



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS**

**DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

**UNIDAD MÉRIDA**

**DEPARTAMENTO DE ECOLOGÍA HUMANA**

Autocuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres en contextos migratorios.

El caso de Tunkás, Yucatán, México.

Tesis que presenta

Teresa de Jesús Chan Mex

para obtener el grado de

**Maestra en Ciencias**

en la especialidad de

**Ecología Humana**

Directores de tesis: Dr. Federico Horacio Dickinson Bannack

Dr. Pedro Ernesto Lewin Fischer

Mérida, Yucatán, México

Febrero 2015

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La salud sexual y reproductiva (SSR) adquiere significados que se construyen a partir de aspectos biológicos de los individuos y su entorno social, cultural y ambiental. La perspectiva de género es apropiada para interpretar estos significados, ya que es un lente que permite conocer cómo estos significados se van transformando con el tiempo, a su vez, las relaciones entre mujeres y hombres. Para entender aspectos de la SSR me concentro en el autocuidado, entendido como las acciones individuales de las personas para mantener su salud. En esta tesis analizo las experiencias de autocuidado en SSR de mujeres yucatecas que residen en una comunidad rural y viven diferentes contextos migratorios. Elegí estudiar el autocuidado de estas mujeres para conocer de qué manera la migración se constituye en un escenario que transforma diferentes aspectos de su vida, entre ellos, su salud. Para lograr mi objetivo emplee un enfoque fenomenológico, aplicando técnicas de observación participante y entrevistas semiestructuradas a doce mujeres y diez interlocutores clave, entre octubre de 2013 y enero de 2014. Las mujeres tenían, al momento de la entrevista, a su pareja en Estados Unidos, en Quintana Roo o en Tunkás, en cuyo caso la pareja había emigrado y retornado. Encontré que las mujeres que viven el contexto migratorio de Estados Unidos, pueden experimentar un alivio al no utilizar métodos anticonceptivos, pero también seguir estando expuestas al control masculino para la reproducción. En el caso de las mujeres que viven el contexto migratorio de Quintana Roo, la ausencia periódica de sus parejas, y el no utilizar métodos anticonceptivos, puede derivar en 1) embarazos no deseados, 2) infecciones de transmisión sexual (ITS), 3) dificultades para acceder a los beneficios de la seguridad social a los que, como esposas de trabajadores, tienen derecho. Las mujeres cuya pareja ha regresado a Tunkás, después de migrar, han conservado las prácticas de autocuidado que tuvieron cuando su pareja estaba ausente, como el no utilizar métodos anticonceptivos para descansar y la búsqueda de atención privada para su salud. Las conclusiones del estudio revelan que los contextos migratorios influyen sobre el autocuidado de las mujeres en tanto que están mediados por las relaciones de género al interior de la pareja. En el contexto migratorio de Estados Unidos, la mujer ejerce su autocuidado de forma sólo en ausencia del hombre, o bien está supeditada al ejercicio de control de la reproducción biológica por parte de éste. El contexto migratorio de Quintana Roo se convierte en un espacio de riesgo para la salud si la mujer no ejerce su autocuidado, mientras que el contexto de retorno confirma las experiencias de las mujeres con parejas de emigrantes y las restricciones en su autocuidado.

**Palabras clave:** Autocuidado, salud sexual y reproductiva, género, contextos migratorios.

## ABSTRACT AND KEYWORDS

Sexual and reproductive health (SRH) acquires meanings constructed based on individuals' biological aspects, as well as their social, cultural and environmental surroundings. A gender perspective is appropriate for interpreting these meanings because it allows an understanding of how they are transformed over time, consequently modifying the relationship between members of a couple. To understand SRH aspects, I focus on self-care among women, understood as the individual actions they take to maintain their health. I analyze the SRH self-care experiences of Yucatecan women in a rural community who experience different migratory contexts. My intent is to understand how migration becomes a scenario that transforms different aspects of their lives, in this case their SRH. I applied a qualitative approach with a phenomenological focus, using participatory observation and semi-structured interviews with twelve women and ten key informants between October 2013 and January 2014. At the time of the interview, the participating women's husbands were in the United States, Quintana Roo state, or Tunkás (meaning they had emigrated and returned). Women whose husbands were in the US, experienced some relief at not having to use contraceptive methods, although they were still exposed to male control of reproduction. For the women whose husbands migrated periodically to work in Quintana Roo, lack of contraceptive use could result in 1) undesired pregnancies, 2) sexually-transmitted diseases (STD), and 3) difficulties in accessing social security services (to which they have a right because they are the spouses of registered workers). Women whose husbands had returned to Tunkás continued following the same self-care practices as when their husbands were absent, that is, non-use of contraceptives and use of private health services. The migratory contexts of the interviewed women influenced their SRH self-care practices in that they were mediated by gender relations within the couple. For those with husbands in the US, SRH self-care was seasonal or subject to biological reproductive control by their husband. Those with husbands in Quintana Roo were at risk if they did not exercise SRH self-care. The experiences of women whose husbands had returned confirmed the experiences of those with migrant husbands in terms of the restrictions imposed on their SRH self-care.

**Key words:** Self-care, sexual and reproductive health, gender, migratory contexts.

Hay mucho que agradecer para la realización de esta tesis:

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por la beca de manutención, registro no. 347313. Al proyecto Migración Transnacional y Salud Pública. Un Estudio Binacional en Yucatán y California (Conacyt-Ciencia Básica 168996), por haberme facilitado el acceso al contexto sociocultural de Tunkás para desarrollar la tesis.

Al Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, por el apoyo económico otorgado para cursar la materia “Estudios de Género” en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

A los Laboratorios de Somatología y de Investigación y Participación Comunitarias del Departamento de Ecología Humana por el apoyo con recursos humanos y materiales.

Al Dr. Federico Dickinson por dirigir esta tesis de investigación, por su transmisión de experiencias, conocimientos, por su paciencia y apoyo. A la Dra. Teresa Castillo, por ser parte del Comité Asesor y sus sugerencias que ayudaron a enriquecer esta tesis, el tiempo dedicado y su permanente disposición para ayudar.

A la Dra. Dolores Cervera, por ser parte del Comité Asesor, su tiempo, paciencia y dedicación para atender mis dudas y las sugerencias realizadas para enriquecer esta tesis.

Al Dr. Pedro Lewin, Co-Director de esta tesis, por su tiempo dedicado para asistir a cada reunión de seminario de tesis y presentaciones de avances. Gracias por los consejos, experiencias, reflexiones compartidas y el apoyo brindado junto con Estela en los momentos buenos y malos.

Al Colegio de Profesores del Departamento de Ecología Humana, por sus comentarios durante las presentaciones de avances de tesis, los cuales fueron de mucha ayuda para concluir el trabajo.

A la administración del Departamento, en especial a la Sra. Dalila Góngora, por su paciencia, disposición y amabilidad para resolver cualquier duda.

A la Ing. Ligia Uc, por su disposición y apoyo para el manejo de los programas de cómputo que usé para mi tesis, en especial con la ayuda en la transcripción de las entrevistas.

A Marina, Mariana, Antonio, Tlacaélel y Horacio por el apoyo, las risas y ocurrencias, no pude tener mejores compañeros para compartir esta experiencia. Que sigan siendo grandes profesionales y no dejen de ser tan divertidos 😊.

A Isela, Rafa, Irina, Deira, Pau, Nancy, Teté, Mirel, Argely, Adriana, Lía, Samantha, Rosa y María por animarme siempre, en especial a Mariel y Lara por estar conmigo en las buenas y en las malas ♥.

Un agradecimiento muy especial a las personas en Tunkás, por todas sus atenciones y participación para que esta tesis se llevara a cabo. En especial a Bugambilia, Azul, Estrellita, Eva, Mariposa, Kamila, Bella, Gladiola, Alcatraz, Flor, Anastacia y Sol, las mujeres que me abrieron las puertas de su casa y su vida, en verdad, muchas gracias por todas las experiencias compartidas, las enseñanzas y por todo su tiempo. Usé sus pseudónimos por confidencialidad. También agradezco a la señora Anita Parra, quien me abrió las puertas de su casa para que alojarme durante mi estancia en Tunkás, a Nayelly Vázquez, Ilesia Sulub, a la maestra María José Esquivel, directora de la escuela primaria “Gertrudis Maldonado de Gracinete”, por todo la ayuda y consejos durante mi estancia. Al personal del Centro de Salud y del Ayuntamiento 2012-2015, ambos de Tunkás, por las facilidades otorgadas, por su apoyo y tiempo para las entrevistas.

A mi familia, por el apoyo para que continuara este camino, en especial a mi mami por su amor y paciencia, te amo mami. Con tu apoyo he hecho y logrado tantas cosas. ¡Y las que siguen!

## ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	i
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Autocuidado.....	4
2.2. Salud sexual y reproductiva.....	7
2.3. Género.....	11
2.4. Migración y contexto migratorio.....	13
2.5. Salud sexual y reproductiva, género y migración.....	17
2.6. Objetivo general.....	22
2.7. Objetivos específicos.....	23
III. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Lugar de estudio.....	24
3.2. Participantes.....	28
3.3. Fenomenología.....	33
3.4. Observación participante.....	36
3.5. Entrevista semi-estructurada.....	37
3.6. Validación de la información.....	38
3.7. Análisis de la información.....	39
IV. RESULTADOS.....	43
4.1. Vivir en Tunkás.....	43
4.2. Autocuidado en salud sexual y reproductiva, género y contextos migratorios.....	56
4.2.1. Uso de métodos anticonceptivos: “no planifico, desde que él se fue lejos, descanso”.....	56
4.2.2. Uso de métodos anticonceptivos: “me ligaron, dos años después, él se fue”.....	58
4.2.3. Prácticas de riesgo en infecciones de transmisión sexual: “si él tiene otra no me afecta, mientras me mande mi dinero”.....	61
4.2.4. Atención para la salud sexual y reproductiva: “si tengo un poquito más de dinero, me voy con doctora particular”.....	64
4.2.5. Uso de métodos anticonceptivos: “cuando regresa no usamos condón, él no quiere”.....	66
4.2.6. Atención para la salud sexual y reproductiva: “tengo seguro, pero hasta Cancún y... no regresé”.....	68
4.2.7. Actividad sexual de la pareja: “quiere que estemos juntos, pero yo no quiero”.....	70
4.2.8. Salud sexual y reproductiva en contexto migratorio de retorno.....	71
4.3. Información complementaria en salud sexual y reproductiva proporcionada por interlocutores clave.....	75

4.3.1. Uso de métodos anticonceptivos.....	75
4.3.2. Infecciones de transmisión sexual.....	77
4.3.3. Acceso a la atención para la salud sexual y reproductiva.....	78
V. DISCUSIÓN.....	80
5.1. Conclusiones.....	89
REFERENCIAS.....	92
ANEXOS.....	105

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

### Figura

1	Uso de métodos anticonceptivos de mujeres en Tunkás.....	75
2	Uso de métodos anticonceptivos de las participantes.....	76

### Tabla

1	Historia migratoria del hombre.....	30
2	Estado civil y escolaridad de las mujeres participantes.....	31
3	Tiempo de residencia del hombre, por localidad.....	32
4	Enfoques cualitativos, según énfasis y objetivos.....	34
5	Técnicas y análisis de la información.....	39
6	Categorías identificadas mediante el programa Atlas.ti.....	40
7	Categorías finales para análisis del discurso.....	41



## I. INTRODUCCIÓN

Mi interés por la investigación del autocuidado en salud sexual y reproductiva (SSR) de mujeres en contextos migratorios surgió a partir de la constatación de que este tema en particular ha recibido una atención desproporcionadamente escasa en los estudios en torno a la migración y sus implicaciones en los cuales, como señala Mummert (2010), la atención se centraba principalmente en los individuos que se desplazaban físicamente.

El que los migrantes no sean los únicos involucrados en el fenómeno migratorio explica la proliferación reciente de estudios sobre las implicaciones de la migración en las familias y comunidades de origen, ya que estos sectores también viven las consecuencias de la partida y ausencia del emigrante. De ahí que, como bien destaca Mummert (2010), parte de los estudios comenzaron a centrar su atención en las figuras femeninas involucradas en la migración: hija, hermana, suegra, cuñada, madre, esposa, novia.

Este nuevo horizonte de los estudios migratorios también responde a la importante y decisiva influencia con las investigaciones sobre género, que no sólo permearon las ciencias sociales en general, sino a los propios del fenómeno migratorio como tal (Hondagneu-Sotelo, 2005).

Las implicaciones de la migración que viven mujeres, esposas o compañeras, han sido abordadas desde diferentes disciplinas, tales como la sociología, antropología, economía, psicología, entre otras, que han utilizado diferentes métodos para conocer sus vivencias y han estudiado las

consecuencias<sup>1</sup> que afrontan como, por ejemplo, los cambios asumidos por ellas en la administración de la economía, organización familiar y los efectos emocionales vinculados a la migración, entre otros aspectos.

Algunos estudios han utilizado la perspectiva de género y reportan cambios de roles entre las mujeres en ausencia de sus parejas, así como desigualdades de género (Lewin, 2012), mientras que otros autores han destacado la participación comunitaria de la mujer (Maldonado y Artía, 2004), o bien estudiado la forma que adopta su sexualidad en contextos migratorios (Parrado y Flippen, 2010).

En México, el interés y producción de investigaciones inició en las zonas centro y norte del país, debido a su mayor flujo migratorio; posteriormente se realizaron estudios en el sureste del país, obteniendo resultados tanto similares como contrastantes, dependiente del sitio de estudio y las experiencias de las mujeres (Quintal, 2011; Lewin, 2012).

El tema de la SSR de esposas de migrantes ha cobrado importancia en varias investigaciones<sup>2</sup>, aunque no haya sido el objetivo principal de éstas.

Dado lo anterior, el tema del autocuidado en SSR en contextos migratorios con perspectiva de género es el objetivo principal de este trabajo. Visto desde la óptica de la ecología humana, mi propósito se orienta a entender cómo un aspecto biológico, como la reproducción humana, adquiere significados cambiantes en función de los contextos socioculturales de los sujetos.

---

<sup>1</sup> Algunos ejemplos son: Arias y Mummert, 1987; Boehm, 2008; Pauli, 2008; Tenezaca y Sisalima, 2010; Parra y Tixi, 2011; Torres, 2012.

<sup>2</sup> Ver: Hirsch et al., 2002; Hirsch, 2003; Hirsch et al., 2007; Correa, 2006; Salgado de Snyder et al., 2007; Durán, 2007; Hernández et al., 2008; Hernández, 2010; Caballero et al., 2008; Hidalgo et al., 2008; Scorgie et al., 2009; Bedolla y Ceja, 2010; Espinoza et al., 2013.

El significado que las mujeres en contextos migratorios dan a su propia experiencia de autocuidado la analizaré a través de una perspectiva de género, herramienta que me permite conocer la construcción cultural de la diferencia sexual (Lamas, 1999) expresada en los roles, prácticas, normas y valores asociados a su autocuidado.

Por lo tanto, para responder a mi pregunta concreta de investigación, que fue: ¿cuáles son las prácticas de autocuidado en SSR de las mujeres en contextos migratorios? opté por realizar una investigación con enfoque fenomenológico en la que apliqué técnicas etnográficas que me permitieron entender y presentar las experiencias de las mujeres a través del significado que ellas mismas dan a sus vivencias y prácticas de autocuidado en el contexto migratorio que viven como parejas de migrantes.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Autocuidado

En este capítulo describiré los ejes teóricos que son la Teoría del Autocuidado de Orem y la perspectiva de género aplicada a los estudios relacionados con el tema de la migración. También incorporo la definición de contexto migratorio, propuesta que surge de esta tesis. Al final del capítulo presento la integración de los elementos mencionados que sustentan este trabajo de investigación.

La Teoría del Autocuidado de Orem, inicialmente propuesta en el trabajo “Nursing: concepts of practice”, publicado en 1971, ha sido válida a través de los años y se ha ido enriqueciendo con los resultados de la aplicación a distintos casos alrededor del mundo. Esta teoría, además de definir el autocuidado, contempla diferentes elementos que en él intervienen (Orem et al., 2001) y concibe el autocuidado como el conjunto de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada para conservar su vida, salud y bienestar.

Dado que las decisiones en torno al autocuidado y el derecho a expresarlo y ejercerlo (asertividad) sólo están contempladas implícitamente en su definición, retomo la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estos aspectos, ya que resulta útil para describir los contenidos de cada concepto.

La asertividad y la toma de decisiones son dos de las diez habilidades para la vida señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), importantes para el ejercicio del autocuidado. La asertividad se refiere al derecho de todo individuo de expresar con claridad qué piensa, siente y necesita, teniendo en cuenta sus derechos propios y respetando los de otros. En este sentido, la

comunicación asertiva es el derecho que tiene la persona para expresarse y establecer límites.

La toma de decisiones se refiere al actuar proactivamente para que las cosas sucedan, en vez de dejar que ocurran al azar o debido a la acción de factores externos, por lo tanto son autónomas. En la toma de decisiones, los individuos evalúan las posibilidades y las consecuencias, tanto presentes como futuras de aquellas.

En la propuesta de Orem, el autocuidado implica la capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, es la práctica de actividades a partir del conjunto de conocimientos, habilidades y motivaciones que tienen los individuos y que inician y realizan en su propio beneficio. Esta capacidad de autocuidado está mediada por requisitos y factores condicionantes. Los requisitos pueden ser a) universales, b) de desarrollo y c) de desviación de la salud.

a) Requisitos universales: promueven el funcionamiento humano. La autora señala ocho: 1) aire, 2) agua, 3) alimento, 4) eliminación de desechos, incluidos los excrementos, 5) equilibrio entre la actividad y el reposo, 6) equilibrio entre la soledad y la interacción social, 7) prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y 8) desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

b) Requisitos de desarrollo: son las expresiones más específicas y particulares de la persona, que se derivan de una condición o están asociados a un acontecimiento de vida. Estos requisitos son de dos tipos: 1) los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración biológica durante las

diferentes etapas de la vida: fetal, neonatal, infancia, adolescencia, adultez y 2) los que mitigan o superan los efectos negativos reales o potenciales, tales como una privación educacional, los problemas de adaptación social, pérdidas de familiares, amigos y colaboradores, pérdida de trabajo, cambios súbitos en las condiciones de vida, cambio de posición social o económica, condiciones de vida e incapacidad, enfermedad terminal, muerte y peligros ambientales.

c) Requisitos para la desviación de la salud: Se refiere a las condiciones de enfermedad que pueden tener los individuos en algún momento de su vida, quienes pueden estar enfermos o lesionados o padecer enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además, que pueden estar bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Por su parte, los factores condicionantes básicos afectan la capacidad y cantidad de autocuidado requerido por el individuo, por ejemplo: edad, género, estado de salud (diagnóstico y tratamiento), contexto sociocultural, familia (composición, rol, relación), patrón de vida (actividades en las que se ocupa regularmente), factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos para mantener la salud.

En esta tesis no analizaré a profundidad los requisitos de autocuidado universales, pues son factores comunes a toda persona y comunidad, aunque los tendré en cuenta para describir los requisitos básicos con los que cuenta la comunidad (por ejemplo: acceso a agua potable y eliminación de desechos). En el caso de los requisitos de desviación, me enfocaré en aquellas enfermedades relacionadas con el aspecto sexual y reproductivo.

Con respecto a los requisitos de desarrollo, me enfocaré en la etapa sexual y reproductiva de la mujer, con énfasis en dos factores condicionantes básicos para el autocuidado: el género y el contexto migratorio.

## **2.2. Salud sexual y reproductiva**

La etapa reproductiva de la mujer comprende desde la menarquía, que es la primera menstruación de la mujer, hasta la menopausia, que indica el fin del periodo reproductivo. La OMS (2009) señala que la edad reproductiva comprende de los 15 a los 44 años.

En esta etapa la mujer puede pasar por diferentes sub etapas, como el embarazo, parto y lactancia, así como ser agente de prevención de embarazos o de enfermedades, abortos y atención para su salud. En cada periodo de su vida la mujer realiza diferentes prácticas dependiendo de su contexto sociocultural.

Para abordar el tema de la SSR, hago referencia al concepto de la OMS, ya que la salud reproductiva solía ser enfocada desde dos perspectivas: por un lado la sexual y por el otro la del proceso reproductivo. Pero la OMS propuso una definición que incluye a ambas y fue adoptada por la Organización de las Naciones Unidas en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo:

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos...”* (OMS, 1994, p. 37).

El aspecto reproductivo incluye: 1) la libertad para decidir si procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, 2) el derecho a obtener información para la planificación de la familia y, en su caso, poder elegir algún método de regulación de la fecundidad que no esté legalmente prohibido, 3) acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y 4) el derecho a la atención para la salud reproductiva, que incluye los métodos y las técnicas que contribuyen al bienestar reproductivo.

Por su parte, el aspecto de la salud sexual incluye: 1) la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y 2) el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual; también incluye aspectos como la satisfacción y el bienestar de las personas, ya que la definición adquiere significados que hacen referencia a aspectos biológicos y socioculturales del ser humano.

Echarri (2008) señala que al principio, la definición de la OMS sólo se refería a que el logro de las mejores condiciones de SSR corresponde a cada individuo, pero luego se consideró que también corresponde al entorno familiar, comunitario y social, al estatus que ocupan los individuos en los distintos ámbitos de interacción y a la organización de los individuos para el ejercicio de sus derechos.

La incorporación del concepto de SSR en México trajo consigo análisis de sus repercusiones y aportes. Szasz (1998) señaló que los primeros estudios se llevaron a cabo desde la perspectiva biomédica sobre el cuerpo de la mujer y con



un afán cuantitativo; también mencionó que las ideas biomédicas sobre el aspecto reproductivo y sexual sostienen que las características biológicas de cada sexo determinan la sexualidad humana lo que, aunado a los análisis estadísticos, podría ser interpretado de manera reduccionista y llevar a construir categorías que clasifiquen las prácticas de los individuos según criterios normativos.

De acuerdo con Szasz, la crítica a la aproximación biomédica del cuerpo de las mujeres por medio de la cuantificación, otorga cierta información, pero no informa de cómo viven sus experiencias, dejando a un lado significados subjetivos, normas, valores e identidades de las personas.

Mientras que el enfoque biomédico se enfoca en la cuantificación, mi propuesta con base a la crítica de la autora es conocer desde la propia experiencia de las mujeres qué opinan, sienten y hacen. Esta reconstrucción que hacen las mujeres está enmarcada desde la experiencia de su comunidad, y es precisamente allí donde radica el interés de mi investigación: conocer qué significados tiene el autocuidado en SSR para la mujer y cómo se relacionan con la emigración de su pareja.

En México, la propuesta de la OMS trajo consigo no sólo retos a los servicios de atención para la salud derivados de las políticas ya mencionadas, sino también actividades de evaluación e investigación para dar cuenta de los avances, áreas de oportunidad y aportación de nuevos elementos en la elaboración de las políticas públicas y la reorientación de estrategias en los servicios de salud para incluir aspectos como el contexto sociocultural, el concepto de género y otros factores (Caballero y Villaseñor, 2008).

Abrantes y Pelcastre (2008) también hicieron un análisis del panorama que trajo consigo en México la aplicación del concepto de SSR de la OMS y señalan la complejidad de llevarlo a la práctica y hacerlo operativo. Parte de la dificultad para incorporar ese concepto a las políticas públicas es la falta de infraestructura para el acceso a la salud, lo que limita la política de salud para todos. Esta carencia estructural dificulta la propuesta de la OMS para la atención de diferentes necesidades de hombres y mujeres, incluso reconociendo sus derechos sexuales y reproductivos, pues no se podrían ofrecer los servicios especializados necesarios.

Además del obstáculo en infraestructura en México, los estudios de aspectos relacionados con SSR y género revelan que ha sido difícil incorporar esta categoría, ya que los procesos de negociación y toma de decisiones entre mujeres y hombres, generados desde sus propios contextos socioculturales, dificultan la acción, ya que éstos determinan las ideas y actitudes que se tienen en torno a la reproducción, mediante normas e ideales relacionados a aspectos como el tamaño de la familia y la manera en que se resuelven los problemas al tomar decisiones sobre la reproducción, que para algunas personas puede ser incompatible con lo que propone la OMS (Echarri, 2008).

Abrantes y Pelcastre (2008) señalan que los esfuerzos para incluir la categoría de género en las políticas públicas no han minimizado las desigualdades ni mejorado el servicio de atención para la salud de hombres y mujeres, por lo que desde el marco institucional, esa inclusión forma parte de un discurso que no trascendió a la acción en las propuestas a favor de la SSR.

Por lo tanto, hacia una mejor aplicación del concepto de SSR en México se tendrían que tomar en cuenta factores socioculturales tales como nivel socioeconómico, educación, género, religión, creencias, costumbres, que influyen en la SSR de mujeres y hombres. Un punto a considerar en las políticas sobre el tema, es que la decisión sobre el propio cuerpo debería ser de la persona misma, del sujeto (Cruz, 2006).

### **2.3. Género**

En las ciencias sociales, el concepto de género se utiliza para describir aquellas características y comportamientos de los seres humanos que, a partir de sus diferencias biológicas, se construyen y asignan desde el contexto sociocultural específico (Camarena y Lerner, 2008).

El sexo es una categoría que nos permite distinguir las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres (Lamas, 1999), diferencias que se hacen más evidentes cuando los seres humanos ingresan al periodo reproductivo; por ejemplo, en las mujeres está marcado el inicio de esta etapa por la menarquia, mientras que los hombres van desarrollando marcados cambios físicos en la voz y la masa muscular, entre otros. A estos cambios se les asignan significados socioculturales que dependen del contexto y de la época. El género constituye “un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la diferencia sexual entre los seres humanos que organiza la relación entre los sexos” (Ariza y De Oliveira, 2008, p. 15).

Cada género tendrá conductas de acuerdo a lo asignado cultural y socialmente, que serán los roles que cada hombre y mujer ejecutará, estos roles

son la base de los procesos de división sexual del trabajo y de las formas de control de género. Por ejemplo, la masculinidad no es sinónimo de hombre, sino del significado del proceso social, estructural, cultural y subjetivo que se le otorga; es la expresión de las prácticas de género dentro de un tejido social (Amuchástegui y Szasz, 2007).

Como mencionan Badgett y Folbre (1999), en muchas culturas, incluyendo la nuestra, los roles de género señalan que ser mujer implica la obligación de atender o cuidar a otras personas. El altruismo familiar es aceptado y cuidar de sí mismas puede considerarse egoísta. Esto repercute sobre las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres que también dependen del contexto en que se vive.

Los roles de género también influyen en las decisiones que tomen las mujeres. Por ejemplo, Tepichin (2005) señala que éstas pueden tener conductas para mantener los roles que han aprendido como propios, por ejemplo, ante una posibilidad de trabajo, no aceptarla, para tener la responsabilidad de la casa y los hijos (as) y aceptar sin cuestionar no las decisiones que el hombre tome por ella con el fin de mantener los roles de éste como el protector y proveedor.

