

**PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS KICHWAS Y SHUARAS. ECUADOR, 2016.**

**Ortiz Segarra José Ignacio (1), Freire Argudo Marco Vinicio (1, 2), Palacios Espinoza Elvira del Carmen (1), Vega Crespo Bernardo José (1), Jiménez Briño Doriz Angélica (1), Campoverde Cisneros Manuel Alfredo (1), Muñoz Tigrero Lorena Cristina Eulalia (2), Alvarado Verdugo Libia Graciela (2)**

(1) Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca

(2) Funcionario del Ministerio de Salud Pública

Correspondencia: jortizsegarra@hotmail.com

**Fecha de recepción:**  
20 de junio de 2016

**Fecha de aprobación:**  
03 de julio de 2016

**RESUMEN**

El cáncer de cuello uterino (CCU), es un problema de salud aún no resuelto en los países en vías de desarrollo; esta patología es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico en el Ecuador. La cobertura del tamizaje preventivo está influenciada por concepciones culturales de la población, que tienen asidero en las percepciones de cada etnia sobre el proceso etiológico del complejo salud-enfermedad.

**OBJETIVO:** Interpretar las percepciones que tienen las mujeres de los pueblos y nacionalidades indígenas Shuar de Sevilla Don Bosco y Kichwas de Quilloac y Saraguro, acerca de la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, CCU y condiciones asociadas.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, mediante 17 grupos focales, 13 historias de vida, con un total de 102 personas entrevistadas.

**RESULTADOS:** Los relatos de las mujeres, entendidos como construcciones colectivas de sus respectivos grupos étnicos, en el contexto de una cultura hegemónica occidental, patriarcal y machista, hacen referencia principalmente a procesos destructivos de su salud sexual y reproductiva, manifestados como infidelidad y promiscuidad masculina, así como la falta de protección con preservativos, lo cual incide en la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y CCU.

**CONCLUSIONES:** Las mujeres tienen conciencia sobre un concepto amplio de la salud, que incluye nociones de salud sexual y reproductiva; sin embargo, refieren obstáculos en su ejercicio pleno relacionados con inequidades de clase, género, etnia y generacional, expresados como procesos destructivos de su salud.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, percepciones, cultura, determinación social.

**ABSTRACT**

Cervical cancer is a health problem unresolved in developing countries; this disease is the leading cause of death from gynecologic cancer in Ecuador. Coverage of preventive screening is influenced by cultural conceptions of the population, which are based on the perceptions of each ethnic group on the etiologic process health-disease complex.

**OBJECTIVE:** To interpret the perceptions of women of indigenous peoples and nationalities Shuar of Sevilla Don Bosco and Kichwas of Quilloac and Saraguro, about sexual and reproductive health, sexually transmitted infections, cervical cancer and associated conditions.

**METHODOLOGY:** A qualitative, phenomenological study was conducted through 17 focus groups and 13 stories of life study. A total of 102 people interviewed.

**RESULTS:** The stories of women understood as collective constructions of their respective ethnic groups in the context of a Western, patriarchal and maleness hegemonic culture, mainly refer to destructive processes of sexual and reproductive health, manifested as infidelity and male promiscuity and as the lack of protection with condoms, which affects the prevalence of sexually transmitted infections and Cervical Cancer.

**CONCLUSIONS:** Women have awareness of a broad concept of health, including notions of sexual and reproductive health; however, relate obstacles in their full exercise, related to inequalities of class, gender, and generational etnia1 expressed as destructive processes of their health.

**KEYWORDS:** cervical cancer, sexually transmitted infections, perceptions, culture, social determination

## INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad en las mujeres indígenas se da en un contexto histórico de injusticia e inequidad social, como grupo subalterno, en una estructura hegemónica, clasista, racista, patriarcal y machista (1,2) compartiendo modos de vida y estilos de vida, que se materializan cotidianamente en procesos destructores y protectores de su salud (3) e inciden en la prevalencia de ITS y CCU.

El mundo adulto y masculino prevaleció sobre las generaciones jóvenes y estructuró principios y valores en torno a la sexualidad, que fundamentaron el poder sobre el cuerpo en una relación patriarcal, impulsando diversos mecanismos de control social para su perduración: la prohibición directa, el tabú, la incomunicación. Las identidades de género, masculinidad y feminidad, fueron construidas socialmente en función de la pervivencia de estas sociedades, donde lo masculino fue definido como modelo de humanidad (4); lo femenino estaba en función 'de lo otro' en un rol social, productivo y reproductivo como madre, hija, hermana, esposa, amante (5, 6).

Según la OMS, el CCU es el segundo tipo de cáncer en la mujer, en todos los lugares del mundo; además refiere que "todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado" (7). Para Burchell (8) y Ribeiro (9) la infección por VPH no parece ser suficiente para causar el CCU, existen factores, exógenos y endógenos, que pueden incrementar el riesgo de desarrollar esta enfermedad; en nuestro estudio los planteamos como determinaciones sociales, modos y estilos de vida condicionados por la injusticia social.

Se menciona que varios factores de riesgo para VPH están presentes con mayor intensidad en las poblaciones indígenas (10, 11); durante el 2012 se registraron a nivel nacional

697 muertes por neoplasia maligna del útero, que representa una tasa de 8.90 x 100 000 habitantes (12), los datos estadísticos provienen principalmente de la población mestiza del Ecuador y no registran las percepciones de pueblos y nacionalidades indígenas del país, sobre su visión y comportamientos en torno a la salud sexual y reproductiva y su relación con el CCU y las ITS.

