

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES TARÁMARIS EN SINALOA: UNA  
MIRADA INTERSECCIONAL SOBRE CLASE-ETNIA-MIGRACIÓN-GÉNERO

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. JAKELINE LÓPEZ QUIÑÓNEZ

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO

DRA. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, MAYO DE 2023.



Dirección General de Bibliotecas  
Ciudad Universitaria  
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios  
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.  
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57  
dgbuas@uas.edu.mx

## UAS-Dirección General de Bibliotecas

### Repositorio Institucional Buelna

#### Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial  
Compartir Igual, 4.0 Internacional



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES TARÁMARIS EN SINALOA: UNA  
MIRADA INTERSECCIONAL SOBRE CLASE-ETNIA-MIGRACIÓN-GÉNERO

Aprobación de Comité de Tesis

DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO

Director de Tesis

DRA. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

Codirector de Tesis

DR. ROSARIO EDUARDO APODACA

ARMENTA

Asesor

DRA. LILIANA JAZMIN SALCIDO CIBRÁN

Asesor

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	9
Estudios relacionados	14
Definición de términos	18
Objetivos/Hipótesis	24
Capítulo II	
Metodología	25
Diseño del estudio	25
Población, muestreo y muestra	27
Criterios de inclusión/exclusión/eliminación	28
Técnicas de colecta de datos	28
Procedimiento de recolección de la información	31
Consideraciones éticas	34
Plan de análisis de la información	35
Capítulo III	
Resultados	41
La comunidad Tarámari	42
Acceso a los servicios de salud	46



Producciones de la interseccionalidad	55
Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	61
Limitaciones	67
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
Referencias	70
Apéndices	
Resumen autobiográfico	
Anexos	

## Capítulo I

### Introducción

El término indígena cobija a las personas que hablan una lengua indígena, que se autoadscriben o autodenominan como tal y/o que pertenecen a un hogar donde hay una persona que habla una lengua indígena (Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación [COPRED], 2015). Los pueblos indígenas son grupos sociales y culturales que comparten vínculos ancestrales colectivos con la tierra y con los recursos naturales donde viven, ocupan o desde los cuales han sido desplazados, vinculados a su identidad, cultura y medios de subsistencia, así como también a su bienestar físico y espiritual. Sin embargo, son grupos vulnerados que enfrentan múltiples inequidades sociales y de salud derivados de los procesos sistémicos de discriminación y estigma (Banco Mundial, 2021).

Las experiencias de los grupos indígenas son resultado de la intersección de identidades sociales como la etnia, la clase, la migración y el género. Ésta última identidad se vuelve importante en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el caso de las mujeres, puesto que la construcción cultural del género en los pueblos indígenas es un tema complejo y muy poco explorado que provoca una deficiente producción de conocimiento sobre las relaciones de género las cuales sumadas a la situación de desigualdad de las mujeres las invisibiliza, sobre todo en aspectos políticos, económicos y de salud (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2013).

Los pueblos indígenas viven en todas las regiones del mundo disponiendo y ocupando aproximadamente el 22% del territorio mundial. Cuentan con un estimado de entre 370 y 500 millones de personas, representando la mayor parte de la diversidad cultural internacional, ya que han creado y hablan casi 7.000 lenguas distribuidas alrededor del mundo (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2018). México es el país que

ocupa el primer lugar de América con mayor cantidad de población indígena y el segundo en cantidad de lenguas originarias habladas en su territorio con un total de 68 lenguas y 364 variantes dialectales registradas (Banco Mundial, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a través de la encuesta Intercensal (2015), reporta que en México 25,694,928 de personas se auto reconoce como indígenas, lo que equivale al 21.5% de la población total mexicana. Mientras tanto, 12 millones de habitantes (10.1% de la población) señalaron vivir en hogares indígenas. Donde el 6.5% de la población que habita el territorio nacional se encuentra registrada como hablante de una lengua indígena, lo que representa a 7.4 millones de mexicanos.

Cuando se abordan análisis de grupos indígenas en un territorio dado, es necesario identificar cuáles son originarios de la zona y cuáles otros migran para instalarse por cuestiones laborales u otros factores entre los que destacan la discriminación, la marginación, la violencia, el consecuente despojo de tierras así como la falta de acceso a viviendas y servicios públicos de salud dignos (International Work Group for Indigenous Affairs [IWGIA], 2021). A pesar de que existe presencia de población indígena en todas las entidades del territorio nacional, más del 75% se concentra en ocho estados del país entre los que destacan Oaxaca (14.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%), Guerrero (5.7%) e Hidalgo (5%) (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 2018).

En el caso de Sinaloa, el Atlas de los Pueblos Indígenas en México, del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI, 2015) reporta que existe la presencia de tres grupos indígenas de la región y estos se dividen en Mayos (28,639), Tarahumaras (6,384) y los Tepehuanos del Sur (1,211). Sin embargo, Sinaloa ha sido partícipe de constantes fenómenos migratorios que han atraído hacia las regiones agrícolas y ejes urbanos más dinámicos una numerosa población de

migrantes de los estados del centro y sur de México (Sariego, 2016). Tanto que, Posadas (2015) afirma que el destino temporal de trabajo más importante para la población indígena proveniente del sur del país es Sinaloa. Entre estos grupos se encuentran los Amuzgo (459), Chinanteco (169), Chontal (29), Ch'ol (346), Cora (320), Huasteco (790), Huave (22), Huichol (349), K'iche (18), Mazahua (107), Mazateco (304), Mixe (560), Mixteco (6067), Náhuatl (15028), Otomí (3669), Tarasco (1386), Tepehuano del norte (24), Tlapaneco (974), Totonaca (312), Triqui (727), Tseltal (459), Tsotsil (283), Yaqui (490), Zapoteco (4967), y 4915 personas que no especificaron su grupo indígena (INPI, 2015).

Sin embargo, existe la presencia en Sinaloa de un grupo indígena extremadamente marginado, puesto que no cuenta con reconocimiento oficial: los Tarámaris. Son un pueblo conformado por hombres y mujeres sin una identidad definida, no tienen nombre ni apellido, y utilizan diminutivos para referirse a sí mismos. Se concentran en la zona sinaloense de la Sierra Madre Occidental, principalmente en los municipios de Sinaloa y Choix viviendo en cuevas o casas de adobe con techo de palma, se encuentran dispersos en las comunidades de Cuitaboca, Las Bayas, Los Alisos de Olguín, La Cañada Verde, Las Tunas de Abajo y Jicapory. Hablan Tarámari, una variante del Tarahumara de la que no existen registros de estudios lingüísticos ni un número estadístico exacto poblacional (Antillón, 2021). Además, son carentes de cualquier servicio público. Los hombres son los que se encargan de aspectos de cuidado de los pueblos y la cosecha de alimentos, mientras que las mujeres se concentran en el cuidado del hogar y la atención a los niños. Ellos no tienen control de natalidad ni educación sexual por lo que se reproducen de forma instintiva según lo que han escuchado hablar de los “chabochis”, que es el término que utilizan para referirse a la población que no son indígenas. (Vizcarra, 2018).

Para los pueblos indígenas las prácticas en sexualidad resultan ser algo sagrado, pero a su vez normal y necesario, estas hacen parte del cumplimiento y ordenamiento que marca la ley de origen de cada pueblo, de acuerdo con su manera de interpretar la vida. La situación de salud sexual y reproductiva se hace crítica en las poblaciones indígenas de América Latina donde el déficit social y económico de estas comunidades y las brechas de desigualdad, se deben a razones estructurales vinculadas con la herencia cultural y la discriminación racial en la región, creando una barrera social que hace que se conozca pocos aspectos de sus necesidades, principalmente las de las mujeres (Torres, 2017).

El 79.4% de los indígenas mexicanos sufren carencia por acceso a seguridad social frente a 56% de los no indígenas (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2015). Siendo las mujeres y las niñas adolescentes de este grupo quienes se ven más perjudicadas, puesto que son forzadas a enfrentarse a obstáculos considerables a la hora de acceder a tratamiento médico, a pesar de que tienden a experimentar riesgos más elevados en materia de salud (United Nations Population Fund [UNFPA], 2018). Para las mujeres, en particular, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es un elemento clave, ya que sin ésta sus posibilidades de conseguir bienestar y estabilidad social serían limitadas (Welti, 2007).

El inicio de la vida sexual entre la población indígena está fuertemente ligado al establecimiento de la vida conyugal y al inicio de la maternidad. El matrimonio es considerado uno de los ritos más importantes de la sociedad indígena debido a sus implicaciones en términos de parentesco, tales como consanguíneo, descendencia y compadrazgo; económicos que facilita el acceso a la circulación de bienes como parte de estrategias de supervivencia, y de reproducción social que refuerza y da continuidad a los sistemas de representaciones, que

permiten perpetuar su cultura y su identidad a través de nuevas generaciones (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2006).

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014) entre las mujeres indígenas de 25 a 34 años, la edad mediana al inicio de la vida sexual fue de 17.3 años, es decir, apenas dos meses antes de establecer la unión o matrimonio (17.5 años) y tan sólo poco más de un año antes del nacimiento del primer hijo (18.6 años). Entre las mujeres no hablantes de lengua indígena, la edad mediana a la primera relación sexual es de 17.7 años, mientras que la primera unión se produce dos años después (18.9 años) y el primer hijo llega años más tarde, es decir, a los 19.6 años.

Por otra parte, respecto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, para las mujeres en edad fértil hablantes de lengua indígena se estima que el porcentaje de quienes conocen y saben usar algún tipo de método anticonceptivo se reduce significativamente, ya que menos del 80% identifica cada uno de los métodos. Así, entre las hablantes de lengua indígena las pastillas son las más conocidas, sin embargo, el 83.7% ignora cómo usarlas; el segundo método más conocido son las inyecciones, aunque poco más de una tercera parte (35.2%) no conoce con qué frecuencia deben aplicarse, y en tercer lugar está el condón masculino donde el 36.6% no sabe dónde se coloca y cuántas veces puede usarlo (ENADID, 2014).

México ha implementado varios programas generales para mejorar la salud reproductiva durante casi cinco décadas. Sin embargo, las mujeres indígenas en México todavía tienen una baja tasa de cumplimiento en el uso métodos anticonceptivos (51 y 59%, respectivamente en 2014), altas tasas de mortalidad materna, alto número de embarazos adolescentes y tienen acceso limitado a los servicios de salud (Sanjuan-Meza, 2019) debido a la distancia geográfica, servicios

culturalmente inadecuados, falta de intérpretes calificados, falta de infraestructura adecuada y falta de acceso a información (CIDH, 2017)

En las comunidades indígenas, las mujeres se encuentran en mayor vulnerabilidad, porque históricamente han padecido sometimiento, subordinación, discriminación y desigualdad sistemática (Juárez et al, 2021). Ser mujer en el mundo indígena implica una gran diversidad de concepciones, que van a depender de las construcciones particulares de género de los pueblos a los que pertenecen, sus realidades socio territoriales, así como por las adecuaciones en relación con la sociedad dominante. Lo que convierte a las mujeres indígenas como un grupo no homogéneo, que presentan una gran diversidad de situaciones, necesidades y demandas. (CELADE,2013).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el año 2017, informa que en América las mujeres indígenas suelen enfrentar formas diversas y sucesivas de discriminación histórica que se combinan y se superponen, exponiéndolas a violaciones de derechos humanos en todos los aspectos de su vida cotidiana: desde sus derechos civiles y políticos, sus derechos a acceder a la justicia, hasta sus derechos económicos, sociales y culturales, y su derecho a vivir sin violencia. Enfrentando numerosos obstáculos, tales como, muy pocas oportunidades para acceder al mercado laboral, dificultades geográficas y económicas singulares para tener acceso a servicios de salud y educación, acceso limitado a programas y servicios sociales, tasas elevadas de analfabetismo, escasa participación en el proceso político y marginación social.

La exclusión política, social y económica de las mujeres indígenas contribuye a una situación permanente de discriminación estructural, que las vuelve particularmente susceptibles a diversos actos de violencia. Prueba de esto, son las cifras de la violencia de género, es decir, aquella que sufren las mujeres por el simple hecho de serlo, dónde hay generalmente un factor

común: la etnicidad. En esta población existe una doble victimización hacia las mujeres. Por una parte, son discriminadas y violentadas por su condición de mujeres dentro de sus comunidades pero, además, reciben un trato discriminatorio por la sociedad en general por ser indígenas. En México la mayor prevalencia de violencia de pareja se da entre mujeres indígenas que no hablan español (28%). (Peña y Tejerina, 2015).

De esta manera se puede reafirmar que los procesos de discriminación que viven las mujeres por motivos de sexo y género están unidos de manera indivisible a otros factores, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la orientación sexual y la identidad de género, lo que conlleva a su vez una superposición de varias capas de discriminación que genera una forma de discriminación agravada y potenciada. Sin embargo, a pesar de que las mujeres son sujeto de discriminación y de violaciones a sus derechos humanos, las mujeres indígenas no deben ser percibidas solamente como víctimas. Puesto que ellas desempeñan un papel decisivo en la lucha por la autodeterminación de sus pueblos y sus derechos como mujeres, garantes de la cultura, que juegan un papel fundamental en sus familias, sus comunidades, sus países. Por lo que se debe entender a las mujeres indígenas como sujetos de derecho, con la facultad de participar activamente en todos los procesos que influyen en sus derechos (CIDH, 2017).

El idioma, la dificultad en el acceso geográfico, las diferencias culturales, la ya conocida triada de opresiones raza-clase-género, han sido muchas de las razones para que las instituciones no realicen intervenciones suficientes e indaguen sobre las prácticas sexuales y reproductivas en la población indígenas de México. La prestación y acceso a los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva constituyen uno de los mecanismos principales para lograr una auténtica igualdad de oportunidades para esta población (INMUJERES, 2006).



Por lo que, la siguiente investigación, tiene su importancia en realizar un acercamiento a las comunidades indígenas Tarámaris que carecen hasta de presencia en la literatura científica, que, a su vez, sirva para que futuras investigaciones ayuden a resolver problemáticas en salud y salud sexual y reproductiva de la población indígena, entendiendo sus cosmovisiones, sin crear juicios de valor, respetando su valor histórico y social, donde se logren realizar intervenciones asertivas.

### **Marco Teórico**

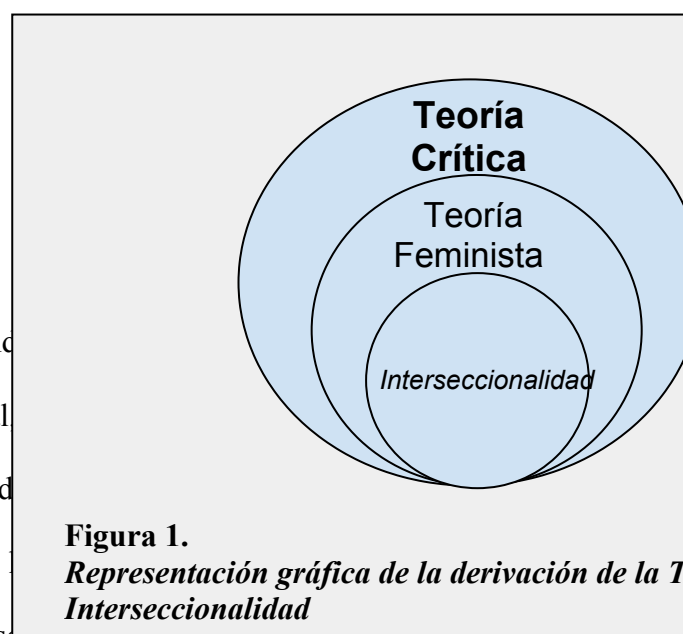
Las teorías postestructurales feministas enfatizan problemas en el contexto social, su lógica y su incapacidad para representar el mundo de la experiencia vivida. Donde los criterios de evaluación positivistas y postpositivistas se les reemplaza por otros, que incluyen al reflexivo y al texto de muchas voces, que es generalizado en la experiencia de comunidades oprimidas (Denziln & Lincoln, 2012). Por lo que la presente investigación utilizará el paradigma interpretativo de la Teoría Feminista que corresponde al enfoque de la Teoría Crítica.

