema que si bien se pueden prestar a escucharlo les va a costar mucho trabajo cómo hacerlo suyo (Let, mujer personal de salud).

Localizar qué grupos de edad, qué temas es importante y darle el seguimiento no solamente decir ahhh si ya sé que los de secundaria, los de la prepa, que los chavitos les dimos el tema y ya ahí se quedó, entonces ya nunca se le dio un seguimiento y ya nunca se le dio la educación y se tiene que continuar (Da, hombre personal de salud).

Yo he empleado diferentes estrategias porque, aunque uno los llame a talleres o pláticas ¡no asisten!, lo que yo he hecho es agarrarlas en la sala de espera y les damos información,

pero en lapsos cortos de tiempo, esa esa ha sido la única manera (Yun, mujer personal de salud).

Debido a que resulta importante para tener una visión más global de los programas de salud sexual en la comunidad, se hace una comparación de las percepciones del personal de salud público, privado y de las personas con experiencia migratoria (migrantes y mujeres parejas de migrantes) relatando las diferencias y los puntos coincidentes sobre los programas existentes los cuales se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Diferencias y coincidencias entre personal de salud y personas con experiencia migratoria sobre los programas de salud sexual

Programas de salud sexual en Charo	
Diferencias	
Personas con experiencia migratoria	Personal del área de salud
- No existen o no han escuchado de programas de salud sexual aparte de “Prospera” - Los programas de salud sexual y talleres son necesarios en la comunidad. - Los adolescentes son los que más necesitan los programas de salud sexual	- Existe diferentes programas permanentes de salud sexual para cualquier persona, pero los y las habitantes “no asisten” - Si los habitantes “no reciben algo a cambio” no asisten porque no lo ven como una necesidad. - Los adolescentes son los que más reciben información en sus escuelas y asisten a consulta sobre salud sexual.
Coincidencias	
- En la comunidad de Charo aún no es tan abierto el tema de sexualidad - El machismo es algo que marca las conductas y la asistencia a consulta y programas de salud sexual. - A la comunidad le da pena asistir o participar en pláticas o talleres de salud sexual porque temen que la gente se entere de sus cosas. - Aunque la comunidad diga que es importante los temas de sexualidad, se necesitan otras estrategias para que los programas tengan éxito. - La asistencia a centro de salud o a consulta médica está más relacionada con la salud reproductiva que con la salud sexual. - El uso del condón es visto como un método para prevenir embarazos, no para prevención de ITS, por lo que no se usa de manera constante.	

La tabla 5 muestra las diferencias y coincidencias entre personal de salud y personas con experiencia migratoria sobre los programas de salud sexual en la comunidad.

De igual manera se dieron algunas recomendaciones por parte del personal de salud y personas con experiencia migratoria, las cuales se presentan en la siguiente tabla 6.

Tabla 6.

Recomendaciones para implementar en programas futuros de salud sexual en la comunidad

Recomendaciones para intervenciones futuras en el área de salud sexual	
Personas con experiencia migratoria (migrantes y parejas de migrantes)	Informantes clave (personal del área de salud)
▪ Hacer grupos de amigas donde se ofrezca algún café y que sea de manera menos formal en alguna casa. ▪ Que se hagan en la mañana cuando las mujeres dejan a sus hijos o en la tarde que ya hicieron sus labores. ▪ Las sesiones deben de ser cortas porque ellos tienen sus actividades diarias. ▪ Debe de haber una atención personalizada con un psicólogo o psicóloga antes para que se den cuenta de la importancia de la salud sexual.	▪ Dividir los talleres por grupos de edad. ▪ Dividir a hombres y mujeres, ya que eso los cohibe mucho. ▪ Los talleres se deben de hacer por la tarde y se les puede ofrecer algo simbólico a cambio. ▪ El tema que a los adultos más les interesa es relacionado con los hijos, no tanto con su pareja. ▪ Debe de haber campañas donde se dé más seguimiento a las actividades de salud sexual, salir a la comunidad, llegar a los grupos, porque ellos por sí solos no acuden.

La tabla 6 muestra las recomendaciones para implementar en programas de salud sexual en la comunidad futuros

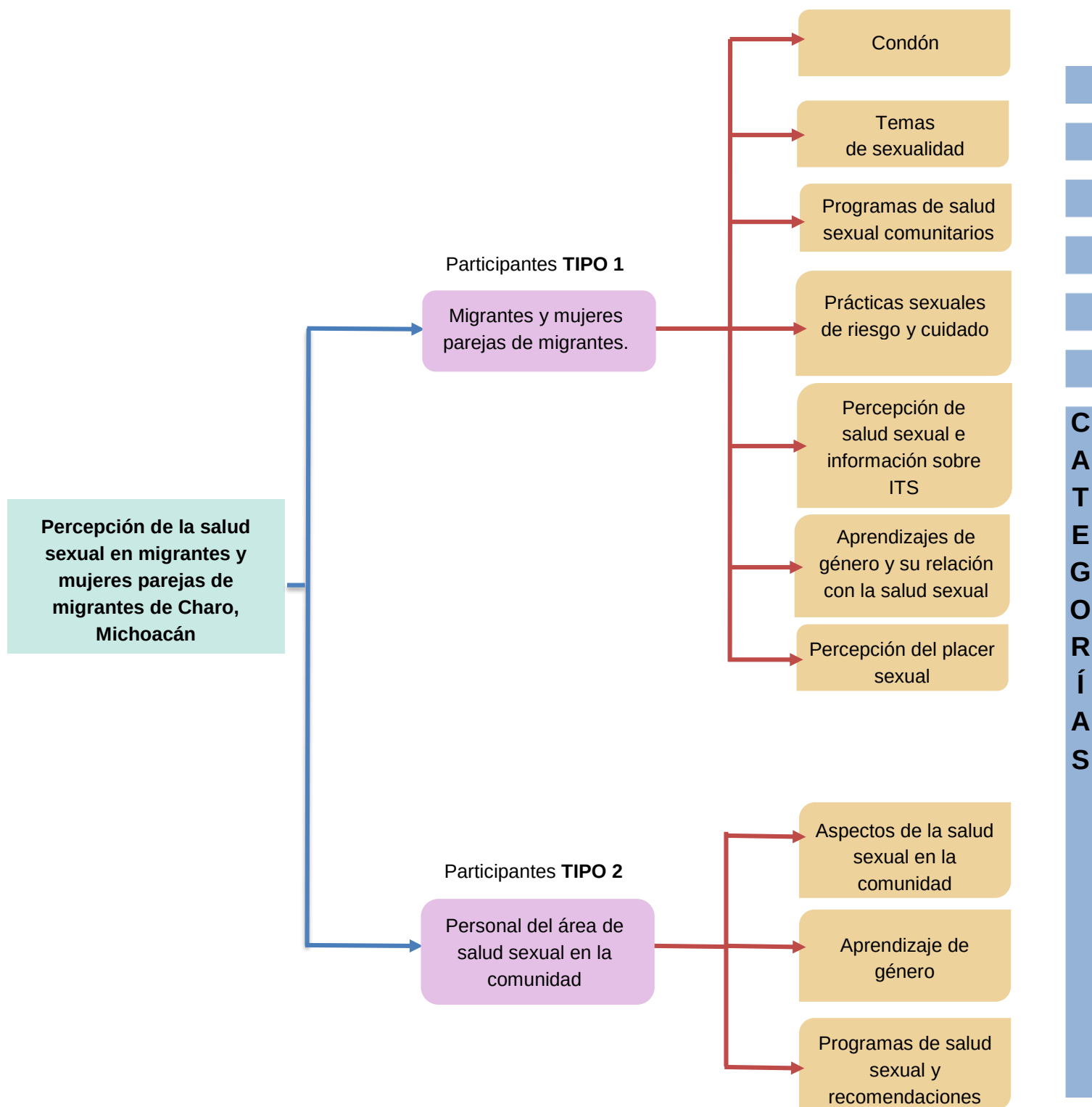


Figura 2: La figura muestra la manera de distribución de las categorías obtenidas de las entrevistas.

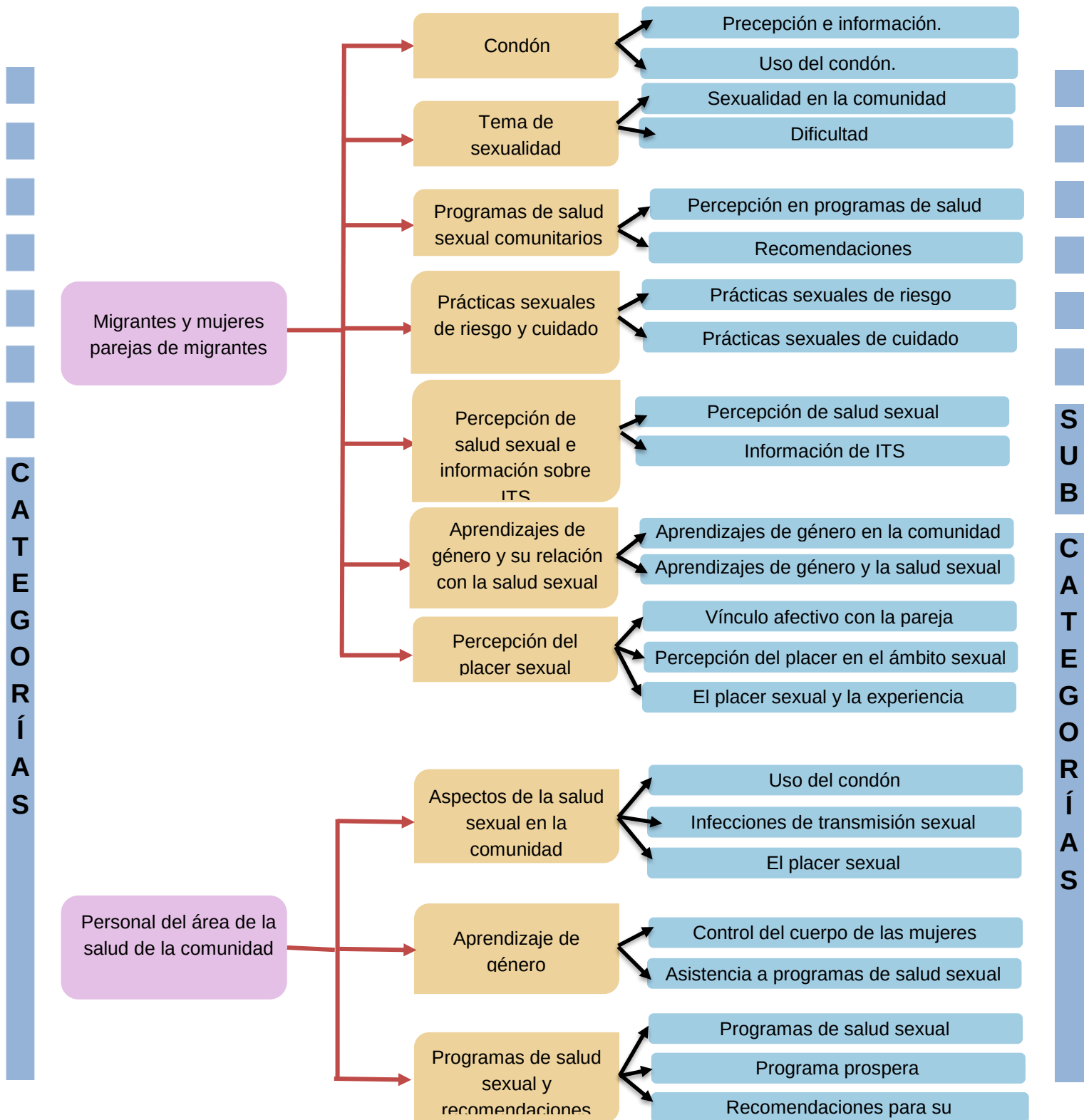


Figura 3: La figura muestra la manera de distribución de las categorías y las subcategorías.

5.3. Aspectos relevantes encontrados en la comunidad

Prácticas socioculturales en la comunidad y su relación con la migración

Con ayuda de las visitas a algunas festividades de la comunidad, así como entrevistas formales e informales con habitantes clave de la comunidad, migrantes y parejas de migrantes, perciben a Charo como una comunidad marcada por sus tradiciones y festividades, donde el ámbito religioso rige la mayor parte de sus celebraciones, dando un estilo y un significado a cada uno de sus eventos. Los habitantes saben y se dan cuenta de la mezcla que logran en su comunidad; por una parte, el acceso a prácticamente todo lo que está en la capital del estado al ubicarse tan cerca, y por otro, el mantenimiento de las tradiciones tanto en sus celebraciones como en el estilo de vida y roles establecidos entre hombre y mujeres.

En las festividades se puede observar una comunidad con mucho disfrute en cada una de sus fiestas, las personas jóvenes que se enfocan en los bailes, las bandas, la música y las personas de edad adulta enfocadas en seguir al pie de la letra el significado de cada ritual, es por ello que se considera importante presentar los siguientes hallazgos atendiendo a la línea que se ha llevado como objetivo de esta investigación, teniendo claro todos los factores socioculturales que se encuentran alrededor de los elementos de interés.

La alta migración de sus habitantes a Estado Unidos de América es algo que caracteriza a la comunidad de Charo no solamente por estadísticas, sino porque este fenómeno también está ligado a las festividades y las prácticas de la comunidad, el tema de la migración sale naturalmente en las conversaciones que uno pueda tener con los habitantes, aunque no sea un tema explícitamente puesto sobre la mesa. En casi la totalidad de los testimonios manifiestan que sus movimientos de entrada y salida del país estaban relacionados con regresar a lo que también señalan es una de sus más grandes celebraciones (el carnaval), igualmente cuando los migrantes no pueden regresar encuentran formas de participar en la celebración por medio de donativos; los roles de hombre y mujer también se ven establecidos en la preparación de los toritos de petate que empiezan

a hacerse desde noviembre, donde existen clubes de hombres todos los días hasta que se llega la fecha esperada, las mujeres se dedican a la preparación de los alimentos, de los rezos, de adornar el altar de la virgen, entre otros. Lo más relevante en el contacto con las personas de Charo es que el referente que ellos mismos dan de su comunidad es que “es muy fiestero” y definitivamente en el contacto que se tuvo con la comunidad se encontró que las festividades y prácticas socioculturales son los que mueven gran parte del interés y participación de sus habitantes.

Existen varias fiestas, la mayoría tiene que ver con sus creencias religiosas. Charo es la cabecera municipal y consta de 4 barrios en los que son básicos para la organización de su festividad más grande que es el carnaval, el cual es celebrado en febrero, pero es preparado desde meses atrás. Algunos habitantes manifiestan que gracias a esta festividad también se dedican a la elaboración artesanal de máscaras de las cuales les hacen pedido tanto locales como de otros lugares, estas son de madera y talladas a mano lo cual implica un proceso y trabajo de varios meses.