## METODOLOGÍA

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hay 1 018 176 pobladores autodefinidos como indígenas, 50.9% mujeres y 49.1% varones, agrupados en 14 nacionalidades, de las que la Kichwa (85.9%) y la Shuar (9.4%) representan el 95.3% del total (13). Con base a esta información se decidió realizar la presente investigación, seleccionándose a 101 mujeres indígenas de tres generaciones de las etnias Kichwa y Shuar, y un shaman, aplicándose el método cualitativo etnográfico, desde el enfoque fenomenológico y considerando los criterios de género, etnia, clase social y ciclo generacional; sobre esta base nos permitimos describir, comprender e interpretar sus perspectivas.

El período de investigación fue desde marzo de 2015 a marzo de 2016, aplicándose guías de entrevista con preguntas abiertas a 7 grupos focales con adolescentes, 6 con madres de familia y 4 con adultas mayores; además, se elaboró historias de vida de 10 madres, una adolescente, una mujer adulta mayor y un Shamán. Los ejes temáticos de la investigación estuvieron centrados en la salud, salud sexual y reproductiva, comunicación con personal de salud, barreras de SSR, placer sexual, ausencia de dolor, sexo natural y espontáneo, pareja estable, armonía, felicidad, sexo con diálogo, conocimientos actitudes y prácticas (CAPs) sobre ITS, CCU, aborto, examen de Papanicolaou (PAP), fecundidad, y recomendaciones al equipo de salud.

**Tabla No 1.**

Codificación de las entrevistas según etnia, técnica, fecha y grupo participante, Cuenca, 2015.

Etnia	Código	Técnica	Fecha	Grupo participante
Kañari	GF1Q-Famad	Grupo focal	12-06-2015	Familiar
	GF2Q-Ad	Grupo focal	20-03-2015	Adolescentes
	GF3Q-Am	Grupo focal	20-03-2015	Adultas mayores
	GF4Q-Ma	Grupo focal	20-03-2015	Profesoras, madres
	HV1Q-Am	Historia de vida	20-03-2015	Adulta mayor
Saraguro	GF1S-Ad	Grupo focal	17-04-2015	Adolescentes
	GF2S-Ma	Grupo focal	17-04-2015	Madres adultas
	GF3S-Ma	Grupo focal	17-04-2015	Madres adultas
	GF4S-Am	Grupo focal	17-04-2015-Urdaneta	Adultas mayores
	GF5S-Ma	Grupo focal	17-04-2015	Madres adultas
	GF6S-Ad	Grupo focal	17-04-2015	Adolescentes
	GF7S-Am	Grupo focal	17-04-2015	Adultas mayores
	GF8S-Ad	Grupo focal	17-04-2015	Adolescentes
	HV1S-Ma	Historia de vida	17-04-2015	Madre adulta
HV2S-Ad	Historia de vida	17-04-2015	Adolescente	
Shuar	EP1SH-Shm	Entrevista a profundidad	2-07-2016	Shaman
	EP2SH-Shmax	Entrevista a profundidad	2-07-2016	Shaman
	EP3SH-Ax	Entrevista a profundidad	2-07-2016	Auxiliar enfermera
	EP4SH-Ma	Entrevista a profundidad	3-07-2016	Mujer adulta
	HV1SH-Ma	Historia de vida	20-02-2016	Mujer adulta
	HV2SH-Ma	Historia de vida	7-03-2016	Mujer adulta
	GP1SH-Ma	Grupo focal	20-02-2015 Sevilla DB	Mujeres adultas
	GP2SH-Am	Grupo focal	20-02-2015 Sevilla DB	Adultas mayores
	GP3SH-Ad	Grupo focal	20-02-2015 Sevilla DB	Adolescentes

Fuente: Los Autores

La variedad de la muestra debía aportar información relacionada con los modos y estilos de vida, expresados en procesos destructores y protectores de la salud (variables de interés). Se precisó las percepciones de mujeres con vida sexual activa (casos típicos); mujeres con diagnóstico de herpes genital y otras enfermedades de transmisión sexual y sus familiares con diagnóstico de CCU (casos críticos); personas de fácil acceso a las entrevistas (casos de conveniencia); madres de familia, estudiantes y docentes de la Unidad Educativa de Quilloac, mujeres de las comunidades de Saraguro y de Sevilla Don Bosco (subgrupos homogéneos); auxiliares de enfermería indígenas y un shamán (informantes claves).

Para conseguir su aceptación en la investigación, se realizaron varios contactos previos con los líderes comunitarios y con las mujeres

usuarios de los servicios de salud que estaban interesadas en participar, así como también se efectuaron gestiones con las autoridades locales del Ministerio de Salud Pública. Previo a las entrevistas conseguimos la firma o colocación de la huella digital en el consentimiento informado, que estuvo impreso en kichwa o shuar en lado anverso de la hoja y español en el reverso. En Quilloac y Saraguro contamos con el apoyo de auxiliares de enfermería y en Sevilla Don Bosco de los técnicos en atención primaria (TAPs) que eran bilingües quienes nos ayudaron con la traducción de las entrevistas con cuatro mujeres adultas mayores; todas las demás participantes hablaban español. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas mediante el programa Word, posteriormente se procesaron como documentos primarios en el programa Atlas Ti, previo a realizar el análisis e interpretación correspondientes.

## Descripción de las comunidades seleccionadas

Saraguro, cantón de la Provincia de Loja, con una extensión de 1 080 Km<sup>2</sup>, está ubicado a 60 kilómetros al norte de la ciudad de Loja (S 3° 31' 38"; O 79° 43' 41") el 30% de sus 30 574 habitantes pertenecen la etnia Saraguro (14), que es parte de la nacionalidad kichwa.

