

SEXUALIDAD FEMENINA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE CHIAPAS

DAVID HALPERIN, PATRICIA DE LEÓN RUIZ

E IMELDA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

En este escrito se presenta una investigación en la que se exploraron, desde la perspectiva de género, los significados, valores, creencias, necesidades e inquietudes alrededor de los roles domésticos, la menstruación, el embarazo, la contracepción, el cuerpo, la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre mujeres de la región fronteriza de Chiapas.

Este trabajo es complemento de un estudio epidemiológico sobre prevalencia de ETS realizado con las mismas mujeres.¹ La información combinada sirve para formular estrategias de intervención (prevención o tratamiento de ETS) específicas a las características socio-culturales de esta población.

¹ Halperin, D., Álvarez, M., Tolbert, K., Ramírez, F., Tinoco, R. " Reproductive Tract Infections in Women in Four Periurban Communities and One Rural Community in Chiapas, Mexico" . Trabajo presentado en la reunión anual de la American Public Health Association, Washington, D.C., noviembre, 1992 (publicación en memorias).

Datos del análisis cuantitativo previo revelaron una alarmante presencia de infecciones del tracto genital entre las mujeres de la región fronteriza de Chiapas, pero mostraron poco de por qué unas mujeres en particular se infectan y otras no, y nada acerca de los cambios necesarios para ayudarlas a prevenir estas enfermedades. El presente estudio es un intento inicial de corregir dicha carencia. Para formular y diseñar un esfuerzo educacional para prevenir las ETS, consideramos que es necesario conocer y comprender las prácticas y conceptos sexuales, así como los significados y valoraciones que estas mujeres les han asignado. La detección de enfermedades y su ocurrencia en las comunidades, su tratamiento y la comunicación de la información aprendida, junto con los factores de riesgo hasta ahora identificados, no son suficientes para prevenir la propagación de las ETS. La prevención de es-

² Elias, C. *Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en países en vías de desarrollo*. The Population Council, Región Latinoamericana y del Caribe, Documentos de Trabajo, núm. 27, 1993.

tas enfermedades es una tarea que requiere actividades más complejas y dinámicas, que aseguren la efectividad de las acciones emprendidas.²

RESULTADOS CUANTITATIVOS

PRELIMINARES

Se llevó a cabo en 1992-1993 una investigación sobre la existencia de las ETS en cinco colonias periurbanas pobres de Comitán, Chiapas, y en una comunidad rural en la frontera México-Guatemala. Una muestra de 200 mujeres en

edad reproductiva fue la base poblacional para este estudio. Se aplicó un cuestionario individual y se hicieron análisis de laboratorio de muestras vaginales, cervicales y pruebas serológicas. La edad de las mujeres fue de entre 17 y 66 años. El 35% de las mujeres eran casadas y 58% vivía en unión libre; 71% no había recibido escolaridad alguna y 26% tenía la primaria incompleta. El 71% de las mujeres refirieron presencia de flujo vaginal cuando se realizó la entrevista y 57% comentaron que éste era lo suficientemente abundante como para manchar su ropa interior. Los resultados de la exploración física determinaron que 84% de las mujeres padecen leucorrea; ulceraciones, 12.5%; y en el examen de cérvix sólo 32% se reportó como normal.

Los estudios bacteriológicos de *frotis* directo y cultivo demostraron 65% de casos positivos de ETS, de los cuales 24% fue por *candida albicans*, 33% por *vaginosis* bacteriana, 7% por *trichomonas*, y dos casos de infección por *neisseria* (1%). De 141 muestras tomadas de cepillado endocervical, se identificó la bacteria *chlamydia trachomatis* en 19% de los casos, una cifra verdaderamente alarmante.

Todos los estudios del Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) fueron negativos. Se detectaron dos casos de carcinoma *in situ*; ningún caso invasivo. Sin embargo, cambios inflamatorios y displásicos se observaron en 86% de las mujeres y únicamente 11% fue descrito por los patólogos como normales.

Estos datos se tratan con más detalle en otro trabajo.³

³ Halperin, *op. cit.*

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se inscribe dentro de la metodología cualitativa en la que se dio prioridad a la profundidad de la información, cuyos resultados no pretenden representatividad estadística.⁴ Es un estudio particular

⁴ Haro, J., Denman C. *Salud y adolescencia en la frontera sonorense*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, núm. 4, año II, 1992.

en el cual los resultados podrán generalizarse en la medida en que otras comunidades presenten características semejantes a las de los grupos mencionados. En esta propuesta metodológica el instrumento utilizado fue la entrevista

⁵ Trostle, J., Stash, S., Simon, J. *Manual de técnicas para entrevistas grupales en la determinación de las necesidades de las personas con SIDA*, Programa Global de la OMS sobre el SIDA, Ginebra, 1990.

⁶ Lozano, I. *Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia*, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C., México, 1992.

⁷ Trostle, *op. cit.*

grupal e individual a profundidad.⁵ Se empleó una guía temática que abarcó siete temas generales: rol doméstico, menstruación, embarazo, contracepción, relaciones de pareja, cuerpo femenino como objeto-sujeto⁶ y enfermedades de transmisión sexual. Se abordó un tema por reunión, y las funciones del coordinador y del observador del grupo fueron alternadas.⁷

También se utilizaron técnicas de tipo indirecto y proyectivo: el hablar de un relato de una mujer hipotética o realizar un juego donde todas participaban y así empezaban a hablar sobre un tema específico, lo cual permitía que no se involucraran personalmente en un inicio. Asimismo, se elaboró una silueta femenina para identificar las partes del cuerpo, su función y

sus significados. Estas técnicas alentaron la discusión y el intercambio de la información, además de que disminuyeron la tensión y ansiedad de las mujeres convocadas. Dos enfermeras, coautoras del escrito, condujeron las entrevistas grupales; ellas realizaron el trabajo cualitativo en las comunidades utilizando los espacios de reunión usuales por las mujeres. Se hicieron 18 entrevistas individuales a profundidad, ya que las mujeres externaron que no podían hablar de relaciones de pareja y ETS en grupo; sugirieron que estos puntos se trataran de forma individual. Las entrevistas grupales e individuales se grabaron con la autorización de las mujeres. En las entrevistas individuales se exploraron también datos socioeconómicos, su historia reproductiva, noviazgo, tipo de unión, experiencia de la primer relación sexual, contracepción, relaciones de pareja, prácticas sexuales y sus significados.

UNIVERSO DE TRABAJO

La investigación se realizó con mujeres de cinco comunidades periurbanas de la ciudad de Comitán, Chiapas: Primero de Mayo, El Arenal, Pashtón Acapulco, Cerrito Concepción, Nicalococ y una rural cerca de la frontera con Guatemala, Ciudad Cuauhtémoc. El trabajo de campo se basó en una organización preestablecida, gracias a un proyecto de atención y ayuda para los niños de esta zona, donde las madres se organizan para beneficio colectivo de sus hijos, colaborando en tareas asignadas por ese proyec-

⁸ Fondo para Niños de México, Centro de Servicios Nicalococ, A.C.

to.⁸ Las entrevistadas tienen o han tenido pareja alguna vez, y por lo menos son madres de un hijo. Se llevaron a cabo diez reuniones, de aproximadamente una hora y media de duración, con cada grupo, con la excepción de una comunidad periurbana donde por problemas internos fue imposible continuar con la investigación.

En total se celebraron 36 entrevistas grupales, con una asistencia de seis a ocho mujeres por grupo como promedio. Algunas mujeres faltaron por tener que realizar actividades con sus hijos, en el hogar o de trabajo. La voluntad de participar en la investigación obedeció a la conjunción de tres intereses: ser atendidas por un médico para la prueba de Papanicolau, colaborar y participar en el proyecto de sus hijos y obtener información sobre temas de nutrición y primeros auxilios.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Comitán es una ciudad de 80 mil habitantes que se encuentra en el centro de la región fronteriza del sureste del estado de Chiapas. Las cinco comunidades periurbanas tienen características similares entre sí: no cuentan con servicios públicos (agua entubada, drenaje y alumbrado público), tienen calles sin pavimentar y poco accesibles por falta de transporte público; los caminos son de terracería y en época de lluvias, de lodo. Cabe mencionar que una de estas comu-

nidades tiene características rurales, aunque está integrada dentro del anillo urbano de barrios que rodean a Comitán.

Las casas están construidas de ladrillo o madera, con pisos de tierra y techos de cartón o lámina, y la mayoría tiene un solo cuarto.⁹

⁹ La información referente a las características de las comunidades resultó del trabajo de campo previo a los grupos focales y de los archivos del proyecto sobre nutrición infantil que se aplica en estas localidades.

En general, el ingreso por familia es muy bajo. Una gran parte de los hombres trabajan como peón de albañil o jornalero. Las mujeres se consideran amas de casa; mas cuando su situación lo requiere, ellas buscan obtener ingresos externos. Las actividades que desempeñan incluyen la preparación y venta de alimentos, servicios domésticos y de lavandería. Las mujeres jefas de hogar tienen trabajos de tiempo completo.

Los siguientes aspectos se incluyeron en las guías de entrevistas grupales:

- Rol doméstico: dinero y generación de ingresos, atención a hijos, autoridad.
- Menstruación: primera experiencia, conceptualización y significado.
- Embarazo: conocimiento, experiencia, patrones de búsqueda de atención.
- Anticoncepción: uso, conocimiento, efectos secundarios.
- Relaciones de pareja: formación de pareja, normas de comportamiento sexual y significados, matrimonio,

divorcio, unión libre, abandono, relaciones sexuales fuera de la pareja de hombres y mujeres.

■ Cuerpo femenino como objeto-sujeto de sexualidad: conocimientos básicos de fisiología y anatomía reproductiva, uso y significado de partes del cuerpo.

■ ETS: conocimiento, transmisión, tratamiento, control y prevención.

Las relaciones de pareja, las prácticas sexuales y los significados alrededor de las ETS no pudieron explorarse en grupo, ya que las mujeres expresaron su incomodidad al hablar en grupo de estos temas y sus experiencias. A continuación se presenta un avance del análisis de los datos recabados durante las entrevistas grupales en forma descriptiva y relacionado con el rol doméstico, menstruación, embarazo, anticoncepción, conceptos de cuerpo y ETS.

RESULTADOS

A pesar de la preocupación por hablar de ciertos temas y la vergüenza que se expresa en torno a la sexualidad, hubo una respuesta positiva por parte de las mujeres. Además, hicieron muchas preguntas con respecto a la menstruación, el embarazo, la anticoncepción y las ETS. En la medida de lo posible, se les proporcionó esta información. Al final de las sesiones, muchas de las mujeres co-

mentaron sobre lo que habían aprendido, pero expresaron que sentían la necesidad de que el equipo regresara a enseñar ahora a sus hijas. A continuación se presentan los resultados por tema.

ROL DOMÉSTICO

Una estrategia para no entrar de lleno a explorar los temas ligados directamente a la sexualidad, fue que en la primera sesión se preguntó cuáles eran sus preocupaciones como mujeres. Se utilizó una dinámica en la que se formaron parejas para platicar sobre este punto, y posteriormente cada mujer expuso la preocupación de la otra; se observó que éstas eran comunes en el grupo.

Una de las principales preocupaciones que manifestaron se refería a la escasez económica. Ellas tienen que aportar al gasto familiar (y los hijos también, desde muy temprana edad). Realizan actividades como la preparación y venta de alimentos hechos en casa, o bien como trabajadoras domésticas. Este tipo de tareas les permite tener una mayor flexibilidad para combinar el tiempo de su casa y del trabajo. Pero también es notoria su inquietud por no desempeñar su función materna, sobre todo la que se relaciona con el abandono de los hijos cuando tienen que salir a trabajar.

—“Salgo a vender y a veces está uno muy lejos, piensa uno si tendrán que comer, ¿ya comerían?, ¿qué estarán haciendo?, no vayan a salir a la calle y les vaya a pasar algo”.

Si bien las mujeres participan en la economía familiar y algunas se responsabilizan casi en su totalidad de los ingresos, su trabajo no es considerado como una actividad reconocida. Se experimenta como una prolongación de sus quehaceres domésticos (lavar, planchar, cocinar y limpiar) y, por lo tanto, no es valorado por ellas mismas. Además, puede ocasionar malestar en la pareja.

—“Como ahora mi marido no encontró trabajo, tiene que salir de mi bolsa la comida; la comida no debe fallar porque diario comemos”.

—“Yo estoy duro y duro trabajando para lo que necesitan mis hijas porque están en la escuela”.

—“No todos los hombres piensan bien de que uno vaya a trabajar”.

La actividad prioritaria de las mujeres es cuidar y atender a la familia, dejando en última instancia o totalmente a un lado sus necesidades personales de cualquier naturaleza.

—“Su esposo toma y eso le preocupa porque cada día toma más, y de los hijos que quieren comer y si no trabajan”.

—“Ella tiene preocupación por sus hijos y la preocupación de la comida”.

—“Tiene preocupación de que se enferman sus hijos y que no tiene dinero para las medicinas”.

Ellas, como madres, son quienes enseñan, reparten y dirigen las actividades con la participación de los hijos (niños y niñas). Sin embargo, alrededor de los doce años, el niño va-

rón cae bajo la influencia de su padre, hermanos y/o amigos, y es entonces cuando deja de hacer los quehaceres que se consideran propios de las mujeres.

—“Porque ella es mujer y tú eres hombre, debes aprender hacer oficio de hombre y no de mujer, ese niño ya se va haciendo macho”.

Las mujeres son las que vigilan el cumplimiento de las tareas de la escuela o, en su caso, se apoyan en los hijos mayores cuando ellas no saben. Refieren que es su obligación, pero hacen notar que cuando no pueden es por falta de tiempo o porque no terminaron ellas la primaria.

—“Ya no me da tiempo de ayudarle a ella hacer su tarea a veces, y ahí lo hace como puede porque yo no le entiendo, y otras veces si no trabajo, ¿cómo voy a comer?”

Las decisiones en lo referente a los permisos de los hijos son tomadas por el padre y, para evitar problemas en la pareja, la mujer respeta esta resolución aunque ella haya determinado lo contrario inicialmente.

—“Pero él dice: ‘dile a tu mamá’, pero ahí le digo yo: ‘anda’, pero más que él tiene que saber la primera palabra”.

MENSTRUACIÓN

La mayoría de las mujeres con las que platicamos no recibieron información sobre la menstruación; su primera experiencia se relaciona con temor, susto, muerte, violencia y vergüenza:

—“Pensábamos que íbamos a morir”.

—“Pensábamos que nos habían dado un balazo”.

—“Tal vez me había yo lastimado”.

—“Cuando empiezo yo a llorar ‘Dios mío, ¿qué es esto?’”

La menstruación puede suscitar desconfianza en los padres porque se asocia a la exploración o pérdida de la virginidad.

—“Antes cuando se platicaba de eso, para que no escucháramos, nos corrían”.

—“Los padres eran muy estrictos y sólo cuando sucedía nos daban una orientación”.

—“Había sentido algo mojado, pero mi madre no me explicó digamos algo, y ella viene con una vara y me pega, yo no sabía ni por qué: ‘¿Qué hiciste? No algo que hayas hecho con alguien’”.

La información sobre la menstruación proviene de sus hermanas mayores, amigas mayores o profesores, pero no de las madres.

—“Me daba pena, tenía más confianza con otras gentes grandes que con mi mamá”.

—“Mi mamá lo supo hasta que tenía yo cinco meses de estar reglando”.

Las mujeres piensan que sería ideal si sus hijas tuvieran anticipadamente información sobre la menstruación; sin embargo, existe un gran conflicto en ser ellas las informantes.

—“Pues, yo se lo voy a decir por mucha necesidad, porque a mí me da mucha pena decírselo”.

—“Hasta que lo vean, porque da vergüenza decirles cosas, yo nunca les dije mis hijas, ahí lo vieron ya ellas”.

En un ejercicio de exploración en grupo, manifestaron experimentar malestares físicos como dolor de cintura, decaimiento, inapetencia, cansancio, dolor, mal humor, enojo e intranquilidad.

—“Siento asco, no quiero comer, no quiero ni hacer mi oficio”.

Además, la menstruación es considerada como vergonzosa y sucia.

—“La verdad, yo al menos me da asco haciendo mi quehacer y estar así”.

—“Yo no quisiera que llegara esa fecha, yo me da mucha pena estar así”.

EMBARAZO

En el primer embarazo expresaron desconocimiento del proceso de parto.

—“No nos dijeron cómo se alivia uno”.

—“Menos ni por dónde iba a nacer, no sabe uno que tamaño bulto va a nacer por ahí”.

—“Yo pensaba que lo iba yo a vomitar mi hijito por la boca”.

—“Pensé que tenían que cortar para sacarlo”.

Las valoraciones y emociones asociadas al embarazo son de alegría, vergüenza, temor y decepción.

—“Yo pensé que me iban a regañar”.

—“Yo a mí, mi mamá hasta que me llevaron al hospital... ‘¿qué es lo que tenés pué?’ ‘Saber’, le dije. ‘¿Estás embarazada?’ Me daba mucha vergüenza”.

Las mujeres se encuentran en un dilema entre saber y no saber acerca de la sexualidad, ya que, por un lado, puede ayudar a no cometer errores; pero, por el otro, también puede “inducir” a tener prácticas sexuales para ellas ilegítimas.

—“Alumbrarles en otra cosa, que no vayan a cometer un error, pero a nosotros cómo nos iban a alumbrar, cuando llegaba una persona nos corrían, dónde íbamos a estar escuchando, porque ‘el mundo está muy perdido y ustedes no vayan a ser unas perdidas’”.

—“Tengo una niña de once años, me preguntó qué era la menstruación, le dije espérate que tengas otros dos años más y ahí sí”.

Existe una predilección por el hijo varón tanto del hombre como de la mujer.

—“Si es varón se ponen más contentos”.

—“Cuando es niña dicen que no ganaron la gallina”.

—“Cuando nació mi grande lloré de tristeza porque no quería que fuera niña”.

—“Para que sigan sus apellidos nada más por eso, cuando tienen pura mujer ahí nada más acabó”.

ANTICONCEPCIÓN

Para explorar este tema se utilizó una técnica proyectiva. Se les pidió a las mujeres representar

los métodos que ellas conocían o sobre los que habían escuchado; se les proporcionaron pliegos de papel, pegamento, tijeras, varitas, tela y plumones. Después, cada mujer habló sobre lo que sabía de estos métodos. Es de notar que aunque algunas habían escuchado el nombre de algún método, no lo conocían; otras los conocían pero no los utilizaban.

—“El dispositivo lo vi que lo llevaban ahí en el hospital, es como un resortito”.

—“Las pastillas creo que son blancas y de color café. Son quince o son más, bueno que no lo he visto”.

—“Las ampollitas no me lo he aplicado, no las conozco, me imagino como un tapón”.

—“Yo no conozco ni las pastillas ni la inyección, ni ése cómo le llaman, porque ni los conozco”.

—“La verdad la inyección y las pastillas yo nunca lo he tomado, nada más lo he visto”.

Posteriormente se les proporcionaron folletos de los métodos anticonceptivos, y de manera conjunta las coordinadoras dieron información sobre el uso de cada método y las reacciones adversas que pueden producir.

La utilización de métodos anticonceptivos casi no existe entre las mujeres mayores que tienen hijos en edad adulta. Las jóvenes deciden planificar y evitar los embarazos a veces sin el consentimiento de la pareja.

—“Tengo una mi cuñada que no quiere embarazarse, pero como visita al doctor ahí se lo hicieron la ligadura, y su espo-

so le preguntó por qué había parado de familia, y no dijo nada. Hasta hoy día no lo sabe que está ligada”.

Cuando la decisión es tomada en pareja, la responsabilidad recae sobre la mujer.

—“Es que las mujeres somos más aventadas que un hombre”.

—“Los hombres piensan que con que ellos se curen les quitan un pedazo, están incompletos, al menos en la operación que les hacen los hombres; yo creo que nadie les gusta operarse porque están hallados a que la mujer tiene que ser la de todo y no están hallados a compartir todo”.

En varios discursos de las mujeres, la anticoncepción emerge como una significación devaluada para los hombres, se asocia a la infidelidad, la promiscuidad y la traición a la maternidad.

—“Mi cuñado no quería dejar a mi hermana, y ya tiene seis hijos. Oyó comentarios que cuando la mujer está ligada se puede ver con otro hombre, que ya no hay peligro que se embarace, pues queda libre la mujer”.

Es interesante señalar que aunque a la vista las mujeres reconocen cada uno de los métodos, tienen escaso o nulo conocimiento de cómo funcionan. Al no existir el conocimiento sobre la forma en que operan, construyen sus propias ideas alrededor de ellos:

Salpingoclasia. Se representa con un dibujo como una cicatriz, idea de que se extirpó algo del cuerpo, especialmente

la matriz. Este método les evoca una serie de fantasías destructivas. Señalan que es como tener alambres o hilos dentro del cuerpo que las ata, las anuda y les disminuye su posibilidad de movimiento. Los malestares físicos son frecuentemente relacionados con el hecho de haber sido intervenidas.

—“Amarrar las trompas, para que no coma”.

—“Yo pienso que es como un lazo el salpingo, es como un lacito que nos ponen por dentro, que nos amarran”.

Pastillas. Confunden la secuencia en la que tienen que ser ingeridas y el ciclo que representan. Asimismo, manifestaron que su utilización produce efectos adversos.

—“Las pastillas son más bien cada mes o cada dos meses”.

—“Las tomo todas las mañanas pero me hace mucho mal, me da mucho dolor de cabeza, ganas de vomitar”.

Inyección. Es rara su utilización, mencionaron los efectos adversos que en su opinión trae este método.

—“Mi hermana se inyectó durante cuatro años, le dijo el médico, según el organismo que puede quedar estéril la mujer, ahorita ya no ha quedado embarazada y ya no se lo pone”.

DIU. Mostraron interés, ansiedad y asombro cuando se les mostró, ya que imaginaron que el aplicador era el dispositivo. Pensaron que todo quedaba dentro del cuerpo.

—“Y ese resortote, ¿también se mete adentro?”

—“Bueno, yo dije: ‘¿cómo va a quedar esa tripota adentro?’”

—“Es que eso no me gusta por esos hilitos que tiene”.

Condón. La reacción ante el condón fue de no querer tocarlo; las que lo hicieron expresaron una especie de asco al sentir el lubricante. Esto propició que surgiera una serie de bromas alrededor de este método.

—“Yo no lo toqué, me da asco”.

—“Es una mamila”.

—“Es de hule, yo me dijeron que era de hule”.

—“Será que no queda pegado”.

El condón es escasamente utilizado, ya que sus parejas se niegan por su posición de hombres.

—“No a todos les gusta; en mi caso mi esposo no le gusta”.

—“Porque son muy machos”.

—“Los hombres piensan que con que se curen (usen el condón) les quitan un pedazo, están incompletos”.

CONCEPTOS DE CUERPO

Para la exploración del cuerpo se utilizó una técnica proyectiva. Se dibujó una silueta femenina y cada mujer pasó a dibujar o a representar una de las partes del cuerpo y a comentar su función.¹⁰ En estas mujeres existe un desconocimiento de los genitales que se evidencia hasta en una pérdida lingüística. Comparten esta indiferenciación perceptiva, manifestada en la expresión global: mi parte.

¹⁰ Rodo, A. “ El cuerpo ausente ” , *Proposiciones*, núm. 13, 1987.

—“Sí, porque yo no sabía que tenía tres hoyos, pensé que sólo era uno”.

Viven el mundo desde su cuerpo; la vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal; es un espacio para ser ocupado material y subjetivamente, para dar vida a los otros.

—“Pechos para dar de mamar”.

—“Brazos para abrazar a los bebés, para planchar”.

La mujer pone atención a su cuerpo y lo prepara para agradar y esencialmente para el placer del otro. El cuerpo es dedicado a la obligación social del trabajo y espacio doméstico.

—“¿Y qué tocan sus manos? Muchas cosas, todas las cosas de la casa”.

Cuando se relaciona la función corporal con la sexualidad causa censura y ansiedad, que se revela finalmente a manera de bromas entre ellas.

Cabello: “para arreglárselo”.

Boca: “para besar”.

Nariz: “para ver qué olor tiene el hombre”.

Senos: “para dar forma a nuestro cuerpo. Los senos para darles de mamar a los hijos y a otros”.

Dedos: “para acariciar”.

Cadera: “para que nos vean nuestras curvas”.

Genitales: “para tener relaciones sexuales con nuestros esposos”.

Orejas: “para los aretes, para distinguirnos”.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La mayoría de las mujeres no reconocen las ETS como tales. Sólo al percatar algunas molestias, utilizan remedios caseros para solucionar el problema. Muchas desconocen si su esposo presenta malestares, ya que este tema no se comenta entre la pareja. Refieren que cuando el hombre se contagia de alguna de estas enfermedades es porque se va con otras mujeres, aquéllas que andan con un hombre y con otro. En los casos cuando la mujer no desea tener relaciones sexuales con su pareja por tener molestias como dolor o picazón, el hombre menciona que ya no se le quiere, que ya se le perdió el interés, por lo que la mujer decide callarse y tener la relación por temor a que se dude de su fidelidad. Al preguntar cuáles eran las molestias que tenían mencionaron:

—“Ardor en la parte”.

—“Dolor en el vientre”.

—“Dolor de entuerto (se siente en el vientre después del parto)”.

—“Agua amarilla, a veces con olor, a veces sin olor”.

—“A veces se moja uno, a veces no hay tiempo ni de olerlo”.

—“Flujo, todas tenemos, a veces es diferente, ardores”.

—“A veces sentimos piquetitos, de vez en cuando”.

Respecto a cuándo sienten estas molestias, comentaron:

—“Cuando es el mes”.

—“Es como aviso de que voy a reglar”.

—“Cuando hace calor”.

—“Cada vez que se hace uso con su marido”.

En cuanto a la forma de contagio o transmisión algunas mencionaron:

—“Es enfermedad que se contagia, van los hombres con otras mujeres y nos contagian, pueda ser alguna mujer que les guste estar con uno y otro hombre”.

Las mujeres no tienen la posibilidad de percatarse si su pareja tiene lesiones o no en sus genitales.

—“Si ellos no dicen nada, no nos vamos a dar cuenta si ellos traen la enfermedad”.

—“Porque no vamos nosotros a revisarlo ‘¿qué traes, o qué tenes?’, al menos que él lo diga”.

Generalmente estas molestias son tratadas con remedios caseros tradicionales ya conocidos o que son indicados por la partera.

—“Sí hemos tenido las molestias, pero no las platicamos”.

—“Hacemos lavados vaginales con bitoques, con agua de benzal, o agua con una tapa de limón, y una pizca de sal, aparte es el vaginal y el intestinal”.

—“Para el ardor se pone a hervir agua y se dejan caer unos palitos de taray, se toma como agua de tiempo”.

—“Malva para inflamación con linaza”.

En ocasiones la mujer tiene que aguantar las molestias y tener relaciones con su pareja para que no piense mal de ella.

—“El hombre se molesta cuando les dice uno que no estamos con ellos por dolor, piensan mal, que tiene uno otro hombre”.

CONCLUSIONES

La subordinación de estas mujeres con respecto a sus esposos surge como un aspecto fundamental. Aun cuando las mujeres son la única o principal fuente de ingresos, ven su rol exclusivo como cuidadoras de los hijos y el esposo, lo cual puede limitar la posibilidad de autocuidado.¹¹

¹¹ Lagarde, M. *Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM-Coordinación General de Estudios de Posgrado, México, 1990.

Los hombres son los que tienen el poder de decisión sobre los hijos, si se encuentran presentes. Por otro lado,

la falta de recursos económicos podría ser una limitante para cumplir con un tratamiento indicado si se da la presencia de ETS, ya que los recursos se destinan primeramente para comida y gastos de la casa.

La falta de conocimiento de las funciones reproductivas y sexuales es enorme y debe considerarse como un obstáculo serio para la salud reproductiva de la mujer. Obviamente una mujer no puede atender sus problemas de salud reproductiva si no tiene una comprensión de sus funciones reproductivas.

Por lo que respecta a la anticoncepción, pudo observarse que los hombres juegan un papel dominante en la toma de decisión. En nuestra opinión esto se debe tanto al po-

der que ejercen los hombres sobre las mujeres, como a la presión social respecto al uso de anticonceptivos.

Los conceptos de las mujeres en relación con su cuerpo son especialmente gráficos. Su cuerpo sólo es aceptado para servir a otros. Su sexualidad gira en torno a las necesidades y demandas de los hombres. Su visión respecto a la anticoncepción se ve influenciada por sus esposos, pero cabe resaltar aquí que cuando ellas están en contra de dicha decisión, pueden ocultar el uso de los métodos anticonceptivos, aunque sin dejar a un lado su preocupación por los efectos secundarios adversos que puedan provocar.

Existe escaso conocimiento de las enfermedades que son transmitidas sexualmente. Para ellas las infecciones se adquieren sólo porque los hombres frecuentan otras mujeres que tienen relaciones con uno y otro hombre. Nunca se mencionó la existencia de infidelidad por parte de mujeres como ellas. La falta de conocimiento y los significados que adquiere la sexualidad y el poder del hombre limitan a la mujer para poder percibir estas enfermedades en la pareja. No tienen el poder de negarse a tener relaciones sexuales cuando tienen molestias porque esto implica una serie de cuestionamientos por parte del hombre. Por ello se limitan a aguantar. Llama la atención que las molestias que experimentan sean tratadas con medicina tradicional ya conocida o por aquélla que es indicada por una partera.

Las mujeres quieren que sus hijas tengan más conocimientos sobre sexualidad (en lo que se refiere a menstruación y embarazo), porque ellas no los tuvieron y hubieran querido tenerlos. Sin embargo, existe un dilema entre el saber o no saber sobre sexualidad, ya que en su opinión podría suscitar en sus hijas prácticas no permitidas por las madres. Las mujeres quieren ver ese cambio en sus hijas, pero no quieren ser las responsables de ese proceso.

Esto quizá ofrece la oportunidad de efectuar cambios. Sería necesario desarrollar programas educativos para las hijas de estas mujeres y crear espacios que evitarían a las madres enfrentar el temor y angustia de tratar temas sobre sexualidad con sus hijas. Esto implicaría una investigación cualitativa dirigida hacia niñas adolescentes y preadolescentes.

Un resultado inesperado de nuestro trabajo fue el éxito de los grupos mismos en donde se generaron espacios de reflexión-discusión que dieron lugar a que las mujeres externaran con facilidad sus necesidades percibidas. La experiencia nos lleva a sugerir un programa educativo en el cual pueda utilizarse un formato similar de grupo: seis a diez personas, con estructura informal, en los espacios usuales por las mismas mujeres. Incluso podrían capacitarse promotoras de salud reproductiva de las mismas comunidades para dirigir a estos grupos.

Ya que la extensión de las ETS involucra tanto a los hombres como a las mujeres, las relaciones entre los géneros y

los roles de cada uno están en juego en la prevención de estas enfermedades. La futura dirección de esta investigación necesita explorar los conceptos que las mujeres tienen de sus parejas y la valoración de los hombres de su propia sexualidad y la de sus parejas. Sin duda, la exclusión de hombres en estudios de la sexualidad y las ETS se suma a una actitud dominante de que estos temas son una carga y una responsabilidad principalmente para las mujeres.