Imagen 3: Máscaras realizadas por una familia de la comunidad



Fuente: Elaboración propia, 2019

5.4. Charo y la migración

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) la comunidad de Charo es catalogada como una comunidad de alta intensidad migratoria y esto se puede corroborar en la voz de quienes ahí habitan, que manifiestan que muchas de las personas se van a Estados Unidos principalmente, sin embargo, el mismo fenómeno de la migración se ha ido modificando debido a la situación legal en la que se daba anteriormente ya que se hacía principalmente sin documentación, en contraste con la que se da ahora donde principalmente se van los jóvenes con visas de trabajo temporal. Algunos habitantes manifiestan que, aunque las personas siguen con el plan de irse a Estados Unidos de América ya no es tanto como años atrás, o que los que deciden irse solamente lo hacen bajo ciertas condiciones. Por otro lado, como menciona Cervantes-Pacheco (2016) algunos de los hombres que migraron hacia Estados Unidos lo hicieron debido a que perciben la falta de remuneración económica en la comunidad y en el país vecino desempeñan labores que mayormente son diferentes a las actividades de agricultura, por ejemplo, en la construcción.

5.5. Salud y migración

De manera general, se encontró que hubo coincidencias en los testimonios y percepciones de las personas, de que las condiciones de las personas migrantes tienen una implicación en general en la salud no solo de los que se van, sino también de las que se quedan (mujeres parejas de migrantes), esto por las diversas circunstancias que tienen que pasar los migrantes desde que se van, el cruce cuando ellos no cuentan con documentación migratoria, en el caso de las mujeres que se quedan ya que les toca modificar ciertos roles en la familia, prevalecen sentimientos de soledad en ellas, de añoranza que en ocasiones pueden llegar incluso a episodios de depresión.

“Me la pasaba acostada todo el día con mi bebé chiquito, solo comía y dormía...estuve en depresión todo el tiempo que estuvo allá” (Ro, mujer pareja de migrante)

“Si entraba como en depresión porque pues lo mismo...luego andaba uno toda chillona y pues así se siente uno, sin nadie y sola (cambió tono de voz), pero pues qué le hace uno” (An, mujer pareja de migrante).

“Pasé el desierto, me lastimé mi pierna...me tocó regresar con la pierna infectada, ya no podía caminar, no podía ir a un doctor por aquellos rumbos...llegué aquí, casi me moría, apenas la libré” (Ar, hombre migrante).

5.6. Cultura y religión en la comunidad

La comunidad a pesar de ser tan cercana a la ciudad de Morelia tiene tradiciones muy marcadas que se visibilizan más en todas sus festividades y la mayoría de las veces están relacionadas con cuestiones religiosas. La iglesia principal de la comunidad es muy grande y llamativa, está construida de cantera rosa y tiene un amplio atrio donde se hacen diferentes actividades dependiendo de la celebración, por ejemplo, es el lugar para quemar el castillo de fuegos artificiales o para instalar puestos de comida, el interior y exterior de la catedral es adornada de diferentes colores dependiendo de qué santo es el que celebren. Las festividades observadas y relatadas por los y las habitantes con los que se han tenido contacto son las siguientes:

5.6.1. “El señor de la lámpara” 6 de agosto.

Es una de las fiestas de la comunidad, existe un programa a lo largo del día donde por la mañana se celebran misas de primera comunión, por la tarde en el atrio se establecen puestos de comida haciendo un tipo kermés que ofrece platillos tradicionales michoacanos como enchiladas, buñuelos, atoles, tamales, también existen puestos de lotería y en la noche se quema el castillo. En la plaza principal de la comunidad hay diferentes puestos y juegos mecánicos, lo que más resalta son los puestos de comida, se realizan también procesiones donde las mujeres van

vestidas *Purhépecha*, con su ajuar de *huanengo* (*blusa bordada michoacana de origen*), falda, mandil bordado y lo más llamativo de su atuendo unas largas trenzas llenas de moños coloridos; por otro lado, los hombres danzan con pantalón y camisas de manta. En la plaza principal existen variedad de puestos de feria, por ejemplo: juegos de azar, juegos mecánicos y varios puestos de alimentos que ofrecen desde comida hasta bebidas que contienen alcohol y otras que no, por la noche finaliza con un baile.

Imagen 4: Iglesia principal de Charo adornada en festividad de “El señor de la Lámpara” el 06 de agosto



Fuente: Elaboración propia, 2019

5.6.2. “Encuentro de Hidalgo y Morelos” 20 de octubre.

En voz de algunos habitantes de la comunidad la celebración del 20 de octubre es de las más grandes debido a que se celebra desde días antes con diferentes actividades como certamen de la señorita Charo, cabalgatas de encuentro de Hidalgo y Morelos y el día 20, desde temprano, se celebra un desfile de todas las escuelas de diferentes niveles educativos que hay en la comunidad (desde kinder hasta la preparatoria), se reúnen por todas las calles previamente adornadas, existen de igual manera puestos de comida en la plaza principal para

terminar el día con un jaripeo-baile. Este evento está más relacionado con un acontecimiento histórico ya que como el mismo nombre de la festividad lo señala tiene que ver con el encuentro que sostuvieron Don Miguel Hidalgo y Costilla y Don José María Morelos y Pavón, héroes del movimiento de independencia de México. Los habitantes de la comunidad manifiestan sentirse muy orgullosos de ser un lugar donde dos grandes personajes de la independencia tuvieron un encuentro. Las calles de toda la comunidad tienen adornos tricolores de acuerdo a la bandera nacional (verde, blanco y rojo) y es una festividad, como es costumbre en Charo, que no es de un solo día como se puede apreciar en la siguiente imagen.

Imagen 5: Calles adornadas para fiestas del 20 de octubre



Fuente: Elaboración propia, 2019

Imagen 6: Programación de las festividades “Encuentro Hidalgo y Morelos”

ACTIVIDADES FIESTAS PATRIAS CHARO 2019	
MARTES 01 OCTUBRE	COLOCACIÓN DEL BANDO SOLEMNE FIESTAS PATRIAS 2019 PRINCIPALES CALLES DE LA CASERÍA MUNICIPAL 10:00 HRS.
DOMINGO 13 OCTUBRE	CERTAMEN SAGRARIO FIESTAS PATRIAS OCT. 13 PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 19:00 HRS.
JUEVES 17 OCTUBRE	INAUGURACIÓN DE LA SEMANA CULTURAL ORQUESTA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE MORELIA PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 19:00 HRS.
VIERNES 18 OCTUBRE	PRESENTACIÓN DE LA CANTANTE SHEILA PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 19:00 HRS.
SABADO 19 OCTUBRE	GUARDIA Y OFRENDA FLORAR AL BUSTO DEL GENERAL LÁZARO Cárdenas DEL RÍO EN SU XLIX ANIVERSARIO BUSTO UBICADO EN LA PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 10:00 HRS. ARRIBO DE LA CUMBALGATA "RUTA POR LA S DE DEPENDENCIA DE MÉXICO" PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 14:00 HRS. CARRERA ATLÉTICA INFANTIL RÍO CAPILLA SAN JUDAS DEL VADO Y CONCLUYENDO EN LA PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC. 17:00 HRS. ENTREGA DE LA PRESEA "ENCUENTRO DE HIDALGO Y MORELOS" 2019 INSTALACIONES DE LA CASA DE LA CULTURA DE CHARO 18:00 HRS.
SABADO 19 OCTUBRE	ORQUESTA SINFÓNICA DE LA SECRETARÍA DE CULTURA DEL ESTADO DE MICHOACÁN. PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 19:00 HRS.
DOMINGO 20 OCTUBRE	TRADICIONAL ALBORADA QUEMA DE COHETES Y BEPIQUE DE CANDIARIAS MONUMENTO "HIDALGO Y MORELOS" 6:00 HRS. IZAMIENTO DE BANDERA PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 8:00 HRS. ACTO CÍVICO - MILITAR CONMEMORATIVO AL 50X ANIVERSARIO DEL EMBOSCO ENCUENTRO DE HIDALGO Y MORELOS MONUMENTO "HIDALGO Y MORELOS" 10:00 HRS. TRADICIONAL DESFILE CÍVICO-MILITAR CALLES PRINCIPALES DE LA CASERÍA MUNICIPAL 11:00 HRS. ARRIBO DE CARALGATA MORELOS PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 12:00 HRS. TRADICIONAL JARIPEO PLAZA DE TOROS LA ESCOBEDA DE CHARO 16:00 HRS. ENSAMBLE MUSICAL A CARGO DE LA CASA DE LA CULTURA DEL ESTADO DE MICHOACÁN. PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 20:00 HRS.
LUNES 21 OCTUBRE	TRADICIONAL BALS "BANDA RAFAELA" "LOS INFINITOS" Y "BANDAS AZABACH" PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 20:00 HRS. QUEMA DE JUEGOS PIROTÉCNICO PLAZA PÚBLICA CUAUHTÉMOC 22:30 HRS.

Fuente: Elaboración propia, 2019

5.6.3. “Celebración de la Virgen de Guadalupe” 10 al 12 de diciembre.

En el mes de diciembre otra celebración que hacen en la comunidad es la de la Virgen de Guadalupe donde algunos habitantes nos relataron que cada año una familia recibe a la virgen en su casa, la cual tendrá por todo el año en un lugar visible para los habitantes y donde se puedan abrir las puertas durante el día con la intención de que la gente que quiera ir a verla pueda hacerlo, cada día 11 de mes la llevan a la iglesia principal de la comunidad (ver imagen 7) para regresarla de nuevo a la casa el día 12 donde las personas de la comunidad los acompañan y la familia en agradecimiento ofrece algún alimento; de igual manera durante el transcurso de todo ese año las familias adornan a la virgen siempre con flores frescas, las familias acostumbran a regalar un vestido que adornará a la virgen.

Posteriormente el día 10 de diciembre la familia que tiene la mayordomía del evento tiene el compromiso de hacer un atole que nombran “atole negro” (ver imagen 8) que se hace con cacao, piloncillo y canela el cual reparten en todas las calles con la gente (evento al cual acuden personas de la comunidad para ayudar con los preparativos y la repartición).

Imagen 7: Iglesia principal decorada en festividades de la Virgen de Guadalupe



Fuente: Elaboración propia, 2019

Esta es una de las tradiciones donde la preparación del atole esta principalmente a cargo de los hombres ya que se preparan varios cazos y debido a la fuerza que requiere, ellos son quien están moviendo la mezcla en los fogones para que el atole no se vaya a quemar, las mujeres también participan, pero en otras tareas de la elaboración. Se hace una gran celebración ya que llevan banda y la familia lo considera como una bendición, el hecho de ser elegidos para que la virgen se quede en su hogar por el transcurso de un año, el día 11 se llevan la virgen a la catedral donde se le hace la fiesta en grande como en otros lugares del estado, con sus respectivos rezos; la iglesia es adornada con muchas flores para venerarla y festejarla. Es importante resaltar que existen dos vírgenes de Guadalupe en la

comunidad que son veneradas de esta manera, las dos son muy antiguas y a las dos se les hace la celebración todo el año por igual, la comunidad ayuda dividiéndose dependiendo de los barrios a los que se pertenece, dos barrios se encargan de una y dos de la otra, sin embargo, existen eventos como el carnaval donde los toritos de todos los barrios danzan para ambas vírgenes.

Imagen 8: Atole negro tradicional del 10 de diciembre (elaborado con cacao, piloncillo y canela por familias con la mayordomía)



Fuente: Elaboración propia, 2019

5.6.4. Carnaval (febrero martes de carnaval).

Una de las celebraciones más emblemáticas de la comunidad es el Carnaval que se realiza en la semana anterior a que empiecen las festividades de semana santa. El carnaval es una celebración por la cual la mayoría de los y las habitantes de la comunidad esperan todo el año y es reconocida por personas de otras comunidades por ser uno de los más representativos del estado ya que tiene una serie de actividades donde se ven involucrado todas y todos los habitantes, así como también es una festividad muy ligada con la comunidad migrante. Bada

(2017) menciona que en las últimas décadas el papel de las poblaciones migrantes ha sido muy importante en la producción de los toritos, ya que, una parte importante de las remesas a nivel estado son destinadas para la elaboración de los toritos, así como se han creado comunidades que realizan la misma festividad en algunas ciudades de los E.E. U.U. En Charo hablar del papel de la comunidad migrante en la festividad del carnaval no es la excepción, ya que. los habitantes manifiestan que ellos siempre colaboran económicamente con la elaboración del torito y la celebración que lo acompaña, de hecho, en las mismas figuras que hacen para adornar los toros también pueden ir incluidas actividades que realizan los migrantes en el país vecino, por ejemplo, un paisano en la “pizca” de alguna de las frutas.

Los toritos como menciona Bada (2017) forman parte de una fiesta pagana popular que tiene raíces mestizas, indias y africanas, en Michoacán estas danzas folklóricas se celebran principalmente para la celebración del carnaval, la estructura del toro puede ser de petate o de algún otro material y arriba de él se le colocan figuras que cada vez han sido más “llamativas”, dentro de la danza el torito se coloca como sombrero. El carnaval en la comunidad de Charo se da en torno a los 4 barrios, de los cuales se realizan los cuatro toros (ver figura 8), estos hacen el recorrido cada año (el rey, el cobra, el mexicano y el tucán), los comités organizadores empiezan varios meses antes con los preparativos, sus habitantes mencionan la existencia de grupos de hombres que se empiezan a juntar por las tardes para realizar las figuras desde el mes de noviembre, también en la misma comunidad existen familias que se dedican a la creación de máscaras artesanales las cuales serán utilizadas en la misma festividad, también son elaboradas para exportarlas a otros lugares tanto a nivel nacional, como internacionalmente.

La fiesta empieza desde el jueves previo al miércoles de ceniza, donde dos de los toritos presentan sus figuras para toda la comunidad, el viernes con los otros dos toritos realizan una kermés donde de igual manera se presentan las figuras, el sábado se realiza un desfile donde los cuatro toritos principales recorren todas las calles del pueblo, pero a este desfile se suman los toritos de todas las escuelas de la comunidad, las familias asisten con entusiasmo, se escuchan las bandas que

acompañan a cada uno de los toritos y se ven a los habitantes que celebran con bailes, cantos, porras y cascarones de huevos rellenos de harina, el desfile termina en la plaza principal donde los toritos pasan a bailar y donde se quedará uno dependiendo de cuál le toque cada año (ver imagen 9).

Imagen 9. Torito “El mexicano”



Fuente: Elaboración propia, 2020

Después cada torito se va para su barrio donde llegan a una casa que les dará de cenar a los que acompañan al toro y en la plaza principal se celebra un baile donde sobre todo los jóvenes bailan, mientras que en las gradas hay familias completas disfrutando. El domingo los toros se van a las comunidades aledañas a la cabecera municipal para regresar por la noche nuevamente a recorrer las calles de la cabecera municipal con música y bailes.