Quilloac, con una superficie de 18.8 Km<sup>2</sup>, se encuentra localizada a 1.5 km del cantón Cañar (S 2° 33' 31.5"; O 78° 57' 4.356"), a 3 160 msnm; de los 3 296 habitantes, el 82.7% son indígenas de la etnia kañari (14), perteneciente a la nacionalidad kichwa.

Sevilla Don Bosco, parroquia rural del cantón Morona, con una superficie de 2 306.41 Km<sup>2</sup>, situada a 7.5 km de la ciudad de Macas (S 2° 18' 54.252"; O 78° 6' 0.396"), a una altura de 1 020 msnm y con una población de 13 413 habitantes, en su mayoría de la nacionalidad shuar (84.54%) (14).

## RESULTADOS

### Visiones sobre la salud y enfermedad

Las mujeres investigadas relacionan la salud con la ausencia de síntomas o signos de enfermedad, pero además, con un estado de plena satisfacción y vitalidad, una sexualidad gozosa, natural y un ciclo reproductivo saludable y protegido "Estar sana es no sentir nada, no hay ninguna dolencia" (GF2S-Ma); "la mujer saludable está siempre feliz, hace lo que le gusta" (GF8S-Ad); "cuando se está enferma no se siente gusto de tener sexo..." (GF2S-Ma); "cuando era una señorita no presentaba ninguna enfermedad, después del matrimonio y de tener mis guagüitos empecé a sentir mal, no me he cuidado y mi esposo no me apoya" (GF3Q-Am).

Salud es un modo de vivir saludable "alimentándonos correctamente con los granos nutritivos, manteniéndonos sanas haciendo deporte, no comer comida chatarra, asearse... vestirse... bañándose...cuidarse de los hombres" (GF2Q-Ad); es una lucha del bien contra el mal "la maldad taita Diosito...pensamos que fue un hechizo" (GF1Q-Famad); y un relacionamiento armonioso con la naturaleza y los espíritus, según el informante Ya-

chac (Shuar) "en la selva es lo más rico de la vida, es lo más saludable...ayahuasca yo tomo para abrir todas las facultades de mi ser e invocar los espíritus más grandes de la naturaleza para que me ayuden a quitar el mal, el daño...yo aprendí a recibir energía de ciertos maestros y de ancianos de mi cultura y de otras culturas...yo vi a los espíritus y escuché palabras de otras dimensiones" (EP1SH-Shm).

### Salud y enfermedad, su determinación social

Para las mujeres shuaras y kichwas, las condiciones económicas y sociales condicionan su calidad de vida y su salud sexual y reproductiva; en este contexto, la migración forzada es uno de los fenómenos sociales con mayor incidencia "nuestras jóvenes que van a trabajar en diferentes lugares, como clandestinas y sin protección y sin orientación, con tal que el dinero les venga" (EP2SH-Shm); "en el séptimo grado, dos o tres estudiantes tienen a sus familias aquí, los demás tienen a sus papacitos en el extranjero, viven con las abuelitas, con las tías o a veces solos, por eso se ve muchas chicas sueltas que andan con cualquier hombre" (GF4Q-Ma). En su rol de género, refieren un trabajo doméstico forzado "las mujeres cargan los saquillos de papa, saben inflamarse por mucho trabajo" (GF1Q-Famad); períodos intergenésicos muy cortos "daba a luz a cada rato" (EA2SH-Ma); falta de cuidado durante el posparto: "no cuidan bien cuando dan el parto, levantan pronto" (GF1S-Ad); mala alimentación "tal vez sería la alimentación de nuestros mayores, no utilizaban los químicos, no utilizaban la carne roja" (GF4Q-Ma); estilos de vida no saludables "por haber fumado se dañan los senos, el útero... mucho alcohol también, las drogas, marihuana" (GF2Q-Ad); "hongos vaginales, por desaseo, por los chanchos, cuyes que no están ordenados" (EA2SH-Ma).

El CCU y las ITS, son considerados problemas cercanos al círculo familiar de las entrevistadas: "mi cuñada pasaba con el ganado y los potreros, le dio cáncer, no había ni cómo operar y murió" (GF4S-Am); "mi mami murió por eso" (GF1S-Ad); "Papiloma Humano, SIDA también, eso he escuchado que se transmiten cuando una persona tiene relaciones y afecta a la otra persona que esta normal" (GF2Q-Ad). Semiológicamente el CCU es identificado sobre la base de señales puntua-

les basadas en vivencias personales "tenía secreción en la parte de la vagina, sangrados que no han calmado, estaba con pañal, era un olor insoportable" (GF1Q-Famad); e igualmente las infecciones de transmisión sexual "tengo dolor, a veces se me van las secreciones, medio inflamadas, medio blanco, me bajan al rato de caminar" (EA1SH-Ma); "secreción amarillenta...apestosa" (EP3SH-Ax).

### **Percepciones sobre los procesos destructivos de la salud sexual y reproductiva**

Las investigadas refieren que hombres adultos eran los que definían su vida sexual y reproductiva "en la familia mía los padres elegían al novio y a la novia" (GF4Q-Ma); "anarmagma era la palabra para una mujer que ya estaba comprada o entregada...el hombre la alimentaba hasta que ya tenía su primera menstruación y así estaba lista... (EP3SH-Ax)" "pasa a ser una mujer completa y ya podía estar con su marido y tener un bebé" (EP2SH-Shm); y aún se espera de ellas el cumplimiento de un rol femenino como vírgenes, fieles y sumisas sexuales "yo me sentía culpable porque mi mami me decía que una tiene que llegar virgen al altar...yo me sentía como que les defraudé a mis papás...y en mi misma... yo sí quería estar virgen para el matrimonio (HV2S-Ad); "yo en mi caso tengo relaciones no por deseo ni nada...por complacer" (GF3S-Ma).