Las prácticas de autocuidado pueden ser obstaculizadas por los roles establecidos para mujeres y hombres, pues a las primeras se les asigna un rol reproductor orientado a la maternidad, la obediencia y el cuidado de otros, mientras que a los hombres se le asigna el rol de protector y proveedor. Esto moldea la forma en cómo cuidar el cuerpo y salud, formando patrones y hábitos que llevan a mujeres y hombres a tomar decisiones que pueden poner en riesgo su SSR (Uribe, 1999).

## **2.4. Migración y contexto migratorio**

En el caso del género *Homo* y en particular de la especie *Homo sapiens*, el movimiento de individuos y grupos conlleva importantes efectos demográficos, sociales, culturales y, en su caso, económicos y políticos que inciden sobre los sistemas socioculturales a los que pertenecen tales grupos. En consecuencia, la migración es una de las principales fuerzas que han moldeado a la humanidad, muchas de cuyas poblaciones han experimentado, en mayor o menor medida, sus efectos socioculturales y biológicos (Dickinson, 2004).

Hay diferentes tipos de clasificaciones en cuanto a estudios de la migración: por su límite puede ser externa (internacional) o interna (nacional o regional); por el tiempo puede ser provisional, estacional o pendular; sus causas pueden ser sociales y económicas (búsqueda de empleo, mantener o mejorar el nivel de vida, condiciones políticas o religiosas) (Boyarsky, 1989; Chávez, 1999).

La forma en que se realiza la migración puede ser organizada (con el apoyo de alguna institución) o no organizada (sin el apoyo de alguna institución y con medios propios); por su lugar de origen y destino puede ser urbana-urbana, urbana-rural, rural-rural y rural-urbana (Boyarsky, 1989; Chávez, 1999). La migración puede ser voluntaria, basada en una decisión personal, familiar o colectiva, o involuntaria, debida a condiciones ambientales o conflictos sociales (Boncour, 2009; OIM, 2012).

México se define como un país de origen, tránsito y destino de importantes flujos migratorios. Es también el escenario de movimientos migratorios internos entre estados de menor desarrollo a los de mayor crecimiento económico, así como entre zonas rurales y urbanas (Durán, 2007).

La migración hacia y desde México se ha convertido, desde finales del siglo XX, en uno de los fenómenos sociodemográficos más relevantes que ha demandado la producción de conocimiento a través de investigaciones y la acción estatal mediante políticas, instituciones y programas (Durán, 2007).

En Yucatán, la incorporación a la migración internacional sucedió cuando un grupo de personas emigraron a Estados Unidos a través del Programa Bracero (1942-1964)<sup>3</sup>. Terminado este Programa, la migración yucateca internacional aumentó, notoriamente en la década de 1990, debido a diversos factores macroeconómicos que atravesaba el país. Sin embargo, entre 1993 y 2004 se registró un incremento de migrantes de retorno (Cornelius et al., 2008).

Algunas instituciones estiman las cifras de migrantes internacionales, mismas que podrían ser imprecisas dada la dificultad para registrar a personas indocumentadas. Por ejemplo, el INDEMAYA (2012) reportó que la presencia de yucatecos en Estados Unidos a partir de 2007 había aumentado porque estimó la cifra en 185,000 personas de origen yucateco.

Por su parte, y en cuanto a migración interna se refiere, el estado de Quintana Roo ha sido un importante espacio de atracción migratoria desde 1970, incrementándose el número de yucatecos en esa entidad a lo largo de la década de 1990, debido al desarrollo de la industria del turismo en la Riviera Maya (Cornelius et al., 2008).

En 2000, los yucatecos residentes en Quintana Roo representaban el 23.7% del total de la población de ese estado, y el 42.9% del total de residentes

---

<sup>3</sup> Convenio suscrito entre México y Estados Unidos, y promovido por la demanda de mano de obra en Estados Unidos como consecuencia del ingreso de un vasto número de hombres estadounidenses a las tropas durante la Segunda Guerra Mundial. Los braceros fueron trasladados hacia el estado de Sonora para ser contratados legal y temporalmente en EE.UU., después de lo cual debían regresar a México (Cornelius et al., 2008).

nacidos en otra entidad (INEGI, 2010b). Para 2010, la misma fuente consignó 17.8% de yucatecos en Quintana Roo respecto al total de la población en ese estado y 33.9% respecto de los residentes nacidos en otra entidad. Estos cambios revelan la creciente migración interna a Quintana Roo que proviene de otros estados del país (INEGI, 2010b; Lewin, 2012).

Con respecto a la migración al interior de Yucatán, en 2000, Mérida se concebía como la capital de la migración indígena, ya que en ella vivían más de 230 mil habitantes mayas del interior del estado, representando casi el 30.0% de la población urbana de la ciudad (Lewin y Guzmán, 2005).

En esta tesis, me refiero a la migración en el sentido de Fauné (1995), quien considera que, en el ámbito rural, la migración ha pasado a ser un componente fundamental de las estrategias de sobrevivencia para asegurar la subsistencia de las familias, mismas que han visto modificado el esquema de un hogar fijo por otro de tipo móvil, en el que al menos alguno de sus miembros, de acuerdo a características como su edad, género y oportunidad de empleo y/o de mercadeo, debe rotar su permanencia en el hogar y desplazarse en el espacio rural, urbano, nacional o internacional.

Estas estrategias permiten al individuo crear un estándar de vida más elevado para su familia, mantener su nivel de vida actual, pagar deudas o tener una casa propia. Cuando alguien se dispone a migrar, la situación generalmente exige un análisis cuidadoso de los costos y beneficios que la migración tendrá, no sólo sobre la persona misma, sino también sobre cada miembro de su familia (Nielsen et al., 2010).

En su estudio de familias separadas por motivos de migración interna o internacional, Nielsen et al. (2010) analizaron cómo esa separación afecta las relaciones familiares, distinguiendo estos efectos en tres niveles de separación: el ascendente, que refiere a la separación entre el migrante y sus padres; el horizontal, a la del migrante con respecto a su pareja; y el descendente, a la del migrante con relación a sus hijos (as).

Aunque en esta tesis me enfocaré en la separación de nivel horizontal, estoy consciente que ésta tiene implicaciones en los demás niveles, ya que las relaciones se dan simultáneamente.

Para poder llevar a cabo lo anterior, en esta tesis propongo uno de los ejes teóricos que es el contexto migratorio, consiste en el conjunto de vivencias que pueden tener los individuos a partir de la emigración de uno o más miembros de su familia. Cada uno de los individuos involucrados en la migración, ya sea emigrante o no, vive el contexto migratorio de forma diferente. Mi propuesta considera que las prácticas, decisiones y valores de las mujeres que no emigran respecto a su autocuidado, se relacionan con la emigración de su pareja.

Así, el contexto migratorio es una condición que transforma la vida de la mujer, quien experimenta cambios a nivel de las decisiones, comportamientos y relaciones con otros lo cual, a su vez, está asociado a roles de género, dinámicas familiares, normas sociales, relaciones familiares, de pareja y comunales.



## **2.5. Salud sexual y reproductiva, género y migración**

A continuación presento algunos estudios que encontré en la revisión bibliográfica, de los tres ejes anteriormente descritos:

De acuerdo con Hondagneu-Sotelo (2005), las relaciones de género son parte de las relaciones sociales fundamentales de anclaje que contribuyen a dar forma, entre otras muchas características, a los patrones de migración, ya que las diferentes dimensiones de la vida social de los migrantes pueden conocerse a través de la categoría de género.

Distintos enfoques y áreas de interés han caracterizado al estudio de género y la migración. El trabajo de Hondagneu-Sotelo (2005) surge de los estudios de emigración, pero su revisión teórica contribuye a entender las relaciones de género que se desarrollan tanto en el lugar de destino como de origen migratorios. En este sentido, la autora distingue diversas etapas en los estudios de género y migración, mismas que sintetizo a continuación: la primera, que llamó "Mujer y Migración", corresponde a la década de 1970 y principios de la de 1980.

Los estudios excluían a las mujeres como sujetos de estudio; en algunos las mujeres fueron asumidas como algo innecesario o irrelevante para la fuerza laboral, pero en otros ocurrió lo contrario: se empezaron a realizar investigaciones sobre migración de la mujer pero sin teorizar aun acerca de la forma en que las feminidades y las masculinidades articulan la migración y sus efectos.

A finales de la década de 1980 y comienzos de la de 1990 surgió una segunda fase de investigación que se centró en dos aspectos: cómo influían los patrones de migración en la construcción de los roles de género y cómo se

configuraban los nuevos sistemas de desigualdad para mujeres y hombres como resultado de la migración. El resultado fue una mirada pronunciadamente feminista que buscó detectar evidencias del sistema patriarcal y la dominación masculina, con una metodología basada en entrevistas y técnicas etnográficas. A partir de estos estudios pudo pensarse en la posibilidad de la “nivelación” de las desigualdades de género, como resultado de la propia migración (Hondagneu-Sotelo, 2005).

En la tercera etapa, la investigación comenzó a considerar en qué medida el género impregna una variedad de prácticas, identidades e instituciones implicadas en la migración y en otros procesos sociales en general. Así, las pautas de incorporación laboral, la globalización, la práctica de los valores religiosos, la ciudadanía, la sexualidad y la identidad étnica revelan cómo el género se incorpora a un gran número de operaciones diarias y a las estructuras institucionales políticas y económicas (Hondagneu-Sotelo, 2005).

Si bien la propuesta de la autora se basa en estudios de emigración mexicana a Estados Unidos, la importancia de su trabajo reside en que pone de relieve cómo los estudios de género asociados a la migración permiten conocer la transformación de aspectos tales como la toma de decisiones de mujeres y hombres, la organización de los géneros, la reproducción o no de las desigualdades de género, los roles masculinos y femeninos y cómo los individuos construyen las representaciones de sí mismos y de sus prácticas.

Por lo tanto, en ciertas circunstancias, la emigración masculina es uno de los factores que conduce a que las mujeres adopten distintos roles en las comunidades de origen, roles que usualmente estaban asignados a los hombres.

Los estudios, dependiendo del contexto sociocultural donde se efectuaron, han tenido resultados tanto similares como contrastantes. Por ejemplo, Durán (2007), reporta que la mujer en contextos donde prevalece el trabajo agrícola, además de asumir un rol de proveedora, duplica o triplica sus jornadas de trabajo.

Tenezaca y Sisalima (2010), reportaron que algunas veces la emigración de los hombres es un factor que enfatiza el papel de las mujeres en el espacio doméstico, reafirmando los roles de género que se les ha asignado, ya que las mujeres se quedan al cuidado de la casa y de las y los hijos, lo que limita su incorporación a otros ámbitos laborales o sus opciones personales.

El estudio de Parra y Tixi (2011), coincide con el anterior ya que sus autores señalan que en su estudio las mujeres cuya pareja emigra, no tienen espacios de autonomía ni se empoderan, a pesar de que en la ausencia del hombre algunos roles cambian y algunas veces tienen la jefatura del hogar, pero sólo de forma temporal.

Diversos estudios han señalado a la migración, como un factor que puede llevar a las personas a incurrir en prácticas sexuales de riesgo y han documentado los efectos que la migración puede representar para la SSR, describiendo cómo la condición migratoria logra afectar su propia salud y, en casos de migración de retorno, la de sus comunidades de origen y, específicamente, la de sus parejas.

Los estudios que más destacan en este campo, son los enfocados en la vulnerabilidad para la adquisición y transmisión del VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Bronfman et al., 1989; Wingood y Di Clemente, 2000; Magis-Rodríguez et al., 2004; Organista et al., 2004) y que identifican prácticas de riesgo como, por ejemplo, relaciones sexuales sin protección y transfusiones.

Otros autores también han reportado que la adicción a las drogas constituye un factor que promueve prácticas sexuales de riesgo (Salgado de Snyder et al., 2007; Hidalgo et al., 2008; Hirsch et al., 2009; Hoffman et al., 2011).

Rodríguez (2010) reporta en su estudio con mujeres cuyas parejas están en Estados Unidos, que a ellas no les preocupa que su pareja pueda iniciar y mantener relaciones sexuales con otras personas, sino que les dejen de enviar dinero.

Otros estudios han sido diseñados para conocer aspectos como el uso de métodos anticonceptivos, infidelidad, relaciones de poder entre los géneros (Hirsch et al., 2002; Hirsch 2003; Hirsch et al., 2007; Hernández, 2008; Bedolla y Ceja, 2010; Rodríguez, 2010; Espinoza et al., 2013).

Los estudios de Hirsch (2003) y Caballero et al. (2008), coinciden en que la suspensión del uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer cuando su pareja está en Estados Unidos, es una demostración de fidelidad, no sólo ante la pareja, sino ante parientes cercanos, sobre todo la suegra. Hirsch (2003) reporta que hay un acuerdo explícito en la pareja para que la mujer deje de utilizar métodos anticonceptivos, si la mujer los continúa usando en ausencia de su pareja, éste lo interpreta, y utiliza, como evidencia de que la mujer tiene una vida sexual activa y quiere evitar el embarazo, que sería una prueba de infidelidad.

En el caso de Yucatán, la ya mencionada intensificación de la emigración de yucatecos a Estados Unidos a partir de la década de 1980 atrajo la atención de investigadores quienes, tomando como punto de partida los estudios en otras regiones del país, como la zona centro y norte, empezaron a enfocarse en los efectos de la emigración y las relaciones de género (Murúa et al., 2007; Quintal,

2011; Lewin, 2012; Espinoza et al., 2013). También Quintal (2011), reporta artículos publicados a mediados de la década de 1990 sobre género y migración (Quintal, 2011). Esta autora recalca que la importancia de hacer investigaciones que incorporen el género como categoría de análisis radica en poder identificar los cambios que se dan en las tareas asignadas a mujeres y hombres a partir de la influencia de la migración. En esta tesis, a partir de la propuesta de contexto migratorio, amplió esta perspectiva de la migración, ya que lejos de verla como un factor ajeno a las prácticas específicas de mujeres, la concibo como un aspecto consustancial.

En el caso de roles de hombres y mujeres en la migración, Lewin (2012) coincide con otros estudios y señala que algunas veces en Yucatán el cambio de roles que experimentan las mujeres es temporal, pues al regreso de sus parejas, ellas vuelven al ámbito de las labores del hogar; también menciona que la emigración del varón puede seguir favoreciendo las desigualdades para las mujeres, pues algunas experimentan mayor vigilancia social y control a distancia por parte de la pareja, así como otros comportamientos que expresan relaciones de género entre hombres y mujeres que desfavorecen a éstas.

Una investigación realizada en Tunkás por Espinoza et al. (2013), reportaron la falta de poder de las mujeres para negociar relaciones sexuales seguras, como solicitar el uso del condón a su pareja, esto se deriva de su capacidad limitada para comunicar a sus parejas sus necesidades de salud sexual, ya sea si se encuentren en Tunkás, Quintana Roo o cuando haya regresado de Estados Unidos. Esta incapacidad y falta de control en sus relaciones incrementa la probabilidad de prácticas sexuales de riesgo y ubican a

las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, debido a la autoridad y control de los hombres en las relaciones de pareja.

Es importante recalcar que, como sostiene Boehm (2008), la migración deriva en una compleja interacción entre hombres y mujeres, en la cual pueden suscitarse negociaciones a través de las cuales, y en algunas circunstancias, las mujeres transforman las relaciones de poder. Es en este sentido que la misma autora sostiene que es necesario realizar investigaciones en torno a este proceso de negociaciones entre hombres y mujeres en contextos migratorios. Como estos procesos son complejos y dinámicos, hay muchos aspectos de la vida de hombres y mujeres que podrían transformarse a partir de la emigración de algún miembro de la pareja.

Si bien los estudios que describí presentan los ejes teóricos que propuse, en ninguno se integran explícitamente los elementos de autocuidado en SSR, la perspectiva de género y el contexto migratorio. Por lo que mi propuesta es desarrollar los tres ejes para contribuir a los estudios sobre SSR en mujeres de Yucatán inmersas en diferentes contextos migratorios, a través de una perspectiva de género, documentando aspectos del autocuidado que representan parte de la salud de las mujeres.

A partir de las anteriores consideraciones los objetivos de esta tesis son:

## **2.6. Objetivo general**

Analizar las experiencias de autocuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres yucatecas que residen en una comunidad rural y viven diferentes contextos migratorios.

## **2.7. Objetivos específicos**

- 1) Documentar prácticas y decisiones de autocuidado de las mujeres participantes.
- 2) Conocer cómo las relaciones de género influye en dichas prácticas y decisiones.
- 3) Identificar diferencias en las prácticas y decisiones de autocuidado y las relaciones de género de acuerdo al contexto migratorio que viven las mujeres.

### III. METODOLOGÍA

Para conocer cómo la SSR de las mujeres se ve influida dependiendo de su contexto migratorio y cómo las relaciones de género contribuyen a establecer roles específicos, utilicé un diseño cualitativo que me permitió recuperar el sentido vivencial de las prácticas femeninas, de acuerdo a los objetivos del estudio.

Este diseño me permitió conocer cómo la SSR, que es parte de la biología de nuestra especie, es socializada y construida significativamente a través de las experiencias de las mujeres, quienes otorgan sentido a sus prácticas desde su propia cultura (Rodríguez et al., 1999).

Conocer la experiencia inmediata de las mujeres, permitió aproximarme a las razones que las llevan a tomar decisiones para su autocuidado, pues viven en contextos similares pero con historias de vida únicas y diferentes.

#### 3.1. Lugar de estudio

Seleccioné Tunkás, Yucatán, México porque ha sido lugar de interés para los investigadores por la importancia de la emigración de sus habitantes, esto ha generado información para dar a conocer la influencia de ésta. Esta tesis es una colaboración con el proyecto que actualmente se desarrolla en Tunkás: “Migración Transnacional y Salud Pública. Un Estudio Binacional en Yucatán y California” (Conacyt- Ciencia Básica 168996) que continúa realizando investigaciones para darle seguimiento a los estudios previos y del cual forma parte uno de mis codirectores, el Dr. Lewin.

Tunkás es un municipio del estado de Yucatán, cuyo nombre en maya significa cerco de piedra (*tuun*: piedra, *k'áas*: cerco). Se encuentra



aproximadamente a 90 km de Mérida, al oriente del estado y aproximadamente a 119 km del centro turístico de Cancún. Tunkás tenía, en 2010, una población total de 3464 habitantes, de los cuales 1690 eran mujeres; en la cabecera municipal, del mismo nombre, había 2828 habitantes y 1377 eran mujeres (INEGI, 2010a). El municipio cuenta, además de la cabecera, con 15 localidades donde habitaban 636 personas (INEGI, 2010a).

Respecto a las características socioeconómicas del municipio en su conjunto, datos oficiales señalan que, para 2010, 33.0% de la población se encontraba en pobreza extrema y 46.3% en pobreza moderada; en relación a las condiciones de las viviendas, cerca de la mitad de ellas (48.1%) no disponían de drenaje, 4.8% no contaba con agua entubada de la red pública, 18.0% tenía un solo cuarto y en 5.3% los pisos eran de tierra, 9.6% no contaban con bien alguno y 6.4% no disponían de energía eléctrica (Coneval, 2010).

Hasta enero de 2013<sup>4</sup>, en el municipio había 345 familias beneficiadas con el programa 'Oportunidades' hoy Prospera<sup>5</sup>, que es un programa federal de desarrollo humano para contribuir a la superación de la pobreza, cuyos ejes principales son la educación y la salud, brindando también un apoyo económico a las familias (Oportunidades, 2014).

En el ámbito de la educación, las mujeres tenían un grado promedio de escolaridad de 5.8 años, en comparación con 7.2 del estado y 8.4 del país, lo que quiere decir que buena parte de la población de mujeres de 15 años y más de

---

<sup>4</sup> Esta información me fue proporcionada por la enfermera del Centro de Salud de Tunkás, quien confirmó que se trataban de datos actualizados y disponibles al público.

<sup>5</sup> En septiembre de 2014, la Secretaría de Gobernación de México a través del Diario Oficial de la Federación emitió el decreto del cambio de nombre del programa, manteniendo las reglas de operación vigentes de lo que era el programa Oportunidades.

Tunkás no completa la primaria (INEGI, 2010b). El municipio cuenta con dos escuelas de nivel preescolar (una pertenece al sistema preescolar indígena), cuatro primarias (una pertenece al sistema básico indígena), una secundaria en la cabecera municipal, una telesecundaria y un Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA). Todas se ubican en la cabecera, a excepción de la telesecundaria, que está en una comisaría.

Dado que el municipio no cuenta con oferta para la educación superior, para acceder a este nivel algunas personas van a Mérida, al estado de Quintana Roo o, incluso, a otros estados del país.

Para ocupar su tiempo libre, los habitantes de la cabecera cuentan con el parque principal frente al Ayuntamiento, donde también se practican diferentes deportes; dos ciber cafés particulares con acceso a internet donde también se hacen consultas para elaborar tareas escolares y algunas veces se comunican con familiares que están fuera. Tunkás cuenta con un campo deportivo; una Casa de la Cultura y un Centro Comunitario de Desarrollo, estos espacios funcionan como centros de capacitación y para que los habitantes aprovechen las diferentes actividades que se ofrecen como, por ejemplo, clases de estilista, urdido de hamacas y cocina.

Hay un Centro de Salud Yucatán (CSY) en la cabecera municipal, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria no.1 de los Servicios de Salud de Yucatán, clasificado como clínica de primer nivel que brinda atención primaria: diagnóstico, seguimiento y control de enfermedades que no necesiten hospitalización. En caso de atención especializada, el Centro de Salud generalmente refiere a los pacientes al Hospital General Agustín O'Horán o al

Centro Materno Infantil, ambos en Mérida y, ocasionalmente, al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en Izamal.

En términos económicos, de acuerdo con el INEGI (2010b), la población ocupada del municipio de 12 años y más incluía, en 2010, 932 hombres y 216 mujeres, lo que refleja la distribución desigual de la actividad en el municipio y los roles que desempeñan por género. Las principales ocupaciones reportadas fueron comercio, construcción, apicultura, agricultura y, en menor grado, ganadería; otras actividades que realizan son la caza y actividades de producción en el solar, como la siembra y cría de animales. Debido a la localización del municipio al oriente del estado, para la gente es relativamente más fácil ir a trabajar al estado de Quintana Roo, principalmente a la Riviera Maya, la cual ofrece fuentes de empleo relacionadas con el turismo. En 2010, 12% de la población originaria de Tunkás había emigrado, estableciendo su residencia en Quintana Roo, principalmente en la ciudad de Cancún (INEGI, 2010b).

Otra opción en busca de empleo para los lugareños del municipio ha sido emigrar a los Estados Unidos, principalmente a Anaheim, Inglewood y Santa Ana, en California, para desempeñar diferentes oficios, principalmente en el sector de los servicios (Cornelius et al., 2008). La cifra de los tunkaseños que residen en dicho país es difícil de calcular, pues la mayoría son indocumentados. Sin embargo, hay estudios que han caracterizado la importancia de la emigración del municipio a los Estados Unidos.

Cornelius et al. (2007; 2008; 2010) realizaron estudios en el municipio para conocer la historia migratoria local, y han reportado que los tunkaseños fueron parte del Programa Bracero, posteriormente aumentó la migración indocumentada

y en la década de 1990 se intensificó debido a la crisis económica que entonces afectó a México. Años después Estados Unidos implementó políticas para controlar mejor la frontera con México y evitar el flujo de migrantes indocumentados, políticas que se reforzaron luego de los atentados que sufrió Estados Unidos en septiembre de 2001. Aunque el flujo de emigrantes no se detuvo, sí disminuyó (Cornelius et al., 2008).

En 2010, el municipio ocupaba el décimo lugar estatal en el índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos, con un nivel medio de expulsión de migrantes (Conapo, 2010). Otro indicador son las remesas que, en 2010, y según el INEGI, había beneficiado al 10.9% de las 946 viviendas en el municipio.

Muse-Orlinoff y Lewin (2010) describen que las personas que emigran son en su mayoría hombres con una edad promedio de 36 años, casados, con al menos un hijo, hablan lengua maya y su grado promedio de escolaridad es secundaria.

### **3.2. Participantes**

En el método cualitativo se investiga sobre grupos de informantes seleccionados intencionalmente para comprender el fenómeno de interés (Mayan, 2001). Desde esta perspectiva, la o el investigador decide el número de entrevistados, que puede cambiar en el proceso de investigación. Las y los participantes son seleccionados de acuerdo a ciertos criterios que correspondan con los objetivos de la investigación como género, edad, ocupación y nivel educativo (Warren y Karner, 2010).

Para conocer las experiencias de las mujeres en contextos migratorios, inicialmente me planteé entrevistar a mujeres que aceptaran participar voluntariamente y hasta conseguir la saturación de la información, considerando los siguientes criterios de inclusión: 1) que al momento de la entrevista se encontraran en una relación de pareja con un hombre que residiera habitualmente: a) en Tunkás (sin historia de migración), b) en Quintana Roo y c) en Estados Unidos; 2) que fueran mujeres tunkaseñas que hablaran español y 3) que se encontraran en edad reproductiva.

Durante mi estancia en Tunkás contacté a las mujeres por medio de la técnica bola de nieve, que permite identificar sujetos que cumplan las características específicas para el estudio, y éstos a su vez, sugieren a otros (Taylor y Bogdan, 1996). Esta técnica fue útil para identificar a las mujeres cuya pareja está en Estados Unidos, ya que la emigración en algunos casos es indocumentada y las personas manejan la información con discreción. El acercamiento se dio con personas que conocía previamente y sabían de algunos casos. Las mujeres que participaron lo hacían muy animadas, pues se podían expresar en cuanto a SSR, tema delicado y privado para ellas, por lo que tuve la fortuna de contar con su confianza.

En todos los casos de las mujeres contactadas cuya pareja se encontraba en Tunkás al momento de la entrevista resultó que alguna vez el hombre había emigrado (ya sea a Quintana Roo, Estados Unidos o ambos), además, hubo un caso en el que el hombre es originario de un estado del sureste de la República e inmigró a Tunkás, donde ha vivido desde entonces. Por ende, cambié ese criterio y se incluyeron esos casos de las mujeres que aceptaron participar. En total

solicité la colaboración de 17 mujeres, 12 de las cuales aceptaron participar; de las 5 que no lo hicieron, una tenía a su pareja en Quintana Roo, dos en Estados Unidos y dos en Tunkás (quienes habían retornado de Estados Unidos), el rango de edad de las mujeres era de 42 a 44 años (Tabla 1).