El lunes es el llamado “día de los tamales” (ver imágenes 10 y 11) en este día las mismas dos familias que recibieron a virgen en el mes de diciembre recibirán a los toritos que llegarán a danzar y a venerar a las vírgenes, para esto las familias se preparan desde días anteriores para hacer tamales para toda la gente y ofrecer todo el día a las personas que lleguen a visitar la virgen. Los primeros tamales tienen

que estar listos antes de que los niños y niñas entren al escuela porque se les da para que desayunen, la decoración es muy peculiar ya que se decora toda la calle donde se encuentra la casa que alberga a las vírgenes, existen muchas personas alrededor que trabajan arduamente para tener miles de tamales listos para ese día, el trabajo empieza desde días anteriores donde ponen a remojar los chiles, preparar la carne y el maíz, una noche anterior toda la familia de la organización y parte de la comunidad la pasan en vela reparando las grandes cantidades de tamales, es una actividad donde no hay distinción de género ya que tanto hombres como mujeres se encuentran trabajando, sin embargo las mujeres están más enfocadas a la preparación y los hombres a las tareas de cargar o arrimar las cosas pesadas, así como estar subiendo las tinas con tamales a las camionetas que se arriman a donde están los toritos bailando cuando llegan a danzarle a la virgen.

Imagen 10. Preparación de los tamales (lunes de tamales-carnaval)



Fuente: Elaboración propia, 2020

Imagen 11: Tamales listos para dar a la gente



Fuente: Elaboración propia, 2020

Imagen 12: Ofrenda que dan a los danzantes del toro (Corona)



Fuente: Elaboración propia, 2020

En este día del carnaval, las personas llegan y los cuatro barrios con sus respectivos toros, visitan a las dos vírgenes, las personas que acompañan al toro se les da una corona que se cuelgan en el cuello el cual tiene una bolsa con tamales y la cual está elaborada por hombres (ver imagen 12).

En el lugar donde se encuentran las dos vírgenes la familia adorna su recinto con muchas flores, con muchos adornos llamativos y algo peculiar que caracteriza ese día y hace alusión al carnaval es que cuelgan cascarones de huevo decorados, no sólo en la habitación donde tienen a la virgen sino en toda la cuadra donde está la casa (ver imágenes 13 y 14).

Imagen 13 y 14: Decoración de la virgen los días de carnaval



Fuente: Elaboración propia, 2020

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

La investigación partió del supuesto estipulado por la OMS (2017) de la necesidad de que exista una exploración de las características de cada grupo poblacional para poder dar propuestas a intervenciones de salud sexual que sean más efectivas tomando en cuenta los y las personas a las que van dirigidas, en esta investigación el interés fue en los pobladores de una comunidad rural que está catalogada con alto índice de intensidad migratoria (CONAPO, 2010).

El objetivo fue analizar las percepciones y la información de los y las habitantes con experiencia migratoria de Charo sobre salud sexual y algunos de sus elementos, con la intención de obtener una visión más amplia; también se tomaron en cuenta otros actores de la comunidad como personal del área de salud e informantes clave para entender mejor el contexto. Otro de los objetivos fue describir cómo la mayoría de sus prácticas socioculturales se ven atravesadas por los aprendizajes de género y la experiencia migratoria. Por otro lado, se exploraron los programas de salud sexual comunitarios con la finalidad de identificar la percepción tanto de los migrantes, mujeres parejas de migrantes y el personal del área de salud con la finalidad de poder establecer recomendaciones para implementar en programas de salud sexual en la comunidad en un futuro, de acuerdo a los resultados obtenidos se puede afirmar el cumplimiento de los objetivos.

5.1. Salud y migración

Partiendo de la condición de que ser migrante implica situaciones particulares de acceso a la salud en general, tal como lo mencionó Vargas-Bustamante (2017) al destacar que los migrantes tienen 50% menos posibilidad de acceder a los servicios de salud que las personas que no lo son, en esta investigación efectivamente se encontró que los personas con experiencia de migración ven impactada su salud desde el momento en que toman la decisión de migrar, a la vez se crea una onda que parece alcanzar y tener eco en los familiares que se quedan, principalmente su pareja, lo cual se ve reflejado en estrés, sentimientos de tristeza,

ansiedad, soledad como también mencionan Obregón, Rivera, Martínez y Cervantes (2014) y López (2020), estos sentimientos dependiendo de cada caso pueden desencadenar en signos de depresión y estrés, lo que nos muestra que aunque en la actualidad se ha luchado por dar condiciones mejores de salud a migrantes, todos los casos coinciden en que las circunstancias reales que les lleva a ser migrantes o parejas de migrantes tiene eventos que marcan su estabilidad psicológica, emocional y sexual, esta última se descuida ya que cuando el migrante no tiene acceso a la salud en general, la salud sexual pasa a no ser una prioridad y por lo tanto, su salud integral siempre se verá afectada, incluso años después de la experiencia migratoria. Es por ello que se hace el siguiente análisis sobre los elementos de la salud sexual incluyendo los hallazgos obtenidos.

Respecto al primer objetivo particular y los hallazgos obtenidos que se organizaron en categorías y subcategorías sobre elementos de la salud sexual, se consideran importantes los siguientes puntos:

5.1.1. El uso del condón.

Se muestra que el uso del condón efectivamente no tiene que ver solamente con la información de saber que existe y previene de ITS, los y las participantes mostraron mayormente que su uso está relacionado con una variedad de factores psicológicos y socioculturales como la “confianza en la pareja” que es el elemento que sobresalió como ya había mencionado Nostra et al. (2014). Valdez et al. (2012) señalaron otros como el vínculo afectivo o el estado conyugal, por otro lado, Eguiluz et al. (2013) encontró elementos como la vergüenza para adquirirlos o la idea de que son prácticas “malas” lo cual fue también encontrado en esta comunidad al manifestar todas estas razones por las que no se usa el condón. Un punto importante es que los adultos mencionaron la percepción de que los adolescentes son los que más necesitan usar el condón o que tienen condiciones específicas como ya había sido señalado antes por Lavielle et al. (2014) donde las razones para no usarlo son la vergüenza de nuevo, el que a la pareja no le guste, que piensan que no podrán quedar embarazadas, sin embargo, aquí se encontró que son las mismas razones por la que los adultos no los usan, también la percepción

de que su uso genera menos placer en las relaciones sexuales y concuerda con Arias et al. (2011) y Siniestra y Villegas (2018) que mostraron la influencia de elementos socioculturales más que encontrarse en una etapa específica de desarrollo.

5.1.2. Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado.

En la actualidad se ha buscado dejar de estigmatizar ciertos grupos en cuestión de hablar de prácticas sexuales de riesgo, por lo que se busca más bien hablar de condiciones específicas de acuerdo a las situaciones que presenta cada uno de los grupos, en el caso tanto los hombres migrantes como las mujeres que son parejas de migrantes y se quedan en la comunidad, se mostró que están conscientes que hay riesgos al tener relaciones sexuales sin condón, sin embargo, esto no es suficiente para pensar su uso de manera constante, mucho menos si es una pareja estable como el esposo o esposa, esto coincide con lo que señalaron González y González (2006), Ceja (2010) y Eguiluz (2017) lo cual nos muestra un escenario donde a pesar de los años transcurridos la percepción de riesgo de alguna ITS no quedan completamente claras y delimitadas, esto se ve reflejado en las prácticas sexuales de cuidado entre ellas la más importante que es el uso del condón, ya que, es el único que puede prevenir una transmisión por ser un método de barrera que impide el intercambio de fluidos (CENSIDA, s.f.), al no tener claro que es el único método, el condón solo es visto en ocasiones como método anticonceptivo, todo lo anterior como consecuencia de diversos factores que influye en lo que los y las mismas participantes manifestaron como la dificultad para hablar de temas de sexualidad en la familia y con la pareja o acudir a las pruebas de detección de ITS, los cuales se consideran estrategias de cuidado OMS (2018), visión por la que aún no se logra percibir todos los elementos importantes en la cultura para llegar a una salud sexual óptima y que sigue siendo un obstáculo para que los programas de salud sexual ya establecidos tengan impacto.

5.1.3. El placer sexual.

Respecto al placer que es un derecho de las personas para la salud sexual (IPPF, 2009) o que es manifestada por la OMS (2018) como una necesidad desde 1974, donde por primera vez se mencionan aspectos emocionales y de placer a la salud sexual y la salud reproductiva y que actualmente es ya es un considerado esencial para la salud, de acuerdo a los hallazgos obtenidos las mujeres no lo ven como una necesidad, ya que ligan el placer en su sexualidad a aspectos más emocionales y de intimidad. Por otro lado, los hombres no lo manifestaron como necesario pero sí como un elemento importante para la posibilidad de tener otras prácticas ya sea con otras parejas o “por ellos mismos” haciendo referencia a la masturbación, en este rubro es importante resaltar que las mismas creencias socioculturales son una limitante para aceptar abiertamente la importancia del placer sexual dentro del bienestar de la persona, sin embargo, existe la paradoja que si es un elemento para tener prácticas sexuales de riesgo, la negación al uso del condón, por ejemplo, ya que manifiestan la idea de una disminución de placer al usarlo y es una de las razones para no incluirlo en sus encuentros sexuales, lo cual coincide con lo dicho por Hubert et al.(2019) y Arias et al. (2011). Nuevamente se pudo observar que dentro de este rubro, los aprendizajes de género son un factor importante para la percepción del placer sexual, no solo por la diferencia de obtener placer entre hombres y mujeres, sino por lo que está permitido “socialmente” experimentar, pareciera que el placer en las mujeres está permitido con alguien con quien se tiene un vínculo emocional y por el contrario los hombres deberían sentir placer sexual en todas sus relaciones sexuales, esto se conecta con lo que señalaron Soto (2006) y Valencia y Canaval (2018) que las mujeres inician mayormente sus relaciones sexuales y no usan condón con una persona que están vinculadas afectivamente, mientras que para los hombres no es un elemento que tenga que estar presente.

5.2. Las prácticas socioculturales desde los aprendizajes de género y la experiencia migratoria en su relación con la salud sexual

Dando respuesta al segundo objetivo, en el que se pretendía describir algunas prácticas socioculturales desde la experiencia migratoria y los aprendizajes de género, se plantea lo siguiente.

5.2.1. Experiencia migratoria.

Se consideró importante describir algunas de las prácticas socioculturales de la comunidad debido a las características particulares como la mayoría de comunidades rurales llenas de tradiciones específicas. Gracias a la observación participante y a las entrevistas realizadas se reforzó la importancia de este objetivo, ya que se observó que la mayoría de festividades que hay en la comunidad están muy relacionadas con cuestiones religiosas, todas ellas a lo largo del año se ven influidas por la experiencia migratoria, en especial el carnaval el cual es su fiesta más emblemática y donde se observó que está presente la participación de los migrantes con su apoyo económico a las fiestas, así como en el mismo flujo de ida y regreso al país vecino pues la mayoría busca regresar a su comunidad desde la fiesta del 20 de Octubre y permanecer hasta que pase el carnaval. Como menciona Cervantes (2016) la migración configura la vida social, comunitaria y familiar de los y las habitantes de Charo, tanto en las festividades que en ocasiones son patrocinadas por los migrantes, por la ropa que usan principalmente los habitantes jóvenes con marcas estadounidenses, así como algunas construcciones que se observan en algunas calles y pudieron ser hechas con remesas de los migrantes.

Dentro de sus prácticas socioculturales y la experiencia migratoria se puede observar la relación que existe con la salud sexual de las personas que se ven inmersas en este flujo migratorio, algunos migrantes hombres participantes manifestaron que existen condiciones en el país al que migran que son diferentes a las que viven en su comunidad, algunas tienen que ver con vivir muchos hombres juntos y en ocasiones contratar trabajadoras sexuales como habían mencionado Vásquez-Valdez (2017), con estar mucho tiempo allá “solos” o incluso con la posibilidad económica que les da trabajar en EE. UU., lo cual los hace que puedan

experimentar algunas prácticas sexuales con otras personas y como menciona Kauffer-Michel (2012) y Castillo (2017) el hecho de que los migrantes tengan contacto con reglas menos conservadoras que las que se les inculcaron en su comunidad de origen, les da la sensación de tener más libertad para tener ciertos encuentros sexuales. Por otro lado, la falta de posibilidades de acudir a un médico en caso de que se presente algún signo o síntoma relacionado con la salud sexual, también es un factor que se encontró en esta población, por una parte, la limitante de derechos sexuales y reproductivos lo cual había mencionado Infante, Silván y Campero (2013) y que tiene que ver con las mismas condiciones en ocasiones poco favorecedoras para ejercer sus derechos en el vecino país, por otro lado, también relacionado con aspectos de la percepción de ver el sacrificio incluyendo su salud como signo de masculinidad Cervantes y Flores (2017).

Otro elemento que se tomó en cuenta dentro de la salud sexual en esta investigación fue la información que las personas tienen sobre las prácticas sexuales que resultan de riesgo para la salud. Ríos et al. (2009) menciona que la información que tienen los migrantes acerca de las ITS, tiene que ver también con los comportamientos sexuales que experimentan. Dentro de los hallazgos obtenidos en este sentido, es importante mencionar que, a pesar de los años transcurridos y las múltiples campañas de salud sexual, se visualiza la falta de claridad en algunas poblaciones sobre aspectos como los beneficios del condón, los fluidos que pueden transmitir una ITS, el objetivo de las pruebas de detección especialmente de VPH y VIH/SIDA, entre muchos otros. Por lo que, se sigue evidenciando la necesidad de retomar aspectos socioculturales en las campañas y programas sin dejar de lado la información clara, científica y precisa.

5.2.2. Aprendizajes de género.

En cuanto a los aprendizajes de género, la investigación mostró que es uno de los factores que influyen en la percepción y las conductas que las personas tienen en torno a su vida diaria, a sus festividades, en la interacción que tienen con la pareja, en la manera en la que experimentan la migración tanto hombres como mujeres. Lamas (1982) menciona que el género por sí solo causa desigualdades entre las personas, basadas en las diferencias biológicas, aspecto que concuerda claramente con los resultados obtenidos, ya que las mujeres manifiestan condiciones y preocupaciones diferentes a las que manifiestan los hombres, por un lado los hombres se muestran más preocupados por aspectos relacionados al sustento económico de la familia y el trabajo, mientras que las mujeres se ven más preocupadas por cuestiones más emocionales, familiares y religiosas. Las prácticas socioculturales no son la excepción para reflejar los aprendizajes de género, ya que de las festividades que se celebran en la comunidad a lo largo del año, se tienen establecidas las tareas que tiene tanto hombres como mujeres, las vestimentas, las cosas en las que pueden o no participar, estos roles establecidos que se aprecian en las festividades, ya que son reuniones masivas donde hombres y mujeres son visibles para toda la comunidad, donde se establecen parámetros de buena conducta sobre todo para las mujeres, ya que aunque ambos sexos participan se puede observar que el hombre tiene más libertad en cuanto a la diversión. Torres-Castillo (2012) menciona que el rol que las mujeres tienen que asumir obligaciones extras cuando el esposo migra, lo cual se ve reflejado en las fiestas ya que solo se percibe a mujeres con sus parejas, o si van solas van con los hijos, los papás o los suegros, esto por supuesto también tiene influencia en la vida diaria y con la salud sexual en hombres y mujeres como menciona García (2000) que la violencia de género se aprecia de muchas maneras y una de ellas es la violencia en el ámbito sexual, se observó por las limitaciones que las mujeres tienen en tomar decisiones sobre el cuidado de su cuerpo, cómo no sentirse con la confianza de pedir un condón, o asistir a una consulta de salud sexual con completa libertad, estas creencias o factores sociales se ven reflejados también en las razones por las que

una mujer asiste a una consulta por ITS que no siempre se ve explicitado en el motivo de consulta lo cual concuerda con lo mencionado por Nostra et al. (2014).