Asumen que la naturaleza ha dotado al hombre de mayor líbido que a la mujer "las mujeres también, no digo que no, pero, los hombres...talvez sus hormonas son muy desarrolladas...creo que pasados de un mes no pueden estar sin tener sexo" (GF1S-Ad). En tanto que la mayor preocupación de los hombres estaría centrada en su potencia sexual "solo hablaban de cómo tienen que ser en la cama, decían que tienen que ser duraderos o la chica les deja, eso les preocupaba bastante y que algunos lo tienen chiquito, otros grande, que si vieran el de él y todo eso" (HV2S-Ad). Se acepta como normal la iniciativa de los hombres en el inicio de la relación sexual "para tener relaciones sexuales la iniciativa es generalmente de los hombres" (GF4Q-Ma); su infidelidad "si, yo sé que mi marido es mujeriego ...el hombre uno a dos días ya comete su error así es" (GF1SH-Ma), o la poligamia, especialmente entre las mujeres shuaras adultas mayores "no sé

cómo mi tía se aguantaba, mi tío es casado con dos mujeres, mi abuelo tenía 5 mujeres, el padre de mi padrastro tenía 10 mujeres, todas Shuar" (HV2SH-Ma); e incluso el acoso y la violencia sexual son aceptadas como experiencias que tenían que pasar "mi mamá sabía decir cuídate, porque en las violaciones puedes quedarte embarazada" (HV1SH-Ma). En este marco, el inicio sexual se da en un contexto de relaciones no protegidas, con mayor incidencia de embarazos no planificados, ITS y CCU "en los últimos tiempos las mujeres por lo general a los 14 o 15 años ya están embarazadas" (GF4Q-Ma); "fui violada por mi propio novio" (EA2SH-Ma).

Para algunas de las entrevistadas el CCU es producido por un virus del hombre "se contagia por un virus que tiene el hombre y hace que el cuello uterino se debilite y haya cáncer", pero también asocian con la infidelidad, principalmente masculina: "algunos esposos son infieles, ellos traen cualquier enfermedad, da el cáncer, por contagio, por mucha infección" (GF4Q-Ma); a las relaciones sexuales con varias parejas "antes de mi esposo he tenido como 5 hombres, tengo un papiloma humano, unas "verruguitas" (EP4SH-Ma); "murió una mujercita de cáncer al útero, sabía convivir con muchos hombres" (GF4Q-Ma), a las infecciones recurrentes "a base de mucha infección, por no hacerse tratar pronto, ya da cáncer y de ahí si al hueco" (GF3S-Ma); la falta de higiene sexual "cáncer de útero, se da por mal aseo, ahí le da inflamación, luego infección y se empeora la situación" (GF1Q-Famad); "el semen queda adentro si no se lava, y se puede transformar, el útero es como un vaso, hay que asearlo" (EA2SH-Ma); la violencia sexual "Me violaron a mí cuando yo era guagüita a los trece años y desde ahí tuve ese papiloma humano" (EP4SH-Ma); el alcoholismo "teniendo un esposo alcohólico, las mujeres hemos sido violadas, obligadas a la fuerza pues, ahí tal vez tanto hombre como mujer que aseo personal ni nada pues" (GF4Q-Ma). Esta enfermedad también puede explicarse a través de aspectos mágico religiosos "por pecado, descuido" (EA2SH-Ma); como efecto de las venganzas a través de brujería "por brujería, le habían dado un bumo que era como un veneno, se le daba en la comida, en el camote, que era bien rico, el verde también, daba una distensión abdominal y el paciente iba haciéndose flaco y más

flaco y se moría" (EP3SH-Ax).

Respecto al uso del preservativo se perciben posiciones opuestas; por un lado, su omisión expondría a la adquisición de infecciones de transmisión sexual "cuando una persona tiene relaciones con varias personas y sin cuidarse...es cuando se trasmite el virus del papiloma humano, el SIDA" (GF2Q-Ad); por otro, se restringe su uso generalizado, por pecado "nuestros mayores han metido en nuestra cabeza que todos esos métodos son pecado" (GF3Q-Am); por inseguridad en la protección "Dicen que el preservativo solo cubre un ochenta por ciento de seguridad, no es cien por cien, tiene tiempo de caducidad" (HV2S-Ad); por disminución del placer sexual "ellos dicen que sin el preservativo no hay gusto, en el mundo shuar no utilizan...prácticamente no se puede" (GF1SH-Ma); "unos 2 de cada 10 supongo usan el condón, decían que es más bonito sin el condón" (HV2S-Ad). Incluso refieren impactos negativos en la salud por el uso de preservativo: "he escuchado que cuando el hombre utiliza mucho el condón le da algunas infecciones, problemas de los testículos" (GF1S-Ad); "mucho preservativo, dicen que da infección al cuello del útero y las infecciones cáncer" (GF3S-Ma).

### **Percepciones sobre los procesos protectores de la salud sexual y reproductiva**

Las mujeres adultas están conscientes del cambio cultural en torno a la sexualidad y manifiestan sus incertidumbres ante una libertad sexual sin responsabilidad "Ahora no toman el sexo por amor sino por diversión, ahí se contagian de enfermedades y hay niños no deseados o madres jóvenes, padres guambritos y no quieren ser responsables" (GF2S-Ma). Consideran que la monogamia, la fidelidad o la abstinencia, son la mejor garantía de protección contra las infecciones de transmisión sexual: "tener una pareja definida que son nuestros esposos, pero nuestros esposos no hacen lo mismo" (GF1SH-Ma). "No tener relaciones" (GF1S-Ad); "evitar y ser fiel" (EP2SH-Shm). Sin embargo, el mayor peso de la responsabilidad sigue recayendo sobre la mujer "mi novio dice que quiere tener relaciones sexuales, los hombres dicen si tú me quieres dame la prueba de amor, pero yo no le acepto" (GF8S-Ad); "si yo no quiero tener relaciones sexuales no voy a tener simplemente, eso depende de mí" (GF1SH-Ma).

Reconocen la utilidad del condón y la higiene genital en la prevención de ITS: "el condón sirve como algo que tapa, para que no pase la "culación" es como una barrera para que no pasen virus o algo a la otra persona" (GF2Q-Ad); "primeramente con el aseo, tanto la mujer como el hombre, antes de tener relaciones, bañándose, duchándose" (GF3S-Ma), y consideran al diálogo intergeneracional como un mecanismo efectivo de prevención "Hay que tener confianza en los hijos para que ellos también conversen con uno" (GF4Q-Ma).

Se conoce la utilidad del Papanicolaou como mecanismo de diagnóstico temprano de infección o CCU, por lo que el control médico es bien valorado: "Los doctores dicen que debemos hacernos el Papanicolaou para saber qué tenemos, si estamos sanas o con alguna infección fuerte, se puede estar con cáncer y no nos damos cuenta" (GF4S-Am); sin embargo, las prácticas preventivas todavía son débiles, por descuido personal o falta de información: "por el descuido de nosotros mismos, ya cuando nos sentimos mal mismo nos movemos para algún lado" (GF4S-Am); "recomendaría nos den educación sexual... sobre Papanicolaou" (EA2SH-Ma). Finalmente, reconocen la vacuna del papiloma virus como medio preventivo de CCU: "Vacunas, yo he escuchado que sí, pero antes de que tengan las chicas la primera relación, puede prevenir eso" (GF3S-Ma).

### **Apreciaciones sobre el tratamiento**

El tratamiento de las ITS y el CCU involucra a la Medicina Tradicional Andina y Amazónica en sus distintas posibilidades naturales, espirituales de sanación y a la medicina convencional, en este intento de afrontar los problemas de salud, se sincretizan con la medicina moderna actual, la religión, la magia y el empirismo: "tenemos las plantitas, pero, no hay como coger nomás, hay que pedir hacer una oración, y cortar... se le pide a la misma planta, con todo el respeto y cariño, y se pide que sirva para curar tal enfermedad" (GF1Q-Famad); "limpió con el cuy vivo, desde ahí ya está mejor" (GF1Q-Famad); "el Chamán recetó lavados con hierbas, prohibió relaciones sexuales, que no coma carnes irritantes, y se curó del cáncer, también con los medicamentos que le daba SOLCA" (EA2SH-Ma).

## Recomendaciones al equipo de salud

Todas las entrevistadas coinciden en la necesidad de recibir una atención con calidad, que incluye disponibilidad de personal de salud, horarios de atención permanentes, acceso a medicamentos, gratuidad e inclusión de la medicina tradicional andina "que los doctores sean permanentes...buenos médicos, nos den un tratamiento desde el inicio hasta el fin" (GF2S-Ma); "que haiga medicamentos"(GF3S-Ma); "Que los doctores se abran a la medicina indígena" (GF1Q-Famad); "la comadrona me dijo que vaya al hospital porque ella también si puede entrar al hospital" (GF2Q-Ad).

Reclaman educación e información continua, orientada a conducir de manera más efectiva las relaciones intrafamiliares, en el conocimiento de su propia sexualidad, la salud reproductiva y la prevención de enfermedades de transmisión sexual "solo nos han mandado pastillas, que nos digan que pasa en nuestro organismo cuando se va desarrollando, enfermedades de trasmisión sexual, como cuidar el embarazo, que comer, que no comer, después de tener hijos, cómo cuidarnos" (GF2Q-Ad); "también para la tercera edad y la gente discapacitada" (GF7S-Am). Y se pone énfasis en una construcción conjunta de saberes ancestrales y conocimientos científicos "las investigaciones están realizando en la ciudad, sólo pensamientos del sistema occidental, no están aportes nuestros, nuestros pensamientos, sentimientos. Nuestra cultura tiene su particularidad, somos muy diferentes" (GF4Q-Ma).

En la tabla No. 2 exponemos una síntesis acerca de las percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas kichwas y shuaras de las comunidades seleccionadas para el estudio.

## DISCUSIÓN

Esta investigación con mujeres pertenecientes a los pueblos y nacionalidades indígenas más representativos del país, pone en evidencia las similitudes y continuidades en la percepción que tienen sobre la sexualidad, la salud reproductiva, las ITS y el CCU. Los relatos registrados los concebimos como formas discursivas que se fundamentan en experiencias particulares (15) y construcciones colectivas (16, 17) de grupos étnicos y sociales, que configuran modelos culturales (18) determinados social e históricamente (19-21). Como lo corroboran otros autores (22), los procesos destructivos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se generan en los modos y estilos de vida, determinados por condiciones económicas, sociales, culturales, en estructuras sociales patriarcales<sup>1,2</sup> y machistas.<sup>3</sup>

Los elementos mágicos, religiosos y animistas de la Medicina Tradicional Andina (23) perviven en el proceso salud-enfermedad, más allá de lo material y lo corpóreo, como una experiencia sagrada de sanación, en un proceso de purificación, donde el mal es superado por el bien, en un estado de religarse (24) con lo otro (la naturaleza, el espíritu) (25), con el todo (26), de ahí el respeto y agradecimiento por los alimentos, por las medicinas, el agua, las montañas, por los saberes y procedimientos sanadores de los sabios de la medicina; en definitiva, manifiestan un uso sincrético de los sistemas de salud existentes. En su situación de vulnerabilidad social y biológica, las mujeres de las tres etnias, conciben a la salud como un bien temporal, dinámico y complejo, determinado por la naturaleza, los espíritus, la sociedad, las culturas, las prácticas sanitarias y preventivas de cada persona que se expresa como bienestar, vitalidad, acción, trabajo, sexualidad gozosa y reproducción. Para las adolescentes indígenas, sus

1 "El discurso patriarcal da por sentado que la desigualdad entre los sexos conlleva una jerarquización, que el poder les corresponde a los hombres por sus atributos intrínsecos" (Portocarrero 1999).

2 "por definición, un sistema de estratificación de los sexos implica el poder superior de los hombres" (Saltam 1992. pp.41)

3 "El discurso machista se centra en el cuerpo y la sexualidad. En su base está la imagen de un hombre que (casi) no puede resistirse al imperio de sus impulsos agresivos y sexuales. Es decir, la masculinidad es concebida como una potencia física y sexual extremadamente fuerte e indómita; simbolizada por el pene en erección" (Portocarrero 1999)

**Tabla No 2.**  
Percepciones de las mujeres indígenas kichwas y shuar sobre la salud sexual y reproductiva

	Procesos protectores	Procesos destructivos
<b>Sociedad general y política pública</b>	<p><b>Procesos de cooperación y complementación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado con mayor atención al derecho a la salud de las mujeres</li> <li>- Políticas de inclusión social y participación ciudadana</li> <li>- Modelo de salud intercultural</li> <li>- Sistema de salud con acceso universal y gratuidad: atención, promoción, prevención, rehabilitación, atención prehospitalaria y emergencias.</li> </ul>	<p><b>Lógica de acumulación, dominación, alienación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de desarrollo, generador de pobreza, migración forzada, alienación cultural, hegemonizado por grupos de poder.</li> <li>- Inequidades de clase, etnia, género y otras.</li> <li>- Estructura social patriarcal, machista, adultocentrista.</li> <li>- Inequidad en el acceso cultural, geográfico, económico a servicios de salud, educación, trabajo.</li> </ul>
<b>Modos de vida</b>	<p><b>Procesos saludables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La salud es concebida como ausencia de enfermedad, prácticas de protección y prevención, sexualidad y reproducción.</li> <li>- Sincretismo en el uso de los sistemas de salud: ancestrales, bioenergéticos y convencionales (medicina occidental).</li> <li>- Desmitificación de la sexualidad y acceso a información en el sistema de salud, educativo, redes sociales.</li> <li>- Relación más horizontal intergeneracional</li> </ul>	<p><b>Procesos malsanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociedad masculina y adulta define vida sexual y reproductiva de mujeres</li> <li>- Vulnerabilidad de las mujeres, niñ@s y adolescentes: migración, trabajo doméstico, mala calidad de condiciones sanitarias.</li> <li>- Mujer reificada como objeto sexual, sumisa, fiel, virgen.</li> <li>- Hombre viril: Pene largo, competente, libidinoso e infiel</li> <li>- Débil comunicación sobre derechos sexuales y reproductivos.</li> </ul>
<b>Estilos de vida</b>	<p><b>Procesos saludables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistencia a condiciones de presión social y masculina</li> <li>- Mujeres conscientes del cambio cultural en torno a la sexualidad, valoran un diálogo intergeneracional.</li> <li>- Valoran positivamente el preservativo, como preventivo de embarazos no planificados e ITS.</li> <li>- Conciben la monogamia, la fidelidad o la abstinencia de hombres y mujeres, como medidas alternativas de protección de ITS.</li> <li>- Valoran la utilidad del control médico y Papanicolau como mecanismos preventivos de ITS y cáncer cérvico-uterino.</li> <li>- Reconocen la vacuna HPV como preventivo de cáncer cérvico uterino.</li> <li>- Reconocen la higiene genital y el control médico en la prevención de las ITS.</li> <li>- Las mujeres con actitud a mayor protagonismo y control sobre sus vidas.</li> <li>- Valoran positivamente el actual acceso a información, educación y atención en salud.</li> <li>- Valoran la integración de las medicinas: relación armoniosa con la naturales, los espíritus.</li> <li>- Resiliencia en estados de enfermedad</li> </ul>	<p><b>Procesos malsanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres adolescentes de familias desestructuradas por la migración, sin protección social.</li> <li>- Inicio temprano de sexualidad, relaciones sexuales no protegidas.</li> <li>- Hombres considerados como agentes difusores de ITS, cáncer cérvico uterino, embarazo no planificado.</li> <li>- Falta de información adecuada sobre el preservativo, origina restricciones en su uso: temores por pecado, inseguridad en la protección de embarazos o ITS, disminución del placer sexual, enfermedad en hombres y mujeres.</li> <li>- El PAP es valorado por las mujeres, pero, refieren obstáculos para su uso: "descuido" o falta de una cultura de control médico, prevención, o mayor información.</li> <li>- Poco conocimiento sobre el cáncer y sus causas, lo relacionan con castigo divino, brujería, venganzas.</li> <li>- Acoso, violencia sexual, alcoholismo contra mujer</li> </ul>
<b>Organismo psíquico</b>	Plena satisfacción personal, bienestar, vitalidad, sexualidad gozosa, ciclo reproductivo protegido. Relación armoniosa con la naturaleza, los espíritus; actividad física, alimentación sana, higiene, control médico temprano.	VIH-SIDA, papiloma virus, herpes genital, cáncer cérvico uterino: dolor, secreciones vaginales de mal olor, blanquecinas, amarillentas. Diagnóstico confirmado con PAP. Violencia sexual, embarazo no planificado en adolescentes

**Acciones prácticas:**

- Involucrar a las mujeres y los grupos subalternos en una praxis social sanadora y emancipadora, desde el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos, y desde el enfoque de la Determinación social de la salud sexual y reproductiva
- Evidenciar las inequidades de clase, género, generacional, étnica y otras.
- Deconstruir los convencionalismos sobre la masculinidad y feminidad, sexualidad, reproducción, machismo.
- Promover el uso de metodologías educomunicativas.

Fuente: Los Autores



pares varones están preocupados más por su fortaleza sexual, atributo central de su virilidad manifestada en las dimensiones de su miembro sexual y en su capacidad duradera en el acto sexual. Se asume que la naturaleza ha dotado de mayor líbido al hombre que a la mujer, esa carga de energía instintiva, reprimida (27) es exteriorizada impulsivamente en la actividad sexual excesiva, en la infidelidad, la promiscuidad, la poligamia, el acoso e incluso la violencia sexual -relacionada o no con el alcoholismo-, el rechazo al uso del preservativo. De ahí, que las mujeres ven al hombre como un transmisor de ITS, HPV o CCU, lo cual se manifiesta en otros estudios (28).

La falta de higiene sexual puede ser la causa de infecciones de transmisión sexual y cuando éstas son reiteradas, originan el CCU, criterio que comparten otras investigaciones cualitativa (27, 28).

Las mujeres consideran que el preservativo es bueno para prevenir infecciones de transmisión sexual, pero, disminuye el placer sexual y puede producir problemas testiculares, infecciones del cuello uterino e incluso cáncer. Como procesos protectores de su salud sexual y reproductiva, refieren el acceso a información en los establecimientos del sistema de salud, en el sistema educativo o a través de fuentes directas en los medios de comunicación masiva, redes sociales. Las actuales adolescentes han ganado cierto espacio de autoestima y poder de decisión sobre su cuerpo respecto a sus madres o abuelas; sin embargo, la ideología mercantilista del sexo (31) con la complicidad de los medios de comunicación y la facilidad de acceso a las redes sociales (32, 33) inducen un cambio vertiginoso, que pone en riesgo la capacidad de las mujeres y jóvenes de ambos sexos de equilibrar entre lo bueno y lo malo. La sociedad adulta está más abierta o resignada a la libertad sexual de las actuales generaciones, pero, esperarían que se la ejerza de manera responsable como medida protectora de su propia salud y bienestar, y más aún como protagonista de sus propios cambios (34).

Para evitar las enfermedades de transmisión sexual, refieren que lo más efectivo sería la monogamia, la fidelidad o la abstinencia,

el uso del preservativo, la higiene genital, el control médico. Para el CCU, se valora positivamente el examen de Papanicolau y la vacuna HPV; sin embargo, refieren descuido, temor, poca costumbre o falta de mayor información para consolidar estas prácticas preventivas.

## CONCLUSIONES

- La salud es un bien individual y colectivo en construcción permanente, que involucra bienestar, vitalidad, satisfacción sexual y protección reproductiva, para lo cual existe un conjunto de prácticas de protección, prevención y recuperación, que promueven los sistemas médicos tradicional y convencional.

- El ejercicio de la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular están condicionadas por situaciones de inequidad de clase, etnia, género, generacional, concebidas como determinaciones generales, que definen los roles de mujeres y hombres de las tres etnias, generando modos y estilos de vida que impactan negativamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

- La falta de información adecuada sobre el preservativo origina restricciones en su uso: por temor inducido por la religión (pecado), inseguridad en la protección de embarazos o ITS, por disminución del placer sexual, temor a enfermedad por su uso en hombres y mujeres.

- Las mujeres valoran positivamente la vacuna contra el papiloma virus como medio preventivo de CCU, e igualmente al PAP; sin embargo, refieren que les falta mayor información y hacer costumbre su uso.

- Las mujeres consideran esencial el diálogo intergeneracional con acceso a información adecuada, así como, un mayor protagonismo y control sobre sus vidas.

## RECOMENDACIONES

- Promover mayor información y comunicación sobre las inequidades de la salud, las determinaciones sociales de la salud, los modos y estilos de vida como procesos destructivos y protectores de la salud.

- Deconstruir los convencionalismos en torno a la masculinidad y feminidad, la sexualidad, la reproducción, el machismo, respaldados con información científica e intercultural, utilizando metodologías educomunicativas.

- Promover medidas sanitarias en los lugares de trabajo de las mujeres.

- Promover la participación social y política de las mujeres, adolescentes y jóvenes en espacios de reflexión, organización y toma de decisiones en temas de política pública sobre salud sexual y reproductiva.

## FINANCIAMIENTO

La investigación contó con el financiamiento de la Universidad de Cuenca, por haber

sido seleccionado el proyecto mediante el XIII concurso convocado por la Dirección de Investigación.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de interés.

## AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro agradecimiento a los estudiantes de la carrera de Medicina, ayudantes de investigación: Juan José Andrade Rojas, Valeria Pulla Mejía, María Lam Astudillo y la Psicóloga Natacha Peralta, funcionaria del MSP, quienes participaron en la recolección y procesamiento de la información.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Breilh J. El Género entrefuegos: inequidad y esperanza. 1. ed. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996. 313 p. (Serie Mujer).

2. Montecino Aguirre S, Obach A, Universidad de Chile, UNICEF, editores. Género y epistemología: mujeres y disciplinas. Santiago, Chile: LOM Ediciones : Universidad de Chile, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales : UNICEF; 1999. 206 p. (Serie Contraseña : estudios de género).

3. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial : Universidad Nacional de Lanus, Departamento de Salud Comunitaria, Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud; 2003. 324 p.

4. Fuller N. Masculinidades: Cambios y permanencias: varones de Cuzco, Iquitos y Lima. [Internet]. [citado 28 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.academia.edu/701079/Masculinidades\\_Cambios\\_y\\_permanencias\\_varones\\_de\\_Cuzco\\_iquitos\\_y\\_Lima](http://www.academia.edu/701079/Masculinidades_Cambios_y_permanencias_varones_de_Cuzco_iquitos_y_Lima)

5. Chafetz JS. Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid: Cátedra; 1992. [Internet]. [citado 28 de abril de 2016]. Disponible en: <http://libros-antiguos-alcana.com/ficha-equidad+y+genero+una+teoria+integrada+de+estabilidad+y+cambio-saltzman+janet-230141>

6. Giddens A, Herrero Amaro B. La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Cátedra; 1995. [citado 28 de abril de 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/romeroyunge/la-transformacin-de-la-intimidad-anthony-giddens-crearevolucionwordpresscom>

7. OMS. Salud de la mujer. Nota descriptiva No 334. Septiembre 2013 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

8. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. Vaccine. agosto de 2006;24:S52-61. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2016]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/6839975\\_Epidemiology\\_and\\_transmission\\_dynamics\\_of\\_HPV\\_infection](https://www.researchgate.net/publication/6839975_Epidemiology_and_transmission_dynamics_of_HPV_infection)

9. Ribeiro AA, Costa MC, Alves RRF, Villa LL, Saddi VA, Carneiro MA dos S, et al. HPV infection and cervical neoplasia: associated risk factors. Infect Agent Cancer [Internet]. 26 de mayo de 2015 [citado 1 de mayo de 2016];10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524198>

10. Wiesner C, Cortés C, Pavajeau C, Leal MC, Tovar S. Habitus y trayectorias de riesgo: ejes articuladores en la comunicación. Rev Colomb Cancerol. 2006;10(3):155-

69. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.academia.edu/6079927/Habitus>
11. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110(3):S4-S7.
12. Pérez A, Ferreira Salazar C, Instituto Nacional de Estadística y Censos (Ecuador), UN Women. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. 2010. [Internet]. [citado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\\_y\\_Hombres\\_del\\_Ecuador\\_en\\_Cifras\\_III.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf)
13. Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE). Antecedentes históricos. [Internet]. 2014. Disponible en: [http://www.codenpe.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=165&Itemid=677](http://www.codenpe.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=165&Itemid=677)
14. INEC. Población por área, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento y grupos étnicos [Internet]. 2010 [citado 26 de julio de 2016]. Disponible en: [www.inec.gob.ec/.../24\\_GETNIAS\\_PROV\\_CANT\\_PARRROQ\\_AREA.xls](http://www.inec.gob.ec/.../24_GETNIAS_PROV_CANT_PARRROQ_AREA.xls)
15. Taylor SJ, Bogdan R, Piatigorsky J. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
16. Cassirer, Ernst. Filosofía de las formas simbólicas. Mexico D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2003..
17. Ley AH, Hernández OB. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la Investigación social, México. Región Soc [Internet]. 2004 [citado 27 de julio de 2016];16(31). Disponible en: <http://regionysociedad.colson.edu.mx:8085/index.php/rys/article/view/625/768>
18. Muñoz B. Modelos culturales: teoría sociopolítica de la cultura. Rubí; Iztapalapa: Anthropol Editorial ; Universidad Autónoma de Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades; 2005.
19. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Edit.; 2004.
20. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. 233 p. (Colección Salud colectiva).
21. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
22. Rodrigues DA, Pereira ÉR, Oliveira LS de S, Speck NM de G, Gimeno SGA. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 28 de julio de 2016]; Disponible en: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/8744>
23. Estrella E. Medicina aborigen: la práctica médica aborigen de la sierra ecuatoriana [Internet]. Editorial Epoca; 1977. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=zcRfAAAAMAAJ>. 65-103 p.
24. Ortiz-Osés, Andrés. C.G. Jung: Arquetipos y Sentido. Bilbao: Universidad de Deusto; 1988. 47-64 p.
25. Krotz, E. La otredad cultural entre utopía y ciencia: Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la Antropología. Primera edición. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. 49-76 p..
26. Estermann, J. Filosofía Andina: estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 1988. 139-189 p.
27. Elliott, A. Teoría social y psicoanálisis en transición: Sujeto y sociedad de Freud a Kristeva. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1995. 17-74 p.
28. León-Maldonado L, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Pública México*. 2014;56(5):519-527
29. Acevedo LST, Méndez MGC, Franco LMH. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc*. 2009;27(2):177-186.
30. Portocarrero G. Los discursos de género en la juventud peruana y la experiencia comunitaria de Andamios. *Rev Estud Género Ventana*. 1999;1(10):184-213.
31. Cordero Velasquez T, Escuin T, Feican V, Penahererra A, Manzo Rodas R. La industria del sexo local: cultura, marginalidad y dinero. Quito: Corporacion Promocion de la Mujer; 2001.
32. Martín-Barbero J, Martín MB. De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía. Convenio Andrés Bello; 1998.
33. Harb Muñoz G. La construcción mediática del otro. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador : Ediciones Abya Yala : Corporación Editora Nacional; 2006.
34. Silva E, Amores Osorio S, Fondo para la Igualdad de Género, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, editores. Identidad y ciudadanía de las mujeres: la experiencia de cinco proyectos auspiciados por el Fondo para la Igualdad de Género, Ecuador. 1a ed. Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala; 2005.