El marco teórico que fundamenta el estudio corresponde a la utilización de la Teoría de la Interseccionalidad como herramienta de comprensión para el análisis de las dimensiones y relaciones categoriales constitutivas de las experiencias múltiples de atención en salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris del estado de Sinaloa. Este enfoque fue seleccionado puesto que ha sido utilizado para el análisis de las desigualdades sociales marcadas, simultáneamente, por clase, género y raza/etnia, donde el sistema de poder clasificar socialmente a los sujetos y, en la jerarquía social, inferioriza a aquellos que no se adecuan al estereotipo físico y sexual del colonizador occidental. La interseccionalidad por lo tanto es una perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder, con el propósito de avanzar en la comprensión de la diversidad y de las construcciones que se establecen alrededor de esta (Viveros, 2016).

### *Teoría Crítica*

Al utilizar la Teoría Crítica en este trabajo se pretenden sus aportaciones como una forma de crítica social o cultural básicas de que todo pensamiento se encuentra mediado fundamentalmente por relaciones de poder que están social e históricamente constituidas; donde el dominio de los valores ni eliminarse de alguna forma de inscripción ideológica, así como que la

relación entre el concepto y el objeto, y entre el significado y el significante es decir, entre el símbolo y su interpretación, nunca es estática, siendo a menudo mediada por las relaciones sociales; donde el lenguaje es fundamental para la formación de la subjetividad; y que en cualquier sociedad existen grupos privilegiados sobre otros donde la opresión se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario o inevitable (Kincheloe & McLaren, 2005).



**Figura 1.**  
**Representación gráfica de la derivación de la Teoría Crítica y la Interseccionalidad**

### ***Teoría Feminista***

A través de la teoría feminista se estudia cómo las creencias son aceptadas como conocimiento verdadero, planteando la manera en que el género influye en las concepciones del conocimiento, en la persona que conoce y en las prácticas de investigar, cuestionar y justificar. Esto permite identificar las concepciones dominantes y las prácticas de atribución, adquisición y justificación del conocimiento que de manera sistemática ponen en desventaja a las mujeres porque se les excluye de todo proceso de investigación (Blazquez, 2012).

### ***Interseccionalidad***

Según diversos autores y colectivos, los orígenes de la interseccionalidad se remontan a la década de los años 70 en Estados Unidos, cuando el feminismo negro y chicano hace visibles los efectos simultáneos de discriminación que pueden generarse en torno a la raza, el género y la clase social (Crenshaw, 1989; Combahee River Collective, 1977/1981; Davis, 1981; Moraga y Anzaldúa, 1981; Hooks, 1984; Hill Collins, 1990/2000; entre otras). Considerándose así que su afiliación teórica y genealógica es atribuible al *black feminism* y el pensamiento posmoderno postestructuralista (Viveros, 2016). Sin embargo, el concepto de interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en 1991, que lo definió como:

“la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión múltiples y simultáneas con la finalidad de mostrar las formas en las que la raza y el género interactúan para dar formas de discriminación complejas en mujeres negras de Estados Unidos”

El enfoque interseccional subraya que el género, la etnia, la clase o la orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas (Platero, 2014). Lo que resume a la interseccionalidad como un estudio sobre las relaciones de poder que sirve para teorizar el privilegio y cómo los grupos dominantes

organizan estrategias de poder de manera consciente o no, para preservar su posición de supremacía. A su vez, Crenshaw (1991) afirma que se trata de un método y una disposición como herramienta para descubrir, aumentar y analizar conocimiento sobre la interacción del género, la raza, la clase y la nacionalidad, como sistema que se entrelazan donde las estructuras sociales producen y consolidan la relación entre el poder y la marginación como una dinámica normalizada.

La interseccionalidad se divide en dos niveles, el estructural que alude a la imbricación, es decir, la superposición de sistemas de discriminación tales como el género (cisnormatividad), la raza (racismo) y la clase social (clasismo), que tiene repercusiones específicas en la vida de las personas y los grupos sociales; y el político que permite entender cómo las estrategias políticas que sólo se centran en una dimensión de desigualdad marginan de sus agendas a aquellos sujetos y/o grupos cuya situación de exclusión responde a la imbricación de diversos sistemas de opresión (Crenshaw, 1989).

Una de las contribuciones de la investigación feminista sobre la producción del conocimiento es el cuestionamiento de la neutralidad y la objetividad de la ciencia (Platero, 2014). La teoría feminista es una teoría crítica desarrollada a lo largo de tres siglos, gestada y estrechamente vinculada al activismo de las mujeres en sus luchas por la igualdad, cuyo inicio se sitúa en la Ilustración (Nogueiras, 2018). Como lo afirma Bowleg (2012) los sistemas de privilegio y opresión correspondientes a las desigualdades sociales son quienes dan lugar a las disparidades de salud.

Aunque el tema de la salud ha estado siempre presente en los textos clásicos del feminismo, por ejemplo, Mary Wollstonecraft, en su obra “Vindicación de los derechos de las

mujeres", donde establece evidentes relaciones entre las limitaciones que el patriarcado impone en la vida de las mujeres y su salud. Sumándose mujeres ilustres, como Inés Joyes con su ensayo dedicado a sus hijas titulado "La apología de las mujeres", y Josefa Amar y Borbón, quienes también abordaron en sus obras cuestiones relacionadas con la salud. No fue abordado en la Teoría Feminista como objeto de investigación, sino hasta el inicio de la tercera ola feminista donde fue aspecto central y tuvo todo el protagonismo en las reivindicaciones y discursos feministas.

Simone de Beauvoir, en su obra "El segundo sexo", relacionó las condiciones sociales y los diferentes momentos del ciclo vital de las mujeres con su estado de salud y el desarrollo de numerosas enfermedades, aspectos que permanecen como líneas de investigación hasta la actualidad. La teorización y las vindicaciones feministas relacionadas con la salud siguen las mismas líneas discursivas y vindicativas que caracterizan cada período del desarrollo del feminismo. Obteniendo como resultado la existencia de una relación entre el malestar y la enfermedad de las mujeres con las limitaciones que las estructuras patriarcales imponen en sus vidas, siendo esto parte de las raíces mismas de la teoría feminista (Nogueiras, 2018).

En ese sentido, en el feminismo, la salud obtiene una dimensión profundamente política, siendo la tercera ola del feminismo radical la causante de que se abordaran, por primera vez, temas que siguen siendo centrales para la salud de las mujeres, como la vivencia del cuerpo y la sexualidad, el autoconocimiento, la autonomía en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva; donde se realizó una profunda crítica al sistema médico y sanitario, a su poder y al control que ejercía sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres, crítica que ha sido una de las grandes líneas de investigación en la epistemología feminista (Nogueiras, 2018).

## **Estudios Relacionados**

A continuación, se presentan artículos científicos que abordan la salud sexual y reproductiva en población indígena.

Karver et al. (2016), realizó una investigación cualitativa con 19 mujeres de dos cohortes generacionales en 12 comunidades indígenas de Oaxaca. Con el objetivo de explorar cómo los valores y las normas sociales que rodean la sexualidad han cambiado a lo largo de dos generaciones de mujeres indígenas que residen en Oaxaca, México. Obtuvieron que las normas culturales de género continúan gobernando cómo las mujeres expresan y experimentan su sexualidad. En particular, los sentimientos de vergüenza y miedo impregnan la expresión de la sexualidad, la virginidad sigue siendo un factor determinante del valor de una mujer y la maternidad sigue siendo el atributo clave de la condición de mujer.

Segarra et al. (2016), realizaron un estudio cualitativo etnográfico a mujeres indígenas de tres generaciones de las etnias Kichwa y Shuar, y un shaman, agrupados mediante 17 grupos focales y 13 historias de vida, con un total de 102 personas entrevistadas. Con el fin de interpretar las percepciones acerca de la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y condiciones asociadas, que tienen las mujeres de los pueblos y nacionalidades indígenas de estos grupos. El estudio consideró a los relatos de las mujeres como construcciones colectivas de sus respectivos grupos étnicos, contextualizados bajo una marcada cultura hegemónica occidental, patriarcal y machista, las expone a conducta de riesgo sexual, que incide en la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y cáncer cervicouterino.

Kenny et al. (2019) llevaron a cabo una investigación cualitativa en la provincia de Ratanak, Kiri en Camboya, dirigida a madres adolescentes de la población indígena Tompoun y

Jarai. Donde se obtuvo como resultado que tenían conocimiento limitado de salud sexual y reproductiva, incluido el relacionado con la anatomía del cuerpo reproductor femenino, la fisiología de la reproducción humana, la fertilidad y el embarazo, influenciado por factores individuales principalmente el nivel educativo y matrimonio precoz, comunitarios tales como el limitado acceso a servicios educativos y de salud, y sociales como las barreras de acceso a programas e iniciativas nacionales de salud sexual y reproductiva.

Por su parte Camarena et al. (2017) plantearon en los resultados de su estudio con mujeres migrantes indígenas que se encontraban en el norte de México, que para ellas hablar de salud sexual y reproductiva significaba hablar de reproducción; donde el sistema educativo participa poco en este aspecto y por su parte, el sector salud no responde de manera oportuna y suficiente a este segmento de la población.

Mientras que Carrasco et al. (2021) realizaron un estudio cualitativo sobre los significados de las prácticas sexuales entre Aymara chilenos, arrojando como resultado que la forma de representar los cuerpos y las diferencias sexuales de los Aymara configuran saberes inscritos en los dominios biológico, fisiológico y espiritual, y varían según la generación, el grado de intervención que haya tenido la familia y los conocimientos sobre sexualidad, reproducción y afectividad impartidos por el sistema escolar.

Vázquez et al. (2015) realizaron una investigación sobre Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino, que reflejaron la doble discriminación que viene con el hecho de ser mujer y ser indígena, que vulnera sus derechos al acceso de la salud sexual y reproductiva, provocado por un sistema sanitario que se enmarca en el modelo médico hegemónico que define a la mujer como madre, a la sexualidad como



heterosexualidad y donde las creencias religiosas de los diferentes agentes sanitarios influyen en sus prácticas profesionales.

Juárez-Moreno et al. (2021) realizaron un estudio a 15 mujeres indígenas de México sobre sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH, que obtuvo como resultado que a las mujeres se les da más información sobre salud sexual y reproductiva en el ámbito público, pero esto no se refleja en el ámbito privado, en que les resulta difícil hablar estos temas con sus familiares, principalmente su pareja, lo cual impide que tengan control sobre su salud sexual y reproductiva. Lo cual limita su conocimiento sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual donde la mayoría de las mujeres no se percibe en riesgo de infección.

Quintal y Vera (2015) plantearon un estudio cualitativo para analizar la vulnerabilidad social y de género en la diáspora migración y VIH/sida entre mujeres mayas de Yucatán. Como resultado se obtuvo que estas mujeres se encuentran en un contexto marcado por la vulnerabilidad social y de género que incrementa sus posibilidades de adquisición del VIH/sida. Donde muchos escenarios de vulnerabilidades sobrepuestas tales como el acceso a la educación, la salud y el trabajo remunerado, el monolingüismo maya hablante y la carencia de infraestructura y servicios públicos en los que vive la población maya del sur del estado, la emergencia del fenómeno migratorio de sus parejas las posiciona en una condición de desigualdad en las relaciones de género que desde pequeñas las excluye del acceso a conocimientos claros y científicos sobre sexualidad, pero también limita el poder y control que pueden ejercer sobre sus cuerpos y personas.

Chopel (2013) realizó un estudio con el fin de evaluar el estado de salud de la población Tarahumara, en particular la salud reproductiva y los factores protectores, riesgos, creencias y comportamientos. Aunque tuvo una muestra muy pequeña, reflejó como resultado que sufre

severos problemas de salud materna marcado por factores contextuales que contribuyen a las percepciones de los y las participantes sobre su susceptibilidad al problema y la gravedad del mismo; algunos temas que destacan son las disparidades en el conocimiento, la falta de confianza entre proveedores de salud que son mayormente mestizos y mestizas, y pacientes indígenas, así como problemas con el transporte, como el tiempo para viajar, la distancia, y la calidad o falta de la infraestructura.

## **Definición de términos**

### ***Estudios de género***

Gamba (2011) expone que una de las contribuciones teóricas más significativas del feminismo contemporáneo es la introducción al estudio del género, como categoría social. Surgiendo esta categoría analítica para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo el énfasis en la noción de multiplicidad de identidades.

### ***Derecho a la salud.***

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos en el año 2006, manifiesta que “la sexualidad es un aspecto central de la vida del ser humano a lo largo de su vida que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituido mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el año 2008 definió a la salud como el derecho de una persona o un pueblo de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades orientadas a lograr el bienestar o el buen vivir. Haciendo énfasis en que, cuando se trata de la salud de las mujeres indígenas, no se puede obviar su dimensión colectiva; en este sentido, debe considerarla una cuestión integral y holística, que incumbe a todos los miembros de la comunidad e incluye dimensiones físicas, sociales, mentales, ambientales y espirituales (CEPAL, 2008).

Asimismo, la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo realizada en el año 2013, en donde los países de América Latina y el Caribe acordaron garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socio territoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho. Además de comprometerse a adoptar las medidas necesarias, en conjunto con los pueblos indígenas, para garantizar que mujeres, niños, niñas y adolescentes y jóvenes indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación, y tomar medidas para asegurar la restitución de derechos (CEPAL, 2013).

Respecto a esto, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en su artículo 24 decreta que “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud” así como también que “Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo” (Naciones Unidas, 2007).

### ***Salud sexual y reproductiva***

INMUJERES (2009) sostiene que la salud sexual y reproductiva se ocupa de los procesos, funciones y sistemas reproductivos durante todas las etapas de la vida del ser humano. Teniendo así como objetivo que mujeres y hombres disfruten de una vida sexual responsable,

satisfactoria y segura, donde tengan la capacidad y libertad de decidir sobre tener o no hijas/os, cuándo y con qué frecuencia, para prevenir embarazos no planeados o de alto riesgo, y que a su vez contribuyen la reducción de la mortalidad materna y perinatal, y de abortos e infecciones de transmisión sexual.

### ***Acceso a la salud***

La disponibilidad de servicios de salud no ha sido equitativa y las mujeres rurales, campesinas e indígenas han sido las menos favorecidas. En México las poblaciones rurales e indígenas poseen la menor proporción de recursos para el cuidado de la salud y el acceso más reducido a los servicios de salud (INMUJERES, 2006). Las principales barreras que influyen en el acceso a la salud son la distancia geográfica, los servicios culturalmente inadecuados, la falta de intérpretes calificados, falta de infraestructura adecuada y la falta de acceso a la información, estas implican consecuencias sobre la salud de las mujeres indígenas: infecciones y enfermedades, altas tasas de mortalidad materna y violaciones masivas de los derechos sexuales y reproductivos, como en los casos de esterilización forzada (CIDH, s/f)

### ***Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva***

Los servicios de salud sexual y reproductiva son servicios esenciales a los que todas las personas tienen derecho a tener acceso. Estos incluyen los servicios de información, orientación, consejería así como el acceso a métodos anticonceptivos modernos y al esquema de doble protección, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual, el acceso a la atención de la salud materna y neonatal, el acceso a la atención integral del aborto seguro en los casos previstos por la ley (Diario Oficial de la Federación, 2005), estos apartados constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la

ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población (Diario Oficial de la Federación, 1993)

### ***Género.***

El término género alude a la distinción de los atributos de hombres y mujeres que son asignados por la sociedad y que pueden modificarse por esta misma naturaleza. Las relaciones de género se expresan en valores, en percepciones prácticas y actitudes sociales. Por lo que el enfoque de género significa tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres que adopta el proceso de desarrollo y analizar, en cada sociedad y circunstancia, las causas y los mecanismos institucionales o culturales que estructuran la desigualdad de oportunidades y de resultados entre ambos sexos. Asimismo, también implica guiar el énfasis en las mujeres como grupo particular que permita ver cómo las diferencias entre ellas y los hombres constituyen un eje generador de la desigualdad social que atraviesa el conjunto de las relaciones sociales y jerarquiza, en detrimento de ellas, oportunidades, habilidades capacidades, roles y funciones, méritos y recompensas para unas u otros (Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres, 2000-2006).