Los aprendizajes de género surgieron en cada una de los elementos de la salud sexual que se identificaron, estos se mostraron muy arraigados en la familia y la comunidad, donde tanto hombres como mujeres están sometidos a expectativas de acuerdo a su sexo, sin embargo, las mujeres a diferencia de los hombres experimenta aparte de estas expectativas otras situaciones que las hacen vulnerables cuando su pareja hombre migra, por ejemplo, sentimientos de incertidumbre, soledad, abandono, entre otras, las participantes coincidieron que la decisión de la migración no es consultada con ellas lo cual muestra otro rol establecido por el género, esto se refuerza con lo que muestra en la misma comunidad Nuñez-Vera (2009) donde encontró que las mujeres parejas de migrantes manifiestan que aunque están conscientes del beneficio económico que trae la migración, siguen viendo este proceso como una situación que les genera sentimientos difíciles de manejar, situación que fue también manifestado por todas las participantes.

5.3. Programas de salud sexual comunitarios en Charo, Michoacán, México

Esta investigación partió de la intención de explorar de manera general los elementos de la salud sexual en personas con experiencia migratoria, por lo que no se podía dejar de lado los programas de salud sexual comunitarios, la intención fue explorarlos desde el punto de vista del personal médico y también de las personas con experiencia migratoria, habitantes de la comunidad. Se concuerda con la literatura que las intervenciones o programas que están enfocados a salud sexual son mayormente para adolescentes o menores de 25 años Douglas et al. (2007) y la mayoría son en temáticas de prevención de VIH y prevención de embarazo adolescente, en el caso de la comunidad los programas están enfocados en salud reproductiva y prevención de ITS, es importante resaltar que si bien la información sobre Infecciones de transmisión sexual y el uso del condón son partes importantes de la salud sexual en las personas de la comunidad, el género y el placer son aspectos que finalmente hacen que las personas decidan o no usar condón, sin

embargo, los programas comunitarios no responden a aspectos sociales con la finalidad de sensibilizar a la población de la importancia de la salud sexual para lo cual se necesitan campañas más integrales que se realicen fuera de las instituciones, con la finalidad de tener acciones que se adecuen más a las necesidades de las y los habitantes. Cáceres (2004) menciona desde ese entonces que las intervenciones que se han realizado, por ejemplo, para prevención de VIH están diseñadas para población en general aun teniendo muy identificadas las características de las poblaciones consideradas vulnerables, lo cual es un punto importante de resaltar ya que en esta investigación esta premisa sigue vigente casi 16 años después, donde ha sido complicado armonizar los objetivos de las campañas y programas de salud sexual entre la comunidad y las instituciones de salud.

La población migrante tiene condiciones específicas las cuales deben de ser retomadas para cualquier programa comunitario, entre ellas las intervenciones de salud sexual como estipula la OMS (2017), sin embargo, las intervenciones o los programas de salud sexual en migrantes son parte de otros programas de salud más grandes, dedicando en ocasiones solo un día al año o una actividad como mencionaron los y las participantes, lo cual no permite tomar en cuenta la totalidad de factores que influyen en la salud sexual de las personas con experiencia migratoria. El establecer programas de salud sexual comunitarios específicamente para migrantes y parejas de migrantes debería de ser considerado una prioridad en un estado que tiene altos índices de migración, ya que las intervenciones que se han hecho relacionadas a la salud de migrantes como las que realizó Rivera-Heredia, Obregón-Velasco, Cervantes-Pacheco y Martínez-Ruiz (2014) muestran que en el área de la sexualidad por ejemplo, las ITS son un problema de salud en las que tienen dificultad los migrantes y que hasta la fecha aunque se han abordado estas temáticas no hay un programa establecido y permanente como tal dedicado a la salud sexual que retome todos sus elementos y que pueden ser observados en una comunidad rural.

5.4. Aspectos relevantes que emergieron de la investigación para discusión

Se pudieron observar en los diferentes hallazgos de esta investigación que los aprendizajes de género aparecieron en todos los elementos de la salud sexual, tal vez esto no resulte algo nuevo, ya que, existe evidencia que se mostró con anterioridad de la manera en que estos aprendizajes van direccionando decisiones no solo de la vida sexual si no de la vida diaria de las personas y una comunidad. Debido a que se exploraron tanto las percepciones de las mujeres como los programas de salud sexual y el personal de salud, resaltó en primera la dificultad para hablar de temas de sexualidad y sobre todo de placer, más en las mujeres. Por otro lado y la que nos interesa resaltar “el control sobre el cuerpo de las mujeres parejas de migrantes” vista desde dos aristas, por un lado, lo que mayormente hemos escuchado, un control por parte de su pareja hombre incluso cuando esté migra ya sea por parte de él, su propia familia o suegras y suegros, pero al no gozar de una libertad para poder usar condón o ponerse un método anticonceptivo prefieren no acudir a los servicios de salud comunitarios ya que manifiestan que el personal de salud les dirá que usen métodos, que se hagan pruebas de detección o que usen condón, lo cual muestra de qué manera ellas perciben los programas de salud sexual, se da el caso también donde ellas están convencidas de no querer usar condón o algún método y entonces no cumplen con el ideal de lo que los servicios de salud esperan de ellas, que sean mujeres que usen algún método o acuden a sus chequeos de forma rutinaria. Sabsay (2011) menciona que la sexualidad y el cuerpo de la mujer ha sido siempre controlado por la sociedad pero también por las mismas instituciones y el estado que aunque hace su mejor esfuerzo por implementar estrategias para promover la salud sexual, no logran los resultados esperados, muchas veces solo están enfocados en metas y que no son acciones diseñadas para las mujeres en sus diferentes condiciones y contextos, es una tarea difícil de lograr y ello se ve en las ideas tan diferentes que manifestaron tanto el personal de salud como las mujeres parejas de migrantes y los mismos migrantes, donde por un lado el personal de salud hace sus esfuerzos con tal de que la población acuda a sus campañas y por el otro los y las habitantes manifiestan no sentirse lo suficientemente vinculados con las diferentes actividades como para

acudir o permanecer en ellas, lo cual podría evidenciar que los programas comunitarios deben tener primero una fase de sensibilización partiendo de cuestiones más humanas, culturales y contextualizadas.

Por otro lado, es importante resaltar lo que se percibió a lo largo del contacto en la comunidad de la importancia que tiene las cuestiones religiosas y las festividades, en especial el carnaval, el cual por una parte tiene sus bases religiosas y a la vez es una celebración que se relaciona con los aprendizajes de género, con el contacto con el cuerpo y la sexualidad de todos sus habitantes debido al gran gozo en sus bailes, sus rituales e interacciones entre habitantes de la comunidad y visitantes de otros lugares, lo cual se considera una línea importante para futuras investigaciones donde se vinculen estas fiestas con algunas prácticas sexuales y aprendizajes de género.

5.5. Conclusiones

Tomar como línea central de esta investigación la salud sexual con la variante de hacerlo en personas con experiencia migratoria y en una comunidad rural fue un camino complicado en cuanto a la delimitación de factores a explorar, sin embargo, el trabajo que se realizó permitió mostrar ciertas características de esta comunidad que se entrelazan unas con otras para construir su percepción en torno a la salud sexual.

La primera conclusión es que el fenómeno de la migración a pesar de que ha ocurrido ya durante varias décadas y ha tenido sus modificaciones no deja de estar vinculada con la salud de las personas que se ven inmersas en ella, aunque existen varios programas e investigaciones destinadas a este tipo de población, no se debe perder de vista todos los elementos en la vida de la persona que experimenta la migración, los impactos emocionales, físicos, morales, entre muchos otros deben seguirse poniendo sobre la mesa a la hora de pensar en una población migrante. Aunque a lo largo de la investigación se abordó el tema de salud sexual, no deja de resaltar el impacto emocional y familiar que causa que algún miembro de la familia tome la decisión de migrar, es importante no dejar de pensar que la migración es un

mundo de posibilidades dependiendo de las comunidades, las familias y las personas.

La población en general manifiesta la inquietud y la percepción que los temas de salud sexual son muy necesarios ya que “se ven muchas cosas ahora” haciendo generalmente referencia a situaciones de embarazos a temprana edad, es muy marcado el interés de que los adolescentes tengan información que les permita tener la información de las consecuencias que tiene no estar informado sobre su salud sexual, sin embargo, esto es una necesidad mientras no se esté en una relación que se considera formal para la comunidad, por ejemplo el matrimonio.

Hablando de la comunidad es importante resaltar la riqueza de festividades y significados culturales que tiene la comunidad, se pudo observar una dinámica muy organizada con tareas muy establecidas tanto en su vida diaria como en sus festividades, que mayormente son religiosas, pero algunas otras también son cívicas. Se visualizan aspectos como el trabajo en equipo de sus habitantes incluyendo los migrantes. La migración es un fenómeno que ha caracterizado a esta comunidad, aunque el patrón ha ido cambiando de acuerdo a las circunstancias, este sigue marcando la vida psicológica, emocional, social, familiar y por supuesto la salud de sus habitantes, no solo de la persona que migra, si no de todas las que están alrededor y en ocasiones se quedan. La experiencia migratoria es percibida como un crecimiento personal y económico, es aquello que en ocasiones puede ser una decisión consensuada o por el contrario verse como única alternativa a pesar de tener la concepción de lo difícil que resulta tanto para hombres como para mujeres, ya que es una comunidad que mostró gran importancia por las relaciones familiares.

El vínculo que los y las habitantes de Charo muestran con su comunidad, hacen que cada vez que hagan de sus fiestas o sus tradiciones lo hagan con mucho entusiasmo y orgullo, también marcan la disponibilidad para emprender acciones en beneficio de ellos mismos y la hospitalidad que brindan genera una sensación de querer regresar y conocer más, por lo que sus festividades y significados son

aspectos que siempre deberían de tomarse en cuenta en cualquier tipo de programa comunitario.

En esta investigación se pudo observar que la comunidad al ser muy cercana a Morelia tiene un flujo elevado de personas que se trasladan diariamente por diferentes motivos, sin embargo, es una comunidad donde se respira lo pintoresco de estar fuera de la ciudad, sus habitantes tratan de mantener al pie de la letra sus costumbres y sus creencias, esto por supuesto tiene también efectos en la manera tan evidente en la que se ven marcados los aprendizajes de género y la forma en la que aún se perciben los temas de sexualidad, los y las habitantes tienen la percepción de la importancia de los temas relacionados con la salud sexual, sin embargo, aún se muestran varios factores que los hacen tener cierta resistencia a hablar del tema en completa libertad, por ejemplo, el estar en una comunidad donde todos y todas se conocen, no tener claridad de todo lo que abarca la salud sexual y lo que es necesario para lograrla o pensar que solo es un tema necesario para los adolescentes, esto a su vez tiene influencia en las acciones que toman sobre sus prácticas sexuales como el uso del condón, el control aún existente sobre las mujeres principalmente y la asistencia a los diferentes servicios de salud que se encuentran en la comunidad.

En este trabajo se pudo tener un panorama general sobre los programas de salud donde el personal de salud trata de cubrir actividades, sobre todo con la población adolescente teniendo como aliadas a las escuelas de la comunidad. En población adulta ha resultado complicado lograr la respuesta esperada, el personal trata de implementar diferentes estrategias que se encuentran a su alcance con la finalidad que asistan ya sea a talleres y pláticas, así como a las diferentes pruebas de detección, en población migrante son muy pocas las actividades que se realizan a pesar de ser una comunidad con alto índice de migración, el personal de salud es muy consciente que para que las actividades que realizan puedan tener un mayor impacto, hace falta más sensibilización en la población acerca de la importancia de estos temas.

5.6. Limitaciones

En el proceso de la investigación existieron algunas limitaciones las cuales se consideran propias de las investigaciones que se realizan en campo o en comunidades, cuando se inició el contacto con la primera persona de la comunidad (portera) la primera limitante fue que a pesar de tener la referencia de que Charo era una comunidad de muchas festividades, se nos dio el panorama de que no podíamos iniciar hasta dentro de algunos meses por las diversas festividades que se venían, sin embargo, se convirtió en un área de oportunidad para tener más referente sobre las prácticas socioculturales de la comunidad. Otra limitante relacionada con el sexo es que conseguir hombres para las entrevistas fue más difícil que conseguir mujeres, fue complicado tanto por sus horarios de trabajo y tal vez por otras situaciones relacionadas con su percepción del tema, en algunas entrevistas no llegaban, o quedaron de avisar y no avisaron.

Una de las limitantes más grandes fue encontrar personas que quisieran participar en el taller que estaba diseñado para aplicarse con personas con experiencia migratoria, sin embargo, en las entrevistas fue muy evidente la percepción de que la información debía de ser dirigida a adolescentes, situación que se vio reflejada a la hora de convocarlos y convocarlas, ya que a pesar de que se hizo mucha difusión, volanteo en las calles y en redes sociales por parte de habitantes de la misma comunidad, no se tuvo respuesta exitosa en el primer intento, limitación la cual se acrecentó con la llegada del confinamiento al cual nos vimos obligados por la pandemia de COVID-19, esto hizo parar las actividades repentinamente en el campo dejando algunas citas que se tenían para entrevistas pendientes y por supuesto la estrategia a implementar para la aplicación de la intervención.

5.7. Alcances

En la presente investigación se tuvieron los alcances principalmente de tener un panorama en cuanto a la percepción de los y las habitantes de la comunidad con experiencia migratoria, elemento el cual se complementó con la percepción de otra esfera muy importante que fue algunos participantes del área médica, lo cual se fue entretejiendo con otros recursos como la interacción con la comunidad en cuestión de la distribución de condones gratuitos fuera de los que otorga el centro de salud, el acercamiento con las prácticas socioculturales de la comunidad y con los y las habitantes permitieron tener una visión más global del área de la salud sexual, la cual no había sido aún investigada como tal en esta comunidad.

Dentro de los alcances que se tuvo en el trabajo de campo fue identificar un médico el cual se encuentra muy comprometido con su comunidad y se vinculó para colaborar con una asociación la cual lo proveerá de algunos materiales para trabajar el área no solo de salud sexual si no también el área de salud reproductiva, entre estos servicios se encuentra la capacitación gratuita enfocada en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Imagen 15: Condones distribuidos en los módulos instalados en la comunidad



Fuente: elaboración propia, 2020

5.8. Propuestas

Gracias a los hallazgos de la presente investigación, se pudo visualizar un panorama de la salud sexual en la comunidad de Charo, lo cual hace cumplir el objetivo, pero a la vez muestra la necesidad de seguir abordando la salud sexual con estrategias que vayan encaminadas a acciones que sean contextualizadas para cada grupo y sus características como es el caso de las personas con experiencia migratoria.