Tabla 1. Historia migratoria del hombre

	Nombre*	Edad (años)	Residencia actual de la pareja	Experiencia migratoria anterior de la pareja
1.	Gladiola	39	Tunkás	Estados Unidos, Quintana Roo
2.	Bella	42	Tunkás	Ninguna (llegó a Tunkás de otro estado)
3.	Kamila	33	Tunkás	Estados Unidos
4.	Estrellita	28	Tunkás	Estados Unidos
5.	Alcatraz	42	Quintana Roo	Ninguna
6.	Mariposa	33	Quintana Roo	Estados Unidos
7.	Azul	28	Quintana Roo	Estados Unidos
8.	Eva	38	Quintana Roo	Estado mexicano en la costa del Pacífico.
9.	Flor	35	Estados Unidos	Quintana Roo
10.	Bugambilia	36	Estados Unidos	Mérida, Yucatán y Quintana Roo
11.	Anastasia	28	Estados Unidos	Ninguna
12.	Sol	33	Estados Unidos	Ninguna

\*Las mujeres eligieron un pseudónimo para no ser identificadas.

La edad promedio de las mujeres entrevistadas es de 34 años. Todas se definen como amas de casa aunque, al preguntarles sobre otras actividades con que apoyen el ingreso familiar, ocho dijeron realizar actividades económicas remuneradas y que utilizan su casa para vender productos varios (desde comida hasta artículos de belleza) y dos tienen un empleo. En promedio tienen dos hijos

(mín. 2, máx. 5). Dos de las mujeres reportaron vivir en unión libre y seis tuvieron escolaridad de secundaria o superior, lo que refleja que superan el grado promedio de escolaridad del municipio (Tabla 2).

Todos los emigrantes a Estados Unidos y tres de los residentes en Quintana Roo estaban empleados en el sector terciario, trabajando como meseros, auxiliares de cocina y empleados de comercios; el otro residente en Quintana Roo trabaja en el sector secundario. De los hombres residentes en Tunkás, dos se dedican al sector terciario y dos al primario. El tiempo que han estado fuera los hombres son similares en los tres contextos migratorios (Tabla 3).

Tabla 2. Estado civil y escolaridad de las mujeres participantes

	Característica	Frecuencia
Estado civil	Casada	10
	Unión libre	2
Escolaridad	Primaria incompleta	3
	Primaria completa	3
	Secundaria completa	4
	Bachillerato	2

Para complementar la información otorgada por las mujeres, recurrí a interlocutores clave, personas que viven en el pueblo y que podían aportar conocimientos sobre el autocuidado en SSR de las mujeres, cómo son las relaciones entre hombres y mujeres y la dinámica migratoria del lugar.

Tabla 3. Tiempo de residencia del hombre, por localidad

Lugar de residencia (*fr)	Años de residencia	
	Mín.	Máx.
Estados Unidos (4)	3	8
Quintana Roo (4)	3	9
Tunkás: contexto de retorno ** (3)	***7	***10

\*fr: frecuencia; \*\* la pareja de una participante es de un estado del sureste de México y vive en Yucatán desde hace 20 años; \*\*\* residencia en Tunkás después de su último viaje

En cuanto al autocuidado en SSR, entrevisté a una parte del personal del Centro de Salud: una estudiante de medicina en servicio social, la cual fungía como directora y jefa del personal y está en contacto diario con las mujeres que van a consulta o control de su SSR (debido a que esta estudiante tenía, al momento de la entrevista, sólo cuatro meses en Tunkás, decidí entrevistar también al médico anterior, ya que su experiencia por un año en el pueblo podría aportar más información sobre la SSR de las mujeres).

También entrevisté a la enfermera que está a cargo de diferentes programas de atención para la salud de la mujer uno de ellos es: “Por el derecho a la salud de la mujer”, cuyos principales objetivos son promover la planificación familiar y prevenir el cáncer cérvico-uterino. La entrevista a la empleada de la farmacia me dio información acerca del funcionamiento del Centro de Salud y de las principales preocupaciones tanto del personal, como de los pacientes. Aunque hay más personal en el Centro de Salud, la enfermera y encargada de farmacia son los que más años tienen trabajando ahí (excepto la médica pasante).



Además, contacté y entrevisté a dos parteras, pues tienen conocimientos sobre SSR que son reconocidos por las mujeres y recurren a ellas.

Igualmente entrevisté a dos autoridades civiles: el secretario municipal, quien me otorgó información acerca de la dinámica migratoria del pueblo, y la encargada de salud del ayuntamiento, quien me informó sobre la relación que tienen con el Centro de Salud y el trabajo en equipo que hacen para eventos o ferias que incluyen actividades en SSR.

También entrevisté a la directora de una primaria y dos maestros (de nivel primaria y preescolar) quienes, además de compartir experiencias de las madres, las niñas y los niños quienes reflejan en la escuela lo que viven de los contextos migratorios en que se encuentran, también me dieron información de la vida del pueblo, así como sus experiencias personales, pues tienen muchos años de servicio en el mismo.

### **3.3. Fenomenología**

Para elegir la fenomenología, comparé diferentes perspectivas metodológicas, con base en Creswell (1998), optando finalmente por el enfoque fenomenológico, de acuerdo a los objetivos planteados y en función de la aproximación cualitativa que decidí asumir. En su revisión de este enfoque fenomenológico, Creswell (1998) lo incluye junto a otras cuatro “tradiciones de investigación” para aproximarse a los sujetos de estudio. Cada enfoque cuenta con diferentes técnicas e instrumentos para la obtención de información desde el ámbito cualitativo. La elección de un enfoque u otro depende de los objetivos de la investigación. En la Tabla 4

presento una descripción breve de cada enfoque para compararlos con la perspectiva fenomenológica.

Los enfoques cualitativos tienen características en común: las técnicas de recolección de información, el énfasis en la experiencia subjetiva del sujeto, la forma de interpretación de los datos, el número relativamente reducido de los 'sujetos' de estudio o participantes y el papel activo de la o el investigador en interacción con las personas para la obtención de información (Taylor y Bogdan, 1996).

Tabla 4. Enfoques cualitativos, según énfasis y objetivos

Enfoque	Énfasis en:	Se utiliza cuando el objetivo es
Biografía	La historia de vida de un individuo.	Reconstruir la historia de un solo individuo.
Fenomenología	La experiencia de uno o más individuos.	Conocer la experiencia de las personas desde su interpretación reflexiva.
Teoría fundamentada	La generación de teoría a partir de la obtención de información.	Generar teoría para casos particulares.
Etnografía	El estudio de la sociedad humana y la cultura.	Describir e interpretar una cultura.
Estudio de caso	El estudio a profundidad de uno o varios casos.	Conocer a profundidad una o varias cuestiones, pueden ser procesos, sujetos.

Fuente: elaboración propia a partir de Creswell (1998).

Elegí la fenomenología como enfoque de estudio ya que me permitió conocer las prácticas de autocuidado y los significados que, a partir de la experiencia vivencial de su contexto migratorio, construyen las mujeres, contexto que, a su vez, está mediado por las relaciones de género. El método cualitativo es flexible, por lo que utilizar diferentes técnicas resulta viable para cumplir con el objetivo de conocer las experiencias de las participantes.

A diferencia de otros enfoques, la fenomenología nace como una preocupación en la filosofía, y se relaciona con otras disciplinas como la ontología, la epistemología, la lógica y la ética (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2008), además de que enfatiza el nivel reflexivo e interpretativo de la experiencia de los individuos.

Para Creswell (1998), la fenomenología es el estudio del significado de las experiencias vividas por algunos individuos acerca de un fenómeno y, para Rodríguez et al. (1999) es, además, el estudio de la cotidianidad que, desde el punto de vista fenomenológico, refiere a la experiencia no conceptualizada o categorizada. Este enfoque tiene como objetivo explicar los significados que están inmersos (y contruidos) en la vida cotidiana.

El papel de la o el investigador es aprehender el proceso de interpretación mediante el cual la gente define su mundo y actúa en consecuencia. También intenta describir, comprender e interpretar las cosas desde el punto de vista de los individuos (Rodríguez et al., 1999).

En este enfoque, las y los investigadores utilizan la estrategia de analizar aquellos casos similares o diferentes que permitan la elaboración de una estructura común y representativa de las diferentes experiencias vividas y registradas (Tabares y Ramírez, 2009).

Como afirma Martínez (2004), el enfoque fenomenológico respeta plenamente la narración que hace el individuo de sus propias vivencias ya que, al tratarse de algo estrictamente personal, no hay ninguna razón externa para pensar que ella no vivió, no sintió o no percibió las cosas como dice que lo hizo, por lo

que se recomienda que el número de informantes sea relativamente reducido, no mayor a 25 personas (Creswell, 1998).

Para lograr este objetivo, la o el investigador realiza principalmente entrevistas semi-estructuradas, registrando las anécdotas y experiencias personales de los individuos. Es importante la grabación de las entrevistas para su posterior transcripción y análisis (Rodríguez et al., 1999).

Una ventaja de este enfoque es que pone énfasis tanto en la recuperación del significado que los individuos tienen de sus acciones como en el dar a conocer la opinión que los individuos tienen de su propia existencia. Una desventaja que se destaca es que, al enfatizar la experiencia propia, el individuo podría minimizar otros factores de índole social que influyen en ella (Creswell, 1998). Sin embargo, estos factores podrían ser recuperados a través de otras técnicas, tales como la observación participante, entrevista a interlocutores clave, investigación de fuentes históricas, entre otras.

A continuación describo las características principales de la observación participante y la entrevista semi-estructurada que fueron las técnicas empleadas en la obtención de información.

### **3.4. Observación participante**

Mayan (2001) describe cuatro niveles de participación de la o el investigador durante la observación: 1) el registro de la información sin interactuar con las actividades del escenario observado, 2) la obtención de información involucrándose en las actividades del escenario en segundo plano; es decir, sí hay interacción con los participantes pero sin una inmersión completa en el escenario,

3) involucramiento intenso en las actividades cotidianas y 4) inmersión total en el escenario, sin reconocerse en él como investigador(a). En mi caso, usé el segundo nivel de observación, conocido generalmente como observación participante.

La observación participante tiene por objetivos recopilar información del sitio de estudio y obtener una perspectiva interna del escenario, cultura o grupo (Mayan, 2001). Involucra la interacción social entre la o el investigador y los informantes en el lugar de estudio, mediante la cual se obtienen datos de modo sistemático y no intrusivo (Taylor y Bogdan, 1996).

La herramienta principal para el registro de las observaciones son las notas de campo, que deben ser precisas y detalladas, ya que brindan información que posteriormente será analizada con otras técnicas (Taylor y Bogdan, 1996).

### **3.5. Entrevista semi-estructurada**

Esta técnica genera la oportunidad para comprender los puntos de vista de las o los participantes en la investigación, descritos en sus propias palabras (Mayan, 2001). La entrevista semi-estructurada permite obtener datos de los individuos participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas, de interés para la o el investigador (Warren y Karner, 2010), formuladas en un orden específico pero flexible, para no conducir rígidamente la conversación. En caso de haber distintos tipos de informantes o participantes, como autoridades, maestros, médicos tradicionales, se diseña una guía de entrevista para cada uno de ellos.

La o el investigador utiliza este tipo de entrevista cuando se tiene conocimiento del tema de interés a partir, por ejemplo, de la revisión de literatura,

pero no el suficiente como para responder las preguntas que se han formulado (Mayan, 2001). En mi caso, diseñé guías de entrevista para mujeres e interlocutores clave (Anexos 1 y 2).

Para llevar a cabo el trabajo de campo y aplicar las entrevistas, el proyecto de tesis fue aprobado por el Comité de Bioética para la Investigación de Seres Humanos (COBISH-Cinvestav). Antes de cada entrevista informé a las y los participantes acerca de los objetivos de la investigación y obtuve su consentimiento informado para participar en ella (Anexos 3 y 4). Además del contenido de este consentimiento, informé verbalmente, a cada participante, que podría retirarse en el momento que así lo deseara, no contestar las preguntas que le resultasen incómodas o rehusarse a brindar toda o parte de la información, también solicité su autorización para grabar las entrevistas. La participación de las mujeres y otros interlocutores fue voluntaria.

### **3.6. Validación de la información**

En el diseño cualitativo es primordial presentar los resultados encontrados a las y los participantes en la investigación para que validen la información encontrada, sea útil para ellas y obtener información complementaria que puede integrarse al análisis de la información y al documento final.

En mi caso, realicé esta validación en una sesión en junio de 2014, lo cual ofreció la oportunidad para que las mujeres participantes compartieran, a nivel grupal, sus experiencias individuales e identificaran las que resultaran comunes; para ellas fue importante conocer que hay personas que pasan por situaciones similares, lo cual les permitió sentirse apoyadas y en confianza.

### 3.7. Análisis de la información

Realicé mi análisis tomando como base el modelo en espiral de Creswell (1998), que es un proceso continuo de reflexión y análisis de la información, en el que, a partir de la obtención de información, se continúa con el manejo de los registros (por ejemplo, las transcripciones). Posteriormente se continúa con la lectura de datos y elaboración de notas, para luego describir, clasificar e interpretar los datos (elaboración de categorías) (Tabla 5). Finalmente se elabora el informe.

Tabla 5. Técnicas y análisis de la información

Técnica	Producto	Análisis
Entrevistas semi-estructuradas.	Grabaciones de audio y notas de entrevista.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transcripción.</li><li>• Elaboración de categorías de análisis:<ol style="list-style-type: none"><li>1) descripción,</li><li>2) clasificación e</li><li>3) interpretación de datos.</li></ol></li><li>• Utilización del software: Atlas.ti (para el análisis de datos cualitativos).</li></ul>
Observaciones.	Diario de campo, registro fotográfico.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transcripción.</li><li>• Elaboración de categorías de análisis:<ol style="list-style-type: none"><li>1) descripción,</li><li>2) clasificación e</li><li>3) interpretación de datos.</li></ol></li></ul>

Fuente: Creswell (1998).

Ya en gabinete, analicé la transcripción de las entrevistas, mis notas y registros de campo, para luego clasificar, categorizar y codificar la información. Me

apoyé en el software Atlas.ti como herramienta para un primer análisis, los códigos y categorías resultantes se refieren a los contextos migratorios, a las prácticas en SSR y a las relaciones de género (Tabla 6). Dichas categorías me sirvieron como guía para realizar un segundo análisis en el discurso de las mujeres, por medio de las transcripciones, para recuperar la riqueza de los discursos e incluir la voz de las y los participantes a lo largo del documento; las categorías resultantes las relacioné y organicé para la escritura del capítulo de Resultados por contexto migratorio (Tabla 7).

Tabla 6. Categorías identificadas mediante el programa Atlas.ti

Código	Categoría	Código-Subcategoría
CM	Contexto migratorio	CMEU: Contexto migratorio de Estados Unidos
		CMQR: Contexto migratorio de Quintana Roo
		CMR: Contexto migratorio de retorno
PSSR	Prácticas en salud sexual y reproductiva	PM: Prácticas durante la menstruación
		PEM: Prácticas durante el embarazo
		PA: Prácticas de abortos
		PPU: Prácticas durante el puerperio
		PMA: Prácticas de uso de métodos anticonceptivos
		PITS: Prácticas relacionadas con ITS
		PCM: Prácticas relacionadas al cancer de mama
		PH: Prácticas de higiene
		PAS: Prácticas de atención para la salud
		PRS: Prácticas en relaciones sexuales
OP: Otras prácticas		

Continúa



Tabla 6. Categorías identificadas mediante el programa Atlas.ti (Termina)

Código	Categoría	Código-Subcategoría
RG	Relaciones de género	PP: Participación del hombre en salud sexual y reproductiva RM: Roles de las mujeres RH: Roles de los hombres RMF: Relación de la mujer con miembros de su familia CP: Comunicación de la pareja RPH: Relación del hombre con los hijos ECM: Aspecto económico debido al contexto migratorio

Tabla 7. Categorías finales para análisis del discurso

Código	Categoría	Código-Subcategoría
CM	Contexto migratorio	CMEU: Contexto migratorio de Estados Unidos CMQR: Contexto migratorio de Quintana Roo CMR: Contexto migratorio de retorno CMEVE: Ventajas económicas del contexto migratorio de Estados Unidos CMQVE: Ventajas económicas del contexto migratorio de Quintana Roo CMRV: Ventajas del contexto migratorio de retorno CMEH: Relación del hombre con sus hijos en el contexto migratorio de Estados Unidos

Continúa

Tabla 7. Categorías finales para análisis del discurso (Termina)

Código	Categoría	Código-Subcategoría
UMA	Uso de métodos anticonceptivos	SM: Suspensión del uso de métodos S: Salpingoclasia UC: Uso del condón
ITS	Infecciones de transmisión sexual	PEAS: Preocupación económica antes que la salud C: Comunicación con la pareja
RG	Relaciones de género	RH: Roles de los hombres RM: Roles de las mujeres RS: Relación de la mujer con la suegra

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Vivir en Tunkás

La primera vez que fui a Tunkás fue en 2012, tuve una estancia de dos semanas como parte de un proyecto de investigación sobre migración y salud con uno de mis codirectores de tesis, noté la influencia de la migración en el pueblo, pues a diferencia de otros municipios en los que he estado, éste es muy tranquilo, no hay mucha actividad en las calles y hasta la fecha sigue siendo así.

En mayo de 2013 solicité permiso a las autoridades municipales para realizar el trabajo de campo relacionado con esta tesis, del 30 de octubre de 2013 al 15 de enero de 2014, con visitas adicionales en enero y junio de 2014, en el primer caso para asistir a la Feria Binacional de Salud para Migrantes 2014 y, en el segundo, para la validación de resultados. Al principio procuré conocer lo mejor posible la dinámica diaria del pueblo, adaptándome a ella, preguntando a maestros y a gente que conocía si sabían de mujeres que quisieran participar en la investigación para, posteriormente, acercarme a éstas, explicándoles cómo es que había llegado a ellas, así como el motivo de mi estancia en la comunidad. Algunas mujeres me recibieron en sus casas y otras prefirieron que las entrevistara en alguna escuela.

También entrevisté a interlocutores clave que me permitieron conocer más acerca de la SSR de las mujeres del municipio y del contexto migratorio del mismo.

Cuando platicaba con algunas personas del pueblo, me mencionaban que el principal problema en la comunidad es la falta de oportunidades para emplearse y

que, por eso, los hombres suelen irse a trabajar a otros lugares; sin embargo otras personas tienen puntos de vista diferentes y mencionaron que sí hay oportunidades de empleo en el municipio, pero que a la gente ya no le gustan los trabajos del campo:

*“Si hay trabajo, el asunto aquí del trabajo es no hay en lo que ellos quieren, mucha gente ya no quiere meterse en las actividades del campo, a los que les gusta las actividades del campo no se quejan, tenemos apicultura, tenemos ganadería, tenemos lo que es la agricultura, tenemos gentes que se dedican al carbón, hasta cazadores tenemos; o sea la gente que está en el campo, digamos (que) por trabajo no se queja... si le gusta pues prácticamente de ahí saca su sustento se quejan nada más cuando la temporada es baja eso pues... así es (Interlocutor clave, 58 años, 17 de diciembre de 2013<sup>6</sup>).*

Algunas personas que tienen su milpa se dedican a ella, otras son apicultores, como nos cuenta una interlocutora clave:

*“Los que se quedan tienen su apiario, tienen su milpa, oigo que dicen que cosechan mucha calabaza, sacan semillas de calabaza, siembran creo que chile, y sus granos creo que maíz hacen... debe ser eso, los ibes, los frijoles, porque si va usted acá en La Campesina (un molino en Tunkás), allá los venden, los señores hacen mucho cultivo y allá los venden en el molino” (Interlocutora clave, 41 años, 13 de enero de 2014).*

Sin embargo, la gente del municipio menciona que la producción de la milpa apenas alcanza para comer y tienen otros gastos, como los escolares y de salud, por lo que se van a trabajar a otros lugares.

---

<sup>6</sup> De aquí en adelante, toda fecha indicada en las citas de las y los participantes, se referirá a la fecha en que se realizó la entrevista.

Un interlocutor clave narró que la emigración en el pueblo ha sido desde que él era pequeño:

*“Los que no fueron o nunca fueron (a Estados Unidos), ya están arriba de los cuarenta, cuarenta y cinco años, te aseguro que vas a encontrar que la inmensa mayoría estuvo alguna vez, es muy raro el que no haya ido para nada, alguno que haya tenido un sustento seguro, pero si no, de una u otra manera se han ido, aunque sea un rato pero se han ido, entonces. Los que no se han ido, son de los antiguos; mi papá, por ejemplo, fue alguna vez (a Estados Unidos), estamos hablando de los sesentas, hizo creo que tres meses y se regresó, iban pocos y como contratados... ahora no. Después vinieron las épocas donde masivamente se iba la gente entonces [...] sí está difícil encontrar a alguien que no haya ido alguna vez”* (Interlocutor clave, 58 años, 17 de diciembre de 2013).

Otro tema muy importante es sobre los eventos más importantes para el pueblo que, como en muchos otros, son las fiestas patronales. En los meses de enero-febrero y junio-julio se realizan dos ferias en el municipio; la primera, que es considerada la principal, es en honor a Santo Tomás Apóstol; la segunda, llamada también por la población la Feria del Caballo, es en honor a San Antonio de Padua.

La feria principal es motivo para que tunkaseños que residen en Estados Unidos y Quintana Roo retornen en esas fechas, presentándose por ello una dinámica particular en la cabecera del municipio, con el rencuentro de las familias y para que los “paisanos”, como les dicen a los que residen en Estados Unidos, revivan las tradiciones que los llenan de orgullo.

Cuando le preguntaba a las personas por un emigrante a Estados Unidos, los identificaban y se referían a ellos como los que: “están allá lejos”, “los que se fueron lejos”, proyectando el significado de la distancia del otro país.

Las personas narraron que en los días de la feria se notaba más la presencia de los que llegan de Estados Unidos que de Quintana Roo pero, con el paso del tiempo, aquellos regresan con menos frecuencia porque no tienen papeles. En cambio, los que han logrado tener sus documentos, ciertamente una minoría, pueden regresar a Tunkás sin mayor problema, trayendo de Estados Unidos ropa, zapatos y artículos diversos para donar a la población o para vender, como mencionaron en las entrevistas: “*Son de marca de allá (Estados Unidos), los zapatos, los tenis que traen para vender*” (Interlocutora clave, 41 años, 13 de enero de 2014).

La llegada de los tunkaseños que viven en Estados Unidos, causa mucho impacto entre la gente, pues se vuelven el centro de atención y los lugareños notan que se visten diferente de los demás y cuando hablan, su acento es “raro”, dicen frases en español, inglés e incluso en lengua maya, combinando los tres idiomas.

Para los residentes de Tunkás, la feria es motivo para escuchar las anécdotas de los que han ido a Estados Unidos, a quienes algunas veces admiran porque traen muchos dólares. Algunos son ejemplo de superación, porque han logrado mantener un trabajo y una familia en Estados Unidos y continúan apoyando a sus familias en Tunkás.

La feria es también una oportunidad para comprarse ropa nueva, ya sea de la que traen de Estados Unidos o de la que ofrecen en Mérida o Izamal. La gente

aprovecha para salir, distraerse, convivir y disfrutar todos los días los diferentes eventos que se ofrecen en la comunidad.

Además de la feria, pude conocer más sobre el impacto que tienen los tunkaseños residentes en Estados Unidos en el pueblo. Esos emigrantes generalmente entran a ese país de manera indocumentada, pasando la frontera con ayuda de conocidos que en algunos casos tienen la ciudadanía estadounidense o bien pagando los servicios de un 'pollero' o 'coyote', como también le llaman en la comunidad. Indagar sobre los emigrantes en Tunkás es un tema que es tomado con discreción y desconfianza, en aras de la protección de amigos y parientes. Por lo anterior, es difícil que los lugareños proporcionen información detallada sobre sus paisanos que actualmente están en Estados Unidos como indocumentados, por el temor de involucrarlos en problemas de tipo legal. La actitud es más relajada en relación a quienes han regresado. Como comentó una interlocutora clave con un semblante de preocupación:

*“Hay (gente) que sí se pudo legalizar y van y vienen cada fiesta, pero a muchos ahorita como les están poniendo muchas trabas allá (Estados Unidos) tienen miedo que cuando regresen no les dejen entrar de nuevo o no puedan entrar, porque ya ves que pues entran de mojados” (Interlocutora clave, 34 años, 10 de enero de 2014).*

Cuando el hombre que decide emigrar tiene pareja e hijos, la distancia transforma la dinámica familiar y el contexto migratorio se convierte en un escenario que genera nuevos conflictos, por ejemplo en el aspecto económico. También puede ser un escenario donde los conflictos se solucionen o se desarrollen aspectos positivos para la familia, dependiendo de cada historia

familiar. La gente que no ha experimentado la emigración o tener pareja emigrante, se hace una idea y opina de lo que acontece en el pueblo con base en lo que han observado, un interlocutor narró:

*“Sé de algunos casos, que fueron claros que son de personas que tenían pues... un poco de disfunción en su casa, en su familia, pues por el problema de la migración, más que nada por unos esposos que trabajan fuera o parejas que trabajan fuera en algunos casos, realmente eran pocos, yo escuché que sí tenían problemas con la pareja, por la distancia, generalmente pues porque tenían alguna otra persona (se refiere a otra pareja) y eso les provocaba problemas en su relación y problemas económicos a las mujeres que estaban en el pueblo. Los otros casos, también escuché que sus esposos que viajaban al parecer, sí llevan una buena relación, más que nada porque les enviaban el dinero que acordaban y ellos seguían manteniendo una buena relación con su esposa, o con su pareja” (Interlocutor clave, 28 años, 25 de enero de 2014).*

Las mujeres entrevistadas que tienen a su pareja en Estados Unidos me narraron aspectos de este contexto migratorio que cobran importancia en sus vidas, entre ellos el económico, pues este contexto es el que genera más ingresos para la familia, recursos que suelen ser invertidos para la adquisición o remodelación de casas, emprender un negocio o la compra de un coche; pero en cuatro de los nueve casos de mujeres que reciben o recibieron remesas de su pareja en Estados Unidos, éstas eran usadas principalmente para el gasto del día a día de la familia y para cubrir necesidades de salud.

Además hay otros gastos de la vida cotidiana que son muy importantes para las mujeres, como el asociado a fiestas de cumpleaños de hijas e hijos y a la compra de regalos. Como ellas mencionaron, también están contentas de poder



'hacer el gasto' de los festivales escolares, para que su hija o hijo tenga su disfraz correspondiente y participe en las actividades de su escuela.

Si bien el rol para el hombre es el de salir a trabajar para aportar el principal ingreso económico, las cuatro mujeres cuyo esposo estaba en Estados Unidos mencionaron ayudar con el ingreso, ya sea apoyando el negocio que se obtuvo con ayuda de las remesas o vendiendo cosas en casa. Cuando aún no llegan las remesas, las mujeres contribuyen para solventar algunos gastos urgentes, como los asociados a la escuela de las y los hijos.