### ***Clase.***

Una "clase" existe cuando existen agentes capaces de imponerlos como autorizados a hablar y actuar oficialmente en su lugar y en su nombre, a aquellos que reconociéndose en esas plenipotencialidades, por reconocerse como dotados con el poder total del hablar y actuar en su nombre se reconocen como miembros de la clase, y al hacerlo así, confieren a él la única forma de existencia que un grupo puede poseer (Bourdieu , 2013). Las clases aparecen porque se producen diferenciaciones en el espacio social, producto de la distribución desigual de los

capitales simbólico, social, cultural y económico. Cada grupo ocupa una posición diferente y los agentes se alejan unos de otros y se juntan con otros según la participación en los capitales.

Las propiedades de las clases sociales son de tres tipos : de posición, de situación y simbólicas. Las propiedades de posición son las que una clase tiene por ocupar una determinada posición en una estructura social y por estar afectada por las relaciones que la unen a las demás partes de esa estructura. Estas propiedades son independientes de propiedades intrínsecas como el tipo de práctica profesional o las condiciones materiales de existencia. La situación de clase podemos definirla como la posición en el sistema de relaciones de producción y como lo que define el margen de variación de que disponen las propiedades de posición. En función de ambas es posible afirmar que una clase social es un constituyente determinado por su integración en una estructura (Bourdieu, 1969).

### ***Etnia.***

Una etnia se refiere a un grupo humano que comparte una cultura, una historia y costumbres, y cuyos miembros están unidos por una conciencia de identidad. De esta definición se desprende que una etnia implica un grupo étnico, que se conceptualiza como una comunidad que no solo comparte ascendencia común, sino también costumbres, un territorio, ciertas creencias, una cosmovisión, una noción idiomática o dialéctica y simbólica, estos elementos compartidos le permiten cohesión interna como diferenciación externa (Naciones Unidas, 2011). Sin embargo, Darcy Ribeiro expresa que “las etnias son categorías de relación entre grupos humanos, compuestas más de representaciones recíprocas y de lealtades morales que de especificidades culturales o raciales”.

### ***Migración / movilidad humana.***

La migración es un fenómeno social complejo, dinámico y multifacético, que no puede ser definido de forma única, pero de manera general puede afirmarse que se trata de un proceso de cambio de residencia que implica el traspaso de algún límite geográfico y administrativo de una o varias personas de manera temporal o definitiva (CEPAL, s/f) (INEGI, 2020). Los especialistas reconocen dos tipos de migración: la internacional y la interna. La primera, se limita al cruce de las fronteras nacionales para el cambio de residencia. En tanto que la migración interna ocurre entre dos regiones de un mismo país, (Cárdenas, 2014)

En el proceso de movilidad actual es cada vez más notoria la presencia de mujeres indígenas, quienes junto con el resto de los migrantes, se dirigen de las zonas más marginadas, ubicadas en su mayoría al sureste y centro del país, a las de mayor desarrollo económico, entre ellas algunas ciudades, áreas de desarrollo agro comercial, zonas turísticas de diferentes lugares del país, fronteras norte y sur, e incluso en el ámbito internacional, particularmente en Estados Unidos y Canadá (Cárdenas, 2014)

### ***Intersección Clase/Etnia/Género/Migración:***

Es una perspectiva propia de las relaciones sociales que explica cómo las relaciones de poder son multidimensionales: económicas, sociales, culturales (Ceballos, 2017) e interiorizan por cuestiones de clase, etnia, género y migración, interseccionan en situaciones tanto personales como grupales. La interacción entre estos ejes de desigualdad se contempla como una necesidad para aproximarse y entender sus realidades (Colectivo Ioé, 1998). Donde el género es la primera desigualdad que se contempla y que interactúa con la categoría inmigrada a partir de la opresión racista, por razón de clase social y por diferencia sexual (Solé, 1994). La interacción entre estos ejes de desigualdad se contempla como una necesidad para aproximarse y entender sus realidades (Colectivo Ioé, 1998).



## Objetivos

### *Objetivo General*

Analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris asentadas en el estado de Sinaloa desde una perspectiva cualitativa feminista interseccional con el fin de proponer estrategias para mejorar el acceso a los servicios.

### *Objetivos específicos*

1. Conocer las percepciones que las mujeres Tarámaris tienen sobre los servicios de salud sexual y reproductiva y de los profesionales de salud.
2. Identificar las barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las mujeres Tarámaris.
3. Describir los conocimientos y/o saberes, cosmovisión que las mujeres de la comunidad indígena Tarámaris tienen en relación a la salud sexual y reproductiva.
4. Examinar cómo los procesos de intersección de las identidades etnia, clase, género y migración se expresan a través de las prácticas de atención en salud sexual y reproductiva.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño, población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, técnicas de colecta de datos, procedimiento, consideraciones éticas y estrategias de análisis de la información.

#### **Diseño del estudio**

Para lograr el objetivo de analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris asentadas en el estado de Sinaloa se optó por un estudio cualitativo, desde la tradición teórica Feminista, ya que este posibilita a la persona que investiga, conocer fenómenos de forma detallada, precisa y profunda a través de las vivencias, percepciones, emociones, sentimientos, pensamientos o comportamientos de los individuos en un contexto social (Vasilachis 2009).

Los estudios cualitativos son inductivos por naturaleza, es decir, no se pretende comprobar teoría o evidencia previa en nuevos campos o contextos, sino más bien partir de un fenómeno de interés al descubrimiento de cómo las personas construyen sus realidades y al mundo en relación a él, cómo se conciben frente al fenómeno. Lo que se logra finalmente con los resultados de estudios de tipo cualitativo son generar teoría, nutrir la que existe, plantear nuevas formas de interpretar y accionar sobre el fenómeno. Para ello, se hace preciso el emic y el etic.

Según Pike, 1967

El punto de vista etic estudia el comportamiento desde fuera de un sistema particular y como un enfoque inicial esencial de un sistema extraño. El punto de vista emic resulta del estudio del comportamiento desde el interior del sistema.

Es decir, para la persona que investiga existen dos formas de observar y entender el fenómeno, la emic que es la que se logra al proyectar su mirada desde el interior del sistema, adoptando temporalmente los valores y las apreciaciones de los estudiados, logrando una descripción en términos de significados referentes a las creencias, pautas de conducta, ideas y valores que hacen los miembros de una cultura. En cambio, la perspectiva etic es la que se lleva a cabo mirando al sistema desde fuera, es decir, como si se estuviera fuera de la sociedad que se estudia, con el fin de mostrar el significado que dan desde dentro sus protagonistas para generar teorías científicas sobre las causas de las semejanzas y diferencias socioculturales. (Harris 1976; García-Orellán 2015; Lévy-Bruhl).

Entendiéndose no como entes opuestos, si no como dependientes uno del otro por la interrelación que guardan por su condición dialéctica (García, 2018). Evitando así, para la persona que investiga la distorsión de analizar los valores ajenos con parámetros propios (Harris, 1976).

Se parte desde la tradición teórica feminista, que es una de las muchas que surgen desde los diseños cualitativos (Patton, 2002) que se hace necesaria para el abordaje y análisis del fenómeno que aquí se problematiza. Puesto que expone la importancia que tiene el género en la interacción humana en conjunto con los procesos sociales orientando los estudios en esa dirección y reconociendo las formas de saber de las mujeres desde una mirada global que incluya

la razón, la emoción, la intuición, las experiencias y el propio pensamiento analítico, que permitirá a la investigadora y a las personas investigadas generar un sentido de conexión e igualdad (Guerrero, 1999; Thompson, 1992, como se citó en Patton, 2002).

Entendiendo el método como el procedimiento que se sigue en la investigación para llegar al conocimiento (De Gortari, 1974) la tradición feminista como método dentro de las ciencias y las humanidades construye caminos que le son propios para conocer la realidad, donde las formas de acercarse a los fenómenos naturales y sociales son utilizadas como métodos de descubrimiento, es decir, maneras de obtener información sobre los mundos natural y social que no son posibles de conseguir por medio de métodos experimentales o investigativos tradicionales (Longino, 1992; y Bartra, 2012).

### **Población, muestreo y muestra**

La población del estudio está conformada principalmente por mujeres indígenas Tarámaris en edad reproductiva. Asimismo, se incluyó a todas aquellas personas que aporten al análisis y profundización del fenómeno, como pueden ser el personal de salud, a quienes se les denominará como personas actoras clave. Esto, debido a que la naturaleza de los estudios cualitativos señala que los fenómenos se construyen desde las posiciones y realidades de distintas personas involucradas (Marshall & Rossman, 2006), es decir, el derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva no existe sin aquellas personas actoras que garantizan el acceso. En este caso las mujeres Tarámaris son las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, las sujetas de derecho, y las personas profesionales de salud son quienes finalmente hacen realidad el acceso. Influyendo incluso, personas tomadoras de decisiones, así como personas en contacto directo con la comunidad por diferentes razones. El muestreo fue de tipo

bola de nieve, lo que implicó contactar personas clave para el fenómeno de estudio, como por ejemplo, colectivos, la maestra de la comunidad, líderes de la comunidad, entre otros, quienes a su vez enlazan a la investigadora con otras personas y así sucesivamente (Marshall & Rossman, 2006).

El tamaño de muestra se determinó por el principio de saturación de datos (Banda et al, 2021). En los estudios cualitativos la recolección de la información, la transcripción y el análisis se realizan de forma simultánea con el objetivo de identificar si se necesita agregar o modificar preguntas del guión de entrevista para profundizar en áreas/dimensiones del fenómeno que no se tenían contempladas pero que surgen de las experiencias de las sujetas del estudio. Esta simultaneidad, permite ir identificando las categorías que surgen y cómo se van saturando con las narrativas de otras participantes, hasta que dejan de aparecer datos nuevos, lo cual se conoce como saturación teórica (Saéñz & Téllez-Castilla, 2014), entendiendo que esta información no es totalitaria, no es todo ni lo último que pueda obtenerse, pero que con está se logrará plantear algo relevante, convincente o problematizador sobre el fenómeno, pudiendo considerar así culminada la búsqueda de manera parcial por parte de la persona que investiga (Mayan, 2009).

### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión para las mujeres indígenas Tarámaris fueron que se encuentren en edad reproductiva, que sean mayores de edad y que hablen español puesto que la investigadora no habla Tarámari y tener una persona intérprete aún no es posible.

Respecto al personal de salud se consideró a aquellas personas que tuvieran contacto en su vida laboral en asistencia en mujeres indígenas y/o mujeres indígenas Tarámaris.

Además de incluir a las personas que tengan contacto directo con la comunidad Tarámari, y que sus vivencias, experiencias y relatos sean enriquecedores para el estudio, puesto que en el campo la persona que investiga debe considerar toda conversación como formas de entrevista ya que se le presentan innumerables ocasiones para hacer preguntas sobre cosas vistas y oídas, pudiendo ser de escasos segundos o minutos pero que tienen la oportunidad de llevar a sesiones más extensas (Schatzman & Strauss, 1973).

De acuerdo con Patton (2012) y Taylor y Bogdan (1994), en la etapa de recolección de la información los diseños cualitativos permiten que este sea un proceso dinámico, sin rigidez ni predeterminación, es decir, si durante la recolección de la información se hace necesario incluir a personas actoras clave que den cuenta del fenómeno desde sus posiciones, que no sean necesariamente de la población indígena pero que se consideren provechosos para los objetivos de la investigación no existe inconveniente metodológico que impida realizarlo.

## **Técnica de colecta de datos**

### ***Observación***

La observación es una herramienta que recoge de manera sistemática, focalizada y estructurada la información mediante el uso de todos los sentidos del cuerpo, mientras la persona que investiga se encuentra en el espacio o entorno que es relevante o que ha sido elegido para su fenómeno de estudio (Villa-Rueda, et al. 2021). Para el presente estudio se utilizó la observación directa, estructurada y participativa (Taylor & Bogdan, 1987), registrada a través de un guía de observación elaborada a partir de Angrosino (2014) la cual se encuentra organizada de la siguiente manera, el primer apartado corresponde a los datos informativos tales como las siglas del informante, la fecha, hora de inicio y término, escenario y actor o persona observada;

el segundo apartado consiste en notas de campo sobre el ambiente, los hechos, las expresiones, el lenguaje corporal, las emociones y las reflexiones metodológicas (Apéndice A)

### ***Diario de campo***

El diario de campo es un documento escrito que permite registrar sistemáticamente, a través de notas de campo los aspectos más relevantes de la visita al entorno de estudio resultante de la observación y de la interacción con su población, con el fin de reflexionar o profundizar posteriormente en el análisis de los datos (Villa-Rueda, et al. 2021). Se utilizaron notas de campo que permitieron la recuperación sencilla de los datos y la codificación de los temas (Taylor & Bogdan, 1987), estas fueron de tipo observacionales, teóricas y metodológicas (Valles, 1999).

Las notas observacionales son aquellas que reflejan la observación visual y auditiva de sucesos considerados importantes para la experiencia registrada que respondan el quién, qué, cuándo, dónde y cómo de la actividad humana observada y vivida. Por su parte, las notas teóricas son las que emanan a partir de una o varias notas de observación, generando significados que permiten a la persona que investiga interpretar, inferir, hipotetizar, realizar conjeturas y nuevos conceptos, es decir constituyen formas de análisis preliminar. Las notas metodológicas tienen como fin realizar una crítica de las habilidades propias de la persona que investiga y del proceso metodológico (Schatzman y Strauss, 1973).

Sin embargo, como menciona Jorgensen (1989) estas notas propuestas no son los únicos sistemas de registro posibles, y deben someterse a adaptaciones dependiendo la preferencia y estilo personal de la persona que investiga, además de considerar el tema estudiado, el ambiente, la situación y las tecnologías o medios usados. Siendo elemental registrar fechas, tiempos,

lugares, tanto roles como posiciones sociales de las personas clave, así como las actividades o eventos principales que resulten de las conversaciones y entrevistas casuales.

### ***Fotoetnografía***

La fotografía es una fuente inagotable de significados, que permiten recuperar la memoria de los hechos que se retra-tan (Hermansen-Ulibarri, y Fernández-Droguett, 2018). Según Sekula (1981) el rol de la fotografía en la sociedad visto a través de la teoría crítica es la aportación de sentido y tácticas para la coordinación texto-imagen, como un espejo de lo real. Al analizar las imágenes desde una perspectiva científica ofrece a la persona que investiga un amplio espectro simbólico de la diversidad sociocultural mostrando la representación social y cultural en el tiempo-espacio de los sujetos y objetos observados (Poveda, 2016).