Es importante proponer estrategias partiendo de la realidad de que la percepción de algunos elementos de la salud sexual como el uso del condón, las prácticas sexuales de riesgo y de cuidado, así como la asistencia a los programas de salud sexual y la realización de las pruebas de detección de ITS, son aspectos difíciles de modificar en una comunidad en la que existen influencias culturales y de género muy marcadas.

Por otro lado, los programas ya existentes tanto públicos como privados hacen su mejor esfuerzo por implementar estrategias que den como resultado mejores respuestas de la comunidad, sin embargo, ellos y ellas mismas perciben que es necesario que la población se sensibilice en la importancia de estos temas para con ello poder tener programas más exitosos, cuestiones que en ocasiones ellos y ellas no pueden realizar debido a que deben de cumplir con otras metas que los mismos programas les demandan, por lo que pensando en una propuesta que responda de manera integral se plantea que un programa de salud sexual en la comunidad tenga los siguientes elementos:

- 1- Que los programas de salud sexual tengan un área que cumplan con las funciones ya establecidas en las instalaciones orientadas a recibir a las personas que acuden por una consulta, por una orientación o al abastecimiento de métodos anticonceptivos entre ellos el condón, mientras que otra se dedique a salir a la comunidad no solo a las escuelas, partiendo de la realidad que las personas no escolarizadas son las que no reciben mayormente la información proporcionada en los programas de salud sexual.

- 2- Que los programas de salud sexual tengan contempladas las características de los grupos de personas con experiencia migratoria ya que es una comunidad catalogada con alta intensidad migratoria, idealmente dando información y haciendo campañas en los más jóvenes de la comunidad tanto escolarizados como no escolarizados que posteriormente podrían ser migrantes, asegurando brindar información precisa sobre ITS, formas de transmisión y pruebas de detección con la finalidad que puedan tener claridad de cuáles serían las prácticas sexuales de riesgo.
- 3- Partiendo de que la principal propuesta es que los programas se acerquen a la gente es importante hacerlo de una manera en la que tanto hombres como mujeres puedan sentirse cómodos y cómodas y esto implica tomar en cuenta sus inquietudes de limitarse de asistir a talleres donde pueden estar personas conocidas de la comunidad y no se sienten con la confianza de hablar de su sexualidad, se debe de pensar en la posibilidad de realizar charlas menos formales en grupos muy pequeño o incluso en intervenciones individuales tipo orientaciones.
- 4- Se han resaltado los aspectos socioculturales y psicológicos a lo largo de la investigación, por lo que es muy importante que el personal que participe en dichos programas tenga una visión clara de la cultura de la comunidad y evidentemente las actividades se realicen con un enfoque de respeto a las tradiciones y percepciones de la misma, cuidando que no se sientan agredidos y agredidas al no cumplir con el ideal que en ocasiones los programas de salud sexual tienen para cumplir las metas que tienen establecidas, esto sobre todo en la mujeres que pueden sentirse por un lado presionadas con los aprendizajes de género que traen y por el otro con cierta reserva hacia los programas de salud sexual comunitarios.
- 5- La información sobre signos y síntomas de las ITS, formas de transmisión, uso del condón, nivel de riesgo de las prácticas sexuales, así como pruebas de detección de las mismas deben de incluirse en las acciones comunitarias una vez que se hayan asegurado los elementos culturales y psicológicos antes mencionados ya que este tipo de información no cambia de un lugar a otro al tratarse de cuestiones más biológicas. Esto solo se logrará con acciones integrales, por lo cual se hace una

propuesta para que se aborden los siguientes temas en cualquier programa de salud sexual que se quiera realizar en la comunidad (ver anexo #7) los cuales fueron escogidos en base a otros programas de salud sexual en fusión con lo que se encontró con la participación de los y las participantes de esta comunidad.

REFERENCIAS

- Abril, V. E., Román, P. R., Cubillas, R. M., y Domínguez, I. S. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del estado de México*, 25(3), 1-12. ces.v25n3a5
- Alvarado, J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, 29(1), 25-42. Recuperado de <file:///Users/bee/Downloads/Dialnet-EducacionSexualPreventivaEnAdolescentes-4805510.pdf>
- Amezcu, M., y Gálvez, T. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76(5), 423-436. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/resp/2002.v76n5/423-436/es>
- Arias, L., Vásquez, M. L., Dueñas, E. P., García, L. M. y Tejada, E. L. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia médica*, 42(3), 309-318. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28322503007.pdf>
- Atienzo, E. E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., y Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud pública de México*, 53(2), 160-171. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29571>
- Bada, X. (2017). Los toritos de petate michoacanos: hibridación cultural y apropiación del espacio público transfronteras. En M. Calderón-García (Eds.). *El impacto sociocultural del fenómeno Migratorio en Michoacán* (pp. 215-242). Michoacán, México: CREFAL.

- Caballero, M., Leyva, F. R., Ochoa, M. S., Zarco, Á., y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud pública de México*, 50(3), 241-250. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n3/08.pdf>
- Cabrera, D., Palacios, R., y Guzmán, J. (2014). Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (2), 168-175. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/4577/457745481014/>
- Cáceres, C. F. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 1468-1485. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Campero, C. L., Atienzo, E. E., López, S. L., Hernández, P. B., y Villalobos, H. A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, (149), 299-307. Recuperado de <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/bitstream/20.500.12096/6878/1/httpwww.wanmmorgmxgmm2013n3gmm-149-2013-3-299-307.pdf>
- Campos, F. J., y Arévalos, E. A. (2015). El flujo migratorio en México: Un análisis histórico a partir de indicadores socioeconómicos. *Cimexus*, 9(2), 71-90. Recuperado de <https://www.cimexus.umich.mx/index.php/cim1/article/view/193>
- Castillo, R. G. (2017). Migración internacional y cambio en los poblados de origen. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(3), 515-542. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321/32151631003>
- Castro-Sariñana, M. E., y Llanes, J. (2008). Disseminación de planes de acción comunitarios en programas de intervención en riesgos psicosociales, para

prevenir adicciones, delincuencia y violencia. *Liberaddictus*, 101(1), 133-136.
Recuperado de
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=castro+sari%C3%B1ana+m+elena&oq=castro+sari%C3%B1ana

Ceja, A. (2010). *Las mujeres esposas de migrantes, su sexualidad y sus emociones: caso Huandacareo Michoacán* (tesis pregrado). Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, Morelia Michoacán.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2019). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México*. Recuperado de
<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida?idiom=es>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2020). *Boletín Día Mundial del Sida 2020*. Recuperado de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/596337/BOLETIN_DIA_MUNDIAL_01122020.pdf

Centro Nacional para la prevención y Control del VIH y el sida. (s.f). *Dirección de prevención y participación social*. Recuperado de
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/nueva/condon.html>

Cervantes-Pacheco, E. I. (2016). *La constitución de sujetos masculinos en la experiencia migratoria hacia Estados Unidos. El caso de un grupo de hombres migrantes de la comunidad de Charo, Michoacán* (tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México.

Cervantes-Pacheco, E. I. y Flores, I. (2017) Salud mental en hombres michoacanos en una comunidad agrícola de California, EE. UU. En Secretaria de Gobernación/Consejo Nacional de Población e Iniciativa de salud de las Américas (Eds.), *Migración y Salud* (pp.41-49). México D.F. México: secretaría de gobernación.

- Chávez, M., Petrzalová, J. y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 137-151. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29214110.pdf>
- Consejo Nacional de Población (2010). Categoría migratoria de los municipios. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Categoria_migratoria_de_los_municipios_2005-2010_MI
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018) *Qualitative Inquiry Research Design Choosing Among Five Approaches*, Los Angeles CA, EUA: Sage Publications.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53(2), 220-232. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Díaz, E., y Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 158-167. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700025&script=sci_arttext&lng=pt
- Dolcini, M., Canin, L., Gandelman, A. & Skolnik, H. (2004). *Theoretical Domains: A Heuristic for Teaching Behavioral Theory in HIV/STD Prevention Courses*. *Health Promotion Practice*, 5(4), 404–417. doi:10.1177/1524839903257997
- Douglas, B., Kirby, D. B., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206–217. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143
- Eguiluz, C.I. (2014). Sexualidad y migración: adultos emergentes latinoamericanos en Madrid. *Revista Latino-Americana de Geografía e Género*, 5(2), 59-64. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30252440/Eguiluz__I_Sexualidad__mi

gracion_y_adultez_emergente_ponencia_%28s.r%29.pdf?1353986331=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSexualidad_y_migracion_adultos_emergente.pdf&Expires=1608276367&Signature=Fd7hBGYd2CFdbgB~HKZ6PQlc5~QTxM-jkgmTYU2xnIY4mz8blxgl26RGQLcvnJzIXewlqA9s-9HOeyfJsH26KgMOjhIFaEXLW1lB42liJHltgHEDTF4J-rGUmHgov3a1xV0RuzPluOFJ02DbOJIM5Qj45EhnRgC9hhHAU1Q5jeub98sDqRdGl1b5OhMX9Dai8pzKaSe94ogwkbIEJBUVod77WOV4APC4qfWkc9dBZvrz0nwsBPMxScSMKe9iOS1zCYmLaPZUcCEJrSCNQKF6IMnA6EvOVdsyEXMScs3TwwDqvGgBaL1c9MNXgnVgxNNUvoVrNpwGhGNL6vEqdRBfYw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Eguiluz, C.I., Torres, P. y Allen, B. A. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 3. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657503>

Eguiluz, I. (2017). *Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid España.

Federación Internacional para la Planificación Familiar (2009) *Derechos Sexuales: una declaración de IPPF guía de bolsillo*. Recuperado de https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf

Flores-Miramontes, M., Torres-Reyes, L., Aguilar-Lemarroy, A., Vallejo-Ruíz, V., Piña-Sánchez, P., Cortés-Gutiérrez, E., Reyes-Leyva, J., y Jave-Suárez, L. (2015). Prevalencia de genotipos de VPH en México y en el mundo detectados mediante Linear Array. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 122-130. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457744942003>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). *Sexual & reproductive health*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland, C. C., Ronis, D. L., y Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública de México*, 50, 59-66. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/spm/2008.v50n1/59-66/>
- Garay, V. S. (2015). Trabajo rural femenino y migración en México. *Iberoforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 10(19), 93-111. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211042614004>
- García, G. J., y Delfín, O. V. (2015). Desenvolvimiento económico y migración en Michoacán, 1980-2010. *Cimexus*, 7(2), 41-63. Recuperado de <https://cimexus.umich.mx/index.php/cim1/article/viewFile/196/165>
- García-Cabrero, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. Ciudad de México, México: Manual moderno.
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud. *Publicación Ocasional*, 6, 3-36. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/811/9789275327166.pdf?sequence>
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 47-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007
- García-Sosa, J. C., Meneses-Navarro, S., y Palé-Pérez, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH-sida. Los chamulas entre barras y estrellas. *LiminaR Estudios Sociales Y Humanísticos*, 5(1), 119-144. [doi:10.29043/liminar.v5i1.239](https://doi.org/10.29043/liminar.v5i1.239)

- González, M., y González, E. (2006) "Fue bien. Él sí regresó". Migración indígena en Veracruz. El caso de totonacos del municipio de Coyutla. *Regiones y Desarrollo Sustentable*, 11, 3. Recuperado de <http://coltlax.edu.mx/sintegral/pagina/revista/pdf/11/11.pdf>
- González, P. (2017). *Retornar a San Pablito: Migración, selectividad y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva* (tesis de maestría). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.
- Gutiérrez, V. S. (2015). El análisis del discurso: aportes teórico-metodológicos para el estudio de la migración. En M. Ariza y L. Velasco. *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre la migración internacional* (pp. 353-383). Ciudad de México, México: UNAM.
- Guzmán-Carrillo, K. Y., Gonzáles-Verduzco, B. S. y Rivera-Heredia, M. E. (2015). Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 701-714. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a11.pdf>
- Hernández, D., Maya, O., Bernal, E., Castañeda, X., & Lemp, G. (2008). Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico. *Revista de saude publica*, 42(1), 131-138. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000100017&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hernández, J., Monterrubio, L., Medinilla, E., Pérez, S., y Javier, H. (2008). *Factores asociados a infecciones por Virus del Papiloma Humano en mujeres de comunidades de muy alta marginación de la Región Norte de Chiapas* (Tesis de maestría). Colegio de la Frontera Sur, Chiapas, México.
- Herrera, C., y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de*

México, 44(6), 554-564. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal026h.pdf>

Hidalgo-Morales, I. y García-Vargas, F. (2007). Estudio etnográfico sobre salud sexual en dos comunidades del estado de Michoacán que presentan alto índice de migración hacia estados unidos de América. En Instituto Nacional de las Mujeres. (Primera edición), *Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*, (pp.64-73). Ciudad de México, México: Instituto Nacional de las Mujeres.

Huber, C., Aremís, V. D. y Suárez, L. L. (2019). 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. doi:10.21149/10418

Infante, X. C., Silván, P. R., y Campero, C. M. (2013). Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud pública de México*, 55, 58-64. Recuperado de: <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/handle/20.500.12096/6986>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010) *Prontuario de información Geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://www3.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/16/16022.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Jiménez, G. A., Granados, C. J., y Rosales, F. R. (2017) Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud Pública de México*, 59(1), 11-18. doi:10.21149/8410

Juárez, F., y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de

políticas. Papeles de población, 11(45), 177-219. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300008

Kauffer-Michel, E.F. (2012) Entre vulnerabilidad, reproducción de la subordinación y cambios alentadores: género y migración en tres flujos de la frontera sur de México. En E. Tuñón-Pablos y M.L. Rojas-Wiesner. (Eds.), *Género y migración* (pp.67-92). San Cristóbal de las Casas. México: Colegio de la frontera Sur.

Kauffer-Michel, E.F. y Evangelista-García. A. (2012). Género, Sexualidad juvenil y migración: una exploración de los discursos y prácticas de hombres y mujeres originarios de localidades rurales que migraron por motivos de estudio a contextos urbanos de Chiapas. En E. Tuñón-Pablos y M.L. Rojas-Wiesner. (Eds), *Género y migración* (pp.425-453). San Cristóbal de las Casas. México: Colegio de la frontera Sur.

