

Mujeres compañeras de migrantes: imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva

Migrants' female partners: social image and the search for sexual and reproductive health services

Sandra C. Ochoa-Marín¹, Sergio Cristancho-Marulanda² y
José Rafael González-López³

1 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. cochoa@insp.mx

2 Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. University of Illinois College of Medicine at Rockford, USA. scrista@uic.edu

3 Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla. España. joserafael@us.es

Recibido 6 Septiembre 2010/Enviado para Modificación 2 Abril 2011/Aceptado 8 Abril 2011

RESUMEN

Objetivo Analizar la autoimagen e imagen social de las mujeres compañeras de migrantes (MCM) y su relación con la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en comunidades con alto índice de intensidad migratoria a Estados Unidos de América (EUA).

Método Entre octubre de 2004 y mayo de 2005 se realizaron 60 entrevistas en profundidad a MCM y 19 entrevistas semiestructuradas a integrantes de sus familias, 14 representantes de organizaciones sociales, 10 representantes de los servicios de salud y 31 hombres y mujeres residentes de la comunidad.

Resultados La autoimagen e imagen social de las MCM es de mujeres “desprotegidas”, “solas”, “sin pareja sexual” y por lo tanto inactivas sexualmente. En consecuencia “no deben padecer ITS, usar anticonceptivos, ni embarazarse” cuando su compañero está en EUA. La búsqueda de servicios de SSR se encuentra relacionada con la autoimagen, la imagen social y el comportamiento esperado de estas mujeres predominando la noción de control familiar o social, la cual está relacionada con sus condiciones de convivencia o no con familiares.

Conclusiones Las MCM que conviven con su familia o la de su compañero son sujeto de mayor control “familiar” para buscar servicios de SSR. Por el contrario, las MCM que viven solas son sujeto de mayor control “social” sobre este proceso. La autoimagen e imagen social de mujeres inactivas sexualmente parece incidir en el comportamiento social de estas mujeres y puede constituirse en un obstáculo para la búsqueda oportuna de servicios de SSR en comunidades con alta intensidad migratoria.

Palabras Clave: Migración internacional, identidad de género, servicios de salud reproductiva (*fuentes:* DeCS).

ABSTRACT

Objective Analysing the self-image and social image of migrants' female partners (MFP) and their relationship with the search for sexual and reproductive health services (SRHS) in communities having a high US migratory intensity index.

Methods 60 MFP were subjected to in-depth interviews between October 2004 and May 2005 and 19 semi-structured interviews were held with members of their families, 14 representatives from social organisations, 10 health service representatives and 31 men and women residing in the community.

Results MFP self-image and social image regards women as being "vulnerable", "alone", "lacking sexual partner" and thus being sexually inactive. Consequently, "they must not contract *sexually-transmitted diseases* (STD), use contraceptives or become pregnant" when their partners are in the USA. The search for SRHS services was found to be related to self-image, social image and the notion of family or social control predominated in the behaviour expected for these women which, in turn, was related to conditions regarding their coexistence (or not) with their families.

Conclusions MFP living with their family or their partner's family were subject to greater "family" control in their search for SRHS services. On the contrary, MFP living alone were subjected to greater "social" control over such process. Sexually-inactive women's self-image and social image seems to have a bearing on such women's social behaviour and could become an obstacle to the timely search for SRHS services in communities having high migratory intensity.

Key Words: International migration, gender identity, reproductive health service (source: MeSH, NLM).

La migración de hombres hacia EUA es un fenómeno frecuente en muchas regiones de México, situación que ocasiona cambios en las comunidades de origen, que van desde aspectos económicos y culturales (1), hasta la recomposición de las relaciones familiares y comunitarias (2). Frente al proceso migratorio de los hombres, las mujeres que se quedan en las comunidades enfrentan nuevas exigencias sociales que se evidencian en el cambio de roles y de status frente a su comunidad (3) aspectos que pudieran afectar la imagen social construida por ellas y su comunidad y por ende la búsqueda de servicios de salud.

Goffman (4) señala que la imagen social es "la manera como un individuo se presenta y presenta sus actividades ante los otros". Esta imagen compromete una determinada forma de actuar y define el comportamiento social, es decir: "las cosas que puede y no puede hacer un sujeto en la interacción social"; a su vez, regula el comportamiento que responde a lo socialmente esperado y aceptado por el grupo al que se pertenece.