### ***Entrevista conversacional informal***

Se desarrolla a través de preguntas realizadas en el contexto y durante la interacción natural de la persona que investiga con la población, incluyendo a los informantes clave. Es simple, ya que no requiere un guión preestablecido ni una temática particular (Valles, 1999). Esto se hace elemental en este proyecto puesto que existen numerosas oportunidades de conversación que enriquecen y ayudan a contextualizar las formas de vida; así como también ayuda a conocer y comprender el entorno.

### ***Entrevistas semiestructuradas***

En la investigación cualitativa se realizan entrevistas semiestructuradas que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas que no tienen respuestas predeterminadas esto con el fin de obtener una visión real de las experiencias del participante. A su vez, presentan una



apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados (Grove & Gray, 2019; Álvarez-Gayou, 2003). Se lleva a cabo a través de una guía temática o guión de entrevista (Apéndice B) que garantice abordar todas las áreas de preguntas de la entrevista (Polit & Beck, 2018). El guión que aquí se presenta se estructuró de manera inicial en tres fases o categorías que incluyen en la primera fase datos sociodemográficos relevantes y de autopercepción, la segunda fase aborda las percepciones sobre los servicios de salud sexual y reproductiva y la tercera fase explora la salud sexual en los propios términos de los participantes. Sin embargo, dicho guión se fue modificando y adaptando a las necesidades de la investigación (Álvarez-Gayou, 2003).

## **Procedimiento de recolección de la información**

### ***Ambiente de estudio***

A priori se consideraron dos entornos en la zona rural y serrana del norte del estado de Sinaloa, correspondiente al municipio de Sinaloa de Leyva y Guasave. Debido a que son las zonas de concentración de la comunidad indígena Tarámari, donde se realizó la investigación en sus propias condiciones y entornos naturales, lo que facilitó conocer, explorar y entender sus experiencias.

### ***Recopilación de datos***

En los estudios cualitativos el proceso de recopilación de los datos consta de una serie de actividades relacionadas que conllevan a recoger la información para dar respuesta a las preguntas que surgen y se plantean en la investigación. Se trata de un proceso circular que permite a la persona que investiga iniciar en el punto que así lo requiera (Figura 1). Se distinguen en este siete apartados: localizar el sitio o el individuo, ganarse el acceso y establecer el rapport,

realizar las estrategias de muestreo propuestas, llevar a cabo la recolección de la información mediante la audio grabación de dicha información, prever y solucionar los posibles problemas que se generen en campo, almacenar la información para su posterior análisis (Creswell, 2007).

### **Fase: contacto, localizar el sitio/individuo**

La fase de localización del sitio/individuo consiste en que la persona que investiga encuentre a la población o los lugares para llevar a cabo el estudio, esto dependerá de los objetivos y del diseño planteado. En este caso, los individuos deben ser personas que han experimentado el fenómeno que se está explorando y puedan compartir sus experiencias conscientes. No tienen que estar localizados en un único sitio, ya que esto permite proporcionar información contextual desde distintos ángulos (Creswell, 2007).

El proceso inició en el mes de noviembre del año 2021. De carácter informal a través de la localización de la primera informante clave, la maestra Hortensia Gaxiola, quien en conjunto con el maestro Román Rubio trabajaban hace algunos años atendiendo de manera autónoma a este sector de la población. Se contactó a la maestra Hortensia por teléfono para organizar una cita presencial con el fin de platicarle del proyecto. Con buena aceptación y con una invitación a acudir a un evento que tenían programado para el mes de diciembre en la comunidad de la Tuna de Abajo municipio de Sinaloa de Leyva, de esta manera se concluyó la reunión.

### **Fase: ganarse el acceso y establecer el rapport**

Una vez que la persona que investiga elige los lugares o las personas que pudieran participar en el estudio, debe comenzar a buscar el acceso de la comunidad mediante estrategias adecuadas para el tipo de población, tales como asistir a la comunidad para que la población se familiarice con la presencia de la persona que investiga, así como también mediante personas

clave que tengan vínculos de confianza ya contruidos, y deben ser acordes al alcance que se pretende lograr con los objetivos del proyecto para lo que es importante considerar los permisos al acercarse a las personas participantes y se debe revisar el potencial impacto que puede tener el estudio sobre estas. Ya que se hacen necesarios para lograr un acceso efectivo e informado al presentar el propósito del proyecto y sus procedimientos en detalle a las personas participantes (Creswell, 2007).

Al explorar el entorno elegido, es necesario evaluarlo para considerar viable la relación de la persona que investiga con el ambiente por medio de una serie de reflexiones, que permita resolver cualquier situación que pueda entorpecer el estudio (Esterberg, 2002) Asimismo, sirve para estimar tentativamente el tiempo aproximado que llevará el estudio y revalorar su viabilidad en las dimensiones de conveniencia y accesibilidad (Mertens, 2005). Lograr el acceso al ambiente es una condición que permitirá seguir con la investigación e implicará a su vez obtener permiso de parte de quienes controlan el ingreso, que se hace posible a través de la negociación o el desarrollo de relaciones Asimismo, se debe contemplar seleccionar ambientes o lugares alternos, en caso de que el acceso al contexto original sea negado o restringido por cualquier situación (Sampieri et al, 2014).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2021 y enero de 2023. Se informó a las autoridades municipales de Sinaloa de Leyva la realización de la investigación en el territorio de dicho municipio, presentando el propósito del proyecto y los procedimientos que se llevarán a cabo (Creswell, 2007).

### **Fase: Estrategias de muestreo propuestas**

En esta fase se plantea el criterio para seleccionar quién y qué estudiar, el cual debe estar basado sobre algún aspecto de la vida social del grupo, personas representativas que compartan la cultura del grupo en términos demográficos, y los contextos que permiten diferentes formas de comportamiento. El muestreo fue de tipo bola de nieve el cual identifica casos de interés de personas que conocen gente a que a su vez conocen casos que proporcionen información valiosa (Creswell, 2007).

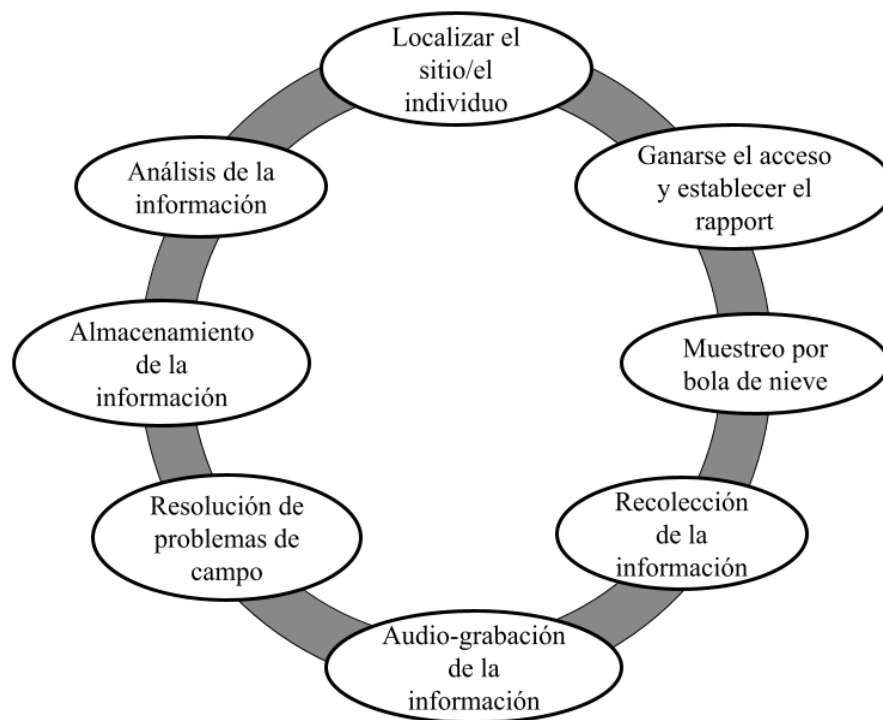
### **Fase: Recolección de la información**

El reclutamiento con las mujeres indígenas en sus respectivas comunidades inició en el mes de Agosto una vez que se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Para reclutar a la población indígena la investigadora se presentó en las comunidades seleccionadas de manera intencional bajo el asesoramiento de las personas actoras clave que compartieron su conocimiento y redes sociales para dirigir a la investigadora con las personas que podrían participar o contribuir en el estudio, una vez en la comunidad se seleccionaron a las primeras participantes conforme el acceso establecido anteriormente en el rapport. Para reclutar al personal de salud/actores clave la investigadora siguió el mismo proceso, pero en sus respectivos espacios.

Posteriormente con la población seleccionada se describió la situación, se explicó brevemente el propósito del estudio y de la entrevista (Álvarez-Gayou, 2003) así como también se le proporcionó el consentimiento informado donde cada participante tuvo la opción de participar o no en el estudio. Para las mujeres indígenas que aceptaron participar se les preguntó si saben leer y escribir y en qué idioma (Español o Tarámari) puesto que el consentimiento se encuentra en idioma español, para quienes no supieran leer y escribir se les leyó el

consentimiento frente a los testigos y se les solicitó colocaran su huella del pulgar de la mano que prefieran. Se contextualiza a las personas entrevistadas antes y al terminar la entrevista, asimismo se les explicó que la entrevista sería grabada en una grabadora de audio de la marca SONY modelo ICD-PX333 y se preguntó antes de iniciar la entrevista, si la persona tenía alguna duda que desee plantear a la entrevistadora (Álvarez-Gayou, 2003). Posteriormente se buscó un lugar cómodo para iniciar con la entrevista.

Las entrevistas a profesionales de la salud y personas actoras clave, siguieron la misma dinámica antes expuesta y fueron realizadas en los lugares donde ellos eligieron, y fuera de su horario laboral para que la realización de esta no les afectará. Se le asignó una codificación a cada informante debido a que se pudiera regresar a realizar de nuevo o mejorar el guión de entrevista y realizar otra entrevista a la misma informante.



**Figura 1.** Esquematización de las fases iterativas de las actividades de recolección de la información de acuerdo a Creswell & Poth (2017).

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Se consideró el título segundo, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los artículos siguientes.

En todo momento se buscó garantizar el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los participantes (Artículo 13). Donde el investigador proporcionó a las participantes un consentimiento informado (Apéndice C) que cumpla con el principio ético del respeto, el cual tiene como propósito garantizar que los sujetos potenciales del estudio participen libre y voluntariamente cuando el proyecto es coherente a sus valores, intereses y preferencias (Martínez, et al. 2021; Artículo 20,). Donde se les explicó el objetivo del estudio y su importancia (Artículo 21, Fracción I), de esta manera aceptaban o no participar en el estudio, cumpliendo así el principio ético de la autonomía de las personas y sus decisiones (Artículo 14, Fracción V). Además, se les especificó que tenían la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo desearan (Artículo 21, Fracción VI y VII).

Con el fin de cuidar la privacidad de los datos de los participantes se le asignó una codificación a cada entrevista (Artículo 21, Fracción VIII). A las personas informantes clave se les solicitó autorización para encubrir o no sus nombres (Artículo 16). Esta investigación se consideró de riesgo mínimo debido a que se abordan aspectos que pueden producir incomodidad al hablar de temas sexuales (Artículo 17, Fracción II), donde si la persona participante mostraba incomodidad se le preguntaría si deseaba detener la entrevista sin compromiso alguno, en caso

contrario se procedería a realizar otra pregunta. Además de ofrecer medidas de contención psicológica profesionales.

Para realizar dicha investigación, debido a la naturaleza del ambiente de estudio y de la población, se les solicitó a las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad la autorización correspondiente. Además, se requirió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa (Artículo 29).

### **Plan de análisis de la información**

Para realizar el manejo y análisis de los datos se utilizó el análisis temático con rigor científico establecido por Braun y Clarke (2006), el cual consta de seis fases:

- 1. *La fase inicial consta de la familiarización con los datos.*** En la cual se utilizó la transcripción de las entrevistas de los datos obtenidos a través de las grabaciones de la entrevista realizada, donde se recogieron las palabras tal y como las dice la persona entrevistada, además de observar y registrar el lenguaje y expresiones (Gove & Gray 2019; Hennink & Weber 2013) que permitió descifrar las conductas, los procesos y los significados culturales que influyen en los puntos de vista de las personas (Hennink & Weber, 2013).
- 2. *Generación de categorías o códigos iniciales.*** Consistió en organizar la información en grupos de un mismo significado (Mieles et al, 2012). Al momento de transcribir las entrevistas se fue codificando/etiquetando con una palabra clave que representara la idea;
- 3. *Búsqueda de temas en los datos.*** Se trató de distinguir los códigos en temas potenciales, recopilando todos los datos relevantes para cada tema potencial. Basándose en los

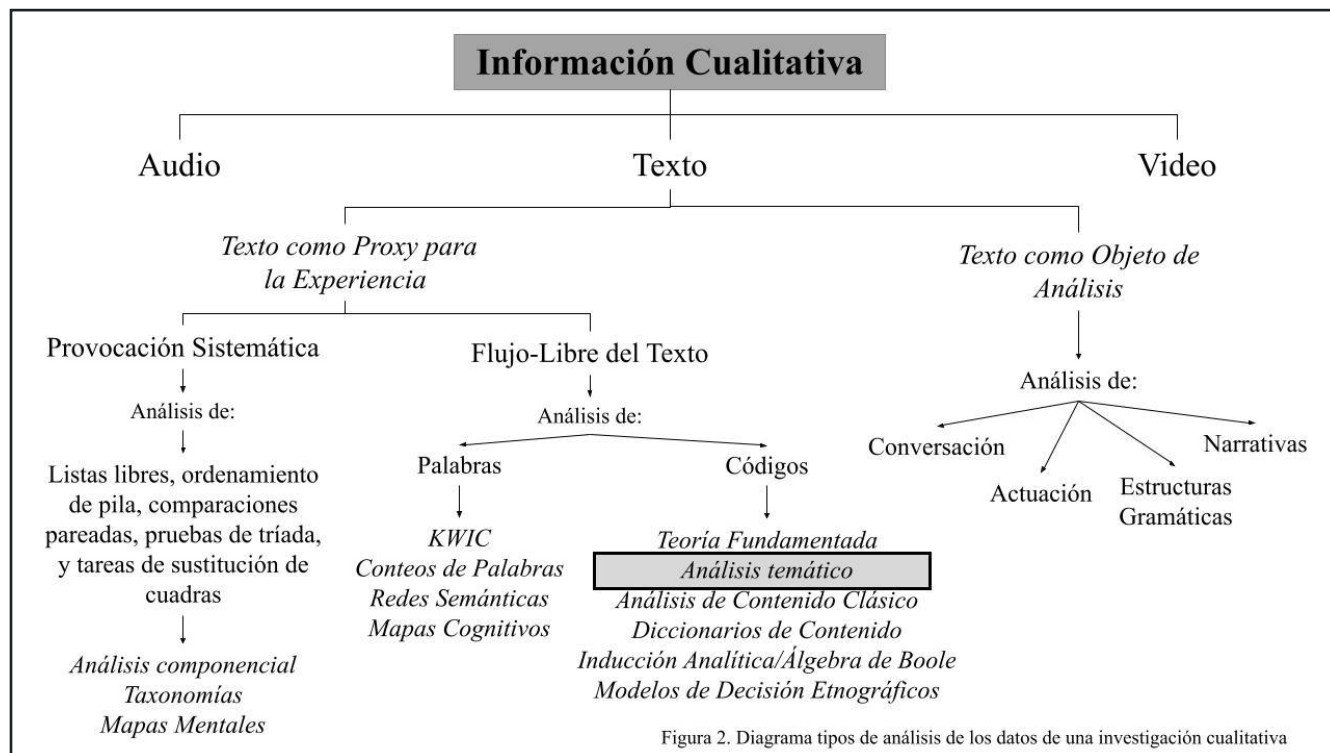
códigos iniciales, se analizó de nuevo los datos para reducir el número de códigos y categorizarlos en temas identificables;

- 4. *Revisión de temas.*** Se realizó la recodificación y el descubrimiento de nuevos temas;
- 5. *Definición y denominación de temas.*** Se seleccionaron de manera definitiva los temas destacando lo esencial de cada uno de ellos, y se elaboraron las jerarquías con temas y subtemas.
- 6. *Redacción del informe final.*** Se construyó una narrativa sustentada en la argumentación como resultado de la comprensión y análisis final de la información obtenida.