Kendall, T. (2009). Mujeres y VIH/sida. Una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus. *VIH/sida y salud pública*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=j718e78knAoC&oi=fnd&pg=PA145&dq=Una+introducción+a+la+vulnerabilidad+femenina+ante+el+virus&ots=dGTvMaB7vR&sig=4SuNEe8ec6TVvMWI6v4YysWxbk#v=onepage&q=Una%20introducción%20a%20la%20vulnerabilidad%20femenina%20ante%20el%20virus&f=false>

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva antropología*, 8(30), 173-198. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903009.pdf>

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 0. Recuperado de <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/157/1/RCIEM138.pdf>

- Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M. y Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (1), 38-43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745480010>
- León, M.L., Allen, L. B., y Lazcano, P. E. (2014) Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud pública de México*, 56(5), 519-527. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2014/sal145n.pdf>
- Ley de información Estadística y Geográfica. (2008). Artículo 38. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lieg/LIEG_abro.pdf
- López, P. (2020) *Hacia el empoderamiento de las mujeres P'urhépecha esposas de migrantes: taller para fortalecer sus recursos personales, económicos y sociales* (tesis maestría). Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, Morelia Michoacán.
- Maquera, J., Cvetkovic, A., Cárdenas, M., Kälviäinen, H., y Mejia, C. R. (2016). Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. *Revista chilena de infectología*, (33), 20-26. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071610182016000700003&script=sci_abstract&tlng=en
- Martín, M. J., Martínez, J. M., y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 433-443. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000600009&script=sci_arttext&tlng=es

- Martínez, M., M. (2002). Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. *Paradigma*, 23(1). 1-13. Recuperado de <https://ciberinnova.edu.co:10004/archivos/plantilla-ovas1-slide/documents-UCN-Canvas/proyecto-integrador-II/lecturas%20unidad%202/TEMA%202/Hermenutica%20y%20Analisis%20del%20discurso.pdf>
- Menkes, B. C., Reyes, J. D., y Sosa, S. I. (2019). Jóvenes en México: ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón?. *Papeles de población*, 25(100), 183-215. doi:10.22185/24487147.2019.100.17
- Morales, U., y Barreda, Z. (2008). Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de Saúde Pública*, 42, 822-829. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n5/822-829/es/>
- Navarro-Conticello, J., & Moyano-Díaz, E. (2017). Metodología, temas y disciplinas en la investigación actual sobre migración internacional. *Sociedade e Cultura*, 20(2), 138-156. Recuperado de <file:///C:/Users/yeril/Downloads/53069-Texto%20do%20artigo-221042-1-10-20180520.pdf>
- Nigenda, G., Ruiz, J. A., Bejarano, A., R., Alcalde, R., J. y Bonilla, F., P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud pública de México*, 51(5), 407-416. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000500008
- Nostra, T., Obregón, Á., Madero, G., Contreras, M., Hidalgo, M., Alta, M., y Juárez, B. (2014). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Mundo de Hoy*, 20 (78), 111-119. Recuperado de <http://www.mundodehoy.com/index.php/noticias/nacional/15050.html>

- Núñez-Noriega, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, (35), 13-28. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n35/n35a2.pdf>
- Núñez-Vera, M. (2000). Charo: la feminización de la pobreza. Texcoco, México: Universidad Autónoma de Chapingo.
- Núñez-Vera, M. (2009). Efectos de la migración en las mujeres y relaciones de género en un poblado michoacano. *Revista Científica de UCES*, 13(2), 130-157. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/736/1/Efectos_de_la_migraci%C3%B3n_Vera.pdf
- Obregón-Velasco, N. (2012). ¿Cómo enfrentan la migración de sus familiares las mujeres de Cuitzeo, Michoacán? La importancia de que identifiquen sus recursos psicológicos. *UARICHA*. 9(19), 69-84. Recuperado de: <http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0919_069-084.pdf>.
- Obregón-Velasco, N. (2013). *Manual psicoeducativo para mujeres con experiencia de migración en la familia*. Michoacán, Morelia: UMSNH, Coordinación de Investigación Científica, Facultad de Psicología.
- Obregón-Velasco, N., Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Ruiz, D. T., y Cervantes-Pacheco, E. I. (2014). Sucesos estresantes y sus impactos en mujeres y jóvenes de la comunidad de Cuitzeo, Michoacán: El ciclo de la migración México-EUA en sus familias. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 22(43), 211-224. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-85852014000200013&script=sci_arttext&tlng=es
- Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2016) *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y sida*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>

Organización de las Naciones Unidas. (2014). Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Recuperado de http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechos-sexuales-y-reproductivos&Itemid=268

Organización Internacional de las Migraciones. (2019) *Migración*. Recuperado de un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html#:~:text=Creada%20en%201951%2C%20la%20Organización,gubernamentales%2C%20intergubernamentales%20y%20no%20gubernamentales.

Organización Mundial de la Salud. (2014) *Salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/ghs-strategies/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia Mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=BCB9D618FD7E22FA9D0C61D146E4F4E1?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Virus de Papiloma Humano (VPH)*. Recuperado de <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Salud de la Mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [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))

- Ortiz, E., E. (2017). Concepto, tipologías y teorías sobre la migración aportaciones a los estudios migratorios desde la economía y los estudios de género. En R. Pardo y M.E. Rivera-Heredia. (Eds.), *Aportaciones a los estudios migratorios desde diferentes enfoques, disciplinas y campos de conocimiento* (pp.19-37). Michoacán, México: UMSNH.
- Ortiz, R.J.C. (2016). *El retorno de los difuntos: repatriación de migrantes michoacanos fallecidos en EUA* (tesis licenciatura). Universidad Michoacana San Nicolas de Hidalgo, Morelia, Michoacán.
- Pardo, F. R. (2017). La migración desde el espacio académico, un fenómeno de múltiples facetas. En R. Pardo y M.E. Rivera-Heredia. (Eds.), *Aportaciones a los estudios migratorios desde diferentes enfoques, disciplinas y campos de conocimiento* (pp. 9-17). Michoacán, México: UMSNH.
- Pardo, M. A. (2017). *Migración y transnacionalismo extrañando la tierrita*. México: Flacso
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., y Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24(1), 23-27. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001949>
- Piña-López, J., y Urquidi-Treviño, L. (2004) . Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/292/29290202/>
- Reyes-Rodríguez, L. (2007). La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa duranguense*, (7), 66-77. Recuperado de [file:///C:/Users/yeril/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLaAccionRazonadaImplicacionesParaElEstud-2358919%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/yeril/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLaAccionRazonadaImplicacionesParaElEstud-2358919%20(3).pdf)

- Ríos, E., Ferrer, L., Casabona, J., Caylá, J., Avecilla, À., Prat, G., y Esteve, A. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 533-538. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v23n6/original8.pdf>
- Rivera Heredia, M. E., Martínez Ruiz, D. T., Cervantes Pacheco, E. I. y Obregón-Velasco, N. (2019). The Effectiveness and Impact of an Intervention Program on Migration and Health with Mexican Undergraduate Students. *REMHU Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 27(55), 63-78. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005505>
- Rivera-Heredia, M. E., Obregón-Velasco y Ayala-Mira, M. (2012). Diagnóstico de la condición y posición de género en el Municipio de Marcos Castellanos Michoacán. doi:10.13140/2.1.3840.8004.
- Rivera-Heredia, M. E., Obregón-Velasco, N., Cervantes-Pacheco, E.I. y Martínez-Ruiz, D. T. (2014). Familia y migración. Enfermedades físicas en el migrante. Trillas, pág. 121-140
- Rivera-Heredia, M.E., Cervantes-Pacheco, E.I., Obregón-Velasco, N. y Martínez-Ruiz, D.T. (2012). “Lo que todo migrante necesita saber”: experiencia de una intervención sobre migración y salud en una comunidad rural. En López-Barbosa, L.A., Aboites, G. y Martínez-Gómez, F (compiladores). *Globalización y agricultura. Nuevas perspectivas en la sociología rural*. Saltillo, Coahuila: UAAAN–UadeC.
- Rodríguez- Gómez, G., Gil-Flores, J. y García Jimenez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, G. (2002) *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre Jóvenes campesinos y campesinas*. Recuperado de <http://www.sidalc.net/cgi->

bin/wxis.exe/?IsisScript=sibe01.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=024874

Sabsay, L. (2011). Fronteras sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía, Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Salas-Alfaro, R. y Aguirre-Ochoa, J. I. (2015). Violencia y migración internacional en el Estado de México. *Ánfora*, 22(39), 99-123. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3578/357843443004>

Salazar, G. M., Valdez, R. J., Martínez, M. K., y Pedroza, C. F. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 803-815. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=salazar+valdez+martinez+2011&btnG=

Sánchez, A., Lemp, F., Magis, C., Bravo, E., Carter, S., & Ruiz, J. D. (2004). The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(4), 204-214. Recuperado de https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2004/11014/The_Epidemiology_of_HIV_Among_Mexican_Migrants_and.2.aspx

Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta de moebio*, (41), 207-224. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n41/art06.pdf>

Secretaría de Desarrollo Social. (2014). Unidad de Microrregiones Cédulas de Información Municipal (SCIM, 2013). Recuperado de http://www.microrregiones.gob.mx/documentos/2014/RO_PDZP2014_DOI.pdf

Secretaría de salud. (2015). Virus del Papiloma Humano (VPH) o papilomavirus. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/virus-del-papiloma-humano-vph-o-papilomavirus>

- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2019). Diario Oficial de la Federación la nueva política de Salarios Mínimos. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/prensa/publica-diario-oficial-de-la-federacion-la-nueva-politica-de-salarios-minimos>
- Shanbo, W., Xinguang, C., Gang, L., Wang, Z., Weidong, S. & Xia, W. (20014) Sexually transmitted infections among migrant's wives remaining in rural homes- a pilot study of the remaining women in rural Wuhan, China. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 82-87. doi:10.1080/21642850.2013.872991
- Siniestra, C. J. y Villegas, A. D. (2019). *Factores relacionados al uso de condón en estudiantes universitarios: Revisión bibliográfica*. (Tesis doctoral). Recuperado de <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/395>
- Sociedad Mexicana de psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*, Ciudad de México, México: Trillas.
- Soto, S. y Torres, B. (2014). Práctica sexual segura e insegura en la pareja heterosexual. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 11(68), 3-13. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6260153>
- Soto, V. (2006). Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(2), 152-159. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008
- Steinar, K. (2014). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Szasz, I. (1998). Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate feminista*, 18(2), 77-104. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/42625372?seq=1#page_scan_tab_contents

- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Torres-Castillo, A. L. (2012) Las paradojas de ser mujeres esposas de migrantes: cambios y continuidades para las mujeres indígenas purépechas. En E. Tuñón-Pablos y M.L. Rojas-Wiesner. (Eds.), *Género y migración* (pp.183-211). San Cristóbal de las Casas. México: Colegio de la frontera Sur.
- Ubillos, S. (2007). Intervención psicosocial frente al VIH /SIDA. En A.A. Blanco y M.E. Rodríguez (Coords.). *Intervención psicosocial* (pp.103-134). Madrid, España: Pearson.
- Valdéz, L., Malfrán, M., Ferrer, Y., y Salazar, E. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 16(1), 1-13. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000100001&lng=es&tlng=es.
- Valencia, C. P., y Canaval, G. E. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(5), 810-821. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008
- Van -Dijk, T. A. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Utopía y praxis latinoamericana*, 10 (29), 9-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/279/27910292.pdf>
- Van-Dijk, T. (2007). Análisis del discurso ideológico. *Estudios de comunicación y política*, 10(6), 15-43. Recuperado de <https://versionojs.xoc.uam.mx/index.php/version/article/view/84/84>
- Vargas-Bustamante, A. (2017). Uso de servicios de salud por parte de adultos mexicanos en EE.UU., antes y después de los 65 años: implicaciones para

- la atención transfronteriza en salud en México. En Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población (primera edición), *Migración y salud* (pp. 27-41). Distrito Federal, México: CONAPO.
- Vásquez-Valdez, A. (2017). Vih/sida y Síndrome de Penélope en Michoacán, ¿Tema importante para el gobierno de la entidad?. En R. Pardo y M. E. Rivera (Coords) Aportaciones a los Estudios Migratorios desde diferentes enfoques, disciplinas y campos de conocimiento (pp.119-137). Morelia, México: Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo.
- Vega, G., y Jaramillo, M. (2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 50-77. Recuperado de <https://n9.cl/ccqmr>
- Vivo, S., López, P. P., y Saric, D. (2015). Salud sexual y reproductiva para jóvenes revisión de evidencia para la prevención. Banco interamericano de desarrollo.
- Wallach-Scott, J. (2010). Género: ¿sigue siendo una categoría útil de análisis? *Diogenes*, 57(1), 7–14. doi: 10.1177 / 0392192110369316
- Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 1-15. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002303>.
- Wodac, R. y Meyer, M. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona, España: gedisa.
- World Health Organization's. (2017). Weekly Epidemiological record 2017. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf;jsessionid=B3D9679F55C182EC45874042D7690CC4?sequence=1>

- Zepeda, M. R., y Rosen, J. D. (2016). Migración México-Estados Unidos: implicaciones de seguridad. *Revista de Ciencias Sociales*, 154(4), 79-91. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153/15351156006>
- Zúñiga, V. (2015). Niños y adolescentes separados de sus familias por la migración internacional: el caso de cuatro estados de México. *Estudios Sociológicos*, 3(97), 145-168. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=598/5984419800>

Apéndices

I-GUÍA DE ENTREVISTA

EDAD:

SEXO:

RELIGIÓN:

ESTADO CIVIL:

Migración

¿Qué opina de la migración?

¿Cuántas veces ha migrado?

¿Cuál es la razón por la que usted/pareja decidieron migrar?

¿Qué sentimientos experimentó cuando usted/pareja tuvo que migrar?

¿De qué manera considera que cambió la migración su vida en el ámbito social, económico, personal, laboral, vida de pareja y sexual?

¿De qué manera cree usted que cambió la migración su vida en el ámbito económico?

Pareja

¿Qué considera que fue lo más difícil de migrar sin su pareja?

¿Cómo cambió la dinámica de pareja durante la migración?

¿Cuándo usted/pareja regresó qué fue lo más difícil de volver a estar con ella o él?

¿Qué reglas o acuerdos considera usted que debe de tener una pareja para sobrellevar la situación de la migración de una manera favorable

Género

¿Cómo considera que debe de ser un buen hombre (características físicas y de personalidad)

¿Cómo considera que debe de ser una buena mujer?

¿Qué diferencias principalmente debe tener un hombre de una mujer en el aspecto familiar y sexual?

¿Usted cree que tiene que ver el género con la migración?

¿Cree que existen diferencias en la salud sexual entre hombre y mujer?

Salud sexual

¿Qué entiende usted por sexualidad?

Cuénteme; si usted considera que la sexualidad es importante en la vida de las personas

¿Qué importancia tiene la sexualidad en la relación de pareja?

¿Qué entiende por salud sexual?

Conoce ¿Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo y que pueden hacer perder la salud sexual?

Qué ha escuchado sobre las Infecciones de Transmisión Sexual

Salud sexual y migración

¿De qué manera considera que la migración tiene relación con la salud?

¿Qué aspectos considera importantes para que las personas tengan salud sexual

¿Qué riesgos considera que tiene la salud sexual al ser migrante o pareja de migrante?