Las mujeres narraban que, aunque su pareja se haya ido para 'tener una vida mejor', para su familia, el costo es que los hombres pierden la oportunidad de conocer a sus hijas o hijos, porque se fueron cuando eran muy pequeños o cuando ella estaba embarazada, por lo que él no estuvo presente durante la gestación y nacimiento de su hijo, conociéndolo hasta su retorno. Uno de estos casos es el de Mariposa, cuya pareja ahora trabaja en Cancún, pero él conoció a su hijo hasta los cinco años de edad, porque se fue a Estados Unidos cuando ella tenía cinco meses de embarazo:

*[...] “él, se fue, cinco meses estaba yo embarazada de mi hijo [...] apenas cumplió cinco años (su hijo), cuando él regresó, hay nos fuimos a buscarlo a él en el aeropuerto de Mérida (cuando regresó de Estados Unidos), entonces a mi hijo no lo conocía, solo se lo mostraba por la foto” (Mariposa, 33 años, pareja en Quintana Roo, 7 de noviembre de 2013).*

En un caso, el padre hasta la fecha no conoce a su hijo:

*“No conoce al chico, sólo al grande; le muestro fotos, videos... se fue cuando yo tenía dos meses de embarazo” (Sol, 33 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).*

Otros casos son aquellos en los que se va el padre y las niñas o los niños son muy pequeños y no se acuerdan de él; por ejemplo Anastasia cuenta que su hija, que tenía cuatro años al momento de la entrevista, estaba en esta situación:

*“Ella no conoció a su papá, porque tenía 7 meses cuando él se fue, pero como él a cada rato habla (vía celular), él dice: -‘pásame a mi bebé’- y la niña lo habla: -‘papá, papá, ya quiero verte, ya te quiero conocer’- ya que, en persona, no lo conoce, sólo por foto, manda sus fotos él y ella lo ve y le dice: -‘papá ya quiero que vengas, papá, ya quiero verte’- y pues le dice su papá -‘si hija, ya mero hija, ya mero’-” (Anastasia, 28 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).*

En las entrevistas las mujeres expresaron que esta situación es una de las más difíciles que tienen que enfrentar, pues enfatizan que sus hijas e hijos necesitan de su papá. Por la distancia, para que la relación entre padres e hijos se mantenga y no desaparezca, las mujeres promueven la relación mediante el envío de fotografías, videos o llamadas telefónicas. Sin embargo, la responsabilidad del cuidado de las y los hijos recae en ellas.

Por su parte, las niñas y los niños reciben en ocasiones burlas en la escuela, cuando los compañeros les dicen que ‘no tienen papá’, o que ‘los abandonaron’, al enterarse de esto, las mujeres sufren.

Otro aspecto importante que destacan las mujeres es el rol de las suegras. Las historias varían: Bugambilia y Flor mencionaron haber tenido una mala relación con su suegra y Anastacia y Sol tienen una relación cordial aunque no cercana.

Las relaciones se desarrollan de diferente manera, algunas mujeres pasan a vivir con los suegros mientras la pareja está en Estados Unidos. Otras veces, aunque la mujer no viva con su suegra, ésta mantiene contacto con su hijo para informarle de las actividades de su esposa, lo que genera conflictos para la pareja, como lo narra una de las participantes, quien trabajaba en una tienda donde la mayoría de los clientes son hombres:

*[...] “pero mi suegra aquí cerca vivía y ella veía... empezó a decirle (a su pareja) –‘jaistá! platica con los hombres que van a comprar’-, ¡ay!, empezó pleito, eso se volvió pleito”* (Bugambilia, 36 años, pareja en Estados Unidos, 4 de noviembre de 2013).

Cuando la mujer se queda con los suegros, la convivencia puede ser conflictiva. Un ejemplo de este caso es el de Mariposa, cuyo esposo trabaja actualmente en Quintana Roo, pero en el pasado estuvo en Estados Unidos, ella narró:

*“Se fue, cinco meses estaba yo embarazada de mi hijo, entonces en que él se fue, pues así me quedé con mi suegra, me seguí quedando con mi suegra. Mi suegro me insultaba mucho, me decía que soy una floja, que no me levanto a barrer, a lavar trastes... que nada hago todo eso así, no me gustaba pero... pues no tenía yo donde ir, en eso nació mi hijo me seguí quedando ahí, creo que hice tres años allá”* (Mariposa, 33 años, pareja en Quintana Roo, 7 de noviembre de 2013).

Para los hombres, el que la mujer se quede con los suegros o se mantenga cerca de ellos, es una forma para conocer y controlar sus actividades y comportamiento. Las suegras se encargan de mantener y reproducir este rol del hombre controlador.

También pude conocer más acerca de la experiencia que viven las personas en el contexto migratorio de Quintana Roo; el desarrollo turístico de la Riviera Maya en dicho estado es el principal atractivo para que, al igual que otras personas, los tunkaseños busquen una opción de empleo e incluso vayan a vivir allá en busca de una mejor calidad de vida. Algunas personas trabajan temporalmente ahí y, después de adquirir experiencia, sobre todo como auxiliares de cocina o meseros, deciden ir a Estados Unidos; para otras, la Riviera Maya es una opción cuando no quieren o no pueden ir 'al Norte'. Como mencionó un maestro de primaria:

*“Casi no se avientan, los de acá (Tunkás) no se avientan a irse (a Estados Unidos) más bien se van a Cancún”* (Interlocutor clave, 38 años, 10 de enero de 2014).

La mayoría de los que van a la Riviera son hombres, cuya ausencia se nota en la comunidad, como un interlocutor recordó:

*“Ahí (en Tunkás) vive gente trabajadora, gente del campo, pero hay gente que viaja a Cancún a hacer su trabajo [...] (en 2013) había muchas mujeres solteras, incluso ya un poco mayores... es lo que a mí me llamó la atención, supongo tal vez, por la misma migración de los varones a otros lugares para trabajar, había bastantes mujeres solteras y tal vez esas mujeres solteras mayores, en su tiempo no tuvieron la facilidad por todos los*

*factores sociales para salir y desarrollarse fuera de la población”*  
(Interlocutor clave, 28 años, 25 de enero de 2014).

Pero irse a Quintana Roo no es garantía de tener una mejor calidad de vida pues, si bien los ingresos pueden ser mayores, el costo de vivir allá es más elevado por ser una zona turística:

*[...] “la gente se va porque lo que se paga (en Tunkás) es poco y van a Cancún porque la paga es mayor y la vida es cara, entonces tienen que pagar [...] con ese espejismo se van de que ganan más, entonces al ganar más pues sí se piensa que ‘me conviene estar ahí’ pero si empieza a hacer sus cuentas de su comida, de su renta, su lavado de ropa, todo va mermando, ¿qué es lo que ocurre?, que el familiar que se va si tiene otro familiar allá, pues se amortigua el gasto, pero si no, va a estar muy difícil que pueda sobrevivir, con lo que se paga ahí, sobre todo, por ejemplo, los que se dedican a la construcción, albañiles [...] pero a veces es el espejismo de que sí pueden ganar más, depende del trabajo que les caiga pero lamentablemente por el nivel escolar que tienen es muy difícil que tengan un trabajo, así que tú digas, decoroso, pues... hay algunos que sí, que han corrido con suerte”*  
(Interlocutor clave, 58 años, 17 de diciembre de 2013).

Cuando los hombres deciden ir a trabajar a Quintana Roo, las mujeres lo perciben de maneras diferentes; cuando es primera vez que emigra, la mujer lo toma como una separación difícil pero, si antes estuvo en Estados Unidos y regresó, la mujer prefiere que trabaje en Quintana Roo ya que, aunque sea difícil, implica un contacto más frecuente, aunque se dé aproximadamente cada quince días; como nos narra Mariposa:

*“Desde aurita me lo dice (se refiere a su pareja) – ‘como acá (Tunkás) no hay el trabajo tenemos deudas’- entonces él dice así –‘¿sabes una cosa? yo quiero ir a Los Ángeles sólo termino la casa, pago las deudas, junto un poco y regreso’- ¡no!, no vas a ninguna parte por las deudas le digo puedes ir en Cancún o en Playa (Playa del Carmen, en la Riviera Maya), lo pagas poco a poco; y por eso no dejo que se vuelva a ir (a Estados Unidos), no quiero volver a sufrir todo lo que yo ya sufrí desde un principio y no me gusta, no quiero. Y para mi acordarme de todo eso pos me duele porque prácticamente yo, yo lo sufrí (que su pareja se haya ido a Estados Unidos)” (Mariposa, 33 años, pareja en Quintana Roo, 7 de noviembre de 2013).*

Al igual que en el contexto migratorio de Estados Unidos, tres de las mujeres participantes cuyas parejas se encuentran en Quintana Roo tenían, al momento de la entrevista, un ingreso económico estable, e incluso, podían hacer una inversión a largo plazo.

Para Mariposa es importante que su pareja esté en Quintana Roo y no en Estados Unidos porque, incluso los pocos días que él está en Tunkás, convive con la familia y es apoyo en la educación de las y los hijos, como ella narra:

*[...] “mi hijo también tiene que chapear pero le dice a su papá -‘tú eres malo papá porque no compras el líquido (químico para aplicar a la hierba) y lo roseas’- y su papá le dice –‘no hijo porque tú necesitas aprender a trabajar, ya estás grande hijo, solo porque yo no me quedo aquí (porque trabaja en Quintana Roo) pero si yo me quedo aquí (en Tunkás) hasta en el monte te voy a llevar porque tienes que aprender’- y así lo hacen creo que lo manda a chapear todo el terreno mi hijo lo chapea, poco a poco él lo termina, y también sale a jugar un rato” (Mariposa, 33 años, pareja en Quintana Roo, 7 de noviembre de 2013).*

De las mujeres que conocí cuya pareja ha emigrado y retornado, sólo una mencionó que su pareja, que nació en otro estado, no había estado en Quintana

Roo o Estados Unidos. Las otras tres mujeres mencionaron que sus parejas habían estado al menos una vez en alguno de esos destinos migratorios. Después de esa experiencia, ellas prefieren que su pareja esté en Tunkás, aunque el ingreso sea menor, pero que estén juntos, tal como narra Estrellita:

*[...] “había pleitos por chismes, entonces le dije, que si vamos a seguir peleando, le pedí que venga, le dije ¿por qué mejor no te vienes (de Estados Unidos) pa' que veas cómo están las cosas acá? Acá, él na'más gana pues para la comida. Un poco de lo que hay y pues no son exigentes tampoco ellos (se refiere a sus hijos), lo que haiga lo tienen que comer, sí, lo que haiga están comiendo, y como les digo a ellos, desde que haiga pa' que coman, pues es lo más importante” (Estrellita, 28 años pareja en Tunkás, 6 de noviembre de 2013).*

En este contexto las mujeres hacen un análisis costo-beneficio luego de que su pareja estuvo en Quintana Roo, o Estados Unidos o en ambos lugares. Para las mujeres, un aspecto importante de que su pareja esté con ellas es que compartan el crecimiento de sus hijas e hijos, sean un modelo para ellos y se dividan las tareas para su cuidado. Como Bella comparte, hablando de su hija menor:

*“pues la atendemos, hay veces... por ejemplo en las mañanas cuando despierta pues, la atiende su papá, la lleva a la escuela, la cambia, la peina, la arregla... sí, tenemos, que cuidarla entre los dos” (Bella, 42 años, pareja en Tunkás, 7 de noviembre de 2013).*

Después de haber presentado estos antecedentes de lo que vive la gente y en específico las mujeres de los contextos migratorios, continuaré el análisis presentando la experiencia de las mujeres de su autocuidado en SSR, a través de la perspectiva de género.

## **4.2. Autocuidado en salud sexual y reproductiva, género y contextos migratorios**

Los aspectos de SSR que destacan son: el uso de métodos anticonceptivos, sucesos relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS), atención a la SSR y factores que influyen en las relaciones sexuales de la pareja. Primero describiré el caso de Estados Unidos, después Quintana Roo y, finalmente, el contexto de retorno.

### **4.2.1. Uso de métodos anticonceptivos: “no planifico, desde que él se fue lejos, descanso”**

De las cuatro mujeres entrevistadas cuyas parejas están en Estados Unidos, dos no utilizan métodos anticonceptivos y a dos ya les realizaron la salpingoclasia. En los primeros casos, cuando su pareja no está, sobre todo por un tiempo prolongado, la distancia es un método de abstinencia en sí, y la mujer deja de utilizar métodos anticonceptivos.

Anastasia es una de las dos mujeres que no usa métodos anticonceptivos. Su pareja está en Los Ángeles trabajando en un lavadero de coches desde hace 3 años:

*[...] “no, ahorita no estoy planificando, yo hace 3 años que no planifico (el mismo tiempo en que su pareja está en Estados Unidos), dejé de inyectarme y ahorita nada, [...] descanso. Podría decir que lo que hago es desintoxicar mi cuerpo”. (Anastasia, 28 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).*



Anastasia ha experimentado en su cuerpo los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos como náuseas, dolor de cabeza, aumento de peso, ella ha tomado pastillas y utilizado inyecciones. Mientras narra su experiencia, muestra una cara de alivio y despreocupación por no utilizar métodos anticonceptivos ahora; recordó que anteriormente un doctor le había dicho que no utilizara algún método durante mucho tiempo, ya que su cuerpo necesita descansar. Su esposo sabe y está de acuerdo en que no utilice métodos en su ausencia. Mencionó que planifican en pareja, pero eligen métodos anticonceptivos para que ella use, él no suele utilizar alguno.

Anastasia tiene dos hijas y quisiera tener otro hijo, pero está esperando a que su pareja regrese para decidir. También comenta que tener un bebé implica mucho gasto, por los pasajes para las consultas o análisis. En total quisiera tener tres hijos y después realizarse la salpingoclasia, aunque esto me lo comentó con cierta inseguridad pues todavía no ha planeado su futuro. Pero me mencionó que su esposo no contempla la posibilidad de hacerse la vasectomía.

El otro caso es el de Sol, quien prefirió no revelar el lugar donde está su pareja (se mostró insegura y desconfiada, pues su pareja prefiere que no se proporcione esa información), sólo mencionó que está en Estados Unidos hace 8 años, como indocumentado:

*“Después que nació el niño (su primer hijo) sí estuvimos planificando, me pusieron el DIU (dispositivo intrauterino), luego yo lo quité porque ya me empezaba a lastimar y yo lo quité, luego él me cuidaba, del método que se viene, no sé (se refiere al coito interrumpido), y ya cuando se fue él vamos a tener otro (hijo) y se fue que para buscar una vida mejor, desde que se fue, no*

*planifico, nada”* (Sol, 33 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).

Al igual que Anastasia, Sol se siente bien de no utilizar ningún método. Actualmente tienen dos hijos y también quisiera tener otro más y está en espera de que regrese su pareja. Si llegara a tener a su tercer hijo, no optaría por algún método anticonceptivo definitivo, aunque es una decisión que aún no toma. Su pareja no solía usar métodos para prevenir embarazos, cuando estaba con ella, recurría al coito interrumpido.

#### **4.2.2. Uso de métodos anticonceptivos: “me ligaron, dos años después, él se fue”**

Siguiendo con los métodos anticonceptivos como un factor que condiciona el autocuidado, en los siguientes dos casos la decisión sobre su uso en este contexto migratorio la toman los hombres. Antes de irse a Estados Unidos o cuando retornan y antes de volverse a ir, aconsejan a las mujeres realizarse la salpingoclasia, método permanente de anticoncepción. Esto podría ser un medio de control para asegurarse que la mujer no tenga hijos con otro hombre durante su ausencia.

Un ejemplo de este caso es el de Flor, ella es una mujer que vive en unión libre, en una segunda relación, con su primera pareja tuvo tres hijas y con su actual pareja tiene una hija y un hijo. Él se encuentra en Dallas trabajando como auxiliar de cocina desde hace tres años. Cuando le realizaron la salpingoclasia, la

decisión fue tomada por el personal médico del hospital donde la atendieron en su último parto, con autorización de su actual pareja, ya que era su sexto embarazo y quinto parto; él estaba de acuerdo, como ella misma narra:

*[...] “me embaracé de la niña, cuando nació la niña ya estuvo, me ligaron, en Mérida me ligaron, fue cesárea... en la cesárea aprovecharon la ligadura, (su esposo autorizó la cesárea porque ya habían tenido tanto una hija como un hijo) parece que sí las trompas me cortaron definitivamente, dos años se quedó con nosotros (su pareja), estaba cumpliendo dos años la niña cuando se fue (a Estados Unidos), (Flor, 35 años, pareja en Estados Unidos, 19 de noviembre de 2013).*

Como Flor relata, su pareja estuvo presente cuando nació su hija, años atrás él había estado en Estados Unidos y regresó por dos años antes de volverse a ir. Él ya estaba contento por tener un hijo y una hija, por lo que decidió que a ella la ligaran. En el momento de la entrevista ella narró su experiencia de manera tranquila, se enteró de que la habían ligado después de su operación, pero se sentía confiada de que su pareja haya tomado la decisión.

Otro caso es el de Bugambilia cuyo esposo, antes de irse a Estados Unidos, decidió que ella se realizara la salpingoclasia cuando nació su segunda hija. Dos años después él emigró a Estados Unidos, en donde lleva 8 años. Actualmente, están separados, ya que él la maltrataba y dejó de enviarle manutención para ella y sus dos hijas. Ahora Bugambilia tiene una segunda pareja que vive en Tunkás con la que quisiera tener hijos. Cuando narró su experiencia pasada no dejó de transmitir tristeza a la vez que enojo:

*“Yo no me puedo embarazar porque me operaron para no volver a tener bebés, como (su primera pareja) dijo que me opere, él firmó ya pues yo estaba en ahí (en el hospital) ya me metieron en quirófano me dijeron -‘pues te tenemos que hacer la operación porque ya lo firmó tu esposo’-, porque mis embarazos eran riesgosos, dice él: -‘yo no quiero que te pase algo a ti o que le pase algo al bebé mejor con esos dos y ya’-, quizás yo pensé que de que todo el tiempo me iba yo a quedar con él, no pensé que yo iba a tener otra pareja, pues la verdad esta pareja que tengo ahora a veces me dice -‘quisiera tener un hijo’-” (Bugambilia, 36 años, pareja en Estados Unidos, 4 de noviembre de 2013).*

Ella narró que su actual pareja también está separada y tiene un hijo y no hubiera descartado la posibilidad de tener otro hijo con ella, sin embargo, ahora ella está resignada aunque cuando recuerda el suceso, revive esas emociones.

En resumen, la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos por parte del hombre antes de irse a Estados Unidos constituye un ejemplo de control hacia el cuerpo de la mujer.

Cuando el hombre no está, la mujer tiene la libertad de no usar método anticonceptivo alguno; esta ausencia permite a la mujer decidir sobre su cuerpo. Pero si en ese tiempo la mujer decidiera tener relaciones sexuales con otra persona, y no utilizara algún método, estaría en riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) o embarazarse. Para que la mujer disminuya esos riesgos, tendría que usar algún método anticonceptivo o pedirlo a su pareja sexual, como el uso del condón.

#### **4.2.3. Prácticas de riesgo en infecciones de transmisión sexual: “si él tiene otra no me afecta, mientras me mande mi dinero”**

En este contexto migratorio destaca el riesgo en el que están las mujeres por la posible transmisión de ITS, ya que la pareja podría sostener relaciones sexuales con otra persona sin la certeza de que haya utilizado algún método de protección. Como mencioné en el marco teórico, se han estudiado las prácticas de hombres y mujeres emigrantes, particularmente a Estados Unidos, principalmente por la transmisión de infecciones tanto en los lugares de destino como en los de origen, y se asocia la migración con cambios de comportamiento de los migrantes, favoreciendo prácticas de riesgo porque, al volver, los hombres exigen que los contactos sexuales con las esposas que esperan en México sean sin protección, lo que aumenta el riesgo para las mujeres (Hirsch et al., 2002).

Con respecto al tema de la infidelidad de los hombres, como una práctica sexual de riesgo, de las cuatro mujeres entrevistadas cuyas parejas estaban en Estados Unidos, Bugambilia reportó que su esposo le ha sido infiel; a Flor y Sol no les importa que su pareja tenga otras parejas, mientras no les retiren el apoyo económico y, por último, Anastacia narró que su pareja no le ha sido infiel.

En el caso de Bugambilia su esposo, quien se mantiene en contacto con ella, le ha dicho que ha sido infiel en varias ocasiones, aunque espera que a su regreso puedan volver a estar juntos como pareja. Sin embargo Bugambilia ya tiene otra pareja en Tunkás:

*[...] “él vivía, vivía con una salvadoreña, y pues, yo me enteré, y me hablaba, a pesar de todo, me hablaba cuando estaba viviendo con otra mujer, [...], le dije, mejor terminemos de una vez, él dijo, -*

*'no es lo mismo, tú debes de entender que un hombre necesita de una mujer, tú no me puedes dejar porque soy tu esposo'-"* (Bugambilia, 36 años, pareja en Estados Unidos, 4 de noviembre de 2013).

Bugambilia recuerda con tristeza otras ocasiones en las que su pareja había sido violenta con ella, aun cuando se encontraban juntos, es por eso que ella decidió terminar con la relación a distancia. Dado que el hombre no se hace cargo en absoluto de la manutención de sus dos hijas, Bugambilia ha decidido buscar otra pareja.

Flor y Sol saben que sus parejas podrían tener otras parejas, pero anteponen la manutención económica necesaria para el cuidado de sus hijas e hijos y de ellas mismas. Estos dos ejemplos muestran cómo se dan las relaciones de género, ya que las mujeres no ven como negativo que el hombre sea infiel:

[...] *"de hecho a mí así me dicen, -'tiene otra allá y que no sé qué, que por acá'-, yo digo, bueno pues si tiene a otra, ni modos, mientras no me deje de mandar sus gastos de mis hijos es todo, a mí ni me perjudica si tiene a otra"* (Sol, 33 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).

[...] *"le digo (se refiere a su pareja) a mí me vale lo que hagas (tener otra pareja), mientras me mandes mi dinero todo va bien le digo "* (Flor, 35 años, pareja en Estados Unidos, 19 de noviembre de 2013).

Como en ambos casos la relación matrimonial se mantiene, si el hombre mantiene prácticas sexuales de riesgo en Estados Unidos a su regreso ellas podrían estar en una situación de riesgo para su SSR.

Ambas contaron su experiencia libre de preocupaciones, pues la manutención de sus hijas e hijos es lo primordial para ellas. Estas narraciones reafirman el riesgo que tienen las mujeres y la vulnerabilidad en la que se encuentran ya que además de la migración hay otros aspectos personales, sociales y económicos que aumentan el riesgo al que están expuestas y ponen de relevancia la importancia de los aspectos de la salud femenina en las investigaciones sobre migración y salud (Salgado de Snyder et al., 2007). También cabe destacar lo mencionado en el apartado anterior: además del riesgo que tienen en caso de infidelidad de la pareja, ellas mismas no ejercen su autocuidado, aceptando una situación de riesgo al tener relaciones sexuales con otras parejas sin utilizar un método anticonceptivo y protector contra las ITS, como el condón.

Anastacia narró tener la confianza de preguntarle a la pareja si ha estado con otra mujer y que éste le responda de forma sincera. Ella mantiene principalmente la comunicación con su esposo por medio del celular, y en algunas pláticas hablan de las consecuencias si él tiene otras parejas. Su pareja parece estar consciente del riesgo que podría tener Anastasia en caso de que le sea infiel, ella confía en su pareja y menciona ser fiel también:

*[...] “de hecho él dice, -‘de mi trabajo a la casa’-, -‘salgo a comprar, para cocinar’, porque ahí (en Estados Unidos), las mujeres son diferentes, dice que la mayoría de las mujeres buscan a los hombres-, dice él, -‘yo tengo miedo de que me vayan a pegar alguna enfermedad’-, entonces él le teme a eso, entonces dice, -‘mejor no, no vaya a ser que yo me enferme o yo me contagie y yo regrese enfermo y yo contagie a mi familia, como que no’-, -‘para mí no está bien eso’-, luego está eso del SIDA y luego dicen que contagian, otro, dicen que es papalao humano (se refiere al virus del papiloma humano), entonces él dice que -‘no es justo que pues yo llegue y yo enferme a mi familia’-, pues es su forma de pensar*

*de él así*” (Anastasia, 28 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).

#### **4.2.4. Atención para la salud sexual y reproductiva: “si tengo un poquito más de dinero, me voy con doctora particular”**

Hay personas con diferente situación económica en el municipio: algunas no tienen acceso a los servicios básicos de salud, otras tienen ingresos que les permiten acceder a ellos. Otras más, cuando quieren un servicio privado, optan por empeñar o vender sus pertenencias para poder pagarlo, lo cual les genera deudas y comprometen sus bienes.

En otros casos hay personas, entre ellas las esposas de emigrantes a Estados Unidos, que tienen acceso a dichos servicios y, además, a servicios privados de salud si así lo desean, sin comprometer sus bienes, ya que las remesas se lo facilitan. Estas mujeres suelen ir a Izamal o a Mérida para la consulta con otros médicos, tanto para la atención de su salud en general como la SSR.

Bugambilia no recibe regularmente dinero de quien fue su pareja, mientras que Sol menciona que si tuviera alguna urgencia sí consultaría a un médico privado, pero prefiere ir al Centro de Salud local por cercanía. Flor y Anastasia, las otras dos mujeres de este grupo, sí mencionaron utilizar parte de las remesas recibidas para pagar consultas privadas.

Flor, por ejemplo, cuando administra su dinero, deja una parte para sus gastos de su salud y la de su familia:



*[...] “la mera verdad, él sí, no me falla él gracias a Diosito pa' que le voy a mentir, a veces, que si me hace falta vitaminas y todo eso (consultas, medicinas), me manda, me tiene que mandar, por eso, así me llevo bien con él, gracias a Dios” (Flor, 35 años, pareja en Estados Unidos, 19 de noviembre de 2013).*

Anastasia, por su parte, aunque algunas veces prefiere consultar en el Centro de Salud por su cercanía, recurre a las consultas privadas si lo desea:

*[...] “reparten fichas (en el Centro de Salud) si tú no alcanzas, ya estuvo que no te atienden, nada más ese es el detalle y a veces la enfermera no tiene paciencia ¡ay es un lío! (risas) a veces voy al Centro, porque tengo seguro popular, pero cuando voy es porque no tengo dinero para ir a particular, pero cuando veo que tengo un poquito de dinero, pues me voy a particular” (Anastasia, 28 años, pareja en Estados Unidos, 21 de noviembre de 2013).*

Las mujeres deciden sobre su autocuidado al elegir con qué médico ir, sin embargo, la salud de hijas e hijos es lo más importante para ellas y, en segundo plano, se ocupan de la suya. También, aunque no tienen una vida sexual activa, suelen hacerse sus exámenes médicos de prevención de enfermedades, como la prueba del Papanicolaou y los exámenes físicos y la autoexploración para la detección de cáncer de mama; sin embargo, les falta información porque no saben con seguridad cuál es el fin de la prueba del Papanicolaou, no saben cómo se relaciona con el cáncer o el virus del papiloma humano. Si se realizan sus exámenes, mencionan que es para su cuidado, pero no saben con seguridad por qué.

Para su comodidad, las mujeres acuden a Mérida o Izamal para hacerse sus estudios, ya que es más confiable para ellas un diagnóstico de un laboratorio

privado que uno del Centro de Salud y, además, porque considerar esto como algo muy privado y así evitan que personas de la comunidad pudieran enterarse de su vida personal. Además, dado que algunas veces en el pueblo sólo hay médicos varones, prefieren pagar para ser atendidas por médicas, con quienes se sienten más cómodas.

#### **4.2.5. Uso de métodos anticonceptivos: “cuando regresa no usamos condón, él no quiere”**

En el contexto de Quintana Roo, el hombre está ausente por días, semanas e incluso meses, aunque la ausencia no es tan larga como en el caso de Estados Unidos; algunas mujeres deciden no usar métodos anticonceptivos porque, al no estar la pareja y tener relaciones sólo cuando regresa, no lo consideran necesario; si el hombre tiene prácticas sexuales de riesgo, hay probabilidades que la mujer adquiera una ITS o tenga un embarazo no deseado. De los cuatro casos, Alcatraz utiliza inyecciones mensuales para prevenir embarazos, pero no reportó tomar medida alguna para prevenir ITS. Eva, quien se realizó la salpingoclasia, mencionó que algunas veces su pareja utiliza condón.

En los casos de Mariposa y Azul, el método utilizado por el hombre es el coito interrumpido, que no es seguro para prevenir embarazos ni para prevenir ITS. Azul ha recurrido a diferentes maneras de interrumpir el embarazo en caso de tener sospecha de éste. Su pareja emigró a Quintana Roo hace cinco años y regresa a Tunkás cada quince días, pero no quiere tener más hijos ahora, ella narró:

*“Él (su pareja) no quiere tener más hijos, me compraba cosas para que me baje (la regla) si pensaba que estaba embarazada, cuando vamos a Izamal a comprar despensa vamos a comprar supuestamente la pastilla del día siguiente [...] incluso he hecho tonterías y medias [...] y me fui a Izamal porque ya ves que existen las señoras que te soban (parteras) y ellas preparan hierbas, me sangró, es desagradable eso (hierbas para abortar) que te dan, amarguísimo (lo) que se tiene que tomar uno” (Azul, 28 años, pareja en Quintana Roo, 5 de noviembre de 2013).*

La pareja de Azul tampoco utiliza condón:

*A veces sí me hace sentir mal porque cuando viene, usamos condón hay veces dice -‘no se siente igual’, o hay veces es mi error como, como... digo yo para complacerlo a él no usamos condón pero quién sabe, mal estoy yo, yo lo entiendo y él no me entiende [...] me dice que no quiere tener más hijos, me compraba cosas para que me baje (para que aborte) si pensaba que estaba embarazada, hasta con la partera en Izamal he ido a tomar hierbas (para abortar)” (Azul, 28 años, pareja en Quintana Roo, 5/11/2013).*

Azul me contó su historia entre lágrimas, para ella el aspecto sexual de su relación de pareja es difícil, pues ella es la que se encarga de que su pareja no se enoje aunque tenga que hacer cosas con las que no esté cómoda ni se sienta segura. Las decisiones de Azul y Mariposa en cuanto al uso de métodos anticonceptivos pueden tener repercusiones negativas, tanto emocionales como físicas, pues corren el riesgo de embarazos no deseados o de contraer ITS.

Mariposa, cuya pareja está en Cancún y utiliza el método de coito interrumpido, narró lo que le sucedió hace años y ejemplifica lo que acabo de señalar:

*[...] “hace tres años, me enteré que estaba embarazada a los dos meses y medio, veo que no me baja y fui ahí al centro a que me hicieran la prueba así rápida que le dicen, me dijeron -‘si estás embarazada’-, me preocupé, digo qué voy a hacer si mi otro hijo está chico, tenía diez meses el otro, lo pensaba mucho, así, así, hasta que un día veo que me baja poquito de sangre, le llamé a él (su pareja), estaba en Cancún, me dijo que me vaya a Izamal y que él me alcanzaba ahí, me dice ‘ve a que te cheque un doctor’, porque así me estaba bajando poquito a poquito, llegué y sí se me estaba bajando (el bebé) el doctor me dio una pastilla para que se termine de bajar, sí se puso triste (su pareja), y sí me puse triste también, a mí me dolió, pero le digo, es mejor así, porque estaba el niño todavía chico, que tal si se me enferman, no hay dinero, Dios sabe por qué hace las cosas, como le digo, tal vez fue mejor así” (Mariposa, 33 años, pareja en Quintana Roo, 7 de noviembre de 2013).*

La migración puede ser un escenario para comportamientos masculinos que faciliten la transmisión de infecciones a la mujer, pero también para que ella tenga relaciones sexuales con otras personas y las adquiera. Las mujeres, aun sabiendo que están en riesgo de embarazos o ITS, no modifican sus prácticas de autocuidado de manera que puedan prevenirlo. En ambos casos, mujeres y hombres, al no considerar las prácticas sexuales sin protección como prácticas riesgosas, podría afrontar consecuencias negativas para su salud.

#### **4.2.6. Atención para la salud sexual y reproductiva: “tengo seguro, pero hasta Cancún y... no regresé”**

De los cuatro casos en los que la pareja trabaja en Quintana Roo, sólo Eva tiene seguridad social, pues su marido está afiliado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el ejercicio de sus derechos, que en principio son ventajosos para la familia, puede resultar difícil pues tiene

que viajar a Quintana Roo para consulta, revisiones y exámenes, tanto de ella como de sus hijos por lo que, a veces, aunque hayan ido a consulta, no regresan por los resultados de los análisis debido a la distancia y costo del transporte.

El hecho de que Eva tenga seguridad social del ISSSTE le impide tener derecho a tener seguro popular, por lo que forzosamente tiene que ir a consultar aspectos generales de salud y de SSR hasta Quintana Roo:

*“Sí soy del ISSSTE (Cancún), de hecho no, todavía no me han cambiado para acá (Tunkás). [...] cuando me fui en septiembre me lo hicieron (la prueba de Papanicolaou) y no, no regresé por el resultado” (Eva, 38 años, pareja en Quintana Roo, 6 de noviembre de 2013).*

Otra dificultad que surge a partir que las mujeres vayan a consultar a Quintana Roo es que a veces no tienen a nadie que cuide de sus hijos (as) y los tienen que llevar, y en caso de que se enfermen también consultan allá:

*[...] “a veces que el niño que necesita ir a su chequeo en Quintana Roo, se tienen que ir y a veces se van por esa cita médica o por, por su enfermedad por decirlo así, se tienen que ir pero no van simplemente a la cita y regresan rapidito, a veces van por una semana o por dos semanas y lo que puedan y faltan y no avisan” (Interlocutora clave, 41 años, 19 de febrero de 2014).*

Cuando Bugambilia vivía en Cancún, Quintana Roo, donde se embarazó y tuvo a sus hijas, para ella era muy importante consultar con la partera durante el embarazo, ahorraba dinero para regresar a Tunkás e ir con la partera para que la talle, además de que aprovechaba la circunstancia para estar un tiempo con su familia antes de regresar a Quintana Roo:

*“Sí, también la partera, te digo, cada mes me sobaba, sí cada mes viajaba de Cancún acá para que me sobe ya, un mes falta que yo me alivie y me retiraba la señora, pero también iba a mis chequeos en el Seguro de Cancún. Con las dos niñas me sobó. Sólo cuando venía me tallaba y pues mis consultas es con mi médico familiar allá en el Seguro (en Cancún), como tenía seguro el papá de mis hijas pues ahí, ahí me llevaban” (Bugambilia, 36 años, pareja en Estados Unidos, 4 de noviembre de 2013).*

El que las familias tengan seguro social en Quintana Roo puede ser de utilidad escasa para las mujeres y su autocuidado.

#### **4.2.7. Actividad sexual de la pareja: “quiere que estemos juntos, pero yo no quiero”**

Cuando el hombre está en Quintana Roo, la separación puede ser más o menos difícil para la mujer, según la experiencia previa de emigración, pues si él ha emigrado anteriormente a Estados Unidos, la separación y sus consecuencias se perciben como menos difíciles, la mujer realiza un análisis de costo-beneficio en los diferentes aspectos de su vida, tanto personal como familiar.

Por el contrario, para algunas mujeres si el hombre no ha emigrado en el pasado, el hecho de que regrese cada semana o cada quince días dificulta aún más su relación de pareja.

En este contexto la pareja mantiene una vida sexual activa, el hombre tiene conocimiento de lo que acontece con la SSR de la mujer, por ejemplo, cuándo llega la menstruación, si tiene alguna infección vaginal, debido a la frecuencia del contacto.

En el caso de Eva, su esposo es la primera vez que emigra y se separa de ella, lo cual no sólo afecta a su autocuidado, sino también su estado emocional. Para ella, el rol de su pareja de ir a trabajar lejos y el de ella de quedarse con la responsabilidad de las hijas y la casa, interfiere con su vida sexual:

*[...] “a veces quiere que estemos juntos (se refiere a su pareja), que tengamos relaciones (sexuales) y yo ya mejor no quiero, no quiero, no tenemos que ver y ya, y ya empezamos a tener problemas, pero por lo mismo de que ya nos estamos alejando de que él está allá (Cancún), él va y viene y pues toda la responsabilidad es yo, aquí con las niñas y en todo” (Eva, 38 años, pareja en Quintana Roo, 6 de noviembre de 2013).*

#### **4.2.8. Salud sexual y reproductiva en contexto migratorio de retorno**

Las cinco mujeres cuya pareja estaba de regreso de Estados Unidos relataron experiencias relacionadas con su SSR similares a las descritas anteriormente.

Las prácticas de métodos anticonceptivos de esas cinco mujeres, al igual que las de las mujeres cuyas parejas actualmente están allá indican que dejaban de tomar algún método anticonceptivo cuando su hombre no estaba.

*“Me embaracé de mi hijo y luego él se fue (a Estados Unidos), no tomaba nada, nada, cuando él regresó eso sí, tomaba yo pastillas, me las tomé dos meses (risas) pero me embaracé de mi niño” (Kamila, 33 años, pareja en Tunkás, 7 de noviembre de 2013).*

A Kamila le da risa el recuerdo de haber tomado pastillas para prevenir un embarazo, pues en su caso, además de que le provocaba efectos secundarios y desagradables para ella, no fue efectivo y quedó embarazada.

En el caso de Estrellita, la salpingoclasia la decidió su pareja cuando regresó de Estados Unidos, ya que él percibió la situación económica difícil para mantener más hijos, pero él no se planteó la posibilidad de practicarse la vasectomía:

[...] *“cuando él regresó de Estados Unidos, me embaracé y ya no tenía trabajo (habla de su esposo), y tenía que ser pagado todo (lavar, planchar, porque su embarazo fue de alto riesgo) y nos costaba mucho, y por eso entonces, él, también se decidió a eso (que ella fuera ligada) me dijo, -pues me sale caro y yo no lo puedo costear-”* (Estrellita, 28 años pareja en Tunkás, 6 de noviembre de 2013).

En relación a las prácticas de riesgo para ITS, a Kamila, cuya pareja estaba en Tunkás al momento de la entrevista, no le preocupaba que su pareja, cuando residía en Estados Unidos, pudiera serle infiel y estuviera en riesgo de adquirir ITS; ella narró lo que su esposo le contaba cuando estaba en Estados Unidos y los motivos por los cuales él no le fue infiel:

[...] *“cuando le decía que (si) se iba con otras mujeres (cuando su pareja estaba en Estados Unidos) él dice- ‘no, cómo vas a creer que yo vaya’- dice, -‘yo le tengo miedo a esa enfermedad, si mi hermano de eso murió (de VIH), porque si yo voy’-, dice, -‘vamos a suponer que yo vaya (con otras mujeres), que yo te lo pegue a ti’- dice, -‘mis hijos van a sufrir’- dice, -‘yo voy a sufrir’- dice, -‘yo no quiero eso’-, y dice que no sólo es eso, que hay otras enfermedades”* (Kamila, 33 años, pareja en Tunkás, 7 de noviembre de 2013).

Sobre el acceso a la atención para la SSR, Kamila también narra que, cuando su pareja estaba en Estados Unidos, ella aprendió a ahorrar y, dado que



prefiere consultar médicos privados, considera que el dinero que gana su pareja le permite esa práctica:

*[...] “aunque esté ligada, ¡ah! si, sigo yendo a que me chequen, porque hay una doctora que me ve desde hace tiempo, desde que estaba embarazada de ellos (sus hijos), es la misma porque cuando mi esposo se fue (a Estados Unidos), tardó cinco años y estaba yo embarazada, siempre iba (con la ginecóloga), desde eso me mandaba dinero, para eso, iba a que me cheque, iba así a mis consultas y chequeos y todo, hasta ahorita que regresó (su esposo a Tunkás), nosotros tratamos de levantar (ahorrar dinero) un poco para que se esté ahí, para las enfermedades” (Kamila, 33 años, pareja en Tunkás, 7 de noviembre de 2013).*

Las mujeres que viven el contexto migratorio de retorno prefieren que su pareja esté con ellas de regreso, por un lado, el hecho de que estén juntos, físicamente, facilita que el hombre esté pendiente de los ciclos menstruales de la mujer, de sus exámenes médicos, pero principalmente para que las apoyen con los hijos (as). Por otro lado él toma decisiones sobre el uso o no de métodos anticonceptivos. Todas las mujeres mencionaron que cuando están en su periodo menstrual o cuando están embarazadas no sostienen relaciones sexuales con su pareja, pues puede causarle daños a su cuerpo o al feto. Sin embargo, después del parto, las mujeres acceden a tener relaciones con sus parejas, pues ya no hay obstáculo ni riesgo percibido por los hombres.

En cuanto a la atención para la salud en SSR, dada la promoción que el Centro de Salud lleva a cabo para implementar su Programa para la Salud de la Mujer, todas las participantes en este estudio me confirmaron realizarse periódicamente la prueba de Papanicolaou, así como el examen físico para detectar el cáncer de mama.

Todas las mujeres han presentado infecciones vaginales, incluso durante el embarazo, a algunas les ocasionó abortos espontáneos. Una vez infectadas, las mujeres acuden a la consulta y, si bien se les ofrece el medicamento, prevalece el criterio de atención por encima de la prevención, ya que también suelen recurrir a consultas médicas durante su embarazo, pero luego del parto no regresan para que se les dé seguimiento. Suelen esperar hasta la primera enfermedad del bebé para recurrir nuevamente al médico. Las mujeres podrían estar en condiciones de prevenir las infecciones y riesgos después del parto si tienen prácticas preventivas.

Con respecto a sus hijas e hijos, algunas mujeres no suelen hablar con ellos sobre temas relacionados con la SSR. En cambio, esperan a que estos temas los escuchen en la escuela o en pláticas del Centro de Salud. En este sentido, y retomando lo señalado en el inciso anterior, la difusión de información para las mujeres en torno a estos aspectos sería importante para dotarlas de herramientas que luego pudiesen transmitir a sus hijas e hijos.

En el Anexo 5, y a manera de resumen y con base en la información de las entrevistas, presento una tabla con los diferentes eventos de la vida reproductiva de la mujer y los aspectos relacionados con su SSR, así como los factores externos y los condicionantes básicos que influyen en su autocuidado. A continuación presento información complementaria a la otorgada por las mujeres.

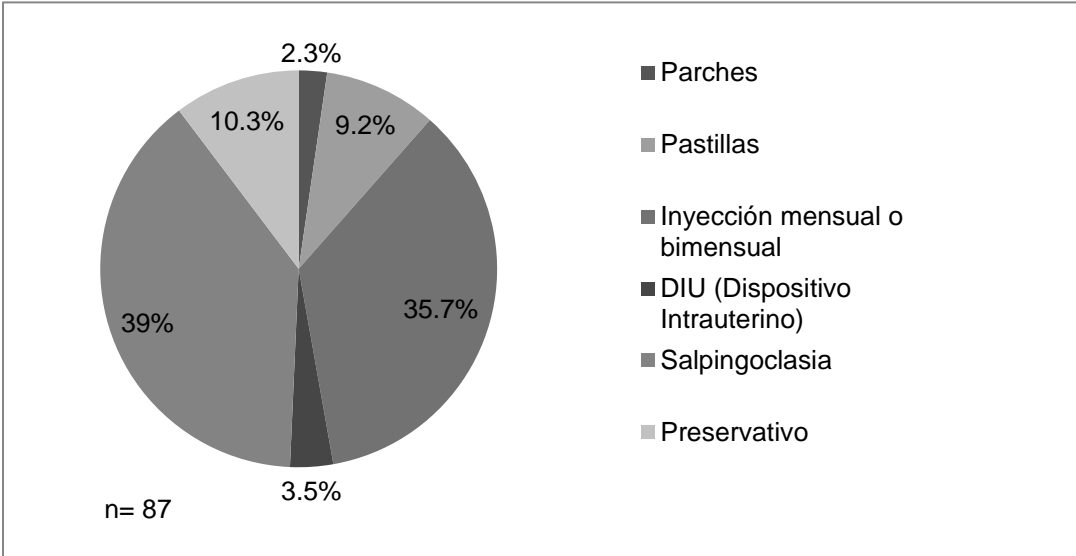
**4.3. Información complementaria en salud sexual y reproductiva proporcionada por interlocutores clave**

**4.3.1. Uso de métodos anticonceptivos**

Parte de la información que presento a continuación fue proporcionada por la médica y la enfermera del Centro de Salud de Tunkás y otra parte proviene del Estudio de Comunidad del Centro de Salud de Tunkás realizado por el médico en servicio en la comunidad de 2012 a 2013. Decidí incluirlos porque las fuentes oficiales no ofrecen datos desagregados por municipio.

Según lo reportado por la enfermera, en la cabecera había, en 2014, 1039 mujeres en edad reproductiva (de 12 a 45 años), de las cuales 8.4% usan algún método anticonceptivo otorgado en el marco del programa “Por el derecho a la salud de la mujer”, las cuales son las que acuden al Centro de Salud.

Figura 1. Uso de métodos anticonceptivos de mujeres en Tunkás

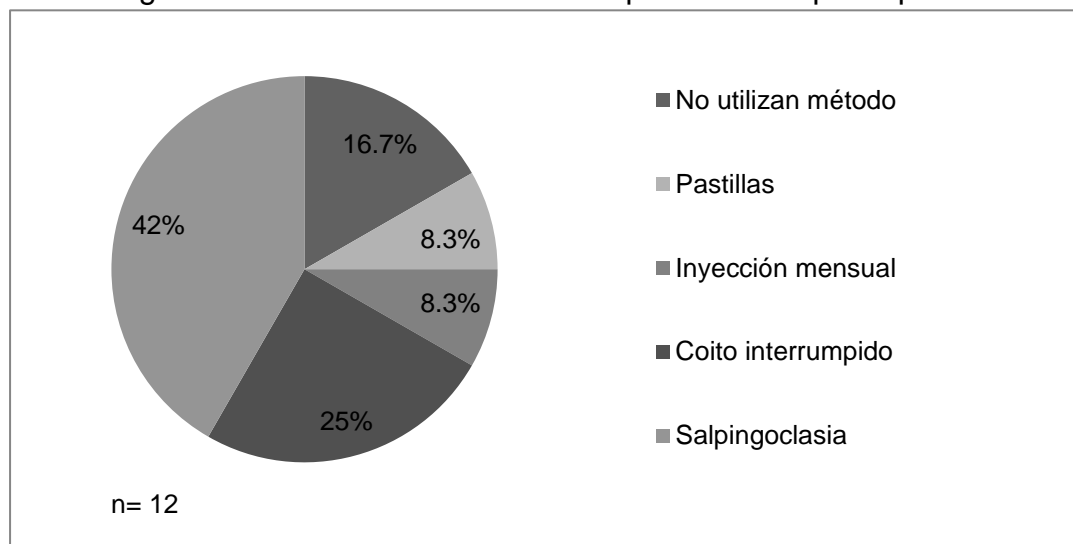


Fuente: Centro de Salud, Tunkás, Yucatán.

Los métodos anticonceptivos más utilizados son la salpingoclasia y la inyección (Fig. 1), lo que refleja que el control más alto de anticoncepción lo llevan las mujeres. La enfermera reporta que además, se reparten preservativos a las mujeres, pero no puede asegurar que se utilicen por las parejas. La gran mayoría de las mujeres que no aceptan utilizar algún método anticonceptivo es porque prefieren los métodos naturales o “que su pareja las cuide”, eso significa, que practique el coito interrumpido.

Con respecto a los métodos permanentes de anticoncepción, las mujeres son las que se realizan la salpingoclasia (ligadura de trompas), no se tiene registro local de caso alguno de vasectomía. La encargada de la farmacia del Centro de Salud mencionó que, por comentarios que escucha en su trabajo, los hombres no se realizan esta operación “porque son hombres y dicen que pierden su fuerza “sexual”. De la información de las mujeres entrevistadas, cinco reportaron haber tenido ligadura de trompas, método que resultó ser el más común (Fig. 2):

Figura 2. Uso de métodos anticonceptivos de las participantes



Fuente: Entrevistas

La promoción de una planificación equitativa al interior de la pareja no sólo contribuiría a mejorar las condiciones de prevención en materia de SSR, sino que también ayudaría a fomentar contextos y prácticas que reviertan las desigualdades de género que, no hay duda, por el momento desfavorecen a las mujeres. Sobra decir que el tema de la SSR, requiere de acercamientos y sensibilidades para los cuales la salud pública institucional está todavía lejos de entender cabalmente, menos aún de enfrentar y resolver.

#### **4.3.2. Infecciones de transmisión sexual**

La enfermera reportó que, de enero de 2013 a enero de 2014, se habían reportado 7 casos de virus de papiloma humano, 22 casos de VIH (en hombres), todos ellos referidos a Mérida para control y seguimiento. Hasta esa fecha no se habían registrado casos de otras ITS.

La enfermera señaló que se desconoce si algunos de los casos mencionados están relacionados con la migración, pues los que recuerda son casos diagnosticados con el VIH/SIDA entre hombres de 40 a 60 años de edad, aproximadamente, cuyas causas de infección son ajenas a la migración, como el alcoholismo como condición que facilita relaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, no descarto posibles casos que estén relacionados con la migración, pues hay diagnósticos en el Centro de Salud que son confidenciales, además de que la información proveniente de mis propias entrevistas no revela casos de este tipo.

### **4.3.3. Acceso a la atención para la salud sexual y reproductiva**

En 2014 el Centro de Salud contaba con el siguiente personal: una pasante de medicina en servicio social, la cual fungía como directora, una enfermera, un odontólogo y la encargada de farmacia, todos de base, y un enfermero por contrato. Tanto estas personas como las que entrevisté, mencionan que el Centro de Salud no cuenta con el personal suficiente para atender a los habitantes del municipio, por lo que durante los fines de semana médicos ofrecen consulta privada y la última opción que tienen los lugareños es ir a Mérida o Izamal, a consulta privada.

El Seguro Popular, un programa oficial que es la opción para la mayoría de la población en cuanto a seguridad social, contaba con 2125 derechohabientes en 2010 (INEGI, 2010b). Como ya mencioné, hay personas que están afiliadas al IMSS o al ISSSTE en Quintana Roo, porque sus esposos trabajan ahí y reciben esta prestación para sus familias, pero éstas tienen que trasladarse a ese estado para consultar.

Según datos del Estudio de Comunidad 2012-2013, de las 672 familias registradas en él, 548 (81.5%) cuentan con Seguro Popular, 36 (5.4%) con ISSSTE, 34 (5.05%) con IMSS y 54 (8.05%) no tienen otro servicio médico que el que ofrece el propio Centro de Salud.

Además de ir al Centro de Salud, los habitantes del municipio acuden a hierbateros, hueseros y parteras. La mayoría de las mujeres acuden a las parteras para que “las tallen”, lo cual consiste en un masaje que se realiza en el vientre de la mujer a partir de la quinta semana de embarazo y tiene como fin diagnosticar tanto la posición del bebé y, en su caso, corregirla, como otras irregularidades del

embarazo; en la cabecera hay tres parteras, algunas de las cuales también ofrecen otros servicios, como masajes en caso de torceduras, remedios herbales y hechicería.

Tanto en Tunkás como en otros municipios acudir a la partera se mantiene vigente porque esta figura es valorada y reconocida por sus conocimientos y servicios para la atención en SSR. Las parteras han sido convocadas por los servicios de salud para capacitación con enfoque biomédico, sin embargo no se ha reconocido su saber en el intercambio de conocimientos, por lo que quedan relegadas por las autoridades de salud (Güemez, 2007).

Otra opción de las personas para atender problemas de salud es la de preparar, por sí mismas, remedios a base de hierbas para calmar males ocasionados por infecciones estomacales o de vías respiratorias y algunas otras dolencias. Por otra parte, algunas personas ingieren medicamentos sin supervisión médica, mismos que consiguen en las dos farmacias que hay en el pueblo.

A continuación discuto mis resultados a la luz de la literatura, analizo la forma en que el autocuidado en SSR y las relaciones de género se relacionan en contextos migratorios y presento las conclusiones de esta tesis.

## V. DISCUSIÓN

Como presenté en la revisión bibliográfica, los estudios que se han hecho sobre salud sexual y reproductiva han sido enfocados en los que emigran y en menor proporción en los que se quedan en las comunidades, y en específico del autocuidado en SSR.

Debido a la falta de un término para describir las experiencias de las mujeres que viven en una comunidad cuyas parejas emigran tanto interna como internacionalmente, propuse el concepto de contexto migratorio. Lo anterior facilitó la comprensión de las prácticas de las mujeres, y, para los objetivos de esta tesis, de su autocuidado en SSR. Por lo tanto, mi discusión contribuye a enriquecer la investigación en este ámbito.

El género y el contexto migratorio influyen capacidad de autocuidado (Orem et al., 2001) de las mujeres en SSR. El enfoque fenomenológico me permitió conocer la propia reflexión de las mujeres para explorar las posibles similitudes y diferencias en su autocuidado.

Los aspectos en autocuidado en SSR que fueron comunes para las mujeres en los diferentes contextos migratorios son: el uso de métodos anticonceptivos, riesgos para adquisición de ITS, actividad sexual y atención para la SSR.

El autocuidado de las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos no se ejerce por la influencia de los roles de género, porque ellas no toman decisiones sobre su propio cuerpo, sino que su pareja lo hace en su lugar.

Esto se refleja de distintas formas en cada contexto migratorio. En el de Estados Unidos, dos mujeres deciden suspender su uso, la ausencia física de la pareja



propicia que las mujeres ejerzan el autocuidado, ya que no sostienen relaciones sexuales y prefieren descansar del uso de métodos anticonceptivos.

Esto contrasta con lo reportado en estudios como los de Hirsch (2003) y Caballero et al. (2008), que interpretan la suspensión del uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer cuando su pareja está en Estados Unidos como demostración de fidelidad, no sólo ante la pareja sino también ante parientes cercanos, sobre todo la suegra. Esto en el entendido de que si la mujer sigue usando métodos anticonceptivos en ausencia de su pareja, ésta lo podría interpretar como evidencia de que ella tiene una vida sexual activa y quiere evitar embarazo, lo que sería para él una prueba de infidelidad.

En el estudio de Hirsch (2003), hay un acuerdo explícito para que la mujer deje de utilizar métodos anticonceptivos, en mis resultados, pese a que los motivos de la pareja puedan ser múltiples, supongo que hubo un acuerdo implícito de la pareja, porque durante la entrevista las dos participantes no mencionaron que el hombre les exija dejar de usarlo como prueba de fidelidad ni proporcionaron otra evidencia para confirmar que ese sea un objetivo de la pareja. Al contrario, ellas dos expresaron que descansaban de los métodos, porque cuando la pareja planifica, a las mujeres se les da la responsabilidad de usar métodos anticonceptivos, ya que para los hombres no es común su uso.

En el estudio Hirsch (2003) se presume un acuerdo explícito para que la mujer deje de utilizar métodos anticonceptivos. En contraste con este argumento, y a pesar de que mis resultados pudieran interpretarse en el sentido de un acuerdo implícito de la pareja, la información de campo de la que dispongo no

revela ningún indicio de que el hombre le exija a la mujer la suspensión de la anticoncepción como una prueba de fidelidad.

Sin embargo este autocuidado es mientras el hombre no esté, pues ellas mismas mencionaron que esperan el regreso de su pareja para decidir sobre el siguiente embarazo.

En dos casos del contexto de Estados Unidos, el hombre, antes de emigrar, convence a la mujer para que se realice la ligadura de trompas, asegurándose de esta manera que la mujer no tendrá hijos con otros hombres, aun cuando no logre garantizar la fidelidad de la mujer. Esto podría significar, para el hombre, mantener el control sobre la mujer a través de la reproducción, pues para él realizarse un método de ese tipo representaría su pérdida de virilidad al no poder concebir más hijos. Considero que mis hallazgos amplían el espectro casuístico de las dinámicas de género y que, a la luz de los datos disponibles, no es posible limitar la interpretación a un solo argumento.

Las relaciones de género manifiestan el control que tienen los hombres sobre la natalidad y sexualidad, reforzando las normas esperadas para ellos, a saber, que sean proveedores y dominantes y para las mujeres, los roles se expresan en comportamientos tales como: ser pasivas y sumisas, estar a cargo del cuidado del hogar, realizar los quehaceres domésticos, así como la responsabilidad total de las y los hijos y puede limitarlas a emigrar de igual manera o tener un trabajo, si así lo desearan (Tepichin, 2005).

En este contexto, cuando el hombre emigra se va conservando su virilidad y manteniendo el control sobre la reproducción, pero a su regreso lo ejerce de nuevo. En mi análisis resultó que todos los hombres que han emigrado a Estados

Unidos no conocían y algunos hasta la fecha no conocen a su hijo (a), pues emigran cuando la mujer está embarazada o sus hijos son muy pequeños, en aras de proveer económicamente a su familia. Por lo que se reafirma el rol masculino sobre la reproducción y proveedor de la familia. Estos roles continúan gracias a que la comunidad los acepta y son mantenidos y reforzados por las propias personas e incluso los mismos parientes, entre ellos las suegras.

En el contexto migratorio de Quintana Roo, en el uso de métodos anticonceptivos, a una mujer le realizaron la salpingoclasia y otra utiliza inyecciones mensuales; al igual que en contexto migratorio anterior, dos mujeres tampoco usan métodos anticonceptivos como práctica de autocuidado para descansar aunque, a diferencia de quienes se encuentran en este último contexto, están expuestas a mayor riesgo porque los hombres que trabajan en Quintana Roo regresan a Tunkás periódicamente. En caso de que los emigrantes hayan mantenido prácticas sexuales sin protección en Quintana Roo las mujeres se exponen a un riesgo cada vez que la pareja regresa y sostiene relaciones sexuales con ellas sin protección.

Por otra parte, como mencionaron las mujeres tanto en las entrevistas como en el taller de validación de resultados, se hizo evidente que para los hombres otra forma para ejercer y mantener su virilidad, es a través de la negación del uso del condón con el argumento de que “no se siente igual”. La importancia de esta actitud es que reafirma la inequidad en la distribución de responsabilidades de planificación y reproducción de la pareja.

Incluso si la mujer decidiera establecer una relación sentimental y sexual con otro hombre, debido al control masculino de la reproducción como parte de las

relaciones de género, es probable que pueda estar en situación de riesgo para la adquisición de ITS o para embarazos no deseados, debido a que los hombres no suelen protegerse. Por lo que disfrutar de una vida saludable a la que se refiere la OMS (1994), se dificulta por el contexto sociocultural de los individuos.

De acuerdo con Badgett y Folbre (1999) lo anterior crea, para las mujeres entrevistadas, una desigualdad de género, pues son ellas quienes están sometidas a la decisión de los hombres, ya que llevan la responsabilidad del control natal, ellos eligen el tipo de método anticonceptivo usado y bajo qué condiciones suspenderlo y ellas no disfrutaban de una distribución de responsabilidades de planificación, que pueda llegar a convertirse en una nueva norma de género, más equitativa para ellas, que podría generar relaciones con base en el respeto mutuo para el ejercicio responsable de su SSR (OMS, 1994).

Lo anterior coincide con lo reportado por Tenezaca y Sisalima (2010) donde algunas veces la emigración masculina enfatiza el papel de las mujeres en la esfera privada (espacio doméstico), reafirmando los roles de género que se les ha asignado. También Parra y Tixi (2011) señalan que para las mujeres de emigrantes que se quedan no se abren espacios de autonomía ni se empoderan, a pesar del cambio temporal en las decisiones femeninas en ausencia del hombre.

Otra consecuencia de esta inequidad de género es el estar en riesgo para adquirir ITS. En los tres contextos migratorios que estudié hay decisiones que toman algunas mujeres que impiden su autocuidado y que podrían ponerlas en riesgo, lo cual coincide con el estudio de Rodríguez (2010), quien reporta hallazgos similares cuando menciona que las mujeres cuyas parejas se encuentran en Estados Unidos, más que preocuparse porque el hombre inicie y

mantenga otra relación sentimental con otra persona, lo hacen porque les dejen de enviar dinero.

Espinoza et al. (2013) han documentado las consecuencias de la falta de poder de las mujeres para negociar relaciones sexuales seguras: una capacidad limitada para comunicar sus necesidades de salud sexual; una mayor probabilidad de prácticas sexuales de riesgo; una situación de vulnerabilidad en este caso ante posibles ITS cuando el hombre retorne.

Las mujeres contribuyen al mantenimiento de estos roles, ya que ellas son activas en cuanto a la toma de decisiones, pues no exigen usos equitativos de los métodos anticonceptivos ni del condón u otras formas seguras, disminuyen su capacidad de autocuidado (Orem et al., 2001).

Otro factor de la SSR que contribuye al autocuidado de las mujeres es la atención para la salud. Además de los gastos diarios para la alimentación, vestido y escuela, parte de las remesas que les envían de Estados Unidos, la utilizan en gastos médicos y medicamentos, principalmente para sus hijas e hijos cuando se enferman (Lewin, 2012). Algunas mujeres reservan dinero para elegir atención médica privada, especialmente cuando están embarazadas o cuando se realizan exámenes como el Papanicolaou. Pueden elegir entre ir a Mérida o Izamal, porque es más rápida la entrega de resultados que en el Centro de Salud local, además de que tienen la oportunidad de elegir con quién consultar, ya que prefieren hacerlo con una mujer.

El consultar con una doctora en aspectos de SSR, sobre todo para las revisiones de prevención de enfermedades, es parte de los roles de género y positivo para ellas porque, como mencionaron en el taller de validación de

resultados, con una mujer “no me da pena”, “tengo más confianza”, “que tal si se molesta mi esposo” (si va con un doctor); entonces, al tener dinero, decidir ir a consultar con una mujer y poder pagar sus honorarios es una ventaja para su autocuidado. Las mujeres con una pareja emigrante suelen tener ingresos suficientes y pueden elegir los servicios de atención sin necesidad de comprometer sus bienes.

En el caso del contexto migratorio de Quintana Roo, cuando la pareja trabaja en Quintana Roo y es derechohabiente del ISSSTE y está afiliado en el lugar donde trabaja, la mujer suele tener dificultades para ejercer su autocuidado al tener que trasladarse a Quintana Roo para poder consultar y hacer uso de los servicios a los que tiene derecho. Es el caso de una mujer que mencionó tener que trasladarse desde Tunkás a Quintana Roo para hacerse sus exámenes de Papanicolaou, pero que muy probablemente no regresara por el resultado en virtud del elevado costo del traslado. Este acceso a gozar de sus beneficios de atención para la salud, podría lograrse si pudiera recibir esa atención en lugares más cercanos, como Izamal.

Lo que confirma la crítica a la aplicación del concepto de SSR de la OMS a las políticas públicas en México de Abrantes y Pelcastre (2008) que destaca la dificultad de acceso a la salud por falta de infraestructura y políticas de salud para todos.

Si bien las mujeres se realizan sus exámenes periódicamente, muchas veces consultan sólo cuando se les presenta una enfermedad, por lo que podría promoverse más la prevención, lo que implica realizar actividades para que las mujeres conozcan más sobre su SSR. Esto implicaría que el sector salud no sólo

conciba a la mujer como depositaria de eventos, programas y acciones, sino como sujetos que puedan participar en espacios de diálogo en condiciones de interacción horizontal y respeto mutuo, para que ellas puedan tomar decisiones mejor informadas y fortalecer su capacidad de autocuidado (Orem et al., 2001).

Lo anterior significa un reto, ya que para ello las mujeres no sólo tienen que interesarse en su salud, sino estar en condiciones de exigir espacios para que se les proporcione la información, de tal manera que sea asequible para ella. No sólo se trata de resolver problemas de salud, sino de crear las condiciones sociales para una participación más equitativa entre la población, particularmente las mujeres, y los sectores públicos al servicio del bienestar físico y mental de la ciudadanía, por lo que la propuesta de la OMS (1996) no se ha alcanzado plenamente.

En el ámbito de la actividad sexual, todas las mujeres mencionaron que cuando su pareja estaba con ellas, si ejercían parcialmente su autocuidado, pues no tenían relaciones durante su menstruación y embarazo, etapas de la vida reproductiva que son un motivo para que la mujer exija el cuidado de su salud y el hombre los respeta por ser procesos naturales.

Esto no se cumple en el puerperio, pues el hombre ya no percibe motivo alguno por el cual no pueda sostener relaciones sexuales con su mujer, sometiendo a la mujer a sus decisiones. La actividad sexual de la pareja en el contexto migratorio de Quintana Roo aunado a la repercusión de los roles de género en ésta, ocasiona en algunas mujeres experimentar enojo, tristeza y desesperación, emociones que influyen en su vida sexual.

La forma en que las relaciones de género obstaculizan las prácticas de autocuidado tanto para hombres y mujeres, favorece la comprensión y análisis que podría ser útil para contribuir a diseñar estrategias para una mejor inclusión de hombres y mujeres en el autocuidado de su salud, estudios como éste responden a la sugerencia que hacían Abrantes Pelcastre (2008), pues ellos señalaron que la categoría de género no ha minimizado las desigualdades y sólo forma parte de un discurso que no trascendió a la acción, ya que no se hacían estudios para conocer cómo se desarrollan las relaciones de género.

Para finalizar, estoy de acuerdo con lo que menciona Cruz (2006) acerca de que la decisión y voluntad de la mujer son puntos a considerar por encima de cualquier política o acción en SSR, la decisión sobre el propio cuerpo debe ser de una misma. Sin embargo, los roles de género y, en este caso, el contexto migratorio enfatizan algunas prácticas que promueven la desigualdad de género y tienen repercusiones negativas en el autocuidado de las mujeres; algunas veces, para la toma de decisiones las mujeres carecen de habilidades como búsqueda de información, autonomía y asertividad y responden a presiones económicas, de la pareja y los hijos y no tienen oportunidad de saber si las decisiones que tomaron son las mejores para ellas mismas, sobre todo las relacionadas con su salud.

Aunque una de las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de la salud reproductiva de las mujeres es que tengan acceso a métodos anticonceptivos legales y seguros (OMS, 1994), para las mujeres que entrevisté es difícil decidir sobre su autocuidado ya que están sometidas a la decisión masculina y a la poca oferta de opciones en cuanto a métodos anticonceptivos.



Considero que la sociedad crea, en las mujeres, expectativas que tienen que cumplir aun cuando pasen por alto decisiones importantes sobre su cuerpo para prevenir y modificar sus prácticas de autocuidado, como poder expresar libremente al hombre qué se necesita para mantener su salud y no correr riesgos.

Para las mujeres, la asertividad y la comunicación en pareja serían habilidades clave para el autocuidado y para que puedan disfrutar de su SSR plenamente porque, de acuerdo con lo que reporta Casique (2006), el grado en que las mujeres se sientan capaces de controlar los diversos aspectos de su vida sexual es un elemento clave para la promoción de su salud en general y, específicamente, de su salud sexual y reproductiva.

## **5.1. Conclusiones**

Las prácticas del autocuidado en SSR son altamente sensibles al trasfondo sociocultural de las mujeres entrevistadas, así como a las relaciones de género y los contextos migratorios que viven como parejas de migrantes.

La teoría del autocuidado propuesta por Orem, ha orientado buena parte del marco conceptual empleado en este trabajo, principalmente los aspectos relacionados con los requisitos de desarrollo y los factores condicionantes básicos. El contexto etnográfico considerado para esta investigación permitió contribuir con información que amplía la definición de contexto sociocultural propuesto por la autora. En este sentido, el contexto migratorio ha sido clave para la extensión de su perspectiva. De igual manera, mis hallazgos coinciden con la revisión crítica realizada por Szasz (1998), y permiten proponer un diseño de investigación que incluya la propia experiencia de las mujeres.

El acercamiento cualitativo al estudio del autocuidado, no sólo me permitió explorar las dimensiones reales de las relaciones de género y contextos migratorios que median las prácticas de la SSR, sino también me proporcionó aspectos de la propia racionalidad empleada por las mujeres al momento de reflexionar en torno a sus propias prácticas y decisiones.

Entender y aprehender esta racionalidad no sólo debe verse como el resultado de un modo de hacer investigación, sino que puede constituirse en una herramienta útil para trascender el resultado científico como tal y, de esta manera, contribuir a una reflexión que permita vislumbrar acciones concretas a partir de las condiciones reales que viven estas mujeres.

La vivencia de los contextos migratorios, especialmente el internacional, implica para las mujeres una suerte de paréntesis temporal, el cual es concebido como una oportunidad para replegarse sobre sí mismas, dedicarse conscientemente al autocuidado, sin que ello altere por completo, y menos en forma definitiva, las relaciones de género al interior de su pareja.

Para las mujeres, las relaciones de género se expresan en la falta de condiciones para incidir en los espacios de decisión, particularmente en aquellos que conciernen a la planificación familiar y reproducción biológica, espacios que siguen siendo terreno del poder masculino.

Si bien la migración de las parejas trae consigo mejoras económicas que amplían las opciones para la atención para la salud de las mujeres, las relaciones de género que ellas viven las orilla a incurrir en prácticas sexuales que afectan su bienestar físico. La falta de un ejercicio pleno del autocuidado repercute

desfavorablemente sobre las condiciones de SSR, a la vez que reproduce las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres.

La principal aportación este trabajo es contribuir al enriquecimiento de la bibliografía en proponer el concepto de contexto migratorio y cómo se relaciona con el autocuidado de las mujeres a través de una perspectiva de género, reflejando su papel activo en la toma de decisiones que pueden fortalecer o disminuir su capacidad de autocuidado (Orem et al., 2001).

Es probable que la participación de las mujeres en el estudio por medio de las entrevistas se asocie a su nivel educativo, por lo tanto mis resultados no se pueden aplicar más que a este grupo de participantes que comparten ciertas características, por lo que en futuros estudios se puede ampliar la participación a diferentes niveles educativos y edades y ampliar los elementos de SSR, para seguir contribuyendo a futuras investigaciones en autocuidado o en proyectos de promoción de la salud.

## REFERENCIAS

- Abrantes R, Pelcastre B. 2008. La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias? En: S Lerner, I Szasz, eds. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo II. (pp. 255-301). México, D. F: El Colegio de México.
- Amuchástegui A, Szasz I. 2007. El pensamiento sobre masculinidades y la diversidad de experiencias de ser hombre en México. En: A Amuchástegui, I Szasz, eds. Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México. (pp. 15-35). México, D.F: El Colegio de México.
- Arias P, Mummert G. 1987. Familia, mercados de trabajo y migración en el centro-occidente de México. Nueva Antropología, 9 (32), 105-128.
- Ariza M, De Oliveira O. 2008. Género, clase y concepciones sobre la sexualidad en México. En: S Lerner, I Szasz, eds. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo II. (pp. 11-46). México, D.F: El Colegio de México.
- Badgett L, Folbre N. 1999. ¿Quién cuida de los demás? Normas sociosexuales y consecuencias económicas. Revista Internacional del Trabajo, 118 (3), 347-365.
- Bedolla M, Ceja A. 2010. Las mujeres esposas de migrantes, su sexualidad y sus emociones: caso Huandacareo Michoacán. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México. Recuperado el 23 de febrero de 2012 y disponible en:  
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/4115/1>

/LASMUJERESESPOSASDEMIGRANTESSUSEXUIDADYSUSEMOCION  
ESCASOHUNDACAREOMICHOACAN.pdf

Boehm D. 2008. "Now I am a man and a woman!". *Latin American Perspectives*, 35 (1), 16-30.

Boncour P. 2009. La hora de la verdad. Adaptaciones al cambio climático. *Migraciones*, 3-4. Recuperado el 3 de noviembre de 2012 y disponible en: [http://publications.iom.int/bookstore/free/migration\\_autumn\\_09\\_SP.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/migration_autumn_09_SP.pdf)

Boyarski A. 1989. Curso de demografía. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Bronfman M, Camposortega S, Medina H. 1989. La migración internacional y el SIDA: el caso de México y Estados Unidos. En: J Sepúlveda-Amor, M Bronfman, G Ruiz-Palacios, E Stanislawski, J Valdespino, eds. SIDA, ciencia y sociedad en México. (pp. 435-456). México, D.F: Secretaría de Salud y Fondo de Cultura Económica.

Caballero J, Villaseñor A. 2008. Factores de desigualdad social asociados a infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población mexicana. En: S Lerner, I Szasz, eds. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo II. (pp. 453-502). México, D.F: El Colegio de México.

Caballero M, Leyva-Flores R, Ochoa S, Zarco A, 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.

Camarena R, Lerner S. 2008. Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. En: S Lerner, I Szasz, eds. *Salud*

- reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I. (pp. 117-216).  
México, D.F: El Colegio de México.
- Casique I. 2006. ¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21 (1), 49-81.
- Chávez A. 1999. La nueva dinámica de la migración interna en México 1970-1990. Cuernavaca, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Conapo. 2010. Yucatán: grado de intensidad migratoria por municipio. Consejo Nacional de Población. Recuperado el 2 de febrero de 2013 y disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad\\_migratoria/mapas\\_b/b31\\_yucatan.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad_migratoria/mapas_b/b31_yucatan.pdf)
- Coneval. 2010. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado el 30 de enero de 2013 y disponible en: [http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes\\_pobreza/2014/Municipios/Yucatan/Yucatan\\_097.pdf](http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Yucatan/Yucatan_097.pdf)
- Cornelius W, Fitzgerald D, S, Lewin P. 2007. *Mayan journeys: the new migration from Yucatan to the United States*. San Diego: Lynee Rienner Publishers.
- Cornelius W, Fitzgerald D, S, Lewin P. 2008. *Caminantes del mayab. Los nuevos migrantes de Yucatán a los Estados Unidos*. Mérida, Yucatán: Instituto de Cultura de Yucatán/Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Cornelius W, Fitzgerald D, Lewin P, Muse-Orlinoff L. 2010. *Mexican migration and the U.S. economic crisis. A transnational perspective*. San Diego: Center of Comparative Immigration Studies.

- Correa J. 2006. Ahora las mujeres se mandan solas: migración y relaciones de género en una comunidad mexicana transnacional llamada Pie de Gallo. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Granada. Granada, España. Recuperado el 2 de marzo de 2012 y disponible en:  
<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/940/1/16090998.pdf>
- Creswell J. 1998. Qualitative inquiry and research desing. Choosing among five traditions. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Cruz T. 2006. Las pieles que vestimos: corporeidad y prácticas de belleza en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Un estudio con jóvenes indígenas y mestizas. Tesis de doctorado no publicada, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, D.F.
- Dickinson F. 2004. El panorama de la migración en México visto por un antropólogo físico. En: J Aréchiga, ed. XXI Mesa redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología. "Migración, población, territorio y cultura". (pp. 49-71). Zacatecas: Sociedad Mexicana de Antropología.
- Durán A. 2007. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género. México, D.F: Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado el 2 de marzo de 2013 y disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100912.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100912.pdf)
- Echarri C. 2008. Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas. En: S Lerner, I Szasz, eds. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I. (pp. 59-113). México, D.F: El Colegio de México.

- Espinoza R, Martínez I, Levin M, Rodríguez A, Chan T, Goldenberg S, Zúñiga M. 2013. Cultural perceptions and negotiations surrounding sexual and reproductive health among migrant and non-migrant indigenous Mexican women from Yucatan, México. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16 (3), 356-364.
- Estrella W. 2014. El papel de la migración internacional en los procesos de comunicación interpersonal entre los jóvenes no migrantes de Tunkás, Yucatán. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán.
- Fauné A. 1995. Centroamérica: mujeres y familias rurales. En: AM Arteaga, C Arteaga, X Valdes, eds. *Mujeres: relaciones de género en la agricultura*. (pp. 193-212). México, D.F: Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer.
- González J. 2013. Estudio de comunidad del Centro de Salud de Tunkás. Documento interno. Mérida, México: Servicios de Salud de Yucatán. Gobierno del Estado de Yucatán.
- Güemez M. 2007. Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva. En: P Quattrocchi, M Güemez, eds. *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. (pp. 17-50). Mérida, México: AREAS, UCS-CIR-UADY, CEPHCIS, INDEMAYA, CDI.
- Hernández D. 2010. Male honor and the ruralization of HIV/AIDS in Michoacan. A case of indigenous return migration in Mexico. *International Migration*, 50 (5), 142-152.



- Hernández D, Maya O, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. 2008. Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 131-138.
- Hidalgo I, García F, Flores A. 2008. Aquí y en el otro lado, los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud de los migrantes mexicanos. *Migraciones Internacionales*, 4 (3), 27-50.
- Hirsch J. 2003. *A courtship after marriage: sexuality and love in Mexican transnational families*. Berkeley: University of California Press.
- Hirsch J, Higgins J, Bentley M, Nathanson C. 2002. The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease—HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92 (8), 1227-1237.
- Hirsch J, Meneses S, Thompson B, Negroni M, Pelcastre B, del Rio C. 2007. The inevitability of infidelity: sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *American Journal of Public Health*, 97 (6), 986-996.
- Hirsch J, Muñoz-Laboy M, Nyhus C, Yount K, Bauermeister J. 2009. They “miss more than anything their normal life back home”: masculinity and extramarital sex among Mexican migrants in Atlanta. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41 (1), 23-32.
- Hoffman S, Higgins J, Beckford-Jarrett S, Augenbraun M, Bylander K, Mantell J, Wilson T. 2011. Contexts of risk and networks of protection: NYC West Indian immigrants' perceptions of migration and vulnerability to sexually transmitted diseases. *Culture, Health and Sexuality*, 13 (5), 513-528.

- Hondagneu-Sotelo P. 2005. Gendering migration: not for "feminists only"-and not only in the household. Mexico-U.S. Conference on Immigration, Princeton-IISUNAMM. Princeton University, January, 2005: The Center for Migration and Development, pp. 1-24.
- INDEMAYA. 2012. Crece el número de yucatecos en EE.UU. Diario de Yucatán. Recuperado el 14 de mayo de 2012 y disponible en:  
<http://yucatan.com.mx/merida/ciudadanos/crece-el-numero-de-yucatecos-en-ee-uu>
- INEGI. 2010a. Censo de población y vivienda. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 1 de febrero de 2013 y disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/ResultadosR/CPV/Default.aspx?texto=Tunk%C3%A1s>
- INEGI. 2010b. Información nacional, por entidad federativa y municipios. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 1º de febrero de 2013 y disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=31>
- Lamas M. 1999. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Papeles de Población, 5 (21), 147-178.
- Lewin P. 2012. Las que se quedan. Tendencias y testimonios de migración interna e internacional en Yucatán. Mérida, México: Instituto para la Equidad de Género en Yucatán.
- Lewin P, Guzmán E. 2005. Los migrantes del Mayab. Camino Blanco: Arte y Cultura, 3 (8), 4-10.

- Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P, Bronfman M. 2004. Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37 (4), 215-226.
- Maldonado C, Artía G. 2004. Ahora ya despertamos. Participación política de las mujeres en el Frente Indígena Oaxaqueño Binacional. En: J Fox, G Rivera-Salgado, eds. *Indígenas mexicanos migrantes en los Estados Unidos* (pp. 525-538). México, D.F: LIX Legislatura de la H. Cámara de Diputados, la Universidad de California Santa Cruz, la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ) y Miguel Ángel Porrúa.
- Martínez M. 2004. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México, D.F: Trillas.
- Mayan M. 2001. Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Recuperado el 12 de mayo de 2013 y disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Mummert G. 2010. ¡Quién sabe que será ese norte! Mujeres ante la migración mexicana a Estados Unidos y Canadá. En: F Alba, M Castillo, G Verduzco, eds. *Migraciones Internacionales*. (pp. 271-315). México, D. F: El Colegio de México.
- Murúa L, Torre J, Urtecho K. 2007. *Migración: género y salud mental*. Documento interno. Mérida, Mexico: Oficina de Asuntos Internacionales de Yucatán (OFAIY). Gobierno del Estado de Yucatán.
- Muse-Orlinoff L, Lewin P. 2010. Introduction. En: W Cornelius, D Fitzgerald, P Lewin, L Muse-Orlinoff, eds. *Mexican migration and the U.S. economic*

crisis: a transnational perspective. (pp. 1-13). San Diego: Center for Comparative Immigration Studies.

Nielsen K, Tiwari A, Pasquini D, Solórzano L, Wejebe M. 2010. The family dynamics of Tunkaseño migration. En: W Cornelius, D Fitzgerald, P Lewin, L Muse-Orlinoff, eds. Mexican migration and the US economic crisis. A transnational perspective. (pp. 187-215). San Diego: Center for Comparative Immigration Studies.

OIM. 2012. Cambio climático, degradación ambiental y migración. En: Diálogo Internacional sobre la migración 2011. Ginebra: Organización Internacional para las migraciones. Recuperado el 5 de noviembre de 2012 y disponible en:

<http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/climate-change-2011/Chair's-Summary-SP.pdf>

OMS. 1993. Iniciativa internacional para la educación en habilidades para la vida en las escuelas. Recuperado el 16 de octubre de 2014 y disponible en: <http://habilidadesparalavida.net/modelo.php>

OMS. 1994. Derechos reproductivos y salud reproductiva: definición del concepto de salud sexual y reproductiva. En: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 20 de marzo de 2013 y disponible en: [http://daccess-dds-](http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement)

[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement](http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement)

OMS. 2009. Salud de la mujer. Recuperado el 13 de noviembre de 2014 y disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

- Oportunidades. 2014. Misión y visión. Recuperado el 30 de enero de 2013 y disponible en:  
[http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/mision\\_y\\_vision](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/mision_y_vision)
- Orem D, Taylor S, Renpenning K. 2001. Nursing: concepts of practice. 6ta ed. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby.
- Organista K, Carrillo H, Ayala G. 2004. HIV prevention with Mexican migrants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37 (4), 227-239.
- Parra N, Tixi M. 2011. Las relaciones de poder y su impacto, en las cónyuges de migrantes del cantón Déleg: estudio de caso de la unidad de atención de la modalidad "creciendo con nuestros hijos: luceritos del amancer". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.  
Recuperado el 20 de julio de 2014 y disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3006/1/tgd11.pdf>
- Parrado E, Flippen C. 2010. Migration and sexuality: a comparison of Mexicans in sending and receiving communities. *Journal of Social Issues*, 66 (1), 175-195.
- Pauli J. 2008. A house of one's own: gender, migration, and residence in rural Mexico. *American Ethnologist*, 35 (1), 171-187.
- Quintal R. 2011. Impacto de la migración en las relaciones de género de las familias "que se quedan" del municipio de Tunkás, Yucatán. En: M Echeverría, M Cen, G Escalante, R Quintal, eds. *Migración internacional en Yucatán. Transformaciones económicas, sociales y culturales en una comunidad migrante*. (pp. 113-143). Mérida, México: Universidad Anáhuac Mayab.

- Rodríguez D. 2010. Una espera que desespera. Mujeres en hogares de varones ausentes en una comunidad poblana de migrantes. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 5 (10), 100-124.
- Rodríguez G, Gil J, García E. 1999. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2da ed. Granada: Aljibe.
- Salgado de Snyder N, González T, Bojorquez I, Infante C. 2007. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49, 7-10.
- Scorigie F, Kunene B, Smit J, Manzini N, Chersich M, Preston-Whyte P. 2009. In search of sexual pleasure and fidelity: vaginal practices in KwaZulu-Natal, South Africa *Culture, Health and Sexuality*, 11 (3), 267-283.
- Secretaría de Gobernación de México. 2014. Decreto Prospera. *Diario Oficial de la Federación de México*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014 y disponible en:  
[https://www.prospera.gob.mx/Portal/work/Web20132/documentos/05092014\\_DOF\\_Decreto\\_de\\_Creacion\\_Prospera.pdf](https://www.prospera.gob.mx/Portal/work/Web20132/documentos/05092014_DOF_Decreto_de_Creacion_Prospera.pdf)
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2008. Phenomenology. Recuperado el 15 de mayo de 2013 y disponible en:  
<http://plato.stanford.edu/search/searcher.py?query=phenomenology>
- Szasz I. 1998. Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. En: I Szasz, S Lerner, eds. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. (pp. 11-31). México, D.F: El Colegio de México.

- Tabares C, Ramírez L. 2009. Proceso migratorio y efectos psicosociales en las familias de migrantes de la ciudad de Medellín. En: A González, ed. Lugares, procesos y migrantes: aspectos de la migración colombiana. (pp. 279-290). Bruselas: P.I.E Peter Lang.
- Taylor S, Bogdan R. 1996. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tenezaca T, Sisalima J. 2010. Estudio sobre las familias migrantes y su incidencia en las relaciones escolares y familiares de los hijos, realizado en el sexto y séptimo año de educación básica de la escuela José Peralta de la Parroquia Chiquintad de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, durante el año lectivo 2009-2010. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Técnica Particular de Loja. Cuenca, Ecuador. Recuperado el 20 de julio y disponible en:  
[http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5282/1/Tesis\\_Julia.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5282/1/Tesis_Julia.pdf)
- Tepichin A. 2005. Equidad de género y pobreza: autonomía en beneficiarias del Programa Oportunidades. Estudio de Caso. México, D.F: Instituto Nacional de Desarrollo Social.
- Torres A. 2012. Las paradojas de ser mujeres esposas de migrantes, cambios y continuidades para las mujeres indígenas purépechas. En: E Tuñón, L Rojas, eds. Género y migración. Volumen I. (pp. 183-213). San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.
- Uribe T. 1999. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería, 17 (2), 109-118.

Warren C, Karner T. 2010. Discovering qualitative methods. Field research interviews and analysis. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Wingood G, Di Clemente R. 2000. Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education and Behavior*, 27 (5), 539-565.



# ANEXO 1

Guía de entrevista para mujeres.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL-UNIDAD MÉRIDA

Departamento de Ecología Humana  
Laboratorio de Somatología

Autocuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres en contextos migratorios. El caso de Tunkás, Yucatán, México.

Guía de entrevista sobre el autocuidado en salud sexual y reproductiva de las mujeres esposas de emigrantes.

**Datos generales:**

Nombre de la entrevistada: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Hora de la entrevista: \_\_\_\_\_  
Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_  
No. de entrevista: \_\_\_\_\_  
Servicio médico, (otro): \_\_\_\_\_  
Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Obtener información acerca del autocuidado, las prácticas y las ideas que tienen las mujeres con respecto a su salud como mujer.

**Objetivos específicos:**

- Obtener información sobre su autocuidado.
- Conocer sus prácticas e ideas en salud sexual y reproductiva.
- Obtener información acerca de la emigración de la pareja
- Obtener información de cómo son las relaciones que usted tiene con su pareja.

**Introducción:** Primero quiero agradecerle su tiempo para realizar esta plática. Le recuerdo que mi nombre es Teresa Chan, soy estudiante de Cinvestav, en Mérida y estoy trabajando en mi tesis de maestría. Me interesa saber cómo las mujeres que tienen un pareja ya sea en Quintana Roo o Estados Unidos o vive regularmente en Tunkás, hacen diferentes cosas o actividades para mantener su salud como mujer. Por eso decidí invitar a participar a algunas mujeres y usted es una de ellas. Déjeme aclararle que lo que conversemos es confidencial y es para que yo aprenda y entienda sus ideas, cómo usted se relaciona con su pareja y cómo su relación ha cambiado a través del tiempo en lo que se refiere a su salud como mujer. Yo vengo a que usted me platique y quiero aprender de su experiencia e historia, por lo cual voy a empezar con algunas preguntas generales

sobre su familia, si tiene hijos, de qué edad y sexo son, si van a la escuela o no, si trabajan, en qué lo hacen y cosas así. Luego, le preguntaré sobre dónde trabaja su pareja y desde cuándo; si trabaja en Quintana Roo o Estados Unidos, me gustaría saber desde cuando, en que ciudad o pueblo trabaja y a qué se dedica, cada cuando puede venir a Tunkás. Como última parte de la entrevista, le preguntaré a usted sobre su salud como mujer y cómo cuida de ella. Si alguna pregunta no le queda clara me lo puede decir para explicarla mejor, incluso si alguna le incomoda puede no contestarla. Tal vez sea una plática larga, pero podemos interrumpir cuando se sienta cansada o tenga otra cosa que hacer, continuaríamos otro día para completar la plática ¿le parece bien así?

1. Sección. Pregunta	✓
¿Cuántas personas viven en su casa?	
¿Quiénes son?	
¿De qué le tocan a usted?	
¿Qué edades tienen?	
¿Qué hace cada uno? (ocupación)	
¿Fueron a la escuela?	
¿A qué año llegaron?	
¿A qué escuela van sus hijos e hijas?	
¿De los hijos o hijas que van a la escuela, hay alguno que trabaje?	
¿En qué?	
¿Sus otras hijas o hijos trabajan?	
¿En qué?	
¿Quiénes aportan a la casa? (con dinero, con trabajo, en especie)	
¿Cómo es un día para usted/qué hace en un día?	
¿Trabaja usted fuera de la casa para ganar dinero?	
¿Hace algún otro trabajo aquí en su casa para ganar dinero?	
¿Qué otras cosas hace para ganar dinero?	
Si sí, ¿Por qué?	
¿En qué trabaja?	
¿Desde cuándo?	
Si no, ¿A qué se debe que no trabaje?	
¿Su esposo le pide que no trabaje?	
¿Alguna otra persona se lo impide?	
¿Alguna vez ha trabajado fuera de Tunkás?	
¿En dónde?	
¿Por qué?	
¿Cómo fue que volvió a Tunkás?	
¿Cuáles han sido los trabajos anteriores de su pareja? (tipo de ocupaciones)	
¿Dónde ha realizado cada uno?	
¿Por cuánto tiempo?	
¿Fue usted con él?	
¿Dónde vive su pareja actualmente?	
¿En qué trabaja su pareja actualmente?	

¿En dónde trabaja su pareja?	
¿Desde cuándo?	
A usted ¿Le gusta el trabajo que realiza su pareja?	
¿Por qué?	
¿Qué piensa la familia, de usted del trabajo que él tiene?	
¿Por qué?	
¿Qué piensa la familia de su pareja, del trabajo que él tiene?	
¿Por qué?	
¿Cuánto tiempo tiene de que se fue la primera vez?	
¿Cuánto tiempo tiene que se fue por última vez?	
Entonces, ¿hace cuánto que no lo ve?	
¿Por qué se fue?	
¿Lo decidieron juntos?	
¿Cómo fue?	
Si no lo decidieron juntos, ¿cómo fue entonces?	
¿Hubo alguien más que tuvo que ver en la decisión de migrar?	
¿Cómo se sintió usted con la decisión de que se fuera?	
¿Qué fue lo bueno de esa decisión y de cómo la tomaron?	
¿Qué fue lo malo de esa decisión y de cómo la tomaron?	
¿Cómo se fue? (traslado)	
¿Cómo es un día de trabajo de su pareja?	
¿Ha ido donde trabaja su pareja?	
Usted, ¿qué piensa de que los hombres o mujeres tengan que ir a trabajar a otro lugar?	

2. Sección. Pregunta	✓
Si es 'casada' o 'en unión libre', preguntarle si ésta es su primera relación de pareja	
¿Cuántas parejas ha tenido antes?	
¿Cómo era su relación con cada pareja?	
¿En dónde vivían su (s) pareja (s)?	
¿Cuánto tiempo lleva con su pareja actualmente?	
¿Se comunica con su pareja? / ¿De qué cosas habla con su pareja?	
¿Cómo?	
¿Cada cuándo?	
¿Hay cosas que usted cree que él no le platica cuando se comunican?	
¿Cómo cuáles?	
¿Por qué cree que es así?	
¿Hay cosas que usted no le platica a él?	
¿Cómo cuáles?	
¿Por qué?	
¿Cómo se lleva con su pareja?	
¿Le gustaría que siguiera siendo igual?	
¿Por qué?	
¿Le gustaría que fuera de otra forma?	

¿Cómo?	
¿Por qué?	
¿Cuáles son los problemas de pareja son los más fáciles de solucionar?	
¿Cuáles son los problemas de pareja son más difíciles de solucionar?	
¿Cómo se comunica con su pareja cuando está en casa?	
Cuando él está en casa ¿de qué hablan?	
¿Pueden hablar con facilidad, sin problemas?	
¿Usted ve a su pareja cambiado cuando llega?	
¿En qué?	
¿Cuáles son sus cambios?	
¿Cómo administran la casa?	
¿Cómo administran la casa cuando su pareja no está?	
¿Cómo se ponen de acuerdo?	
¿Cómo se toman las decisiones de la casa?	
¿Cómo se toman las decisiones de la casa cuando su pareja no está?	
¿Hay cosas que usted decide sin preguntarle?	
¿Cómo cuáles?	
¿Él está de acuerdo con eso?	
¿Hay cosas que usted decide sin preguntarle a su pareja cuando él no está en casa?	
¿Cómo cuáles?	
¿Él está de acuerdo con eso?	
¿Hay cosas que él decide sin preguntarle a usted?	
¿Cómo cuáles?	
¿Usted está de acuerdo con eso?	
¿Le gustaría que fuera de otra manera?	
¿Cómo?	
¿Hay cosas que él decide cuando no está en casa sin preguntarle a usted?	
¿Cómo cuáles?	
¿Usted está de acuerdo con eso?	
¿Le gustaría que fuera de otra manera?	
¿Cómo?	
¿Cómo se reparten las tareas fuera y dentro del hogar?	
Para usted ¿quién manda en la casa?	
¿Por qué?	
¿Qué piensa usted de esto?	
¿Está usted de acuerdo?	
¿Él está de acuerdo?	
¿Qué proyectos a futuro tienen?	

3. Sección. Preguntas	
Ahora Doña xxx, hablemos acerca de su salud como mujer, empezaremos con el tema de la menstruación: ¿Cómo aprendió lo que sabe acerca de su mes?	
¿Hay algún otro lugar u otra persona que la oriente en este tema?	
¿Tiene algún tipo de cuidados durante su mes?	
En su caso ¿cuáles?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse durante su mes?	
¿Qué piensa él de ello?	
¿Tiene o ha tenido algún problema con su mes?	
¿Cuál o cuáles?	
En su caso ¿cómo se ha atendido?	
¿A quién acude?	
¿En dónde?	
¿Solucionó el problema?	
¿Cómo?	
¿Con quién?	
¿Lleva usted registro de su mes?	
En su caso ¿dónde aprendió, quién le dijo?	
Si contestó que no ¿por qué no lleva ese registro?	
¿Su pareja está pendiente cuando le baja?	
En su caso ¿Cómo?	
Cuando él está lejos ¿está pendiente cuando le baja?	
En su caso, ¿Cómo, de qué forma?	
En caso de que él no viva regularmente en Tunkás ¿Su mes regula su actividad sexual cuando está en el pueblo?	
¿Qué piensa él de su mes?	
¿Tiene algún cuidado especial con su pareja cuando le baja?	
¿Cuáles?	
¿Cuántos embarazos ha tenido, por todos, incluyendo abortos, abortos espontáneos y nacidos muertos?	
Preguntar reacciones y /o conductas de la pareja por cada embarazo.	
¿Cómo fue su embarazo?	
¿Nació a su tiempo?	
¿Qué cuidados tiene en cada embarazo?	
¿Qué sí hace?	
¿Qué no hace?	
¿Qué come?	
¿Qué no come?	
¿Qué cuidados de higiene tiene durante su embarazo?	
¿Tiene algún cuidado especial?	
¿Fue a sus controles de embarazo?	
En caso de no, ¿por qué?	
¿Su pareja la ha acompañado a sus controles?	
¿Sus embarazos fueron planeados?	
¿Planea tener más hijos?	
¿Por qué?	
¿Ha habido cambios en sus embarazos a partir del trabajo de su pareja?	
¿Cuáles?	
¿Cómo ha sido la reacción de su pareja cuando no está?	

¿Tiene manera de saberlo?	
¿Cómo le hace?	
¿Qué otros remedios o cosas hace usted en el embarazo?	
¿A qué otras personas acude?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse en el embarazo?	
¿Tuvo información oportuna acerca de la programación de su parto?	
¿Tuvo algunos cuidados especiales para prepararse para el parto?	
¿Dónde enfermó? (en cada parto)	
¿Quién la atendió?	
¿Le programaron su parto?	
¿Su pareja estuvo al pendiente de la programación de su parto o de su preparación para éste?	
¿Cómo reaccionó él?	
¿Su pareja estuvo presente cuando enfermó?	
¿Por qué?	
En su caso ¿Cómo fue/ ha sido la reacción de su pareja cuando no estuvo presente cuando enfermó?	
¿Qué ha sido diferente desde que su pareja no está con usted?	
¿Qué otros remedios o cosas hace usted para el parto?	
¿A qué otras personas acude usted?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse para el parto?	
¿Qué cuidados tuvo después de que enfermó?	
¿Siguió la costumbre de la cuarentena?	
¿Dónde aprendió esos cuidados?	
¿Quién le dijo?	
¿Qué cuidados de higiene tiene durante su cuarentena?	
¿Tiene algún cuidado especial?	
¿Ha recurrido a la atención médica en caso de alguna molestia durante su cuarentena?	
¿Cuál fue el motivo?	
¿Qué otros remedios o cosas hace usted en la cuarentena?	
¿A qué otras personas acude?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse durante la cuarentena?	
¿Se embarazó durante su cuarentena?	
¿Cómo se comportaba su pareja durante la cuarentena?	
¿Cómo fue la reacción o el comportamiento de su pareja a pesar de la distancia durante su cuarentena?	
¿Qué ha sido diferente desde que su pareja no está con usted?	
¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoce?	
En dónde recibió información sobre estos métodos?	
¿Su pareja sabe qué métodos anticonceptivos hay?	
¿En dónde lo escuchó él?	
¿Cuáles usa?	
¿Cuáles ha usado su pareja?	
¿Le han funcionado a s pareja, si, no por qué?	
¿La higiene diaria de usted cambia cuando usa algún método?	
¿Ha recurrido a la atención médica en caso de alguna complicación con el método?	
¿La han atendido?	
¿Qué otros remedios o cosas utiliza como métodos?	

¿A qué otras personas le pide ayuda?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse?	
¿Qué métodos ha usado su pareja?	
¿Su pareja ha consultado por la complicación del uso de algún método?	
¿Cuál, qué hizo?	
¿Usa condón en sus relaciones sexuales?	
¿Quién decide el uso del condón?	
¿Por qué sí? ¿Por qué no?	
Migración internacional, nacional: ¿Qué pasa con la práctica anticonceptiva durante la ausencia del hombre?	
¿Cómo cambia la práctica anticonceptiva, cómo deciden eso en ausencia de la pareja?	
¿Sabe que es una infección de transmisión sexual?	
¿Qué sabe o qué ha escuchado del VPH?	
¿Dónde y cómo lo ha escuchado?	
¿Qué sabe o qué ha escuchado del VIH?	
¿Dónde y cómo lo ha escuchado?	
¿Sabe cómo se puede contagiar de estos virus?	
¿Alguna vez le han detectado una?	
¿Cuál?	
¿Cómo se contagió?	
¿Se curó, cómo?	
¿Se cuida del contagio de estas enfermedades?	
¿Cómo?	
¿Ha recibido atención médica por alguna infección?	
¿Cuál fue?	
¿Cómo se curó?	
¿Sabe su pareja que es una infección de transmisión sexual?	
¿Su pareja sabe qué es el VPH, el VIH?	
¿Su pareja sabe qué es el VIH?	
¿Dónde y cómo lo ha escuchado?	
¿Él sabe cómo se puede contagiar de estos virus?	
¿Su pareja se cuida donde trabaja de estos virus?	
¿Cómo?	
¿Habla de esto con su pareja?	
¿Alguna vez le han detectado alguna infección a su pareja?	
¿Su pareja ha recibido atención médica por alguna infección?	
¿Cuál, cómo se curó?	
¿Qué otras infecciones ha escuchado y qué otras cosas ha hecho para curarse, a qué otras personas ha recurrido?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse?	
¿Sabe que es el cáncer cérvico-uterino?	
¿Sabe cómo se puede desarrollar este cáncer?	
¿Sabe que es el cáncer de mama?	
¿Sabe cómo se puede desarrollar este cáncer?	
¿Dónde escuchó esta información?	
¿Sabe cómo surgen cada una de estas enfermedades?	
¿Qué cosas hace para cuidarse de estas enfermedades?	
¿Qué hace al respecto?	
¿Se realiza las autoexploraciones de senos?	



¿Asiste a sus exploraciones médicas?	
¿Recibe atención médica necesaria para estas enfermedades, ya sea para curación o prevención?	
¿Qué otras enfermedades de la salud de la mujer ha escuchado y qué otras cosas ha hecho para curarse o prevenirlas?	
¿A qué otras personas ha recurrido?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse?	
¿Qué le ha dicho su pareja acerca de estos temas?	
¿Qué cambia cuando su pareja no está?	
¿Su pareja sabe cómo surgen estas enfermedades?	
¿Cómo cuida su higiene íntima?	
¿Qué cuidados son más cómodos?	
¿Qué cuidados son más incómodos?	
¿Qué se le hace más fácil?	
¿Qué se le hace más difícil?	
¿Por qué?	
¿Qué es lo que la motiva a cuidarse?	
¿Con qué frecuencia lleva estos cuidados a cabo?	
¿Qué facilita los cuidados?	
¿Qué hace difícil los cuidados?	
¿Dónde lo aprendió?	
¿Quién se lo dijo?	
¿Qué práctica le gustaría realizar y no ha podido?	
¿Por qué?	
¿Qué piensa su pareja de las cosas que usted hace?	
¿Le pide su pareja algún cuidado especial?	
¿Ha habido cambios en la forma en que cuida su higiene a partir del trabajo de su pareja?	
¿Cuáles?	
¿Cómo se cuidaba antes de la emigración de su pareja?	
¿Cómo se cuida ahora que su pareja no está?	
¿Cuenta su servicio de salud con programas para cuidar la salud de la mujer?	
¿Cuáles?	
¿Cómo es el servicio?	
¿Cuenta con las medicinas o estudios pertinentes?	
¿Le queda lejos?	
¿Con qué frecuencia asiste?	
¿Cómo es la atención en el servicio de salud?	
¿Le resuelven sus dudas?	
¿Qué dejaría usted del servicio de salud?	
¿Está satisfecha con los servicios de salud que hay en el pueblo?	
¿Qué cambiaría usted del servicio de salud?	
¿Su pareja está de acuerdo con que usted acuda a los servicios de salud?	
¿Su pareja la acompaña a los servicios de salud?	
¿Cuándo su pareja se ausenta, qué le dice de los servicios de salud?	
¿Ha habido cambios en la forma en sus hábitos de ir a los servicios de salud a partir del trabajo de su pareja?	
¿Cuáles?	
¿Su pareja está satisfecha con los servicios para la salud que se ofrecen en el pueblo?	

¿A qué otros lugares o personas recurre para consultar?	
¿Su pareja conoce de estas cosas que hace para cuidarse?	
¿Qué cosas hace usted para el cuidado de sus relaciones sexuales?	
¿Qué cuidados son más importantes?	
¿Por qué?	
¿Qué cuidados son más cómodos?	
¿Por qué?	
¿Qué cuidados son más incómodos?	
¿Por qué?	
¿Qué se le hace más fácil?	
¿Por qué?	
¿Qué se le hace más difícil?	
¿Por qué?	
¿Qué es lo que la motiva a cuidarse?	
¿Por qué?	
¿Con qué frecuencia lleva estos cuidados a cabo?	
¿Por qué?	
¿Qué facilita los cuidados?	
¿Por qué?	
¿Qué hace difícil los cuidados?	
¿Por qué?	
¿Dónde lo aprendió?	
¿Quién se lo dijo?	
¿Qué práctica le gustaría realizar y no ha podido?	
¿Por qué?	
¿Qué decisiones toma junto con su pareja para el cuidado de su sexualidad?	
¿Qué decisiones toma usted sola, sin consultar con él?	
¿Usted le informa de sus decisiones?	
¿Qué piensa él de eso?	
¿Cómo se cuidaba antes de la emigración de su pareja?	
¿Se cuida cuando su pareja está en Tunkás?	
¿Cómo?	
¿Por qué?	
¿Cómo se cuida ahora que su pareja no está?	
¿Por qué?	
¿Ha habido cambios en sus relaciones sexuales a partir del trabajo de su pareja?	
¿Cuáles?	
¿Cómo afecta la ausencia de su pareja?	
¿Cómo lo han solucionado?	
¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de esto?	
¿Qué se imagina en función de la salud y bienestar de usted? ¿Por qué?	
¿Cómo cree que es la conducta sexual de su pareja cuando está fuera?	
¿Piensa Ud. que su pareja tiene relaciones sexuales con otras personas en Quintana Roo (o en Estados Unidos)?	
¿Qué piensa de la conducta de su pareja? (en caso de que responda si se va con otra mujer)	
¿Cuál es la conducta sexual de usted en ausencia de su pareja?	
¿Hay alguna otra cosa que no le haya preguntado que quisiera decir?	
¿Qué le pareció la entrevista?	

# ANEXO 2

Guía de entrevista para interlocutores clave.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL-UNIDAD MÉRIDA

Departamento de Ecología Humana  
Laboratorio de Somatología

Autocuidado en salud sexual y reproductiva de mujeres en contextos migratorios. El caso de Tunkás, Yucatán, México.

Guía de entrevista sobre el autocuidado en salud sexual y reproductiva de los interlocutores clave.

**Datos generales:**

Nombre de la entrevistada: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ No. de entrevista: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Hora de la entrevista: \_\_\_\_\_  
Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Obtener información acerca del autocuidado de las mujeres e información del contexto migratorio del municipio.

**Objetivos específicos:**

- Conocer a través de los interlocutores clave aspectos de la salud sexual y reproductiva, así como los servicios de salud que ofrecen para las mujeres del municipio.
- Obtener información sobre la perspectiva que tienen los interlocutores del contexto migratorio del municipio.

**Introducción:** Primero quiero agradecerle su tiempo para realizar esta plática. Le recuerdo que mi nombre es Teresa Chan, soy estudiante de Cinvestav, en Mérida y estoy trabajando en mi tesis de maestría. Me interesa saber cómo las mujeres que tienen un pareja emigrante (ya sea en Quintana Roo o Estados Unidos) o cuyo pareja trabaja y vive regularmente en Tunkás, hacen diferentes cosas o actividades para mantener su salud como mujer. Además de entrevistar a las mujeres, decidí invitar a ustedes, que como servidores del centro de salud me pueden brindar información del autocuidado, ideas y prácticas de las mujeres, así como de los servicios que ofrece el centro de salud para la atención a la salud de la mujer. En la primera parte de la entrevista realizaré preguntas acerca del contexto migratorio y su relación con la salud de la mujer, posteriormente realizaré preguntas específicas acerca de la salud de la mujer y su papel como promotor de la salud. Si alguna pregunta no le queda clara me lo puede decir para explicarla mejor,

incluso si alguna le incomoda puede no contestarla. Tal vez sea una plática larga, pero podemos interrumpir y continuarla otro día para completar la plática ¿está de acuerdo?

<b>Enfermera</b>	✓
¿Qué piensa sobre la emigración masculina y su impacto sobre la salud de la mujer?	
¿Tiene la emigración masculina algún efecto sobre el ASSR?	
En su caso ¿cuál o cuáles son los principales efectos?	
¿Cómo es la participación en ASSR de las mujeres y los hombres en los distintos contextos migratorios? Preguntar diferencias en Tunkás, Q. Roo y EU.	
¿Aparece el tema de la migración en las consultas?	
¿De qué manera?	
¿Por qué lo cree así?	
¿Es diferente para cada contexto?	
¿De qué manera?	
¿Por qué cree que es así?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante su menstruación?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿La menstruación regula la actividad sexual?	
¿Lo hace dependiendo del contexto migratorio?	
¿Cuáles son las prácticas y creencias que conoce de las mujeres durante su embarazo? (alimentación, trabajo, actividad sexual, hábitos)	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Ha habido casos de abortos voluntarios?	
¿Qué tan frecuentes son?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Cree que la migración del esposo influye en la planificación familiar?	
¿Cómo?	
¿Por qué?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para el parto?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres qué creencias tienen?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen a la hora del parto?	

¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante el puerperio?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres siguen alguna creencia?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen sobre el puerperio?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la utilización de los métodos?	
¿Qué tan frecuente es el uso de cada método?	
¿Qué métodos son los más utilizados?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia sobre algún método o cada uno de los métodos?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada método?	
¿Influyen los diferentes contextos migratorios en la utilización de los métodos?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención o durante la el VPH, VIH/SIDA, otras infecciones?	
¿Qué tan frecuente es cada una de ellas? (preguntar por cada enfermedad reportada)	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia para alguna infección?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada infección? (si ellos contagiaron o no)	
¿Piensa que el contexto migratorio influye en la ITS? Preguntar el caso de Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos	
¿Cómo influye?	
¿Qué tan frecuente es este cáncer?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la prevención o para tratar el cáncer?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual	

con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer de mama?	
¿Cómo?	
¿Qué tan frecuente es?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención y tratamiento?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer cérvico-uterino?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas de higiene de las mujeres?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la higiene?	
¿Influyen los contextos migratorios en la higiene de la mujer?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son los lugares a los que las mujeres acuden?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Cuáles son las funciones de la partera?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, de sus conductas con respecto a los servicios de salud y la partera?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema de salud de la mujer?	
¿Se han hecho modificaciones o mejoras a los programas en especial a los de salud de la mujer?	
¿Dan consultas en lengua maya?	
¿Por qué?	
¿El contexto migratorio afecta los sitios de servicios de salud para la mujer?	
¿Cómo?	
¿Qué reportan las mujeres acerca de sus prácticas sexuales?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la sexualidad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres?	

¿Cómo?	
¿Qué le pareció la entrevista?	
¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

<b>Empleada de farmacia</b>	✓
¿Qué piensa sobre la emigración masculina y su impacto sobre la salud de la mujer?	
¿Para usted, cuáles son los principales impactos en el ASSR de la emigración masculina?	
En su caso ¿cuál o cuáles son los principales efectos?	
¿Cómo es la participación en ASSR de las mujeres y los hombres en los distintos contextos migratorios? Preguntar diferencias en Tunkás, Q. Roo y EU.	
¿Se hace presente el tema de la migración en las consultas? ¿De qué manera? ¿Por qué lo cree así?	
¿De qué manera?	
¿Por qué lo cree así?	
¿Es diferente para cada contexto?	
¿De qué manera?	
¿Por qué cree que es así?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante su menstruación?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las medicinas que se surten?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿La menstruación regula la actividad sexual?	
¿Lo hace dependiendo del contexto migratorio?	
¿Cuáles son las prácticas y creencias que conoce de las mujeres durante su embarazo? (alimentación, trabajo, actividad sexual, hábitos)	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Ha habido casos de abortos voluntarios?	
¿Qué tan frecuentes son?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las medicinas que se surten?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Cree que la migración del esposo influye en la planificación familiar?	
¿Cómo?	
¿Por qué?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para el parto?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres qué creencias tienen?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las medicinas que se surten?	



¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen a la hora del parto?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante el puerperio?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres siguen alguna creencia?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las medicinas que se surten?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen sobre el puerperio?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la utilización de los métodos?	
¿Qué tan frecuente es el uso de cada método?	
¿Qué métodos son los más utilizados?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia sobre algún método o cada uno de los métodos?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada método?	
¿Influyen los diferentes contextos migratorios en la utilización de los métodos?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención o durante la el VPH, VIH/SIDA, otras infecciones?	
¿Qué tan frecuente es cada una de ellas? (preguntar por cada enfermedad reportada)	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia para alguna infección?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las medicinas que se surten?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada infección? (si ellos contagiaron o no)	
¿Piensa que el contexto migratorio influye en la ITS? Preguntar el caso de Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos	
¿Cómo influye?	
¿Qué tan frecuente es este cáncer?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la prevención o para tratar el cáncer?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	

¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer de mama?	
¿Cómo?	
¿Qué tan frecuente es?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención y tratamiento?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Cuáles son las principales medicinas que se surten?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer cérvico-uterino?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas de higiene de las mujeres?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la higiene?	
¿Influyen los contextos migratorios en la higiene de la mujer?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son los lugares a los que las mujeres acuden?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Cuáles son las funciones de la partera?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, de sus conductas con respecto a los servicios de salud y la partera?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema de salud de la mujer?	
¿Se han hecho modificaciones o mejoras a los programas en especial a los de salud de la mujer?	
¿Dan consultas en lengua maya?	
¿Por qué?	
¿El contexto migratorio afecta los sitios de servicios de salud para la mujer?	
¿Cómo?	
¿Qué reportan las mujeres acerca de sus prácticas sexuales?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	

¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la sexualidad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres?	
¿Cómo?	
¿Qué le pareció la entrevista?	
¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

<b>Médico</b>	✓
Desde su punto de vista y con la estancia que ha tenido en la comunidad ¿Qué piensa sobre la emigración masculina y su impacto sobre la salud de la mujer?	
¿Para usted, cuáles son los principales impactos en el ASSR de la emigración masculina?	
¿Cómo es la participación en ASSR de las mujeres y los hombres en los distintos contextos migratorios? Preguntar diferencias en Tunkás, Q. Roo y EU.	
¿Se hace presente el tema de la migración en las consultas? ¿De qué manera? ¿Por qué lo cree así?	
¿De qué manera?	
¿Por qué lo cree así?	
¿Es diferente para cada contexto?	
¿De qué manera?	
¿Por qué cree que es así?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante su menstruación?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿La menstruación regula la actividad sexual?	
¿Lo hace dependiendo del contexto migratorio?	
¿Cuáles son las prácticas y creencias que conoce de las mujeres durante su embarazo? (alimentación, trabajo, actividad sexual, hábitos)	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Ha habido casos de abortos voluntarios?	
¿Qué tan frecuentes son?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Cree que la migración del esposo influye en la planificación familiar?	
¿Cómo?	
¿Por qué?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para el parto?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres qué creencias tienen?	

¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen a la hora del parto?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante el puerperio?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres siguen alguna creencia?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué medicinas se recetan?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Los diferentes contextos migratorios influyen sobre el puerperio?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la utilización de los métodos?	
¿Qué tan frecuente es el uso de cada método?	
¿Qué métodos son los más utilizados?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia sobre algún método o cada uno de los métodos?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada método?	
¿Influyen los diferentes contextos migratorios en la utilización de los métodos?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención o durante la el VPH, VIH/SIDA, otras infecciones?	
¿Qué tan frecuente es cada una de ellas? (preguntar por cada enfermedad reportada)	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia para alguna infección?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada infección? (si ellos contagiaron o no)	
¿Piensa que el contexto migratorio influye en la ITS? Preguntar el caso de Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos	
¿Cómo influye?	
¿Qué tan frecuente es este cáncer?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la prevención o para tratar el cáncer?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	

¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer de mama?	
¿Cómo?	
¿Qué tan frecuente es?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención y tratamiento?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el cáncer cérvico-uterino?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son las prácticas de higiene de las mujeres?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué se receta?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la higiene?	
¿Influyen los contextos migratorios en la higiene de la mujer?	
¿Cómo?	
¿Cuáles son los lugares a los que las mujeres acuden?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Cuáles son las funciones de la partera?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, de sus conductas con respecto a los servicios de salud y la partera?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema de salud de la mujer?	
¿Se han hecho modificaciones o mejoras a los programas en especial a los de salud de la mujer?	
¿Dan consultas en lengua maya?	
¿Por qué?	
¿El contexto migratorio afecta los sitios de servicios de salud para la mujer?	
¿Cómo?	
¿Qué reportan las mujeres acerca de sus prácticas sexuales?	
¿Cuáles son las creencias?	

¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué programas tienen o qué servicios ofrecen para el tema?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la sexualidad?	
¿Influyen los contextos migratorios en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres?	
¿Cómo?	
¿Qué le pareció la entrevista?	
¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

<b>Partera</b>	✓
¿Cómo se inició como partera?	
¿Cuántos años lo lleva realizando?	
¿Por qué decidió ser partera?	
¿Dónde lo aprendió?	
¿Qué servicios ofrece?	
Precios	
¿Cuáles han sido sus facilidades para ejercer?	
¿Cuáles han sido los principales problemas?	
¿Habla maya?	
¿Ha dado servicios en maya?	
¿Le enseña a alguien para que aprenda a ser partera?	
¿Qué piensa sobre la emigración masculina y su impacto sobre la SSR?	
¿Para usted, cuáles son los principales impactos en el ASSR de la emigración masculina?	
¿Cómo es la participación en ASSR de las mujeres y los hombres en los distintos contextos migratorios?	
Preguntar diferencias en Tunkás, Q. Roo y EU.	
¿Se hace presente el tema de la migración en las consultas?	
¿De qué manera?	
¿Por qué lo cree así?	
¿Es diferente para cada contexto?	
¿De qué manera?	
¿Por qué cree que es así?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante su menstruación?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿La menstruación regula la actividad sexual dependiendo del contexto migratorio?	
¿Cuáles son las prácticas y creencias que conoce de las mujeres durante su embarazo (alimentación, trabajo, actividad sexual, hábitos)?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Ha habido casos de abortos voluntarios?	
¿Qué tan frecuentes son?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	

¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Cree que la migración del esposo influye en la planificación familiar?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para el parto?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres qué creencias tienen?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres?	
¿Cómo es el impacto a la hora del parto en los diferentes contextos migratorios?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres durante el puerperio?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres siguen alguna creencia?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a este período?	
¿Qué impacto tienen los diferentes contextos migratorios en esta etapa de la mujer?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la utilización de los métodos?	
¿Qué métodos son los más utilizados?	
¿Qué tan frecuente es el uso de cada método?	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia sobre algún método o cada uno de los métodos?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada método?	
¿Cómo influyen los diferentes contextos migratorios en la utilización de los métodos?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención o durante la el VPH, VIH/SIDA, otras infecciones?	
¿Qué tan frecuente es cada una de ellas? (preguntar por cada enfermedad reportada)	
¿Cuáles son las creencias?	
¿Los hombres tienen alguna creencia para alguna infección?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a cada infección? (si ellos contagiaron o no)	
¿Piensa que el contexto migratorio influye en la ITS? Preguntar el caso de Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos	
¿Qué tan frecuente es este cáncer?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce de las mujeres para la prevención o para tratar el cáncer?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	

¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Cómo influyen los contextos migratorios en el cáncer de mama?	
¿Qué tan frecuente es?	
¿Cuáles son las prácticas que conoce para la prevención y tratamiento?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a esta enfermedad?	
¿Cómo influyen los contextos migratorios en el cáncer cérvico-uterino?	
¿Cuáles son las prácticas de higiene de las mujeres?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Qué receta, cuál es el tratamiento?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, cuál es su conducta sexual con respecto a la higiene?	
¿Cómo influyen los contextos migratorios en la higiene de la mujer?	
¿Cuáles son los lugares a los que las mujeres acuden?	
¿Cuáles son las funciones de la partera?	
¿Cuáles son las creencias de las mujeres?	
¿De los hombres?	
¿Cuáles son los principales motivos de consulta?	
¿Dan consultas en lengua maya?	
¿Por qué?	
¿Qué hacen los hombres con respecto al tema?	
¿Qué dicen las mujeres acerca de la opinión de los hombres, de sus conductas con respecto a los servicios de salud y la partera?	
¿Cómo influyen los contextos migratorios en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres?	

<b>Autoridad municipal</b>	✓
¿Qué puesto tiene?	
¿Hace cuánto tiempo que tiene el puesto?	
¿Qué funciones desempeña?	
¿Cómo es la migración en el municipio?	
¿Considera que es de importancia?	
¿Por qué?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Tunkás?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Quintana Roo y Estados Unidos?	
¿A qué otros lugares van?	
¿Cómo ha sido la historia migratoria del municipio? Pasado, presente, futuro.	



¿Cuál es la situación actual?	
¿Cómo siguen en comunicación?	
¿Cómo involucran a los migrantes en la comunidad?	
¿Hay programas en el municipio que apoyen a los migrantes?	
¿Qué acciones ha propuesto o qué iniciativas?	
¿Qué piensa de las mujeres y la situación dependiendo del contexto migratorio? Preguntar para Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos.	
¿Qué piensa de la situación de los hijos?	
¿Cuál es su opinión personal acerca de la migración en el municipio?	
¿Algún caso que le llame la atención de alguna familia?	
-Hacer pregunta de mi tema de tesis (¿Cómo cree que influye el contexto migratorio en la salud de la mujer, preguntar para cada contexto)	
¿Qué le pareció la entrevista? ¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

<b>Directora</b>	✓
¿Hace cuánto que tiene el puesto?	
¿Qué funciones desempeña dentro de la escuela como fuera?	
¿Qué sabe de la migración en el municipio?	
¿Considera que es de importancia? ¿Por qué?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Tunkás?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Quintana Roo y Estados Unidos?	
¿A qué otros lugares se van?	
¿Cómo ha sido la historia migratoria del municipio? Pasado, presente, futuro.	
¿Cuál es la situación actual?	
¿Cómo siguen en comunicación?	
¿Cómo involucran a los migrantes en la comunidad?	
¿Hay programas en el municipio que apoyen a los migrantes?	
¿Qué acciones ha propuesto o qué iniciativas?	
¿Qué piensa de las mujeres y la situación dependiendo del contexto migratorio? Preguntar para Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos.	
¿Qué piensa de la situación de los hijos?	
¿Cuál es su opinión personal acerca de la migración en el municipio?	
¿Algún caso que le llame la atención de alguna familia?	
-Hacer pregunta de mi tema de tesis (¿Cómo cree que influye el contexto migratorio en la salud de la mujer, preguntar para cada contexto)	
¿Qué le pareció la entrevista? ¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

<b>Maestra (o)</b>	✓
¿Hace cuánto que tiene el puesto?	
¿Qué funciones desempeña?	
¿Hace cuánto tiempo que vive en el municipio?	
¿Qué sabe de la migración en el municipio?	
¿Considera que es de importancia? ¿Por qué?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Tunkás?	
¿A qué se dedican los hombres que trabajan en Quintana Roo y Estados Unidos?	
¿A qué otros lugares se van?	
¿Cómo ha sido la historia migratoria del municipio? Pasado, presente, futuro.	

¿Cuál es la situación actual?	
¿Cómo siguen en comunicación?	
¿Cómo involucran a los migrantes en la comunidad?	
¿Hay programas en el municipio que apoyen a los migrantes?	
¿Qué acciones ha propuesto o qué iniciativas?	
¿Qué piensa de las mujeres y la situación dependiendo del contexto migratorio? Preguntar para Tunkás, Quintana Roo y Estados Unidos.	
¿Qué piensa de la situación de los hijos?	
¿Cuál es su opinión personal acerca de la migración en el municipio?	
¿Algún caso que le llame la atención de alguna familia?	
-Hacer pregunta de mi tema de tesis (¿Cómo cree que influye el contexto migratorio en la salud de la mujer, preguntar para cada contexto)	
¿Qué le pareció la entrevista? ¿Quisiera agregar algo más que no le haya preguntado?	

# ANEXO 3

Consentimiento informado para mujeres.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL-UNIDAD MÉRIDA  
Departamento de Ecología Humana

Proyecto: Autocuidado para la salud sexual y reproductiva de mujeres en contextos migratorios. El caso de Tunkás, Yucatán, México.

Consentimiento informado

Mi nombre es Teresa de Jesús Chan Mex, estudiante del Departamento de Ecología Humana de la Unidad Mérida del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (Cinvestav) del Instituto Politécnico Nacional y estoy obteniendo información para mi tesis de maestría.

Estoy llevando al cabo un estudio sobre autocuidado y salud sexual y reproductiva con mujeres que viven en Tunkás. Si usted me lo permite, le haré unas preguntas sobre usted y su familia y la forma en que usted cuida de su salud como mujer.

Usted me puede decir lo que piensa con confianza; en caso de que alguna pregunta sea incómoda para usted puede no contestarla. En cualquier momento en que le desee usted puede dar por terminada la entrevista, sin consecuencias negativas para usted.

Los datos personales y la información que usted nos proporcione serán tratados de manera confidencial y usados con fines académicos y estadísticos. No será compartida ni dada a conocer a persona alguna de la comunidad en forma que permita identificarla a usted. Los datos personales solicitados servirán para hacer contacto con usted en caso de que yo necesite conversar más en el futuro.

El estudio tiene fines académicos para aprender sobre las experiencias de las mujeres en la comunidad y puede ser útil para atender cuestiones de salud y bienestar de ellas y sus familias. El estudio no tiene conexión con instituciones de gobierno, partidos políticos ni organizaciones religiosas. Sólo los que realizamos el estudio tendremos acceso a esta información, que se usará con fines estadísticos y se manejará de manera estrictamente confidencial; en ningún informe, publicación o presentación de los resultados de esta investigación se usarán nombre ni otras características personales de las participantes que permita identificarlas personalmente. Para protección de la

información que Usted nos proporcione se seguirán las leyes mexicanas al respecto, así como las normas habituales de los grupos de investigación.

La entrevista podría ser prolongada, por lo que posiblemente sean dos conversaciones o más en momentos diferentes y cuando usted se encuentre disponible.

Si usted tiene alguna pregunta, duda o preocupación relacionada con su participación en el estudio puede llamarme al celular 99 91 90 49 97 o escribirme al correo electrónico: [teresachan@mda.cinvestav.mx](mailto:teresachan@mda.cinvestav.mx).

Si usted desea comunicarse con el investigador del Cinvestav involucrado en el estudio para aclarar alguna duda puede dirigirse al Dr. Federico Dickinson investigador titular del Departamento de Ecología Humana, al teléfono 999 942-94-13, al correo electrónico [dickinso@mda.cinvestav.mx](mailto:dickinso@mda.cinvestav.mx) o al fax 999 981-46-70.

Si usted quiere puede solicitar a mí o al Dr. Dickinson una copia de este documento, que se mantendrá en los registros del proyecto.

He leído y comprendido la información anterior por lo que otorgo mi consentimiento para participar en él.

---

Nombre (en letra de molde)

---

Firma de consentimiento

Testigo

Testigo

---

Nombre y firma

---

Nombre y firma

---

Relación con la participante

---

Relación con la participante

# ANEXO 4

Consentimiento informado para interlocutores clave.



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL-UNIDAD MÉRIDA  
Departamento de Ecología Humana

Proyecto: Autocuidado para la salud sexual y reproductiva de mujeres en contextos migratorios. El caso de Tunkás, Yucatán, México.

Consentimiento informado

Mi nombre es Teresa de Jesús Chan Mex, estudiante del Departamento de Ecología Humana de la Unidad Mérida del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (Cinvestav) del Instituto Politécnico Nacional y estoy obteniendo información para mi tesis de maestría.

Estoy llevando al cabo un estudio sobre autocuidado y salud sexual y reproductiva con mujeres que viven en Tunkás. Si usted me lo permite, le haré unas preguntas sobre el municipio para tener más conocimiento de lo que ocurre en éste. Usted me puede decir lo que piensa con confianza; en caso de que alguna pregunta sea incómoda para usted puede no contestarla. En cualquier momento en que le desee usted puede dar por terminada la entrevista, sin consecuencias negativas para usted.

Los datos personales y la información que usted nos proporcione serán tratados de manera confidencial y usados con fines académicos y estadísticos. No será compartida ni dada a conocer a persona alguna de la comunidad en forma que permita identificarla (o). Los datos personales solicitados servirán para hacer contacto con usted en caso de que yo necesite conversar más en el futuro.

El estudio tiene fines académicos para aprender sobre las experiencias de las mujeres en la comunidad y puede ser útil para atender cuestiones de salud y bienestar de ellas y sus familias. El estudio no tiene conexión con instituciones de gobierno, partidos políticos ni organizaciones religiosas. Sólo los que realizamos el estudio tendremos acceso a esta información, que se usará con fines estadísticos y se manejará de manera estrictamente confidencial; en ningún informe, publicación o presentación de los resultados de esta investigación se usarán nombre ni otras características personales de las y los participantes que permita identificarlas (os) personalmente. Para protección de la información que Usted nos proporcione se seguirán las leyes mexicanas al respecto, así como las normas habituales de los grupos de investigación.

La entrevista podría ser prolongada, por lo que posiblemente sean dos conversaciones o más en momentos diferentes y cuando usted se encuentre disponible.

Si usted tiene alguna pregunta, duda o preocupación relacionada con su participación en el estudio puede llamarme al celular 99 91 90 49 97 o escribirme al correo electrónico: [teresachan@mda.cinvestav.mx](mailto:teresachan@mda.cinvestav.mx).

Si usted desea comunicarse con el investigador del Cinvestav involucrado en el estudio para aclarar alguna duda puede dirigirse al Dr. Federico Dickinson investigador titular del Departamento de Ecología Humana, al teléfono 999 942-94-13, al correo electrónico [dickinso@mda.cinvestav.mx](mailto:dickinso@mda.cinvestav.mx) o al fax 999 981-46-70.

Si usted quiere puede solicitar a mí o al Dr. Dickinson una copia de este documento, que se mantendrá en los registros del proyecto.

He leído y comprendido la información anterior por lo que otorgo mi consentimiento para participar en él.

---

Nombre (en letra de molde)

---

Firma de consentimiento

Testigo

Testigo

---

Nombre y firma

---

Nombre y firma

---

Relación con la participante

---

Relación con la participante



# ANEXO 5

Práctica en salud sexual y reproductiva.

Prácticas y factores de las mujeres de autocuidado en salud sexual y reproductiva con base en conceptos de Orem (2001)

Salud sexual y reproductiva	Práctica	Autocuidado	Factores condicionantes	Género
Menstruación	No tienen relaciones sexuales.	Sí ejercen.	Según el saber popular, respaldado por parteras y madres de familia, al tener relaciones sexuales durante la menstruación se pueden desarrollar quistes, en caso de que la sangre se una con el esperma. Las relaciones sexuales se reinician días después de terminar el período.	Es una forma de prevención de la enfermedad, de satisfacción de necesidades emocionales, de mayor comodidad y de cumplimiento con normas culturales; un tiempo que los hombres deben respetar.
Embarazo	No tienen relaciones sexuales, sobre todo en los últimos meses. Acuden a partera.	Sí ejercen.	Según el saber popular tener relaciones sexuales puede dañar al bebé. Las mujeres confían en la partera y se sienten seguras con ella.	Es una forma de prevención, satisfacción de necesidades emocionales, de mayor comodidad y de cumplimiento con normas culturales; un tiempo que los hombres deben respetar.
Puerperio	Tienen relaciones sexuales.	No ejercen.	Según el saber popular la cuarentena es para evitar las relaciones sexuales, mientras las mujeres se recuperan del parto, sin embargo, acceden a tener relaciones sexuales.	Las mujeres aceptan tener relaciones sexuales. Los hombres piensan que ellas no se pueden embarazar y, en caso de ser parto natural, el proceso de recuperación es más rápido.

Continúa

Prácticas y factores de las mujeres de autocuidado en salud sexual y reproductiva con base en conceptos de Orem (2001)

Salud sexual y reproductiva	Práctica	Autocuidado	Factores condicionantes	Género
Uso de métodos anticonceptivos	Cuando el hombre no está, ellas no los utilizan; cuando el hombre regresa, él decide qué método usará la mujer.	No ejercen plenamente.	Cuando el hombre está en Estados Unidos la mujer pueda decidir sobre su cuerpo; a su regreso, el hombre elegirá el método a usar. Al no protegerse la mujer corre riesgo de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.	El control del hombre sobre la reproducción es un obstáculo para la libre decisión de la mujer.
Aborto	Recurren a automedicación (píldora del día siguiente) o a parteras para abortar en las primeras semanas de embarazo.	No ejercen plenamente o de manera correcta.	Conocen algunos métodos para abortar, y los utilizan de forma frecuente algunas veces sin los medios higiénicos, vigilancia o control.	El control masculino de la reproducción limita la toma de decisión de las mujeres.
Infecciones vaginales	No recurren a tratamiento para la infección durante el embarazo y si lo hacen, es mediante la automedicación para aliviar los síntomas.	No ejercen plenamente o de manera correcta.	Falta de información acerca de las consecuencias de las infecciones vaginales, en especial en el embarazo.	Las mujeres se automedican para aliviar las molestias de las infecciones para que puedan tener relaciones con su pareja y estén limpias.

Continúa

Prácticas y factores de las mujeres de autocuidado en salud sexual y reproductiva con base en conceptos de Orem (2001) (Termina)

Salud sexual y reproductiva	Práctica	Autocuidado	Factores condicionantes	Género
Atención a la salud	Acuden a consultar con doctoras y parteras para sentirse más confiadas y cómodas. No acuden a su servicio médico si está en otra ciudad.	Sí ejercen.	Si pueden pagar atención médica particular, prefieren ser atendidas por una mujer, ya que sienten menos pudor, se sienten más cómodas (en caso de que en el municipio no haya médica).	En la mayoría de los casos, por pudor y mantener su intimidad; algunas veces, buscan evitar que sus parejas se enojen porque acudan con un médico (hombre). En caso de que su seguro social no esté en Tunkás es difícil el acceso a consultas.
Disfrute de la vida sexual	Se rehúsan a tener relaciones sexuales con su pareja cuando no las desean.	Sí ejercen.	Algunas veces, cuando el hombre está en Quintana Roo, la distancia y el estilo de vida pueden afectar.	Algunas veces, el hombre se enoja porque ella se niega a tener relaciones sexuales.
Prevención de enfermedades • Cáncer cérvico-uterino • Cáncer de mama	Las mujeres se realizan sus exámenes periódicamente (Papanicolaou, exploración de senos, autoexploración de senos).	Sí ejercen.	La prevención de la enfermedad y el miedo de tener cáncer hace que las mujeres se realicen sus exámenes periódicamente. Aún falta difusión sobre lo que implica la enfermedad.	Hay disponibilidad y posibilidad para realizar exámenes; si el aspecto económico lo permite, acuden a consultas particulares, por comodidad y las mujeres prefieren que las atiendan médicas.