Aunque estas fases se presentan en un orden secuencial esta tiene la flexibilidad de que los pasos no se sigan estrictamente en un orden lineal. Puesto que las distintas fases del tratamiento de la información se pueden superponer con otras etapas del estudio, dando lugar a la posibilidad de transitar entre distintas fases a medida que el análisis va avanzando (Mieles et al, 2012). Este análisis debe ser verificable, por lo que se deben conservar las grabaciones y las transcripciones por un tiempo razonable, sin que exista un lapso predeterminado. En este sentido, el diario de campo es un auxiliar valioso por la información que contiene, tales como las expresiones no verbales que la persona que investiga percibió (Álvarez-Gayou, 2003).

Para analizar las fotografías tomadas se siguió el proceso descrito por Sanz (1998) que consta de análisis y síntesis de cada una de las fotografías, y del conjunto de ellas. El análisis consistió en la descripción de la imagen, la idea, el pensamiento y el sentimiento, así como aproximarse a explicaciones e interpretaciones de estas.





**Figura 2.** Tipología de Técnicas de Análisis Cualitativas. Traducción de “Data Management and Analysis Methods”, por G. W. Ryan, & H. R. Bernard, 2000. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 771-802). Thousand Oaks, California: Sage.

## Capítulo III

### Resultados

Los hallazgos del presente estudio se obtuvieron a partir del análisis de las narrativas, vivencias, experiencias y relatos de mujeres Tarámaris, personal de salud, personas actoras clave y personas en contacto directo con la comunidad. Se entrevistaron a 5 mujeres Tarámaris y 3 personas actoras clave, se aplicó una guía de preguntas semiestructuradas, los diálogos con informantes se grabaron en audio, previo consentimiento informado. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1, donde se proporcionan códigos que se irán presentando en narrativas para contextualizar los resultados.

Los resultados se presentan de tal forma que, se introduce a la comunidad en términos generales y específicos. Este apartado es resultado de un trabajo de campo que implicó múltiples visitas a los sitios donde se encuentra la población y lugares estratégicos para el fenómeno de estudio, incluyendo Las Tunas de Abajo y Cuitaboca. Se incorporan fotografías para que la persona lectora de sentido a las narrativas e interpretaciones que se hacen de forma textual. Posteriormente, se muestran las dos categorías que emergen al análisis, la primera se refiere al acceso a los servicios de salud e incluye las barreras y facilitadores. La segunda categoría se trata de las producciones de la interseccionalidad (género, etnia, clase, migración), aquí se muestra cómo se construyen las experiencias de las mujeres a partir de la interseccionalidad.

#### **Tabla 1.**

##### *Características de la muestra*

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Identidades</b>
IC-HL44	Hortensia López	44	Informante clave

			Maestra Dirección de Lenguas Indígenas
IC-C40	Cristina	40	Informante clave Médico Dpto. Salud Reproductiva
IC-B28	Brenda	28	Informante clave Enfermera
MT-M26	María	26	Mujer Tarámari Jornalera
MT-J18	Jesica	18	Mujer Tarámari
MT-E25	Elena	25	Mujer Tarámari Jornalera
MT-A32	Adelina	32	Mujer Tarámari
MT-R33	Rosa	33	Mujer Tarámari Jornalera

Nota. Esta tabla muestra cómo estuvo constituida la muestra; \*MT: mujer Tarámari, IC: Informante clave.

### **La comunidad Tarámari**

El inicio del trabajo de campo en comunidad involucró como evento previo, la localización de la primer actora clave para esta investigación, la maestra Hortensia López Gaxiola quien desde el año 2015 se unió a las labores iniciadas por el profesor Román Rubio adoptando las necesidades de una comunidad indígena hasta ese momento omitida, proveniente de los altos del municipio de Sinaloa: la comunidad Tarámari. Hortensia López Gaxiola es promotora cultural y activista, fue directora de cultura en el municipio de Guasave, con una amplia experiencia en cuestiones culturales, lingüísticas e indígenas en el estado de Sinaloa, así como conocedora de las necesidades y dificultades a la que esta población se enfrenta.

Se asistió el día 18 de diciembre del año 2022 desde la ciudad de Guasave a la primera visita de contacto con la comunidad de Las Juntas conformada por familias Tarámaris, y la comunidad de la Tuna de Abajo donde viven población indígena y población no indígena, para iniciar con el proceso de Rapport. La maestra ya tenía planeado se subiría a llevar víveres para las familias y las cosas necesarias para la posada del kinder y primaria que se celebraría. Se llegó al municipio de Sinaloa de Leyva donde se recogió a Juan, un hombre de familia, amable, noble, religioso y sabio que conoce perfectamente el terreno y su gente, información clave para poder adentrarse en la sierra. Durante el camino que tiene que ser recorrido exclusivamente en vehículos todoterreno, del tipo conocido como 4x4, se escuchan las añoranzas de cada visita, resurgiendo los propósitos del profesor Román Rubio presente a través de la memoria en cada viaje.



**Figura 3.** Mapa que ilustra la localización geográfica de las comunidades Tarámaris de Las Tunas de Abajo y Los Alisos de Olguín.

Fuente: INEGI/Elaboración propia.

**Las Tunas de Abajo** es una comunidad serrana que se encuentra ubicada a 69.7 kilómetros de la cabecera municipal. Se encuentra dentro del territorio ejidal de Santa María, de clima semicálido, subhúmedo con lluvias en verano. Se encuentra a 534 metros sobre el nivel del mar, según el Censo y Conteo de poblaciones y vivienda (INEGI, 2020) cuenta con alrededor de 70 habitantes. Se accesa a través de un camino de terracería realizado por las mismas personas pobladoras por lo que es poco accesible y únicamente puede ser recorrido por vehículos todo terreno o en camión en un aproximado de 4 a 5 horas, sin embargo, el camión solo tiene ruta cada tres días, y sólo llega a San José de Gracia, donde se debe seguir el camino a pie hasta las Tunas de Abajo (Antillón, 2021).

En la comunidad de las Tunas de Abajo la principal actividad económica para la población indígena es la agricultura de manera secundaria (como jornaleros) en el cultivo de maíz, frijol y hortalizas, ya que no pueden ser propietarios de tierras ejidales debido a la falta de documentación oficial que los acredite como pobladores originarios de esas tierras sumado a la imposibilidad adquisitiva para comprarlas y acreditarlas legalmente como suyas. Dicha actividad, toma diferentes caracteres puesto que no se cuenta con maquinaria especializada y el tipo de terreno hace necesario la utilización de recursos rudimentarios que les permitan aprovechar gran parte de sus áreas de siembra, para extraer de la tierra los productos básicos para su alimentación, lo que constituye para ellos su modo de subsistir. En cambio la población no indígena se dedica mayormente a la minería en el pueblo aledaño San José de Gracia. Cuentan algunas casas con servicio de luz y agua no potable extraída a través de pozos, hacen uso de letrinas. Sus viviendas son construidas a base de adobe con techo de lámina o de hoja de palma tejida.

**Cuitaboca** es el ejido más grande de México con una extensión de 42 mil hectáreas de zona serrana y boscosa, se encuentra ubicada a 70 kilómetros aproximadamente de la cabecera municipal en la Sierra Madre Occidental a 906 metros sobre el nivel del mar, de clima semicálido, subhúmedo con lluvias intensas en verano-otoño (INEGI, 2020). No se cuenta con un número oficial de habitantes en los registros debido a que los censos no se han realizado en su totalidad por la forma dispersa en que viven, sin embargo registros no oficiales estiman que son alrededor de 800 personas distribuidas en las poblaciones pertenecientes al ejido. Su acceso es a través de un camino de terracería por tramos, sin embargo la mayoría del trayecto está constituido por losas de piedra tipo caliza formada y desgastada por el uso del camino y las inclemencias propias de la naturaleza tales como lluvias y deslaves, lo que lo hace que en muchas ocasiones se torne inaccesible en temporada de lluvias, imposible para vehículos de uso común y conductores no familiarizados con el camino. El recorrido total hasta la comunidad es de aproximadamente 6-7 horas, pudiendo variar por cuestiones mecánicas, climáticas o propias del camino.

En el paisaje se puede observar gran diversidad de flora y fauna entre los que destacan variedades de Pino y Encino Cajete utilizado por los pobladores para la realización de sus casas compuestas por esta madera y hoja de palma o lámina. El denominado Palo Blanco (*Ipomoea arboracea*) es de vital importancia para el ciclo vital de la población y el aprovechamiento del entorno ya que la flor de éste es alimento preferido de los venados, única carne a la cual tienen acceso en la zona serrana, además de que la etapa de florecimiento de éste y del Palo Barril indica también alta producción de miel en los panales de abeja, la cual recolectan, consumen y comercializan. Entre la fauna destacan principalmente el venado cola blanca, la onza, el

armadillo, ardillas, mapaches, liebres, guacamayas, perico verde, y diversos reptiles como la víbora de cascabel, coralillo e iguanas así como gran variedad de insectos.

### **Acceso a los servicios de salud**

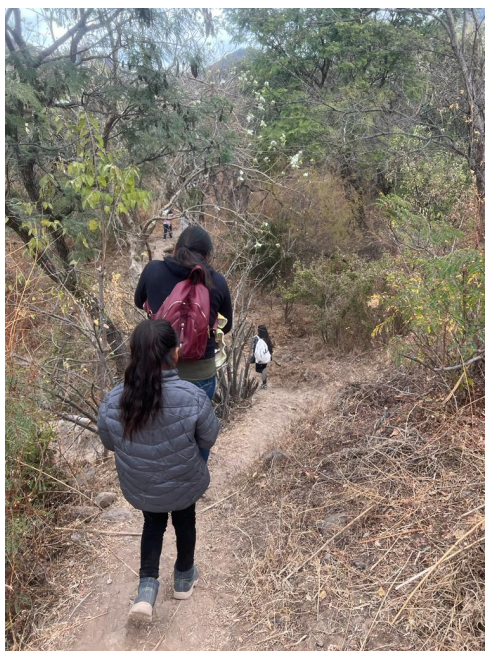
Dentro de las experiencias en el acceso a los servicios de salud se diferencian barreras y facilitadores. Por ejemplo, el acceso a los servicios de salud se ve afectado por diversas barreras de tipo geográfico, cultural y estructural que sesgan la calidad y cantidad de los servicios que deben ser proporcionados a esta población para cumplir con su derecho a la salud.

Dentro de las **barreras geográficas**, destacan por todas las participantes y algunas personas actoras clave, las condiciones propias del camino que no permiten la atención integral y oportuna puesto que se requiere de largas horas e incluso días para poder bajar de la zona serrana a recibir atención médica especializada. Lo anterior hace imposible tener un seguimiento y control adecuado de enfermedades crónicas, una atención rápida de las emergencias suscitadas y de los eventos ginecobstetricos que se presentan.

Además son estas mismas condiciones las que no propician que el propio personal de salud esté presto a brindar servicios de manera regular en estas zonas puesto que no hay certeza si podrá llegar en un mismo día, quedando muchas veces incomunicado por la dificultad de la señal telefónica, por desperfectos mecánicos que pueden presentar los vehículos o bien por las condiciones climáticas que hacen intransitables e inseguros dichos caminos.

“el camino está feo y toca bajar así, a veces sin dinero por que debes pagar el raite y ni para medicinas, allá el centro de salud que no tiene doctores, no tiene medicamento y siempre esta pos´ cerrado [MT-R33]”

Es muy tardada (la atención), es muy limitada hee... a veces no se llega a tiempo, muchas veces van a parir en el camino, van a va a morir el producto porque pueden tardar días en el trayecto, días en que pase de estar esperando a que pase un carro y no va a pasar, o a que se le traslade en burro, en bestia de un pueblito a otro donde se cree que va a haber un raite o el raite luego no llega hasta la cabecera, avanza a un siguiente pueblo. Entonces a veces tardan días, puede ser de 2 a 6 días que tardan en llegar al hospital y pues en ese tiempo pues puede pasar cualquier cosa [IC-HL44].



**Figura 4.** Joven mujer Tarámari caminando por la vereda con su bebé en brazos seguida por otra hija hacia un sitio donde tomaría un raite, Cuitaboca enero 2023.

Fuente: Producción propia. Créditos Jakeline López Quiñonez

lo urgente en todos en todas estas comunidades es la carretera, que si ellos tuvieran caminos que fueran más amigables pues habría más posibilidades de que las caravanas de salud atiendan como deben, que deben de ir cada mes [IC-HL44]





**Figura 5.** Hombres rellenando camino después de la lluvia con palos, tierra y piedra para lograr que un vehículo pueda subir “La Cuesta del Pino” y así poder salir de la comunidad de Cuitaboca, agosto 2022.  
Fuente: Producción propia. Créditos: Jakeline López Quiñónez



**Figura 6.** Instalaciones del consultorio del centro de salud de la SSA ubicado en Cuitaboca, el cual fue inaugurado y equipado, sin embargo, nunca ha tenido personal médico ni de enfermería, y es únicamente utilizado como punto de reunión cuando las caravanas asisten, agosto 2022.  
Fuente: Producción propia. Créditos: Jakeline López Quiñónez

Dentro de las **barreras culturales** que se identificaron, se tiene que existe aún un poco de resistencia de esta población a atenderse en hospitales principalmente porque esto significa emprender un viaje que es largo y agotador, además de el hecho de tener que salir de sus comunidades les genera sentimientos de incomodidad por su fácil reconocimiento indígena entre la sociedad, así como también se identifica a la lengua como limitante ya que aunque la mayoría habla español lo hacen de manera muy básica. Se identifica en las entrevistas que consideran que existe la necesidad de repetir algunas veces las preguntas y hacer afirmaciones de sus respuestas para lograr entender, destacando el uso de lenguaje coloquial, sin embargo, ellas no reconocen esto como un problema y no expresan cuando no te entienden, solamente asienten o se quedan calladas, formando parte de su propia concepción en el mundo y la sociedad en la que ellas existen por debajo de todos los estándares de poder. Así lo menciona Hortensia López Gaxiola:

“todavía hay quienes no quieren venir...hay una pérdida de identidad, ya no quieren hablar su lengua, no quieren usar su vestido [IC-HL44]”

[...] la discriminación es un es un elemento importante y constante entonces ellas lo que menos quieren es que se note que son diferentes, entonces van a evitar hablar su lengua, aun cuando hablen muy mal español de inicio van a buscar solamente hablar español[...] [IC-HL44]

[...] hay personas entre los Tarámaris que que hablan muy poco español y que no se pueden comunicar bien con el médico, además de ellas mismas no saber cómo decir lo que les pasa en su lengua no saber cómo que decir en términos médicos [IC-HL44]



**Figura 7.** Mujer Tarámari observa atrás y desde una esquina en una entrega de apoyos en Cuitaboca, enero 2023.  
Fuente: Producción propia. Créditos: Jakeline López Quiñónez.

Las percepciones de las mujeres Tarámaris respecto al personal de salud se encuentran influenciadas por las experiencias que han tenido al momento de recibir atención médica hospitalaria, esta relación inicia la mayoría de las veces con visitas durante el periodo prenatal o durante el momento del parto y puerperio, La mayoría menciona sentirse cómoda con el trato brindado por el personal de salud, sin percibir alguna diferencia al momento de su atención, lo que describen como algo normal. Sin embargo al salir de sus comunidades estas mujeres no se sienten tan cómodas con el resto de la sociedad y las dinámicas de las urbes, expresando sentimientos de rechazo hacia el entorno “Enveses si me siento incómoda, ya quiero irme....aquí hay ruido, mucha gente te ve... [MT-J18]”

En cambio, para las personas profesionales de la salud no existe una concepción o reconocimiento del pueblo Tarámari como tal, considerándoles como personas miembros de

grupos indígenas Tarahumaras o del sur del país que emigran pero no son propios de la región, tal como lo menciona [Brenda] “se que atendemos personas de diferentes pueblos indígenas que vienen del sur del país que vienen a pues trabajar, ya ves los campos agrícolas y se quedan en los conocidos galerones[IC-B28]”. También [Cristina] concuerda con esta percepción “...si he trabajado con Tarahumaras por así decir y gente que viene de Oaxaca como jornaleros... [IC-C40]”

Lo que denota una falta de conocimiento respecto a la variedad de pueblos originarios propios de la región, que se traducirá a una dificultad para comprender las cosmovisiones y las condiciones de salud de estos pueblos, lo cual no facilita las relaciones culturalmente coherentes personal-personas usuarias.

Para actores clave que se encuentran en contacto directo con la comunidad la perspectiva en materia de salud sexual y reproductiva es diferente, estos pueblos se encuentran en totales condiciones de marginación y abandono. Por lo tanto, la salud es vista como un problema global donde todas estas vertientes se unen creando un efecto dominó.

[...]tiene que ver con esto de la falta de educación que luego desde la sociedad hay mucha crítica de ‘entonces si eres pobre por qué tienes tantos hijos’ porque es un círculo vicioso es una falta de educación, es una falta de conciencia por la falta de educación y también es la falta de acceso a las instituciones de salud. Muchas de ellas van a parir arriba y jamás van a poder decir ‘ay ahora sí ya quiero que me operen’ porque no están en un hospital o en un lugar que sea propicio para eso. Emm pero también del otro lado, también hay quienes no pueden tener hijos y no conocen la razón pues por lo mismo porque no tienen acceso a las instituciones y emm va a haber muchos problemas entre eso. Los hombres siempre las culparán a las mujeres de no poder

tener hijos sin saber si son ellos, entonces eso también he visto que es un un problema recurrente y que tampoco se atiende [IC-HL44].

Se identificaron **barreras estructurales** para el acceso a los servicios de salud como fueron la falta de acceso al derecho a la identidad. El acceso a la salud se ve afectado por cuestiones internas de dicha población tales como no contar con documentos de identificación oficiales, el desconocimiento de las fechas exactas de nacimiento. Este dato se corrobora por todas las participantes Tarámaris que dudaron al responder sobre su edad, y analfabetismo, así como por cuestiones externas donde los registros civiles no se encuentran al alcance de estas comunidades para tramitar sus documentos oficiales que les permitan ser atendidos en los hospitales, la falta de campañas permanentes y regulares de parte de la Secretaría de Salud que lleguen hasta sus lugares de origen a prestar la atención médica oportuna. Esto impide que estas mujeres puedan llevar un adecuado control prenatal en sus embarazos, seguimiento y revisión de métodos anticonceptivos, así como también no les permite tener acceso a salud preventiva como el papanicolaou y las mastografías, mucho menos a recibir tratamiento precoz en enfermedades ginecológicas. María menciona que el acceso a los servicios de salud en materia de territorio impacta en su salud reproductiva: “...Yo tenía planeado este cuidarme, pero en la sierra, pos no subió las caravanas y ya ahí fue, salí embarazada [MT-M26]”

[...] a veces el problema es que ellas no saben qué día nacieron, ellas y ellos no saben ni qué día nacieron, y pueden tener un acta de nacimiento, pero si la perdieron es imposible encontrar si no saben en qué fecha nacieron, si a veces no saben su nombre, a veces tienen los apellidos equivocados [...] [IC-HL44]

Además como muchos de los nacimientos o defunciones se dan en sus comunidades no existe como tal un reporte oficial ante las autoridades debido a la falta de conexión con estas, lo cual hace casi imposible contar con tasas de mortalidad materna en esta población.

“...Y pos´uno se baja no porque quiera, pero allá no llega nada ni nadie [MT-A32]”

El control de natalidad es escaso, sólo las mujeres utilizan métodos anticonceptivos y la mayoría tienen de cuatro hijos en adelante, donde esta decisión es tomada conforme a muchos factores fluctuando entre los acuerdos que tenga la pareja y la disponibilidad de tener un seguimiento en un centro hospitalario posterior a colocarse algún método como lo es el dispositivo intrauterino el de uso más común posterior a un evento obstétrico, sin embargo, al regresar a sus lugares de origen este control y seguimiento se vuelve imposible por lo que muchas de estas tienen embarazos con pequeños espacios intergenésicos provocados por la falta de revisiones periódicas.

“...el positivo se movió y fue cuando salí barazada (embarazada) [MT-J18]”

“...este me embaracé porque tenía el positivo [MT-E25]”

“...Sí, también dice (esposo) que no más quieres cuatro [MT-J18]”

El parto es un suceso por demás natural en estas mujeres, sin embargo, las más jóvenes optan por calcular bajar a las zonas de Sinaloa de Leyva o Guasave antes de que se acerque el nacimiento para poder ser atendidas en un hospital, porque si llegan a tener alguna complicación venir en el mismo momento del trabajo de parto o puerperio se vuelve casi imposible. arriesgándose a tener consecuencias muchas veces fatales

“me bajé antes, un mes antes, creo, me bajé, porque era primero (era su primer bebé)[MT-M26].

“No hay camino por eso no pude venir porque creció agua, ya no pude bajar [MT-J18]” expresa Jessica quien tuvo a su último bebé prematuro en la sierra quien desarrolló complicaciones agudas por no alcanzar a llegar a tiempo a recibir atención médica.

Son las mismas mujeres quienes forman una red de apoyo con familiares como su madre, suegra o hermanas para el proceso de bajar de sus comunidades a tener a sus bebés en centros hospitalarios, y son estas quienes cuidan y acompañan a la puérpera y al recién nacido durante el tiempo que se queden en su nueva localidad. Sin embargo, cuando el nacimiento se da en la zona serrana en sus comunidades, la mayoría suele tener sus partos en solitario, de manera instintiva puesto que no existen como tal parteras entre los Tarámaris a quién pueden recurrir.

“...Como que yo me iba a venir, pues y ya estábamos en su casa y ahí fue cuando lo tuve [MT-J18]”

“...siguen pariendo en sus casas, ni siquiera con partera, sino con solas a veces, o con su mamá, con quien pueda estar, pero no tampoco hay parteras como tales [IC-HL44]”

Los **facilitadores para el acceso a la salud** que se identifican se relacionan con la organización comunitaria principalmente y las transformaciones a la política pública. Lo que en los últimos años ha ayudado a facilitar el acceso y desarrollo de las comunidades Tarámaris brindándoles por primera vez una voz, fue la creación desde el año 2016 del Colectivo Tarámari Sinaloense una organización civil que nace con la inquietud del profesor Román Rubio y un grupo de personas colaboradoras motivadas por la evidente necesidad y olvido de estas poblaciones. Gracias a este colectivo que proporciona alimentos y víveres hasta las zonas

serranas, absorben gastos médicos, brindan acompañamiento, gestionan trámites y documentación de identidad, promueven la creación de escuelas, así como también impulsan el desarrollo económico y educativo de estas personas, solventando sus gastos a través de rifas, actividades de venta de artesanías de mujeres Tarámaris y realizando colectas entre la sociedad.

[...]cada vez más saben que pueden venir al hospital y que vamos a estar para acompañarlos, al principio era como de no sabemos a dónde ir, no sabemos con quién acercarnos, entonces se quedaban en sus comunidades y se atendían de manera tradicional o no se atendían [IC-HL44]

Además también se identifica como facilitador por parte de personas actoras clave las nuevas políticas enfocadas a la interculturalidad de los cuidados que comienza a dar sus primeros destellos en las instituciones de Salud del estado de Sinaloa.

“...han ido incluso tomando talleres de lengua...es una parte que ya se les pide a los profesionales de salud que tengan en cuenta que hay una población indígena que debe ser atendida [IC-HL44]”.

### **Producciones de la interseccionalidad (género, etnia, clase, migración)**

Las construcciones de la salud sexual y reproductiva de las mujeres tarámaris, se encuentran transversalizadas por las categorías de género, clase, migración y etnia, es decir, que esas experiencias que se identifican en las narrativas están impregnadas por la intersección dichas categorías y solo con ellas de forma simultánea es que se pueden entender. Por ejemplo, cuando se hace un análisis de las **actividades cotidianas, se encuentra que están distribuidas y diferenciadas por género**. Los hombres se dedican principalmente a trabajar las tierras, cazar animales silvestres como el venado para su alimentación, mientras que las mujeres se encargan



del cuidado de los niños y niñas y de las labores domésticas. Además son excelentes tejedoras realizando diversas artesanías tales como servilletas de tela, petates, tortilleros, sopladores, entre otros.

Sin embargo, cuando se trata de tener que emigrar hacia los campos agrícolas para trabajar por temporadas como jornaleros tanto hombres como mujeres lo realizan, sumándole una carga doméstica y laboral mayor a las mujeres quienes continúan haciendo sus actividades ya designadas en el cuidado del hogar y cumpliendo jornadas de más de 8 horas diarias en el campo, fenómeno que no sucede con los hombres. Por lo que muchas mujeres que vienen a laborar al campo por temporadas, optan por dejar a sus hijas e hijos, sobre todo si son pequeños, en sus comunidades encargados con sus abuelas, tías o hermanas.

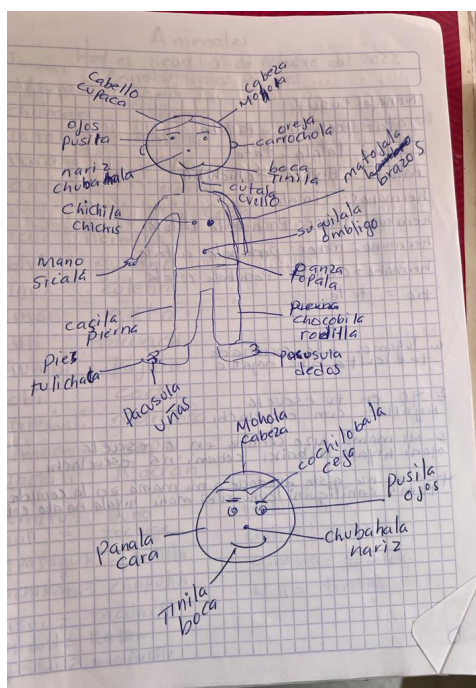
[...] a mis hijos no los puedo tener aquí, aquí ocupara quien me los cuide, quien las tenga y allá pues hay clases y allá pues como están mis mis hermanas, me hacen el favor de llevarlo y traerlo, a veces los hijos y para no descuidarlos mucho, pues me divido un mes aquí, otro mes allá, para no dejarlos por mucho [...] [MT-M26].

Son las mujeres quienes desempeñan papeles primordiales en la organización familiar y crianza de los hijos, desde niñas las hermanas mayores tienen como tarea primordial fungir como cuidadoras de los hermanos y hermanas menores, puesto que la mayoría de las mujeres Tarámaris son multíparas. Casi siempre hay un bebé que cuidar a quien la madre le dedicará más tiempo los primeros meses de vida, confiando en las atenciones que sus hijas mayores le darán al resto de los hijos e hijas.

“...es que con mi amá casi no se daba la confianza, porque mi mamá se iba y de allá con las tías y se tardaba. Y ella era la que todo el tiempo estaba pendiente de nosotros, que era la que más confianza le teníamos (su hermana mayor) [MT-M26].”

Otro ejemplo es en relación a las producciones de la sexualidad de acuerdo a los recursos que tienen. La falta de acceso a educación y servicios de salud se teje como producto de un grupo singular de personas que habitan áreas geográficas de difícil acceso/olvidadas, que finalmente les vulnera. Las mujeres reciben los impactos de la falta de acceso a salud e información, y de estrategias como la educación sexual integral en las escuelas, hecho que se relaciona con el riesgo de un embarazo no deseado/no planeado.

La salud sexual y reproductiva en las mujeres Tarámaris es distinguida por ellas desde una perspectiva meramente reproductiva, identificando procesos tales como la menstruación, el embarazo, puerperio y anticoncepción. Sin embargo aún existe un desconocimiento de la anatomía y funcionamiento de sus cuerpos sexuados, ya que se considera son temas que deben tratarse muy poco o no hablarse por cuestiones de vergüenza, omitiendo el nombre correcto de los genitales o solo señalando pero sin nombrarlas.



**Figura 8.** Dibujo encontrado en una libreta de un alumno/na de primaria, donde se muestra las partes del cuerpo y sus respectivos nombres en Tarámari y en Español, destacando la zona genital cubierta, Cuitaboca enero 2023.

El conocimiento que tienen las mujeres Tarámaris sobre el **ciclo menstrual** es muy limitado y escaso, ya que todas las entrevistadas sabían únicamente que su menstruación debía venir cada mes, desconociendo la duración de sus propios ciclos y la razón por la cual menstruaban, así como la anatomía interna de sus órganos reproductores. Cabe señalar que no perciben esto como un proceso de enfermedad o afección, sino que se acepta como parte del crecimiento de una niña. La primera menstruación es considerada un evento fortuito explicado en el entorno familiar por las madres o hermanas mayores:

“...Ya con mi hermana fue que pregunté a la mayor [MT-M26]”

Las construcciones en torno a la sexualidad se encuentran recientemente atravesadas por la participación de la escuela, ya que éstas brindan información acerca de estos procesos biológicos a las niñas para quienes resulta ser muchas veces la primera vez en que están expuestas a información sobre salud sexual y reproductiva. La información que dotan las escuelas propician un proceso de autoreconocimiento de sus cuerpos y cambios normales, sin embargo, es una temática que no es tratada a profundidad y se realiza con delicadeza puesto que hablar sobre eso aún provoca sentimientos de vergüenza.

“Sí, yo ya, porque a mí ya me explicaban en la escuela. A todos les decía la maestra.”

[MT-J18]

[...]antes porque ni íbamos a la escuela, ahorita pues ya todo desde primaria ya se habla de eso [menstruación, sexualidad]. Y antes como que era más eso, porque yo me acuerdo que

terminé la primaria y nunca me hablaban de eso, y ahorita no, hasta en los libros y todo [MT-M26]

No existe como tal un ritual o proceso especial para los días que las mujeres se encuentran con su menstruación, pero si tienen algunas creencias respecto a los cuidados que deben tomar, destacan tratar de mantenerse limpias con varias capas de telas en la ropa interior o bien si están a su alcance con toallas sanitarias, evitar ciertos alimentos y cambios bruscos de temperatura.

[...]mi mami dice que a veces no debo de comer limones, no comer chiles, porque los chiles que te da cólicos y limones, pues lo mismo, dice que no. Y a veces que dice, no bañarse con agua tibia, cuando andes así, porque bañarse agua fría es malo [...] [MT-E25]

Así como también para las molestias tales como los cólicos algunas mujeres destacan el uso de medicina tradicional, especialmente raíces y plantas que se encuentran en la zona serrana.

[...]muchos dicen que es muy bueno, no pos no has oído escuchar una rama que se llama Chicura, porque se da mucho en la sierra, unas raíces. Mi mamá dice que es muy buena y es mucho, es bueno, dice de hecho, cuando yo sané, mi mamá me trajo eso, porque dice que es muy buena para limpiar el estómago [MT-M26]

Sobre las experiencias de **embarazo y anticoncepción**, comentan que saben que están embarazadas por la amenorrea y la sintomatología, sin embargo, desconocen la forma en la que se produce un embarazo. Relacionan el embarazo primordialmente al hecho de ya estar casadas. Muchas veces se enteran cuando el embarazo ya está en una etapa avanzada y bajan a los servicios de salud a confirmarlo, por lo que el control prenatal es deficiente o inexistente. En ese

sentido Jessica resalta el desconocimiento de su embarazo: “De este no supe, hasta ya cuando tenía como seis meses [MT-J18]”

## Capítulo IV

### Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo el analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris asentadas en el estado de Sinaloa desde una perspectiva cualitativa feminista interseccional con el fin de proponer estrategias para mejorar el acceso a los servicios. La discusión que aquí se vierte parte específicamente de las mujeres tarámaris de Las Tunas de Abajo y Cuitaboca y de otras personas actoras clave. Asimismo, la discusión se sitúa desde la perspectiva de la autora principal como enfermera y desde un posicionamiento feminista interseccional, post-estructural ecológico. Este último punto debe considerarse, ya que la discusión opta por una postura crítica a la política pública, programas sociales, instituciones, en el entendido de que la salud como proceso, es multinivel y analizarla desde el nivel interpersonal y/o comunitario solamente, seguiría perpetuando las violencias estructurales de las que son sujetas las comunidades indígenas Tarámaris.

De forma general, se identificó que las experiencias respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres Tarámaris es un proceso determinado por diversos factores socio-estructurales que se entrelazan para posicionar a estas mujeres en una condición de marcada desventaja, que en términos jurídicos refiere la vulneración de sus derechos humanos. Desde el derecho a la identidad como el más visible, hasta el derecho a la salud. Se obtiene que el acceso a los servicios de salud es un proceso dialéctico entre el derecho a la salud (aspecto teórico) y el acceso a la salud como experiencia (o no; aspecto práctico), el cual se encuentra sujeto a la existencia física de componentes políticos, lingüísticos, económicos, geográficos, educativos y culturales adecuados.

Esta visión de la salud como un proceso más que un resultado, se refleja en las modificaciones del Artículo 4° Constitucional que entra en vigor en el periodo de Andrés Manuel López Obrador en 2020, donde no solo se habla del derecho a la salud sino de garantizar el derecho en respuesta al modelo de gobierno en México, denominado Estado de Bienestar (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2020, artículo 4). Este modelo radica principalmente en garantizar el derecho de las personas en el territorio nacional a acceder a los derechos humanos donde “el Estado de bienestar parte de reconocer y garantizar los derechos económicos, sociales y culturales establecidos en las constituciones nacionales” (Altamirano, 2020, p.14). Este incluye el derecho a la salud, sin embargo, uno de los requisitos básicos para acceder a la salud gratuita que dicta la Constitución, ya sea a través del INSABI ahora IMSS-Bienestar, es tener nacionalidad mexicana comprobable con CURP o acta de nacimiento. Lo que evidencia la afirmación que la violación a los derechos humanos de las mujeres Tarámaris es sistémica y comienza desde el hecho de pertenecer a un grupo indígena del cual aún no se tiene registros oficiales, por lo que su negada existencia los coloca fuera del goce completo de este derecho.

Lo anterior, sirve entonces para discutir sustancialmente las barreras que se encuentran en este estudio. Las barreras de acceso a la salud geográficas se encuentran de forma repetida en otros estudios como el de Chopel (2013) que menciona en sus resultados que la distancia y las condiciones del camino son consideradas por las participantes, indígenas Tarahumaras, como la principal barrera para la acceder a la atención médica, coincidiendo con Apodaca-Orozco (2023) quien identifica este determinante como pieza clave en la brecha de atención y seguimiento en tratamientos para ITS en mujeres jornaleras agrícolas pertenecientes a la etnia Yoreme-Mayo. Sobre este dato, las bases nacionales de INEGI documentan que la gran mayoría de las

poblaciones indígenas se encuentran alojadas en contextos de difícil acceso, como lo son áreas serranas, que al mismo tiempo están atravesadas por el principal determinante de salud: la pobreza.

Los resultados permiten visibilizar que la salud es un proceso que va más allá de ser interpersonal (persona usuaria-persona prestadora de salud), es un proceso marcado por múltiples determinantes socio-estructurales como lo es el acceso a caminos, transporte, gestión de recurso económico y talento humano (OPS, s.f.). Este último, toma vital importancia ya que son indispensables para que las clínicas/instituciones de salud otorguen servicios de salud de calidad y con trato digno, donde en algunos casos aunque existen las clínicas en términos de estructura, no hay personal disponible para prestar los servicios. Estos determinantes ya se encuentran reconocidos en la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se sienta el precedente de las complejas formas de construcción de la salud, desde el acceso a agua, energías limpias, justicia, equidad de género etc. (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] , s.f.).

Considerando el proceso de salud y el papel que juegan las personas prestadoras de salud en él, vale la pena preguntarse cuáles son las barreras particulares de éstas personas para prestar los servicios a las mujeres Tarámaris en la zona serrana. Como lo muestran los resultados, el acceso a transporte y la dificultad de los caminos, además de que la mayoría de las personas prestadoras de salud asignadas a estas áreas son pasantes de medicina y/o enfermería y las condiciones para estos también suelen ser precarias en cuestiones de vivienda y transporte, donde no se les garantizan condiciones de seguridad y que a pesar de recibir una beca esta resulta ser insuficiente para solventarse, dejándolos sin otras opciones laborales (Rivas, 2022; Badilla, 2022). Con esto se pretende discutir que el proceso de salud se encarna de forma diferenciada



por todas las personas actoras involucradas, está tocado en todos los casos por determinantes que salen del poder de ellas y que ninguna de las partes se escapa de las reproducciones/productos de la pobreza.

La cultura es un componente crucial en el acceso a la salud y se reconoce a nivel de política pública. Por ejemplo, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud reconoce a las mujeres indígenas como grupos/comunidades prioritarias de atención en el país, debido a las inequidades socio-estructurales que se gestan por el hecho de pertenecer a un grupo indígena, ser mujer, generalmente pobre y todo lo que ello significa (Plan Nacional de Desarrollo, 2019., Programa Sectorial de Bienestar, 2020). Una de las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud es empujar a las instituciones de salud pública a tener por lo menos una persona que hable alguna lengua indígena para mejorar las experiencia de acceso. Sin embargo, no se tienen datos del impacto de la iniciativa, ni el dato de cuántas instituciones en el país dan respuesta a la normativa (Ley General de Salud, Artículo 54,67,113; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015)

Por otro lado, los planes también reconocen que dichas categorías albergan procesos de estigmatización, que se contrastan en las entrevistas cuando surge el aspecto de portación de cara. La portación de cara se refiere a los juicios que se hacen de una persona por las características faciales/corporales/vestimenta, por ejemplo, ser una persona morena de estatura baja, con vestimentas tradicionales Goffman (Goffman, 2006) menciona que los procesos de estigma surgen de forma inmediata al encuentro cara a cara con la otra persona, y la asignación a una categoría se da automáticamente a veces sin siquiera hablar. Esto permite entender/discutir las conductas de “posar” que adoptan ciertas mujeres Tamaris en el estudio. Algunos datos que pueden dar cuenta del estigma por ser persona indígena son los resultados de la encuesta de

Conapred (2005), donde el 34% de las personas encuestadas refirió que dejar de comportarse como indígena es la forma en la que las personas indígenas pueden salir de la pobreza. Así como también, dar cuenta que los principales ámbitos donde las personas indígenas viven la discriminación son los servicios médicos, la calle o el transporte público (ENADIS, 2017). Los procesos de estigma que se detonan en los servicios de salud imbrican inevitablemente las experiencias en el acceso, esos imaginarios que las personas profesionales de salud tienen de las mujeres indígenas, determinarán finalmente el servicio.

Los párrafos anteriores, sirven para aterrizar la discusión en las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y permite entender los datos cuantitativos sobre cómo estas mujeres, indígenas, pobres, migrantes tejen sus historias reproductivas en colectivo. Algunos datos mencionan que menos del 80% de las mujeres que habla alguna lengua indígena puede identificar algún tipo de método anticonceptivo (ENADID, 2014) esto debido en gran parte a que la información sobre anticonceptivos no está disponible para una parte importante de las personas en el país debido a cuestiones lingüísticas, lo que constituye una grave situación de discriminación. Sumando a que tienen limitado acceso a tecnologías digitales que les permita obtener información gráfica.

Los datos también permiten traer a la mesa el discurso feminista de “lo personal es político” (Hanish, 1970), que hace referencia a que aunque las vivencias de las mujeres Tarámaris son narradas desde lo individual, realmente las experiencias son entramado de experiencias parecidas/iguales que al colectivizarse reflejan un problema político-estructural que cuestiona de forma tácita el Estado de Bienestar y su aplicabilidad real.

Resulta también imprescindible destacar como las formas colectivas salvan las vidas de estas mujeres, donde el mismo pueblo Tarámari ha sobrevivido y perpetuado a base de la resistencia comunal, apoyado a su vez por organizaciones civiles que no se permitieron voltear la vista a otro lado, dando solución de manera inmediata con sus propios medios a las necesidades básicas no cubiertas, como lo son la vivienda, la atención a la salud, la alimentación, la educación, entre otros. Sin embargo, esta situación pone al descubierto un problema mayúsculo en el que las dependencias públicas y los poderes gubernamentales confieren a otros su responsabilidad de garantizar un acceso real y libre de discriminación a estos servicios, en lugar de asumirlo como una obligación del Estado.

Finalmente, interesa discutir las producciones que se gestan a partir de las intersecciones del género, etnia, clase y migración, y los roles y estereotipos de género son indispensables. Se puede ver que las mujeres Tarámaris encarnan los roles y estereotipos tradicionales, el cuidado de hijas/hijos, personas enfermas, actividades productivas feminizadas etc. pero al mismo tiempo, la precarización las lleva a dobles o triples jornadas. Son ellas quienes enfrentan los resultados del patriarcado, clasismo y racismo interseccionados como sistemas de opresión. Por ejemplo, cuando tienen embarazos por falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, cuando paren en solitario o en la calle, cuando se les culpabiliza por lo que pasa con los hijos e hijas y todos esos datos aportados en las narrativas.

Los datos más recientes sobre muerte materna sugieren que, son las mujeres indígenas quienes tienen una probabilidad mayor de morir en el parto y/o muerte fetal, puesto que durante el año 2022 a nivel nacional se registraron un total de 644 muertes maternas, las cuales se presentaron con mayor frecuencia en los estados de mayor concentración indígena (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2022). Las prácticas de cuidado que se encontraron, sugieren

que el capital social que construyen estas mujeres es mediante otras mujeres de la propia comunidad, lo cual puede ser un factor protector.

Tener acceso a la educación es un componente esencial para el empoderamiento, la realización personal y el pleno ejercicio de los derechos de una persona, sin embargo para las personas hablantes de alguna lengua indígena esta resulta ser en ocasiones sólo una añoranza, para quienes la escolaridad promedio es de apenas la primaria concluida (INEGI, 2020) y el analfabetismo alcanza cifras de hasta el 13.3%, resultando en las mujeres cifras aún más elevadas con un 16.1% (Conapred 2018). Estas condiciones comprometen y entorpecen la educación sexual integral, la cual se encontró es escasa o nula en la población Tarámari lo que a su vez coloca las mujeres en situación de marcada vulnerabilidad al no recibir información científica completa, actualizada y laica sobre sexualidad, violentando sus derechos sexuales los cuales el Estado tiene la obligación de promover, proteger, respetar y garantizar. Para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en el caso de abuso sexual/violación debe haber obligadamente una persona traductora con perspectiva de género en la fiscalía que tome declaración en el idioma/lengua de la persona (Ruta Name, 2020; Ley General de Víctimas, 2023).

### **Limitaciones**

A pesar de obtener resultados muy favorables para la investigación, existen limitaciones potenciales del estudio debido a su naturaleza, destacando que las perspectivas aquí descritas son de mujeres indígenas jóvenes, que por lo menos concluyeron la educación primaria, por lo que puede existir una variación en las vivencias y experiencias respecto a las mujeres mayores.

### **Conclusiones**

Los resultados obtenidos de esta investigación cualitativa permiten concluir que existe una imperiosa necesidad de justicia por los derechos humanos de las mujeres indígenas, derechos que no deberían estar determinados por el origen étnico, la raza, el estatus socioeconómico o migratorio, si no garantizados por el simple hecho de ser personas.

Las experiencias en torno al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas Tarámaris se encuentran determinadas por un sistema de imbricación dominado por cuestiones de género y estructurales principalmente que las encasilla en un papel de madres, esposas y proveedoras.

El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales para el ser humano, el cual es protegido tanto en mecanismos jurídicos nacionales e internacionales; sin embargo este también es un derecho que aún no logra llegar a todos los rincones de nuestro país, quedando especialmente rezagado en las comunidades indígenas, ya que el Estado quien es responsable directo de proporcionarlo carece de políticas eficaces y realmente aplicables para la diversidad étnica que habita en México además de carecer de ubicaciones físicas equipadas en las zonas rurales o serranas creando así una enorme brecha de atención donde la población indígena es objeto de múltiples prejuicios y estigmas por los estereotipos preconcebidos que limitan las posibilidades de inclusión y atención adecuada en los servicios médicos.

Aunque se ha avanzado en materia de atención a las comunidades indígenas aún queda un largo camino por recorrer, un camino que inicia por conocer y reconocer la identidad de los pueblos originarios, por buscar brindarles la atención adecuada hasta donde ellos habitan, sin que estos tengan que emigrar en busca de mejores condiciones de vida. Resultando esencial brindar

atención a las omisiones que obstaculizan la interacción entre comunidades indígenas y dependencias de gobierno, tales como la barrera lingüística, geográfica y cultural.

### **Recomendaciones**

Las experiencias de estos pueblos no pueden ser comprendidas ni estudiadas a profundidad si la persona que investiga no vive y experimenta de primera mano la dinámica social, comparte el entorno y presencia las dificultades propias de los participantes, por lo que para los estudios de tipo cualitativo se recomienda el máximo contacto con la comunidad en sus entornos naturales, lo que a su vez permitirá a la persona que investiga eliminar ideas preconcebidas y desarrollar una perspectiva más apegada a la realidad.

Establecer claramente una postura neutra al momento de realizar entrevistas a personas indígenas, puesto que emitir juicios de valor guía a las personas participantes a responder en ese sentido por una cuestión de compromiso preconcebido con la persona que investiga lo cual haría perder el objetivo obtener datos precisos.

Para asegurar lo más posible la seguridad de la persona que investiga es primordial una investigación previa estableciendo muy bien el Rapport con personas informantes clave que brinden un panorama completo de las dinámicas sociales y culturales de la población a asistir, así como también resulta útil el asesoramiento en cuestiones de vestimenta, comportamiento y aditamentos personales a requerir en la visita a campo.

Dirigir la producción científica en esta población hacia la creación de políticas públicas que puedan proporcionar un beneficio real para la comunidad indígena Tarámari.

## Referencias

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Paidós.
- Antillón, E. (2021). Aspectos lingüísticos y culturales de los Tarámari, Tarahumaras de Sinaloa. Secretaria de Cultura del Estado de Chihuahua; EQUÉ.
- Altamirano, M., Campos Vázquez, R., Alba Vega, C., Sobarzo, H., Carrillo, J., Rodas, A., Arenas, A., y Porcel, A. (2020) “Hacia un Estado de bienestar para México”. México: El Colegio de México.
- Badilla, D. (31 de julio de 2022) “Médicos pasantes: la “conveniente” mano de obra barata profesional y cautiva del gobierno alza la voz”. El Economista.  
<https://www.economista.com.mx/politica/Medicos-pasantes-la-conveniente-mano-de-obra-barata-profesional-y-cautiva-del-gobierno-alza-la-voz-20220729-0063.html>
- Bartra, E. “Acerca de la investigación y la metodología feminista”, en Blazquez et al. (2012). *Investigación feminista*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101
- Camarena-Ojinaga, L., von Glascoe, C. A., Arellano García, E., & Martínez Valdés, C. (2017). Sexual and reproductive health: perceptions of indigenous migrant women in northwestern Mexico. *Health Sociology Review*, 26(3), 239–253.  
 doi:10.1080/14461242.2017.1370386
- Carrasco, A., Gavilán, V., Viguera, P., & Vásquez, M. (2021). Significados de las prácticas sexuales entre Aymara chilenos. Aportes para reflexionar sobre los cuidados

- transculturales. *Antropologías del sur*, 8(15), 23-32.
- <https://dx.doi.org/10.25074/rantros.v8i15.1941>
- Chopel, A. (2013) Reproductive health in indigenous Chihuahua: giving birth ‘alone like the goat’, *Ethnicity & Health*, 19:3, 270-296, DOI: 10.1080/13557858.2013.771150
- Cárdenas, E. (2014). Migración interna e indígena en México: enfoques y perspectivas. *Intersticios sociales*, (7), 1-28.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *The University of Chicago Legal Forum*, 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Crenshaw, K. (1995). Mapping the Margins: Interseccionalidad, Identidad Política y violencia Against Women of Color en K. Crenshaw; N. Cotanda; C. Peller; K. Thomas (eds.) *Critical Race Theory. The key writings that formed the movement.* p. 357-383.
- Combahee River Collective “A Black feminist statement”. En Nicolson, L. et al. (1977). *The Second Wave: A Reader in Feminist Theory.*
- Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación (2005). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México.* México: Conapred.
- De Gortari, E. (1979). *Introducción a la lógica dialéctica.* Fondo de Cultura Económica/UNAM, México.
- Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Gobernación; Estados Unidos Mexicanos; Diario



Oficial de la Federación (2020); en internet:

[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0)

Diario Oficial de la Federación (2005) Norma Oficial Mexicana Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Diario Oficial de la Federación (1993) Norma Oficial Mexicana De los Servicios de Planificación Familiar.

García Martínez, M., Jiménez Ruiz, I., & Almansa Martínez, P. (2018). Aproximación fenomenológica a la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes de etnia gitana. *Index de Enfermería*, 27(3), 128-132.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200006&lng=es&tlng=es).

García-Orellán, R. (2015). La etnografía en la observación participante, y la perspectiva emic/etic, en el trabajo enfermero. *Conferencia Nacional de Decanos/as de Enfermería. CNDE*. 16-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6076040>

Harris, M. (1976). History and Significance of the Emic/Etic Distinction. *Annual Review of Anthropology*, 5, 329–350. <http://www.jstor.org/stable/2949316>

Hennink, M., & Weber, M. (2013). Quality issues of court reporters and transcriptionists for qualitative research. *Qualitative Health Research*, 23 (5), 700-710.

Hermansen-Ulibarri, P. y Fernández-Droguett, R. (2018). La foto-etnografía como metodología de investigación para el estudio de manifestaciones conmemorativas contestatarias en el espacio público. *Universitas Humanística*, 86, 167-196.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh86.fmie>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) Encuesta Intercensal

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

Jorgensen, D. (1989). *Observación participante: una metodología para estudios humanos*.

Publicaciones Sage, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985376>

Juárez-Moreno, M., López-Pérez, O., Raesfeld, L. J., & Durán-González, R. E. (2021).

Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde e Sociedade*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200399>

Kenny, B., Hoban, E., Pors, P., & Williams, J. (2019). Una exploración cualitativa del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de madres adolescentes de poblaciones indígenas en la provincia de Ratanak Kiri, Camboya. *Salud Rural y Remota*. 19: 5240.

<https://doi.org/10.22605/RRH5240>

Karver, T., Sorhaindo, A., Wilson, K., & Contreras, X. (2016) Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among Indigenous women in Oaxaca. *Culture, Health & Sexuality*. DOI: 10.1080/13691058.2016.1144790

Longino, Helen. "Subjects, Power, and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science", en Alcoff, L. y Potter, E. (1992). *Epistemologías feministas* (1ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203760093>

Marshall, C., & Rossman, G. (2006) *Designing Qualitative Research*. SAGE

*Migración. Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. (n.d.). CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/temas/migracion>

Mieles, M., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225. Retrieved May 19, 2022, from

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-48072012000200010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010&lng=en&tlng=es).

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Ortiz Segarra, J. et al., (2016). Percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 34(1), 21–31.

<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/987/875>

Patton, M. Q. (2012). *Qualitative Research & Evaluation Methods Integrating Theory and Practice*. Sage.

Platero, R. (2014): Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 5-72. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1219>.

Posadas, F. (2015). Obreros agrícolas migrantes en Sinaloa. *Región y sociedad*, 27(63), 181-211.

Ponce, G. (2017). Al día: las cifras hablan.

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3652/AD-71.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Poveda, J. (2016) *Fotoetnografía en la investigación social*. El diario de Po.

<http://eldiariodepo.com/fotoetnografia-en-la-investigacion-social/>

Pike, K (1967) *Language in relation to a unified theory of structure of human behavior*. The Netherlands, The Hague Mouton.

Quintal López, R., & Vera Gamboa, L. (2015). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/sida entre mujeres mayas de yucatán. *Estudios de cultura*

- maya*, 46, 197-226. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-25742015000200197&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742015000200197&lng=es&tlng=es).
- Rivas, V. (07 de septiembre de 2022) “Sin definir estrategia de seguridad en zona serrana para pasantes de Medicina”, El Heraldo de Chihuahua.  
<https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/chihuahua/sin-definir-estrategia-de-seguridad-en-zona-serrana-para-pasantes-de-medicina-8852742.html>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Secretaria de Salud, Diario Oficial de la Federación. (2014). *Ley General de Salud, Secretaria de Salud*, reforma del 02 de Abril, 2014.
- Secretaria de Salud, Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud* (1987, última reforma 2014)
- Sekula, A. (1981). The Traffic in Photographs. *Art Journal*, 41(1), 15–25.
- Solé, C. (1994) La mujer inmigrante. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Schatzman, L. y Strauss, AL (1973). *Investigación de campo: Estrategias para una sociología natural* . Prentice Hall.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de los significados. Paidós.
- Vallés, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. SÍNTESIS.
- van Teijlingen, E. & Hundley, V. (2002) The importance of pilot studies. *Nursing Standard*. 16, 40, 33-36.

- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1299>
- Vazquez Laba, V., Rugna, C., & Perazzolo, R. (2015). Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino. *Sociedad y religión*, 25(43), 47-69. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-70812015000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812015000100003&lng=es&tlng=es).
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

## APÉNDICES

## ANEXOS

### A. Guía de Observación

#### Guía de observación

1.- Datos Informativos

Siglas del informante:

Fecha: \_

Hora de inicio: \_\_\_\_ Hora de término:

Escenario:

Actores sociales o personas observadas:

2. Nota de campo

Aspectos a observar	Notas de la investigadora
Ambiente externo e interno (detallar la ubicación geográfica, así como todos los espacios donde se den las interacciones sociales.	
Hechos/situaciones observadas	
Expresiones del informante durante la entrevista (como se comunica, lenguaje).	
Lenguaje corporal (postura, comportamientos).	
Emociones expresadas por la informante (rabia, enojo, pena, etc.)	
Reflexiones metodológicas (registrar todos los sucesos acontecidos durante el proceso de observación, de acuerdo a la metodología).	
Reflexiones de la investigadora (emociones y sentimientos generados durante la entrevista).	

## B. Guión de Entrevista

### Guión de Entrevista (Tarámari)

**Título:** Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Tarámari en Sinaloa: una Vista Interseccional Sobre Clase-Etnia-Migración-Género.

**Objetivo General:** Analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámari asentadas en el estado de Sinaloa desde una perspectiva cualitativa feminista interseccional con el fin de proponer estrategias para mejorar el acceso a los servicios.

#### Fases Entrevista

##### 1. Datos sociodemográficos

- Empezaremos por algo sencillo, cuéntame ¿Cuál es tu nombre?
- ¿Sabes cuántos años tienes?
- ¿Hablas alguna lengua?
- ¿Tienes acta de nacimiento?
- ¿Siempre has vivido aquí?
- ¿Estás casada?
- Para ti ¿qué es ser Tarámari?

##### Preguntas detonantes

- ¿Cómo es la vida en tu comunidad? ¿Cómo la describirías? **¿Normalmente qué haces?**
- y ¿cómo describirías el día así como el tuyo pero de tu (esposo, hermano)? ¿qué hace él?
- ¿Has estado fuera de tu comunidad? ¿Para qué? **En caso negativo ¿Hay alguna razón por lo que no sales? En caso afirmativo ¿Cómo te sientes cuando sales de tu comunidad?**

##### 2. Percepciones sobre los servicios de salud sexual y reproductiva

- ¿Alguna vez has ido a un hospital o centro de salud?
- Masomenos ¿Cuánto tiempo hiciste para llegar hasta allá?
- ¿Cómo te has sentido cuando vas?
- ¿Te hablan en Tarahumara?
- ¿Cómo te atienden?
- ¿Quién te da la información?
- ¿Te explican bien la información cuando te la comparten?
- ¿Cómo fueron estas experiencias en tu familia al acudir a estos servicios(**madre, tías, abuelas**)?
- ¿Cómo piensas que estas personas (**personal de salud**) te ven a ti? ¿Por qué dirías tú que te tratan de esta manera?
- Y ellos (**personal de salud**) ¿vienen aquí a tu comunidad? ¿Qué tipo de servicios ofrecen?

##### 3. La salud sexual en los propios términos de los participantes

Uso de métodos anticonceptivos, embarazo y parto

- ¿Cómo es la relación con tu esposo? ¿Es Tarámari? ¿Dónde lo conociste?
- **\*Saber cómo es la dinámica para escoger pareja**
- ¿Has estado embarazada?
- ¿Cuántos hijos tienes?



- Estas veces que has estado embarazada ¿cómo fueron estos embarazos? **Parto, cesárea** ¿lo estabas planeando?
  - ¿Cómo supiste que estabas embarazada?
  - ¿Es importante para ti cuidarte durante el embarazo? **¿Qué es “cuidarte” para ti?**
  - ¿Dónde tuviste a tu bebé?
  - ¿Alguien te acompañó mientras parías?
  - ¿Cómo pariste?
  - ¿Qué haces después de que tienes a tu bebé?
- Menstruación/Higiene íntima
- Cuando viene tu menstruación ¿qué haces?
  - ¿Utilizas algo para calmar el dolor o molestia?
  - Cuando eras niña ¿alguien te habló sobre esto?

## **Guión de Entrevista (Personal de Salud)**

**Título:** Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Tarámaris en Sinaloa: una Vista Interseccional Sobre Clase-Etnia-Migración-Género.

**Objetivo General:** Analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris asentadas en el estado de Sinaloa desde una perspectiva cualitativa feminista interseccional con el fin de proponer estrategias para mejorar el acceso a los servicios.

### **Fases entrevista**

#### **1. Conocimiento de la población**

- Durante tu experiencia laboral, ¿has atendido población indígena?
- ¿Conoces a la población Tarámari?

#### **2. Acceso al sistema sanitario/ Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva:**

- ¿Crees que las mujeres indígenas conocen el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en general?
- ¿Crees que conocen la Cartilla de Salud y la oferta asistencial y los programas relacionados con la salud reproductiva (embarazo, parto y puerperio)?

#### **3. Cuidados durante el embarazo**

- ¿Qué importancia crees que dan las mujeres indígenas a su embarazo?
- ¿Crees que relacionan los cuidados durante el embarazo con la salud/enfermedad de ellas y de la de su hijo/a?
- ¿Qué crees que piensan sobre los cuidados durante el embarazo?
- ¿Cómo consideras que es el estilo de vida de estas mujeres durante el embarazo, en relación a la alimentación, descanso, higiene postural, corporal, trabajo que desarrollan,...?

#### **4. Asistencia**

- ¿Crees que el trato con el personal les resulta cómoda/incómoda?
- ¿Detectas algún problema? **En caso afirmativo, ¿es recurrente?, ¿cómo se podría solucionar?, ¿qué haces tú para solucionarlo?**
- Cuando la mujer llega al hospital ¿Cómo se transmite la información relacionada de los cuidados?
- ¿Quién da la información?
- ¿Cómo gestionas la diversidad cultural?
- ¿Encuentras alguna dificultad en el proceso? **En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿cómo crees que se podría subsanar?**
- ¿Qué supone para ti trabajar con estas mujeres?
- ¿Te sientes cómoda con ellas?
- ¿Crees que te entienden?
- Cuando le das la información sobre cómo tiene que cuidarse después del parto, sobre cómo tiene que realizar la alimentación del niño/a (lactancia materna, mixta, artificial) ¿A quién das la información (madre, padre, familia)? ¿Crees que esta información la entienden?
- ¿Cómo llegas a saber esto?, ¿ves que muestran interés por lo que les dices (preguntan, aportan,...)?
- ¿Se da alguna información por escrito?, ¿en qué idioma?
- ¿Cómo se hace la información al alta hospitalaria?



Consentimiento Informado

C. Consentimiento

**Título del Proyecto de Investigación:** “Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Tarámaris en Sinaloa: una Vista Interseccional Sobre Clase-Etnia-Migración-Género”

**Estudiante:** L.E. Jakeline López Quiñónez

**Directora de Tesis:** DCE. Carolina Valdez Montero

**Objetivo del estudio:** Analizar las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Tarámaris asentadas en el estado de Sinaloa desde una perspectiva cualitativa feminista interseccional con el fin de proponer estrategias para mejorar el acceso a los servicios.

**Propósito:** Su participación en esta investigación consistirá en proporcionar información de acuerdo a las preguntas de la entrevista que será grabada en una grabadora de audio. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia perjudicial para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

**Beneficios para las participantes.** No recibirá remuneración económica del estudio, sin embargo, la información que comparta será muy valiosa para los profesionales de la salud para comprender las experiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas.

**Confidencialidad.** La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. La publicación de los datos se realizará con las iniciales de su nombre, para mantener en anonimato su identidad.

**Riesgo.** No tiene riesgo su participación, sin embargo puedo sentirme incómoda con algunas preguntas relacionadas con temas sexuales.

**Renuncia/Retiro:** Se me explicó que la participación en este estudio es voluntaria y si decido retirarme esto no me afectará en lo absoluto.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono, e- mail y dirección del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el proyecto de investigación, y que puedo elegir libremente por abandonarlo en cualquier momento que lo desee, por tal motivo otorgo mi consentimiento para la participación en el proyecto. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con su archivo de investigación.

---

Firma del participante

---

Testigo 1  
Nombre y firma

---

Testigo 2  
Nombre y firma

Información de contacto: si tiene alguna duda o aclaración comunicarse al celular 687-106-6329, a través de correo electrónico [jakelin2908@gmail.com](mailto:jakelin2908@gmail.com), o en la dirección Blvd. Benito Juárez #159, Colonia Ángel Flores, Guasave, Sinaloa.