¿Ha escuchado de algunas prácticas sexuales que pueden ser de riesgo y que estén relacionados a la migración?

Uso del condón

¿Conoce qué es un condón?

¿Qué es lo que ha escuchado del condón?

¿Qué piensa usted del condón?

¿Usted porque razones considera que las personas no usan el condón?

¿En qué ocasiones considera que se debe de usar el condón?

¿Si en alguna o todas sus relaciones no ha usado condón, nos puede contar las razones?

II-Carta de consentimiento informado

Por medio de la presente me permito solicitar su colaboración debido que me encuentro realizando un proyecto dentro de la maestría en Psicología de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo nombrado **“PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES Y MUJERES PAREJAS DE MIGRANTES”**, que tiene como objetivo promocionar la salud sexual y uso del condón en población con experiencia migratoria por medio de un taller integral de sexualidad, tomando en cuenta las opiniones de los mismos habitantes de esta comunidad y de la cual usted es parte.

Para ello, estamos invitando a diferentes personas para que compartan con nosotros su valioso punto de vista otorgandonos una entrevista que tendrá un tiempo aproximado de 40 minutos a 1 hora por sesión, la cual será de enriquecimiento para dicho proyecto y la construcción del taller que servirá para el cuidado de la salud física y emocional de los participantes.

Dado que su participación es voluntaria es importante especificar los siguientes puntos:

- Si alguna pregunta le causa alguna incomodidad tiene el derecho a no responderla, incluso también tiene el derecho de suspender la entrevista en el momento que lo desee.
- Sus respuestas serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas solamente con fines investigativos.

Este trabajo se está realizando con la colaboración y supervisión de las siguientes personas:

- Licenciada en Psicología Leslie Valle Villalobos (Autora) valle.leslie8823@gmail.com tel: 44-32-24-92-52,
- Dra. María Elena Rivera Heredia (Directora) maelenarivera@gmail.com y

- Dra. Ericka Ivonne Cervantes Pacheco (Codirectora) erickapsic@gmail.com
a las cuales puede contactar si tiene alguna duda sobre el proyecto.

Agradecemos su tiempo, disposición y colaboración para esta investigación.

Finalmente, le solicitamos nos conceda su firma con la que muestra que ha comprendido los objetivos de este estudio, así como la finalidad de su colaboración. Que es su deseo libre el participar con nosotros.

De igual manera solicitamos su autorización para que la información que se recabe pueda ser grabada de voz.

Firma del participante: _____

Lugar y fecha: _____

III- Oficio para entrevistas con personal de Centro de Salud de Charo, Michoacán



DR. ROBERTO CARLOS QUEVEDO DÍAZ

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

#01 MORELIA

At'n Dra Susan Melody Gasca González

Responsable del centro de salud Charo, Michoacán

Asunto: Solicitud de entrevista

Morelia, Michoacán 02 de septiembre del 2019

La que suscribe Licenciada y estudiante de la maestría en psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por medio de la presente me permito solicitar su autorización y colaboración para llevar a cabo una entrevista los días y la hora que nos señalen con la intención de conocer la situación de salud sexual en la comunidad de Charo y de qué manera es abordada por la institución o con que programas cuentan que atienden esta área de la salud. La razón es debido a que nos resulta interesante abordar el tema de salud sexual desde la mirada de su institución considerando la información que nos brinda valiosa y necesaria para el proyecto que se llevará a cabo nombrado "PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES Y MUJERES PAREJAS DE MIGRANTES" el cuál es asesorado por la **Dra. María Elena Rivera Heredia** como directora y la **Dra Ericka Ivonne Cervantes Pacheco** como codirectora, ambas investigadoras de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo. Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su colaboración, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Lic. Leslie Valle Villalobos
Solicitante

Dra. Mónica Fulgencio Juárez
Directora de Posgrado en psicología

IV – Cuadro discursos de categorías y subcategorías para análisis de migrantes y mujeres parejas de migrantes

Categoría 1: Percepciones, información y uso del condón en personas con experiencia migratoria (PIUC)
1a. Percepción, información sobre el uso del condón en personas con experiencia migratoria (PIC-PIUC)
An- Pues mira... a consecuencia de tanta libertad, que se le puede decir libertad, porque lo podemos ver que te dicen hay un condón utilízalo para que no te pase nada, entonces con más libertad uno dice ¡hay utilizo un condón y ya! No me pasa nada (mujer pareja de migrante). Bl- Uno los escucha y los ve en el centro de salud, a uno le dicen que lo debe de usar porque son buenos para la salud, ahí uno se mete con la dotora que está ahí de planificación y pues ya ahí te metes y pues ya ahí nadien (textual) ve porque ya tú te metes... o afuera también ponen en una ¿Cómo se llama? “pecera”... Si, pues eso si dicen y la verdad que, sí es cierto, pues la verdad que si no se siente igual (se ríe apenada) a libre pues si no se siente, ahí no...Pues yo digo que deben de usarlo (haciendo referencia al condón) cuando los hombres son bien sinvergüenzas, que andan con una y con otra mujer, para prevenir de una enfermedad porque pues uno no sabe dónde ande y como ande (mujer pareja de migrante). Jo- Lo que yo he escuchado es que la mayoría de la gente no lo usa porque pues, no porque no sirva o no sepan si no porque no les gusta usarlo (hombre migrante). Ro- Lo que he escuchado es que es el único método que puede prevenir de algunas infecciones y de algunos embarazos (hombre migrante). Ma- Hablando en adultos con más razón tendrían que irse con condones, pero creo que son los que menos los usan (pareja de migrante). Ar- El otro día en la iglesia el padre dijo, levante la mano la persona que yo tenga un condón en su cartera y yo la levante, porque el día que yo traiga un condón en la cartera es porque voy a pecar con otra persona que no sea mi esposa (hombre migrante).

1b Uso del condón y la experiencia migratoria (UC-PIUC).
Ro- Siendo migrante sería ir y tener relaciones sexuales sin protección con una persona que no conoces, pues eso sería un factor de riesgo para venir y luego infectar a alguien acá (hombre migrante). Jo- Cuando uno está allá y empieza a ganar dólares sobre todo cuando uno es joven pues no piensas en los riesgos, no usas condón y se te hace fácil ir allá a lugares de esos donde hay mujeres, a los bares (hombre migrante). Ar-Pues ni mi esposa ni yo hemos pensado en usar condón, aunque yo regrese de allá, porque pues ella me tiene confianza y yo se la tengo a ella verdad, por ejemplo, si ella anduvo aquí o así con otra persona pues yo tampoco sé, pero pues como sea le tengo confianza (hombre migrante, refiriéndose lo que pasa con su esposa durante su ausencia). An- Pues yo lo hacía, aunque no le gustaba nada y se enojaba, que - ¿Cómo me voy a poner esto?, ¡qué pues eres mi pareja cómo me lo voy a poner si se supone que nomás contigo! -, yo le decía -yo no estoy diciendo que estás haciendo eso, pero por si las dudas mejor así-. (mujer, pareja de migrante, ante el regreso de su esposo). Bl- pues yo veo que también pues yo con mi esposo pues como no le tengo desconfianza pues no, no lo uso... Bueno un tiempo si lo use para cuidarme pues, para no quedar embarazada. (mujer pareja de migrante, ante el regreso de su esposo).
2. La sexualidad en la familia y la comunidad, y la dificultad para hablar sobre ella (SFCD)
2a. Formas en las que se maneja el tema de la sexualidad en la comunidad (TSC-TSFCD)
An-Yo me sorprendo de mi papá que en algún momento anduvo de canijo pues haciendo esas cosas y sin cuidarse y luego por ahí pues nosotros supimos que mi mamá tuvo una infección fuerte... pero ya mucho después de que pasó eso, o sea nunca hubo la confianza de mi mamá de hablarnos de esos temas (mujer pareja de migrante).

Ar- Pues uno por lo que escucha cuando está allá y unos se meten con otras pues, hay unos que, si usan eso del condón, pero hay otros que yo creo que no, porque luego andan enfermos (hombre migrante).

Ma- Muchas veces los papás preferimos callarnos la boca y no hablar las cosas claras, desgraciadamente mucha juventud experimenta ¿por qué? porque no sabe, entonces sabes que si quieres tener relaciones puedes tenerlas... desgraciadamente aquí en este pueblito la situación es diferente, porque uno no habla, lo único es que, si vas al centro de salud o con algún doctor, pero ni vamos (mujer pareja de migrante).

2b. Dificultad para hablar de sexualidad (DHS- TSFCD)

Ma- muy complicado porque se imagina la niña de 10 años pregunta, ma... ¿Qué? Y el condón ¿Dónde se pone? Entonces, así como que ¡Chispas! Y ahí que le digo: -no, ps se pone en el... ellos le dicen que el pajarito, que él no... se llama así, se llama pene” (baja la voz) y ahí va el condón-. Mmm y si dice o le digo ¿No le puedes explicar todo lo demás? O sea cómo se lo va a poner así apagado o ¿Cómo? Y ahí es donde entra la pregunta de ¿Cómo se los digo? (mujer pareja de migrante)

An- A lo mejor en mis tiempos era otro tiempo porque antes existía el tabú de los papás, has de cuenta que si tienes relaciones vas por allá a una enfermedad todavía pues lo es, pero antes se veía con otros ojos, no se hablaba nada de esos temas (mujer pareja de migrante).

Ma- bueno, pues ¿qué le puedo decir?, pues en ese aspecto pues no sé, pues yo digo bueno, lo normal, o sea cómo pues entre pareja lo normal, pero pues no sé, porque ellos se van y nosotros no sabemos, no sabría decirle cuál es la respuesta correcta.

Bl- Luego como que nos da pues pena hablar con ellos, hablar con la familia y hablar de estas cosas y esto y lo otro.. ¡jole “se ríe” no sé qué contestarle (cuando se le pregunta que diga cuales son las prácticas en las que se debería de usar condón).

Categoría 3: Programas de salud sexual comunitarios en Charo (PSSC)

3a. Percepción de los programas de salud sexual (PPSS-PSSC)

An- Mucha gente si está consciente de que esto se necesita... a veces decimos que tenemos muchas necesidades en el pueblo, que las calles no sirven, que nos hace falta un banco, que, si son necesidades que tienen pues o a veces nomás vemos esas necesidades, pero realmente hay otras necesidades nosotros a veces no decimos y esto de la información de sexualidad es algo muy, pero muy necesario.

Bl- Pues sí, en el centro de salud si hay, lo que tienen es que antes les daban eso de dicho “progesa” pues les hablan para decirles que se hagan su mastografía, puede también el papanicolado (textual)...les dan talleres para hablar de eso pues, pero como yo nunca me dieron “progesa” pues yo no he hecho nada de eso (mujer pareja de migrante).

Jo- Pues programas si hay y conscientes si estamos, pero yo creo que lo que falta ahí es disponibilidad de la gente yo creo para acercarse al centro de salud, eso es lo que a veces no hay, le digo por miedo, por vergüenza, o por lo que usted quiera la gente a veces no acude...porque ha habido campañas donde vienen a la detección de VIH, del virus de papiloma, entonces yo veo muy poca concurrencia en esos eventos, en ese tipo de actividades la gente no responde (hombre migrante).

Ro- Pues todas estas actividades se hacen para el pueblo en general y no no me ha tocado escuchar alguna actividad que se enfoque completamente en migrantes (mujer pareja de migrante).

3b. Recomendaciones para implementar en los programas de salud sexual comunitarios (RPSS-PSSC)

An- Si, así eso sí, que brindaras una conferencia sí, bien bonita, hasta con café porque les sabe a uno diferente, no ósea son cositas así pequeñitas que a lo mejor vas a decir, hay un café, pero cuando estás en una plática centrada recibiendo información que no siempre uno tiene pues como que te bañas, te empapas de un tema que dices hay esta interesantísimo este tema, que no quieres que se acabe (mujer pareja de migrante).

Jo- Pues primero que nada sería yo creo tener un trato más directo con un psicólogo o con una psicóloga, donde puedan obtener ayuda para tener ese valor de acercarse y hacerse los chequeos de rutina (hombre migrante).

Categoría 4: Prácticas sexuales de riesgo y de cuidado en personas con experiencia migratoria (PSRC)

4a. Prácticas sexuales de riesgo (PSRM-PSRC)

Ar- Pues uno cuando está allá si hay cosas que hacen que uno se arriesgue, si las hay, mire, por ejemplo, le voy a decir, ahí donde vivíamos muchos en una sola casa al lado vivía una “pocha” (nacida allá de padres latinos) que se había metido y pasó por los 17 que vivíamos ahí, ¿usted cree que eso no es un riesgo? Yo ni loco me meto con esa mujer, pero otros sí (hombre migrante, cuando está fuera de México).

Ro- Mira pues es que la verdad pues se van... ora si como dicen no ps si dicen yo me voy a trabajar... pero te entran muchas dudas sobre tu pareja de que, si nomás vas a trabajar, porque te cuentan mucho que fulanito anda con perenganita por allá, pues entonces bueno sí ahí andaban, este... ¿qué te hace pensar que no todos andan así? (mujer pareja de migrante, ante la ausencia del esposo).

Ma- Porque pues llegan con otras ideas y ahora si como dicen con otras mañas y entonces es cuando dices - Ah caray ¿pues ahí qué pasó?- Y pues a uno le entra la duda que hasta no vayan a traer algo, algo pues como una enfermedad (mujer pareja de migrante, ante el regreso del esposo).

4b. Prácticas sexuales de cuidado (PSCM-SSPC)

Ar. Pues yo realmente no me metí con nadie porque pues uno de hombre no se aguanta, pero de todos modos hay otras maneras, porque pues a mí sí me da miedo que me peguen algo por allá (hombre migrante).

Ma- por ejemplo, llegaba y uno decía bueno pues un condón y yo era de la idea de que en el tiempo que llegaba pues vamos a hacer la prueba ¿no? Pues vamos a hacer la prueba, él me decía, pero es que yo no hice nada, yo no estoy diciendo que tu haigas (textual) hecho algo, pero simplemente no pasa nada, vamos a hacernos la prueba y

ya vemos, si no no...porque uno escucha del SIDA y si le da miedo a uno (mujer pareja de migrante).

Jo-Bueno aun conociendo a la persona, aunque vivas con ella pues uno no se conoce bien siempre y yo creo que siempre debemos de tener cuidados en cuanto a la sexualidad..., protegernos, usar condón...hay que tomar medidas, hay que checarsé (hombre migrante).

Categoría 5: Percepción de salud sexual e información sobre ITS en personas con experiencia migratoria (PSSITS)

5a. Percepción de salud sexual (PSS- PSSITS)

Ma- Pues yo creo que todas, todas llevan un riesgo y más sabiendo que si es una persona activa con muchas parejas en ese aspecto pues todos corren muchísimo riesgo (mujer pareja de migrante).