La imagen social descrita por Goffman (5) conecta los conceptos de identidad personal y social. Este último como el conjunto de percepciones acerca de quiénes somos en relación con nosotros mismos, los otros y los sistemas sociales, por lo que la imagen social varía según los contextos sociales y culturales de la comunidad a la que se pertenece.

Heider (6) introduce el concepto de imagen social como elemento explicativo de la conducta social y de las relaciones interpersonales. La imagen social tiene una gran importancia, para comprender el contenido de los discursos sociales alrededor de un fenómeno, para develar explicaciones y significados de algunos comportamientos y para analizar ciertos elementos de la realidad social. La organización social, la familia y otras formas de grupo están basadas en el consenso y la formación de significados acerca de fenómenos relevantes para la gente (7).

La aplicación de esta categoría en salud, es escasa y considera los temas relacionados con la imagen corporal (8), los trastornos de la alimentación (9), la discapacidad (10), y los procesos de envejecimiento (11) entre otros. Sin embargo, no se encuentran estudios sobre la imagen social en comunidades con alto índice de migración hacia EUA y su relación con la búsqueda de servicios de salud.

Diversos autores han mostrado diferencias de género en los procesos de búsqueda y acceso de servicios de salud que ponen en desventaja a las mujeres por el lugar que ocupa en la estructura de grupo, su papel en la familia, y los roles asociados a lo femenino (12) el control para la toma de decisiones, y su condición socioeconómica (13), elementos que determinan las condiciones en que la mujer puede hacer uso de los servicios de salud.

Este trabajo analiza cómo influye la imagen social de las MCM (construida por ellas mismas, miembros de la familia, residentes de la comunidad, y actores clave de las instituciones sociales y de los servicios de salud) en su comportamiento y en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo durante los meses de octubre de 2004 a julio de 2005, en una comunidad urbana y otra rural del Estado de Morelos, México, incluido dentro de las regiones con alta intensidad migratoria internacional (14).

El contacto con las mujeres se hizo a través de: las personas clave de la comunidad (ayudantes municipales y promotores de salud); las charlas de salud de los centros de salud de las comunidades; y aplicando la técnica de “bola de nieve”.

Para las MCM se consideraron los siguientes criterios de selección: ser residentes de las comunidades, mayores de 18 años de edad, con pareja en los EUA o cuya pareja hubiera regresado a la comunidad en un término no mayor a cinco años; y que aceptaran participar libremente en el estudio. Se entrevistaron 60 MCM de las cuales 28 residían en la comunidad rural y el resto en la comunidad urbana; se les informó sobre el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado. El número de entrevistas se determinó bajo el criterio de saturación teórica (15).

El contacto con los integrantes de la familia de las mujeres se hizo a través de las mismas mujeres entrevistadas; correspondía a personas de su familia, a quienes solicitaban algún tipo de apoyo o ayuda para resolver sus problemas, de esta forma se seleccionaron 19 miembros de la familia. En general estos corresponden a mujeres con un nivel bajo de escolaridad y se dedican a actividades del hogar.

También se entrevistó a 10 actores clave de los servicios de salud y a 14 líderes de organizaciones sociales y comunitarias, de estos la mitad terminó estudios de licenciatura, la otra mitad estudio alguna carrera técnica o sólo la primaria. Los actores clave de los servicios de salud, corresponden a médicos, enfermeras, parteras y promotores de salud de los centros de salud.

Para analizar el contexto comunitario se entrevistaron 31 hombres y mujeres residentes en la comunidad y no relacionados directamente con las mujeres entrevistadas los cuales en su mayoría presentan bajo nivel de escolaridad y se dedican al trabajo informal agrícola o a las labores domésticas (40,5 %).

En las entrevistas se exploró la imagen social de las mujeres como compañeras de hombres que migran hacia los EUA, (cómo se ven ellas mismas y cómo son vistas por los demás) y el comportamiento esperado (lo que ellas sienten que deben hacer y lo que los demás piensan que ellas deben hacer), así como su relación con la búsqueda de servicios de salud.

En este estudio, se entiende por servicios de salud, tanto los servicios institucionales (centros de salud, enfermera, médico), como los tradicionales (partera, yerbero, etc).

La duración de las entrevistas fue entre 30 y 50 minutos, los cuales fueron grabados en su totalidad. Posteriormente se transcribieron literalmente y codificaron en el programa Atlas-ti para su análisis. La observación no participante tuvo como objetivo contextualizar la interacción de estas mujeres con la comunidad en algunos lugares donde se comparte la vida social (centro de salud, pláticas del programa Oportunidades, mercados y escuelas). Se registraron las observaciones en un diario de campo.

El análisis de los datos se realizó a través del análisis de discurso (16) y de acuerdo con la guía de entrevista. Se identificaron categorías emergentes dentro de cada componente de las entrevistas. La presentación de los resultados se organizó de acuerdo a los siguientes grandes categorías (17): 1. La autoimagen e imagen social de las MCM desde la perspectiva de los otros y de ellas mismas; y 2. El comportamiento social esperado de estas mujeres. Como parte de este último se exploró la búsqueda de servicios de salud.

Contexto del lugar del estudio

El estudio se realizó en comunidades ubicadas en el estado de Morelos, México, que presentan mediana y alta intensidad migratoria hacia los EUA (14). La comunidad rural cuenta con 6 575 habitantes, no indígenas, con limitadas opciones de empleo para la población. El 65,8 % de la población económicamente activa trabajaba en labores agrícolas. El porcentaje de analfabetismo en la población mayor de 15 años de edad era de 16 %. La comunidad urbana, ubicada a 40 minutos de la capital del Estado de Morelos, cuenta con 63 701 habitantes; con 11 % de analfabetismo en población mayor a 15 años. De la población económicamente activa, la mayoría se empleaba en el comercio, el turismo y los servicios (14). Ambas comunidades disponen de centros de salud para el primer nivel de atención y con el programa social de oportunidades.

RESULTADOS

Las MCM y sus características socio demográficas

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas nacieron en otras comunidades rurales (68 %), tenían entre 18 y 58 años de edad, con una mediana de 35,5 años, con baja escolaridad; en su mayoría tenían entre 3 y 5 hijos. Un poco más de la mitad se dedicaba exclusivamente a las tareas del hogar y dependían económicamente de las remesas que sus compañeros les enviaban; las demás realizaban actividades del hogar con algún trabajo como empleadas domésticas o venta de alimentos que ellas mismas preparaban; y prácticamente todas

participaban en el programa social de *Oportunidades*. De estas mujeres, la mayoría (53 %) había regresado a vivir al hogar de sus padres o suegros debido a la migración del compañero, y un menor porcentaje (47 %) vivían solas (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas de las mujeres del estudio

	Comunidad		Número	Porcentaje
	Urbano	Rural		
Edad				
20 años o menos	1	1	2	3
21-29 años	9	4	13	22
30-39 años	13	9	22	37
40-49 años	5	10	15	25
50 y más años	4	4	8	13
Lugar de nacimiento				
Lugar de residencia	3	16	19	32
Fuera del lugar de residencia	29	12	41	68
Escolaridad en años de estudio				
Menos de seis años	15	10	25	42
Seis años de estudio	6	5	11	18
Entre seis y nueve años de estudio	10	8	18	30
Nueve años y más	1	5	6	10
Número de hijos				
Sin hijos	0	1	1	1
1-2	5	10	15	25
3 y 5	22	12	34	57
Más de 6	5	5	10	17
Ocupación				
Exclusiva al hogar	16	19	35	58
Hogar y trabajos extradomésticos	16	9	25	42
Residencia				
Padres /suegros	20	12	32	53
Solas	12	16	28	47
Pareja al momento del estudio				
Presente	9	6	15	25
Ausente	23	22	45	75

Fuente: Entrevistas en profundidad realizadas a las MCM. México, 2006

Las MCM ante el espejo: ¿cómo se ven?

Las mujeres entrevistadas perciben que sin su pareja la vida cambia pero no se detiene y deben llevar a cabo sus actividades cotidianas de cuidar y atender el hogar y a sus hijos. Las mujeres deben asumir completamente las decisiones del hogar y no esperar a nadie para resolver sus necesidades, de esta forma sienten mayor responsabilidad.

Estas mujeres, se sienten “solas”, “tristes” y “desamparadas”. Sienten que no tienen “a quien acudir para contarles mis cosas” (MCMCO7). Esta situación

de desprotección se acentúa en momentos de emergencia como la enfermedad de los hijos o de ellas mismas, y en momentos de fiestas y de reuniones familiares que es cuando más se intensifica su sentimiento de soledad.

Sienten que su comportamiento es vigilado, no pueden “dar de qué hablar” o “dar motivos” para ser valorada negativamente, estas mujeres auto regulan sus salidas y actividades para que su imagen social de “mujer sola” no resulte afectada, incluso ante su pareja (en EUA). Una de las mujeres dice: “Los chismes de aquí llegan donde están ellos, tu marido se da cuenta de todo lo que haces [...] (MCM-CO16, comunidad rural)”.

Aunque en el discurso de estas mujeres sobresalen sentimientos de soledad y tristeza, en la práctica son mujeres enfocadas a la acción, que superan estos sentimientos, asumiendo la responsabilidad del hogar y el cuidado de los hijos.

Imagen social y comportamiento esperado de las MCM

Desde la perspectiva de los otros (integrantes de la familia, residentes de la comunidad, representantes de organizaciones sociales y prestadores de servicios de salud) se puede identificar atributos o aspectos “positivos” relacionados con una imagen social de las MCM más independientes, con mayores capacidades para la toma de decisiones ante la migración de su compañero, y también con mayor fortaleza para su propio cuidado como mujer, para la atención a su hogar y a sus bienes materiales; pero también atributos “negativos” que obstaculizan la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva (Cuadro 1).

Los entrevistados configuran un consenso sobre el comportamiento esperado de estas mujeres y dictan una serie de indicaciones sobre lo que “deben y no deben hacer”, marcando los límites de su comportamiento sobre todo en aquellos aspectos relacionados con su individualidad, su interacción con los demás y su sexualidad.

El siguiente fragmento ilustra este aspecto: “P: ¿Cuál es el comportamiento que espera la comunidad de una mujer cuando esta sin su esposo? R: Pues la gente siempre quiere ver que no salga, la gente siempre está viendo o busca de qué hablar. Debe darse a respetar, no dar de qué hablar y cuidarse mucho (IRS TEX7 de sexo femenino, comunidad urbana)”.

Las MCM llevan sobre sí una gran presión sobre lo que se espera de ellas. Los entrevistados opinan que las mujeres deben estar “cuidando su imagen ante la comunidad” y que además están permanentemente vigiladas y controladas.

Algunos testimonios rescatan esta imagen social y el control “social” de la comunidad hacia estas mujeres: P: ¿Qué espera la comunidad? la comunidad quiere verlas encerradas, que se dediquen solamente a sus hijos (...) tienen que estar en su casa al pendiente de sus hijos solamente (ROS-C08 sexo femenino, comunidad rural)”.

Cuadro 1. Categorías emergentes de la autoimagen y la imagen social de las MCM

Autoimagen ¿Cómo se ven ellas mismas?	Imagen social ¿Cómo las ven los otros?
Dispongo de mayor tiempo para mí Dispongo de mayor apoyo para el cuidado de los hijos	Toman decisiones por ellas mismas Son valientes porque “aguantan” la situación Tienen más tiempo para ellas Pueden salir cuando quieran sin pedir permiso
Considero que la vida cambia...pero tiene que seguir Debo hacer lo mismo, cuidar de mi hogar y de mis hijos	Siguen con las mismas responsabilidades del hogar
Me veo sola, desamparada No tengo a quién contarle mis cosas Tengo mayores responsabilidades con los hijos Debo aguantar la situación Debo cuidarme del qué dirán (ajustar su comportamiento a lo que la comunidad espera de ellas) Debo salir siempre acompañada de mis hijos, hermanas, cuñadas o suegra, no debo salir sola. No debo salir de noche	Las ven como mujeres “solas”, “desprotegidas”, en “desventaja” porque no tienen su pareja Las ven como mujeres “muy vigiladas” y controladas” en su comportamiento Pasan muchas necesidades porque sus maridos a veces no les mandan dinero No deben vestir corto, ni asistir a fiestas No deben salir de noche, ni salir solas Deben suspender los métodos de planificación familiar mientras su esposo está en EUA. No deben acudir a revisiones ginecológicas porque no tiene vida sexual (esposo ausente).

Fuente: Entrevistas semiestructuradas realizadas a las MCM, integrantes de sus familias, mujeres y hombres residentes en la comunidad, actores clave de los servicios de salud, y líderes de organizaciones sociales y comunitarias. México, 2006

Autoimagen e imagen social y sus implicaciones en el proceso de búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva de los actores clave de los servicios de salud, familias y residentes de la comunidad se considera a las MCM como “mujeres solas”, “sin pareja”, y por lo tanto de mujeres que “no tienen y no pueden tener relaciones sexuales” mientras su compañero está ausente. Esto construye una imagen de mujeres inactivas sexualmente y por ende una normatividad social orientada hacia la suspensión de los métodos de planificación familiar, la no necesidad de acudir a servicios de salud sexual, y menos por problemas como ITS, o embarazo.

Sin embargo, respecto a la SSR, los actores de los servicios de salud, consideran que las MCM están en mayor riesgo de contraer ITS o VIH/SIDA, debido al comportamiento sexual de su pareja en EUA; además consideran que uno de los obstáculos para la atención de las mujeres que tienen alguna ITS, es la escasa colaboración de sus parejas en el tratamiento, en el caso de las mujeres cuyos esposos regresan.

Además, consideran que, para las MCM, consultar por motivos de su salud sexual, es verse “descubiertas” o “asumir” que han sido infieles a sus compañeros, como lo expresa el siguiente testimonio: “[...] Aquí hay, mucha vergüenza de que se sepa que ellas se están metiendo con alguien más, [...] porque también muchas veces el esposo lleva tres años fuera, pos esa infección de transmisión sexual no lleva tres años o sea, es como esconder que hay infidelidad” (ROSCO2. Médica del Centro de Salud, comunidad rural)”.

Desde la perspectiva de las parteras, las mujeres acuden a ellas por ITS, precisamente por “pena”, ya que las parteras no les hacen revisiones ginecológicas, sino que les ayudan a disminuir los síntomas con sobadas, baños y bebidas; aunque ellas siempre recomiendan a las mujeres acudir al centro de salud para recibir medicamentos. En ambas comunidades, las parteras constituyen un recurso importante en la atención de SSR en estas mujeres, quienes acuden a ellas muchas veces antes de acudir al centro de salud o por el contrario, después de haber acudido al centro de salud, constituyendo así un sistema de atención en salud complementario.

Las mujeres que viven con su familia o con la de su compañero, durante la ausencia del compañero son sujeto de mayor control “familiar” en el poder de decisión, movimientos e interacciones de la mujer con la comunidad, ya que las decisiones no se hacen de manera individual sino que se toman en familia, prevaleciendo los intereses del grupo. Cualquier acción de la mujer se hace bajo la supervisión de algunos miembros con poder dentro de la familia (suegra, cuñadas, hermana). Una de las mujeres jóvenes, enfermera de profesión dice: “[...] la suegra que me tocó es muy cabrona y nada más me anda cuidando donde quiera que voy [...] la señora es muy cerrada, dice que una muchacha casada, no puede tener amistades [...] una vez me dijo que yo no tenía derecho a salir mientras su hijo trabajaba en EUA [...] para ella yo debería de estar encerrada” (MCM-CO12, comunidad rural)”.

En esta situación, la suegra aparece como una figura que ejerce mayor control porque es la que aconseja pero también, es la que supervisa y juzga a la compañera del hijo que se fue a EUA, midiendo según sus parámetros lo que debe hacer una mujer cuando su marido está ausente. Según médicos de los centros de salud, este control se extiende hasta el caso de que a la mujer se le dificulta ir al centro de salud por una consulta de su SSR, pues la suegra quiere acompañarla, ante lo cual han optado por pedir a las suegras que permitan que las mujeres entren solas a la consulta médica.

Además, en las mujeres que viven con su familia o a la de su compañero, sobre todo en las más jóvenes, se da una interiorización y reproducción del control “familiar” y de la imagen de “deber ser” y “hacer”; así aparecen expresiones

como “Así se debe” o “Así está bien” referentes a pedir permiso a otros integrantes de la familia para salir o hacer otras actividades, relacionarse con amigas, comadres u otros hombres de la comunidad.

Si bien, estar integradas a su familia o a la de su compañero les permite resolver con mayor facilidad algunos problemas de salud, no es así en el caso de la SSR. La imagen social de estas mujeres se convierte en un mecanismo de control que influye sobre la libertad de decisión para la búsqueda de servicios de salud entre otros aspectos. Al respecto, según médicas y médicos entrevistados existe una presión familiar para que la mujer suspenda el uso de métodos anticonceptivos cuando su compañero se va a EUA. De este modo la mujer es acompañada por miembros de su familia o la de su compañero al centro de salud para retirarse el dispositivo o suspende los anovulatorios orales o inyectables cuando su compañero se va.

La explicación de la familia es que no tiene pareja y que ella debe ser fiel y en consecuencia no debe tener relaciones sexuales con otra pareja, por lo que no hay justificación para que siga con su anticoncepción. Esta situación es interiorizada por la mujer como un comportamiento adecuado y se asume como un comportamiento cotidiano en las mujeres que enfrentan la migración de sus compañeros.

Las mujeres que viven solas ante la migración de su compañero, expresan tener mayor libertad de decisiones y de movimiento, nadie de su familia está controlando ni juzgando sus salidas y entradas, tiempos, vestimenta y relaciones. Pero es sujeto de mayor control “social” como mujer “sola” (percibe que los hombres de la comunidad la ven como mujer disponible, es decir, libre para tener relaciones sexuales, pues su pareja está fuera de la comunidad).

Sin embargo, enfrentan sus problemas de salud y de su familia con menores recursos y apoyos. La búsqueda de servicios de SSR ocurre en condiciones de mayor libertad; en ellas está la decisión de continuar o no el uso de métodos anticonceptivos, la revisión ginecológica y la aplicación de pruebas para detección oportuna de cáncer, entre otros. Es ella quien controla cuándo, por qué y para qué buscar atención.

La imagen social de las MCM, que “no tienen, ni pueden tener vida sexual” afecta tanto a las mujeres que viven con su familia o la de su compañero, como a las que viven solas; sin embargo, las consecuencias en el proceso de búsqueda de servicios de SSR es vivido de manera diferente, unas con mayor control

“familiar” y otras con mayor control “social”, aunque esta situación no es excluyente una de la otra.

DISCUSIÓN

La autoimagen y la imagen social de las MCM se reconstruyen permanentemente, definiendo subjetiva y colectivamente un comportamiento esperado. Éste a su vez, facilita u obstaculiza la búsqueda de los servicios de SSR. Por ejemplo, la autoimagen e imagen social de que las MCM disponen de mayor tiempo y mayor apoyo familiar en el cuidado de los hijos, llevan a una expectativa de mayor autocuidado que facilita la búsqueda de servicios de salud. En contraste, la autoimagen e imagen social de que las MCM están solas y son más vulnerables lleva a un comportamiento esperado de que deben salir siempre acompañadas de la suegra, hermanas, o miembros de su familia, lo cual a su vez dificulta la privacidad que se requiere para buscar activamente servicios de SSR.

En este trabajo, la imagen social de las MCM como resultado de su nuevo rol social asociado al proceso migratorio de su compañero, parece influir en las normas sociales establecidas alrededor de su comportamiento. Esto incluye su interacción con la familia, la comunidad y las instituciones de salud, la cual a su vez facilita o impide la búsqueda de servicios de SSR. En otras palabras, esta imagen social hace parte de la construcción de género, de las normas, las creencias y los comportamientos atribuidos al ser mujer (18) y cumple funciones controladoras y normatizadoras sociales del comportamiento en salud de la mujer.

La búsqueda de servicios de SSR, es limitada por el control “social” que sienten las mujeres y por la estigmatización (4) que tienen estos temas en la comunidad; ya que las ITS en el caso de las MCM estarían relacionadas con la supuesta infidelidad de las mujeres a su compañero.

De acuerdo con Parker (19) la anticoncepción y la consulta por algún problema de SSR, son comportamientos en salud que tienen significados definidos culturalmente y son reforzados por las interacciones sociales. En este caso, la imagen social de “mujer sola” e “inactiva sexualmente” actúa como obstáculo para la búsqueda de servicios de SSR.

Al respecto, diversos estudios (20,21), plantean como el proceso de estigmatización por padecimientos como ITS o VIH/SIDA coloca a las mujeres en situación de riesgo, y se constituye en obstáculo para la demanda y utilización de servicios de salud. “El cuidado” y la “protección” a las mujeres por personas

que las apoyan (familia), funciona como un elemento de control “social” que también podría influir negativamente en la búsqueda de servicios de salud (22). La vigilancia que ejercen, impide a las mujeres expresar sus necesidades, ya que, por “pena” o “vergüenza” no quieren que se enteren de sus problemas de SSR.

La prevención de enfermedades de SSR ha tenido un énfasis en los enfoques de cambios de comportamiento individual (23), sin embargo, el comportamiento de riesgo a las ITS/VIH/SIDA se da en un contexto de normas (24) e imágenes sociales y no sólo como un asunto de comportamiento individual, tal como sucede con estas mujeres, quienes adecuan su comportamiento a la imagen social que se espera de ellas como mujeres solas y por lo tanto inactivas sexualmente.

Estos resultados permiten reflexionar sobre la capacidad de respuesta de las mujeres y su interacción con los servicios de salud y el papel de los profesionales de salud para el mejoramiento de los servicios en SSR en localidades y contextos con alto índice de intensidad migratorio¹, en donde es necesario considerar las interacciones y la imagen social como elemento regulador de la atención en salud a mujeres en contextos migratorios. En este sentido, el estudio hace sus aportes para la promoción de la salud, en tanto permite comprender las normas que pueden favorecer o limitar el bienestar y el mantenimiento de la salud de las MCM. Además, el estudio aporta en el entendimiento de las implicaciones de un fenómeno de migración internacional en la salud de la mujer, así como en los servicios de salud pública en la localidad de origen de los migrantes ♣

Agradecimientos: A las mujeres y a los actores que participaron en el estudio, al personal de los Centros de Salud y autoridades municipales, al Dr. René Leyva Flores, Director del proyecto, Dra. Marta Caballero, asesora, antropólogo Ángel Zarco y a la etnóloga Claudia Guerrero del equipo de investigación. Artículo apoyado por el Fondo Sectorial de 057 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México CONACYT.

REFERENCIAS

1. Durand D, Parrado EA, Massey D. Migradollars and development: A reconsideration of the Mexican case. *International Migration Review*. Canada. 1996; 30(2):3-30.
2. Rivera L. Transformaciones comunitarias y remesas socioculturales de los migrantes mixtecos poblanos. *Migración y Desarrollo*. México. 2004; 2: 62-81.
3. Bronfman M, Leyva F, Negroni M, Caballero M, Xibille C, Cuadra M *et al.* Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras*. México. 2003; 3: 8-12.

¹Nota del Editor: El índice de intensidad migratorio es una medida que integra: hogares con emigrantes en EUA, hogares con emigrantes que regresaron al país en los últimos cinco años, y hogares que reciben remesas.

4. Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
5. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 1971.
6. Heider F. The Psychology of Interpersonal Relations. New York , USA: Wiley; 1958.
7. Chenitz CW, Swanson J. From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley; 1986. p.4.
8. Bailo I, Garrido E. Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. España; 1999; 22(2): 167-173.
9. Hernández C. Trastornos de la conducta alimentaria, Libro del año. Psiquiatría. Madrid: Saned; 1995.
10. Cayo L. La imagen social de las personas con discapacidad. Madrid: Grupo editorial Cinca; 2008.
11. Bazo MT, Maiztegui C. Sociología de la vejez. En: Bazo MT, García Sanz B, Maiztegui C, Martínez J (eds.). Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 46.
12. Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. Soci Sci Med. 1975; 9(2):57-62.
13. Puentes-Markides C. Women and access to health care. Soc Sci Med. 1992; 35(4): 619-626.
14. Iñiguez L, Antaki CH. El análisis de discurso en psicología social. Boletín de Psicología. España. 1994; 44: 57-75.
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. p. 141-143.
16. Liguori AL, Lamas M. Gender sexual citizenship and HIV/AIDS. Culture Health and Sexuality. Philadelphia, USA. 2003; 5 (1): 87-90.
17. Parker R, Herdt G, Carballo M. Sexual culture HIV transmission and AIDS research. Journal of Sex Research. 1991; 28 (1):77-98.
18. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública de México. 2002; 44 (6): 554-654.
19. Kendall T, Pérez H. Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. México: Colectivo Sol, A.C.; 2004.
20. Rivas M. Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina, una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales. En: Szasz I, Lerner S. (Comps) Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde las ciencias sociales. México, El Colegio de México; 1998. p. 340.
21. Gogna M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Cad Saúde Pub. Río de Janeiro. 1998; 14(1): 81-5.
22. Caballero M, Leyva R, Ochoa SC, Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Salud Pública de México. 2008; 50(3): 241-250.
23. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes. New York. 1991; 50:179-211.
24. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.