Ar- Pues luego uno pues como vive allá junto de repente si te enteras porque alguien te dice -oye pues es que me salió un granito o me salió esto-, yo les digo que es más a veces hasta porque ellos quieren andar hasta bien depilados para estar con otras mujeres, hasta eso les hace daño para que les peguen algo (hombre migrante en el tiempo que está fuera de México).

Bl- Pues... yo creo que si (se detiene a responder) yo creo eso (se ríe) yo digo que andan por allá libres y no sabemos... uno dice que es, pues bien, pero no se sabe porque pues andan por allá mucho tiempo solos...una cosa es que tengas aqui tu pareja estable y otra cosa que ya te vayas a relacionar con otras parejas allá... si, si es un riesgo porque ahora si como dicen van para allá, se les pega algo, vienen para acá y es lo mismo entonces va a ser un contagiadero de nunca acabar, si es un riesgo, eso de la migración, mucho (mujer pareja de migrante, refiriéndose al tiempo de la migración, cuando se va y cuando regresa).

Jo- y la migración si tiene mucho que ver porque pues es mucho tiempo el que uno se va y esta uno sin pareja y si no tiene uno los cuidados suficientes pues si puede infectarse de algo y transmitirlo y contagiar a su pareja (hombre migrante, en el tiempo que se encuentra fuera de México).

Ma- El único problema es que cuando regresa pues, así como que se convierte en una vida activa, en el ámbito

sexual, luego se van y otra vez nada (mujer pareja de migrante, al regreso del esposo).
5b. Información de ITS (IITS-PRITS)
An- Una vez fui al doctor y me dijeron ... de repente me dice la doctora, no pues ¿sabe qué? que tiene una enfermedad vaginal, digo una... ¡Ay cómo! entonces entré en pánico y dije ¿Cómo? y vine a rematar con mi marido. Pero también la Dra. no se explicó, no dijo: a veces las Infecciones, no solamente son por contagio, no tienen que ver con la pareja. A veces se agarran en un baño público (mujer pareja de migrante). Ma- Pues mira por esta parte pues algunas partes, o sea no le voy a decir que conozco todo, algunas partes nada más en los folletitos que luego te entregan (mujer pareja de migrante) Jo- Pues se habla de sexualidad muy en secreto, pero si se habla, por ejemplo, a veces uno se da cuenta que alguien tiene una enfermedad, que porque, que donde la obtuvo... una es falta de información aquí o por vergüenza o por lo que usted quiera que si tiene algún síntoma no se checan (hombre migrante).
Categoría 6: Aprendizajes de género y la relación con salud sexual en Charo (AGCSS)
6a. Aprendizajes de género en la comunidad (AG- AGCSS)
An- ya nos estamos emparejando porque se ve cada cosa ahora que hacen las mujeres que por eso no duran los matrimonios, (se ríe)... le digo mamá, pero cómo es posible que tu aguantaste, pero, sin embargo, viene a ser a veces de herencias porque ella tuvo un cuadro familiar donde mi abuelito era así, pues a fin de cuentas es mujer y entonces pues así está acostumbrada mi madre así nos criaron (mujer pareja de migrante). Ro- Él me dijo -yo no quiero que trabajes-, nunca me dejó trabajar ya cuando nos casamos, entonces pues yo no trabajo hasta el día de hoy... mi hermana me critica, pero ahora que vino ni tuvimos la oportunidad de hablar porque de hecho pues cuando viene el marido ella ya no puede hablar, se queda callada (mujer pareja de migrante).

Jo- A veces mi hija se siente como desconectada conmigo porque me dice que mi hijo es el consentido, me dice a mí no me invitas, pero por ejemplo no es eso, es que a veces por ejemplo me voy al cerro y a ella no la invito porque es niña...igual y a ella le da miedo andar en el campo luego. (hombre migrante).

6b. Aprendizajes de género y la salud sexual en la comunidad (AGSS-AGCSS)

Ma- si me bajaba la moral porque me decía -es que a lo mejor tu andas por allá y tu andas por acá- y uno acá como mujer con uno o dos niños como vas a andar en eso, pues no...si se pone difícil por el hecho de que están lejos ...yo nunca le decía, aunque tenía mis dudas pues no era por ahí, porque aquí cuidan más el de que si eres virgen o no eres virgen, entonces aquí como que es una parte importante.

Ro- ¡Ahorita que dice eso! pues fíjese que no faltan los hombres que cuando saben que uno está sola pues le insinúan a uno que podemos tener una relación, pero pues uno acá que se queda con los niños no es tan fácil, más porque uno quiere esperar siempre al marido y ellos pues allá andan solos, uno no sabe lo que hacen (mujer pareja de migrante).

Bl- Uno es mujer y traemos la de perder con un hombre porque en un resbaloncito ahí quedamos, como quiera si no sales embarazada ps y si sales embarazada ahí vas a ir cargando tú con tu bebé y si te responden que bueno y si no a ver que (mujer pareja de migrante).

Ro- Mi esposo me miró feo con todo lo que le dijo el doctor, así como de ¿tú porque tenías que venir a contar nuestras intimidades? (mujer pareja de migrante).

Bl- Pues por lo mismo que le digo que los hombres son muy machistas como le digo, ellos quieren así y ya, sin ponerse nada (mujer pareja de migrante).

Categoría 7: Percepción del vínculo afectivo con la pareja y el placer sexual en relación con la experiencia migratoria (PPSM)

7a. Vínculo afectivo con la pareja en la experiencia migratoria (VAPM-PPSM)

Ma- Si, pues uno que más quiere tenerlos aquí, que estén en compañía de uno, pero pues a veces no es así. Mira, cuando se fue la primera vez, ¿qué sería?... se puede decir que estábamos recién casados, o sea, yo me quedo embarazada y él se va, entonces prácticamente uno se queda, así como de ¿qué voy a hacer yo sola? ¿Qué hago?, entonces pues si te mandaba lo económico que esto y lo otro y dice uno -bueno y va a crecer solito ¿y el papá qué, dónde se quedó?-, entonces se imagina pues es así como que, no sé... se puede decir que cuando se va, pues se extraña de alguna manera a la pareja...Entonces ya en ese tiempo llenas el espacio con los hijos, o sea bueno pues tengo mi cama pues me traigo los niños para mi cama para no sentirme sola, solita. Si entraba como en depresión porque pues lo mismo, es así como de quien la consolaba, luego andaba uno toda chillona y pues así se siente uno, sin nadie y sola (cambió tono de voz) pero pues qué le hace uno (mujer pareja de migrante).

Bl- pues se iba y se quedaba la casa sola, vacía, porque sentía que me faltaba mi viejo por un lado de la cabecera. Si, yo le digo -Ay no te vayas, ¿por qué ahora, qué voy a hacer sin ti? (mujer pareja de migrante).

Ro- Pues es una situación muy triste, muy difícil... lo más difícil era que se llegaba la tarde y no llegaba, Ay hasta lo digo y todavía me dan ganas de llorar (se quiebra la voz) ... Pues yo sentía un vacío muy grande, entonces sí me hablaba por teléfono, pero no era lo mismo, un vacío, una soledad sin él... no me daban ganas de hacer nada...como pareja lo principal es que se llega la separación y ya no hay diálogo como pareja y como que también eso afecta... ya no estás personalmente con él hablando...yo al ver su cambio yo ya le decía que él ni siquiera me amaba porque ya solo veía las cifras de dinero...a mí se me hace como que ya no somos pareja, solo hablas de dinero, te deposité tanto, cuanto ocupas y cosas así...La última vez yo le dije que si no se venía nos divorciábamos mejor... porque yo le dije yo no me case contigo para ser una alcancía (mujer pareja de migrante).

7b. Percepción del papel del placer en la sexualidad (CPS- CPSM)

An- Porque muchos de los chamacos se van por allá y el hecho de que ya ven los muchachos muchas cosas o sea cosas de pornografía que no es adecuada para ellos y a lo mejor pues yo si dije, -te me estas enfermando de la mente con esto que estás viendo, en esa edad empiezan a sentir bonito (mujer pareja de migrante).

Ma- Llega un momento en el que dices tú, si es importante porque es como un desestresante así de un momento, podría ser de esa manera...porque se siente bonito (mujer pareja de migrante).

Ro- Yo tenía depresión, aunque él ya hubiera regresado y el doctor me dijo ¿cómo estás en tu sexualidad? Yo le conté todo y citó a mi esposo que le dijo dímelo entre hombres, no amas a tu esposa porque estás muy joven para que no te den ganas (mujer pareja de migrante).

7c. El placer sexual y la experiencia migratoria (PSM- PPSM)

Bl- ¡Pues no estar juntos! Porque a veces uno quiere estar con el marido, ya que tiene uno ganas y pues no, y pues resulta que el marido no está, y que ya uno tiene que aguantar hasta que regrese (se ríe) (mujer pareja de migrante, cuando el esposo está fuera de México).

Ro- Pues como que si se extrañan los abrazos los besos. Y de la sexualidad pues yo no sentía mucha necesidad así que dijera de la sexualidad...más bien, sí de tenerlo cerca pero así que te vayas al extremo de la sexualidad pues no (mujer pareja de migrante, cuando el esposo está fuera de México).

Ar- -Uno de hombre no se aguanta, pero pues uno hace otras formas, por ejemplo, uno se ayuda con la mano (hombre migrante).

Ro- De la segunda vez que llevo...ya lo notaba yo que no tenía como cariño, ya yo no sentía nada, me sentía que como que nomás me usaba para venirse porque ya no había caricias, ya no había besos, entonces ya era muy rápido nada más (mujer pareja de migrante, cuando el esposo regresa).

V - Propuesta de temas para incluir en programas de salud sexual en la comunidad

Es importante mencionar que se sugieren una serie de temas que fueron recabados tanto por la comunidad como de investigaciones previas, solo son los temas ya que dependiendo de la necesidad del grupo o la persona que lo reciba, así mismo serían las actividades y el tiempo que se tendrían que ajustar a las necesidades de la población.

Temas propuestos de acuerdo a lo observado y recabado en la comunidad	Elementos tanto de la comunidad como de la literatura para justificar los temas propuestos.
Comunicación asertiva: Importancia y características de la comunicación asertiva	Algo fundamental en el ser humano es la comunicación debido a que es un medio por el cual se comparten ideas, pensamientos, entre otros. En cuestión de salud sexual, en diversos estudios se muestra que la comunicación para pedir el uso del condón puede estar obstaculizada por factores relacionados a la comunicación, como vergüenza, la pareja no quiere o no se atreven a pedirselos. Lavielle-Sotomayor, P., & Jiménez-Valdez, F., & Vázquez-Rodríguez, A., & Aguirre-García, M., & Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes Eguiluz, I., Torres, P. y Allen, B. A. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU Con la información de la informante clave que ya fue entrevistada. La experiencia propia en el campo de la salud sexual y reproductiva con diversas poblaciones en Morelia y algunas comunidades cercanas
Sexualidad: ¿Qué es la sexualidad? hablar de sexualidad ¿Es malo?	Los y las participantes manifestaron tener dificultad para hablar de estos temas, sin embargo, señalaron el deseo de poder hacerlo ya que es algo que consideran

Aspectos de nuestra vida relacionados con la sexualidad.	necesario, por lo que se requiere que sea abordado desde una perspectiva natural y global como parte del ser humano con la intención de poderse de esta esfera: OMS 2018 refiere que las estrategias empleadas para prevenir las ITS y dar acceso a la salud sexual tienen que partir de una vista integral (físico, psicológico y social) La información brindada por la informante clave de la comunidad habla de un aspecto privado en el que se viven los temas relacionados a la sexualidad. Boletín estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS 2016-2021
Derechos sexuales y reproductivos Mi sexualidad y yo Mis derechos y las instituciones Mis derechos y mi familia. Pareja y género Que es el género Qué papel juega el género en la pareja	Los y las participantes manifestaron el desconocimiento en los servicios que se brindan de salud sexual en la comunidad o saber que están solo dirigidos para cierto tipo de población a la que ellos y ellas no pertenecen, esto fue un factor importante para que las personas, aunque tengan la inquietud no se acerquen tanto a información como chequeos continuos que pudieran ser un factor protector para acceder a la salud sexual, También muestran estos elementos las investigaciones: García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud García-Sosa, J., Meneses Navarro, S., y Palé Pérez, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH-SIDA Cáceres, C. F. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional
Practicas placenteras y seguras Diversidad dentro de la sexualidad Nivel de riesgo de las prácticas sexuales Uso del condón	Los y las participantes manifestaron la percepción del placer dependiendo del género, por un lado, los hombres lo viven como algo natural y necesario, aunque les sea más difícil hablarlo y las mujeres lo

Instancias gubernamentales y no gubernamentales a donde se puede acudir.	relacionan más con los vínculos afectivos con la pareja. Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L., & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes. Boletín estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS 2016-2021 Eguiluz, I., Torres, P. y Allen, B. A. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud. Vega-Briones, G., Jaramillo-Cardona, M. (2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata
Salud sexual y reproductiva Conceptos y diferencias Limitaciones sexo seguro y sexo protegido Conceptos. Prácticas sexuales de riesgo Prácticas de control y prueba de detección Colposcopia y Papanicolau Prueba rápida de VIH y Sífilis	Las y los participantes manifestaron poca claridad en cuales son específicamente las prácticas sexuales que se consideran riesgosas para adquirir una ITS, así como de las pruebas de detección que existen en la comunidad. Las investigaciones y modelos que se han establecido para salud sexual en diferentes poblaciones muestran que las personas en ocasiones no tienen claras cuáles son las prácticas sexuales de riesgo; Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen,1975; Ajzen y Fishbein, 1980) Boletín estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS 2016-2021 Cabrera-Gaytán, D., Palacios-Rodríguez, R., y Guzmán-Solorio, J. (2014). Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel
Salud sexual y migración Migración y pareja De qué manera la migración influye en la pareja Los roles con la pareja migrante Sexualidad y migración	Las y los participantes manifestaron que la migración es un aspecto que afecta los lazos que tienen con su pareja por lo que es importante se siga dando espacio para hablar de los sentimientos que genera la migración con la pareja.

Que pasa con la sexualidad durante la migración. Migración, salud y salud sexual limitaciones de salud en el proceso de migración Prácticas sexuales protegidas	Las intervenciones y las instancias como la OMS que muestra la importancia de intervenciones adecuadas a poblaciones específicas enfocadas principalmente a grupos vulnerables como son los migrantes. Boletín estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS 2016-2021 Vásquez-Valdez, A. (2017) Aportaciones a los Estudios Migratorios desde diferentes enfoques, disciplinas y campos de conocimiento. Vih/sida y Síndrome de Penélope en Michoacán
Erotismo Conceptos Actividades relacionadas al erotismo Erotismo y salud Cuáles son los elementos del erotismo. Productos que brindan salud sexual y placer Respuesta Sexual Humana que es la RSH Diferencias RSH entre hombre y mujer	Los y las participantes manifestaron no tener mucha confianza para hablar de placer, sin embargo, si es un elemento que mencionan que no es necesario en sus vidas, pero también experimentarlo es una sensación placentera para ellos y ellas. D. L., & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes.