



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

DEL RANCHO AL IMPERIO

LA MIGRACIÓN RURAL TEMPORAL
A LOS ESTADOS UNIDOS Y EL RIESGO DE CONTRAER
VIH/SIDA EN MÉXICO AL FINALIZAR EL SIGLO XX

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA
MARTHA LOYA SEPÚLVEDA

ASESORA:

DRA. LUCÍA ÁLVAREZ ENRIQUEZ



MÉXICO, D.F.

JUNIO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A Lucía Álvarez por estimular de modo entusiasta el valor de la perseverancia y haber sido pieza clave en la conclusión de esta tesis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO PRIMERO	
1. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE SEXUALIDAD, VIH/SIDA Y MIGRACIÓN	12
1.1. La sexualidad	12
1.2. El VIH/SIDA	19
1.3. Migración y VIH	21
CAPÍTULO SEGUNDO	
2. ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN MÉXICO	23
CAPÍTULO TERCERO	
3. ETNOGRAFÍA DE LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS	33
3.1 Guanajuato	33
3.1.1. Rincón de Centeno	35
3.1.2. Franco Tavera	40
3.2. Morelos, Jumiltepec	43
3.3. Aspectos coincidentes en las tres comunidades	51
3.4. Datos sociodemográficos de los entrevistados	55
CAPÍTULO CUARTO	
4. SOCIOCULTURA DE LA SEXUALIDAD Y EL SIDA ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	58
4.1. Patrón de migración y relación con la vida sexual	58

	Pág.
4.2. Reconstrucción social del riesgo y la prevención	71
4.3. Percepción del riesgo	91
CONCLUSIONES	102
ANEXOS	115
Anexo Uno. Anexo Metodológico	115
Anexo Dos. Guías de entrevista	119
BIBLIOGRAFÍA	129

INTRODUCCIÓN

Los migrantes mexicanos que emprenden la aventura de irse una temporada en busca de mejor suerte a los EE UU se exponen a riesgos de todo tipo: físicos, legales, culturales, sociales y de salud. En primer lugar, exponen su vida al cruzar la frontera y arriesgarse a la persecución por parte de las fuerzas fronterizas y migratorias, se arriesgan a ser deportados; también se exponen a sufrir el desarraigo y los problemas de identidad que ocurren por estar lejos de su comunidad de origen. Un peligro más es el de sufrir daños a la salud, como el de contraer VIH/SIDA. Pero a diferencia de todos los demás problemas, el de contraer VIH/SIDA puede ser prevenido si se diseñan y ponen en marcha políticas y estrategias dirigidas a atender la problemática específica de los migrantes, de tal modo que cuenten con un marco que brinde la oportunidad de adquirir ciertas competencias como información, habilidades e incentivos para cambiar actitudes y prácticas que disminuyan el riesgo frente al VIH/SIDA, tanto en México como en los principales lugares de destino en el país del norte.

La cuestión del riesgo de contraer el VIH para los migrantes temporales que se van a los EE UU fue oportunamente destacada en el estudio pionero de Mario Bronfman y Nelson Minello¹, cuyos resultados llaman la atención sobre la existencia de comportamientos de alto riesgo y de un vacío en la atención a esta población en constante crecimiento, así como la urgente necesidad de elaborar modelos de atención idóneos a los modos de pensar y actuar de los migrantes temporales respecto a la prevención del VIH/SIDA.

¹ Ver Bronfman y Minello, *Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América*.

La investigación cuyos resultados se presentan en este trabajo nace también de la preocupación por conocer algo más de la situación; se desarrolla a partir de la necesidad de "preguntar" a la población de migrantes temporales de origen rural sobre sus percepciones al respecto, en su lugar de origen. Tuvo como objetivo explorar a profundidad la situación y obtener información de modo directo sobre las necesidades que debían atenderse para sensibilizar e informar a la población de migrantes temporales rurales sobre cómo enfrentar los riesgos de contraer el VIH. Asimismo, se buscó encontrar los mecanismos idóneos susceptibles de ser utilizados para influir sobre su percepción de las prácticas sexuales. Este propósito implicó también reflexionar sobre el acercamiento metodológico más apropiado para tener éxito en la exploración a profundidad y en la obtención de información de la calidad que se deseaba. Dicha reflexión tuvo como hilo conductor las líneas que enseguida se plantean.

En las ciencias sociales suele haber dos caminos para aproximarse al conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales: los métodos de investigación de tipo cuantitativo y los de tipo cualitativo. Entre los primeros están las posiciones que centran su interés en la observación de la distribución, repetición, generalización o predicción de los hechos sociales; los segundos se concentran en destacar la visión o punto de vista de los sujetos que participan en los acontecimientos que están siendo observados y explicados, y en analizar

el entorno en que se desarrolla el hecho social, esforzándose por destacar el significado de las relaciones sociales.

Respecto a los métodos cuantitativos, David Silverman señala con sencillez y claridad algunas de sus virtudes en los siguientes términos:

1. Ofrecen la ventaja (respecto a los cualitativos) de permitir al investigador obtener resultados rápidos y facilitan de manera eficaz la integración de datos, con poco o ningún contacto en campo con los sujetos de estudio.
2. Facilitan el establecimiento de correlaciones estadísticas basadas en variables que, en el contexto de la interacción de los individuos, están definidas de manera arbitraria.
3. La búsqueda de fenómenos susceptibles de ser medidos puede significar que valores no medidos o percibidos, se puedan deslizar en la investigación asumiendo conceptos sociológicos o antropológicos de construcción dudosa como por ejemplo, *delincuencia* o *inteligencia*.
4. Aunque es importante para probar los supuestos, una lógica puramente estadística puede llevar al desarrollo de hipótesis a partir de los datos.

Estas ventajas de los métodos cuantitativos son útiles y atractivas para cierto tipo de investigación social ya que ofrecen confiabilidad y objetividad, además de permitir realizar con toda confianza generalizaciones a realidades más amplias utilizando los resultados obtenidos de un universo específico. Sin embargo, de un tiempo a la fecha han empezado a no ser asumidos para realizar investigación de ciertos aspectos de la vida social, en donde llegar a conocer o descubrir las distintas percepciones que se tiene de las interacciones sociales resulta esencial y no es suficiente con saber la distribución, repetición, generalización o predicción. Es el caso del estudio de los

comportamientos sexuales, donde los beneficios de la metodología cualitativa atraen cada vez más a los investigadores.

Según algunos autores, si se considera que la investigación cualitativa más que un enfoque de indagación es una estrategia encaminada a generar versiones alternativas o complementarias de la reconstrucción de la realidad, se comprende por qué es un recurso de primer orden para el estudio y la generación de conocimientos sobre la vida social. Aspecto de vital importancia de esta estrategia resulta ser, sin lugar a dudas, la adecuada utilización de las técnicas de recolección y análisis de información².

Denzin y Lincoln dicen al respecto que la investigación cualitativa ofrece un campo amplio y diverso, sea para atender problemas de investigación o para resolver métodos y perspectivas epistemológicas; abarca una gran variedad de prácticas interpretativas, no necesariamente vinculadas a una determinada teoría o paradigma, ni a una determinada área del conocimiento. El enfoque cualitativo posibilita utilizar aproximaciones, métodos y técnicas comúnmente utilizadas en distintas disciplinas y perspectivas teóricas como la etnometodología, los estudios de género, el psicoanálisis, los estudios culturales, entre otros.

El presente trabajo de investigación se ubica en esta perspectiva por lo cual se eligió una metodología cualitativa para realizarlo. Como menciono al inicio del

² Vela Peón, Fortino en **Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social**, p. 64.

capítulo, esta investigación nace de la necesidad de encontrar pistas para elaborar soluciones *ad hoc* a la situación de riesgo de contraer VIH entre los migrantes temporales que se van a los EE UU, y tuvo los siguientes objetivos:

- 1) identificar aspectos sobresalientes relacionados con las formas socioculturales en que es percibido el fenómeno del VIH/SIDA en el medio rural entre la población vinculada con la migración temporal a los EE UU; y
- 2) encontrar elementos idóneos y fehacientes para diseñar una intervención educativa dirigida a población rural.

Cuando se inició esta investigación, la situación del SIDA en México reportaba que a partir de que se registró el primer caso de SIDA rural en 1986, el aumento había sido constante y se habían detectado casos en todos los estados del país. A diferencia del comportamiento de la epidemia en el área urbana, la rural manifestaba un crecimiento rápido sin tendencia de amortiguamiento y estaba presente en un grupo social económicamente vulnerable y sin acceso a servicios de salud. De acuerdo al panorama epidemiológico del problema en el medio rural en ese momento, la relación hombre-mujer era de 1:4 mientras que en el área urbana era de 1:6. Otro dato fundamental es que el 17.8% de los casos rurales de SIDA reportaba antecedentes de migración temporal a los EE UU frente a 6.1% de los casos urbanos, lo cual conducía a pensar que la migración temporal a ese país estaba estrechamente asociada al fenómeno de los casos de VIH/SIDA entre la población rural de México³. Según la misma fuente, en el municipio de Ocuituco en Morelos, (al cual pertenece Jumiltepec,

³ Como lo afirman Magis Rodríguez, Carlos y otros en **Casos de sida en el área rural en México**.

una de las comunidades elegidas para realizar la investigación), se tenía registrado un caso de SIDA.

Gracias a los resultados del estudio pionero sobre hábitos sexuales y el riesgo de contagio del VIH entre población migrante temporal en los EE UU realizado por Bronfman y Minello en aquél país, se pudo contar con hallazgos esenciales que han servido para elaborar preguntas respecto a prácticas sexuales de riesgo en este tipo de población,. Algunos de esos hallazgos son:

a) En el medio rural no es fácil abordar tareas educativas sobre temas de sexualidad y ello parece deberse a que se le percibe como un tema tabú y a que predomina la desinformación sobre estos asuntos. Por esta razón muchos mensajes que pudieran ser claros y aceptados para otros grupos sociales, entre la población rural son comprendidos y aceptados con mayor dificultad o no son entendidos en absoluto.

b) La promoción del uso del condón (un elemento fundamental en cualquier campaña orientada a prevenir el VIH/SIDA) enfrenta varios obstáculos. Uno de ellos es la condición de total subordinación de la mujer a las decisiones del hombre; las mujeres en este medio no tienen poder para decidir sobre la posibilidad de adoptar una práctica de sexo protegido. Además, y como sucede en otros ámbitos sociales, las funciones de cuidado, protección y atención a la salud son concebidas como propias de las mujeres, lo que hace difícil que los hombres asuman responsabilidades de prevención propias o de su pareja. En este sentido, un segundo obstáculo identificado es que la infidelidad es una práctica predominantemente masculina y su aceptación es dolorosa para la mujer; por esta razón, para ellas el hecho de verse en la necesidad de usar

condón con su pareja estable para evitar el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS) significa una señal de aceptación o tolerancia a la infidelidad de su pareja. Un tercer elemento señalado por Bronfman y Minello, es lo conflictivo que resulta para la gente la idea de protegerse de alguien a quien une un lazo de amor y confianza; es decir, la propuesta de usar el condón -por parte de cualquiera de los dos integrantes de la pareja- atenta contra el supuesto de confianza y amor en el cual descansa la relación.

c) Del mismo modo que en algunos grupos sociales urbanos, en el medio rural (desde un punto de vista masculino) resulta un lugar común la idea de que la adopción de medidas para prevenir enfermedades es una conducta poco varonil, es un asunto que por convención es atendido por mujeres. Y, por el contrario, se tiene la creencia de que correr riesgos, ser audaz, es cosa de hombres. Además, traer consigo un condón es indicio de estar anticipando los encuentros sexuales y esto no es bien visto por las mujeres.

d) La influencia de las creencias religiosas está presente y es una limitación para el logro del éxito en la recepción de los mensajes preventivos.

e) El hecho de que un portador del VIH no tenga signos visibles de la enfermedad y de que la gran mayoría de personas en la población rural ha tenido muy reducidos contactos directos con personas afectadas con VIH/SIDA, convierte a la infección y al riesgo de contraerla en algo improbable, irreal, ajeno. Esto hace que el riesgo sea percibido como una situación inherente a *otros*.

Estas reflexiones sirvieron de base para elaborar una guía semiestructurada

(ver Anexo 2) para realizar entrevistas a profundidad para la obtención de puntos de vista detallados en torno a los temas de interés. Se tomó en cuenta la definición de Bauman: *la entrevista a profundidad es una técnica de investigación social en donde los entrevistados son alentados a hablar libremente sobre algún tema o serie de temas, definidos por los objetivos de la investigación. Las entrevistas pueden ser más o menos estructuradas, dependiendo del uso que se haga de la guía de entrevista. Ésta especifica los tópicos que deben ser tratados durante la misma. En las entrevistas más estructuradas, se requieren datos específicos de todos los informantes, pero siendo flexible tanto en el orden de los tópicos abordados como en la redacción de las preguntas, capitalizando la riqueza de las respuestas abiertas*⁴.

Otro aspecto que fue tomado en cuenta en el diseño de la investigación, fue la vinculación de la aplicación de entrevistas en profundidad con un proceso de observación participante ya que se juzgó necesario para obtener una visión sobre la dinámica sociocultural comunitaria y estar en condiciones de realizar propuestas educativas en una futura campaña.

El estudio se desarrolló en dos comunidades rurales del estado de Guanajuato y una en el de Morelos. Se realizaron entrevistas a profundidad con dos tipos de informantes:

1) Informantes clave: autoridades municipales, agentes de salud, maestros y otros líderes comunitarios; se presumía que estas personas, por el rol que tienen

⁴ Bauman, L. y E. Greenberg **The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction**, en *Health education quarterly*, spring, 1992.

en la comunidad, serían portadores de una visión más amplia y general que el común de la población.

2) Informantes comunes, es decir, habitantes de la comunidad que nos brindaran su experiencia personal sobre diferentes tópicos asociados al fenómeno migratorio y su relación con el VIH/SIDA.

A este último grupo de informantes, siempre y cuando contara con experiencia de migración temporal o estuvieran o vinculados a una pareja que viviera o hubiese vivido un episodio migratorio, se le consideró como parte del *grupo experimental*. Adicionalmente, se realizaron igual número de entrevistas con el llamado *grupo control*, conformado por informantes comunes con las mismas características demográficas que el grupo experimental pero sin la experiencia de migración temporal a los EE UU. Las características demográficas básicas de ambos grupos, fueron definidas bajo el siguiente perfil:

- a) mujeres casadas
- b) mujeres solteras
- c) hombres casados
- d) hombres solteros

Se realizaron un total de 17 entrevistas con informantes clave y 48 con informantes comunes. La selección de la muestra del grupo *experimental* fue elegida en conformidad al siguiente perfil:

- a) mujeres casadas con pareja migrante.

- b) mujeres solteras con pareja migrante.
- c) hombres casados con antecedentes de migración
- d) hombres solteros con antecedentes de migración

De igual modo, el grupo *control* estuvo conformado por:

- a) mujeres casadas.
- b) mujeres solteras.
- c) hombres casados.
- d) hombres solteros.

Para realizar el estudio se eligieron tres comunidades rurales donde se hubiera registrado expulsión de migrantes temporales a EE UU y se hubieran presentado casos de VIH/SIDA. Estas comunidades fueron Rincón de Centeno y Franco Tavera, localizadas en el estado de Guanajuato y Jumiltepec, en el de Morelos. Cada una de ellas tenía distinto comportamiento de migración:

- 1) En Rincón de Centeno había una corriente migratoria antigua que data aproximadamente de principio del siglo XX con redes sociales estructuradas.
- 2) En Tavera había una corriente migratoria de mediados de siglo XX y con redes sociales no estructuradas.
- 3) En Jumiltepec una corriente migratoria reciente, de finales de los 90's, y basada en frágiles mecanismos de traslado.

En los cuatro capítulos de este trabajo se presentan los resultados de la aplicación de métodos cualitativos de investigación para obtener, en sus

propias palabras, la perspectiva de las mujeres y hombres de estas comunidades rurales respecto a la sexualidad y los riesgos de la relación VIH/SIDA y migración temporal. El primero presenta las tesis y enfoques teóricos sobre sexualidad, VIH/SIDA y migración; el segundo describe el marco en que se ha desarrollado la epidemia del VIH/SIDA en México y los esfuerzos que al finalizar el siglo XX se generaron para darle atención; el capítulo tercero describe los usos y costumbres en estas comunidades que resultaron significativos para los objetivos de nuestro estudio, las dinámicas socioculturales rescatadas a través de un reporte etnográfico; y en el último capítulo, se presenta un análisis del discurso de los informantes mediante la sistematización temática de la información obtenida en las entrevistas. Las conclusiones recogen los hallazgos más significativos.

CAPITULO PRIMERO

1. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE SEXUALIDAD, VIH/SIDA Y MIGRACIÓN.

1.1. La sexualidad.

El estudio de la sexualidad en el mundo occidental se ha suscitado grandes debates. Uno de ellos es lo que se ha configurado como la interpretación biologicista y otro el conocido como la corriente culturalista. Sin duda, la vertiente biológica de este tema es la que ha sido desarrollado con mayor amplitud; sin embargo, en este capítulo importa más destacar las ideas teóricas que tienen que ver con el estudio de los significados socioculturales asignados a los comportamientos sexuales que la profundización de la visión biologicista.

La sexualidad humana ha sido profusamente estudiado en todas las sociedades, y, me atrevería a afirmar, con mayor curiosidad y éxito en la sociedad contemporánea. Un estudioso de actualidad, Michel Foucault, proporciona una ilustrativa visión histórica para comprender como, a partir del siglo XVII, la sexualidad fue convirtiéndose en un asunto de poder público con importantes atribuciones socioculturales. Su enfoque pone el acento en el control que desde el espacio de lo público se ejerce en una esfera tan íntima de lo privado; al respecto, dice: *Bajo un manto de un lenguaje depurado de manera que el sexo ya no pueda ser nombrado directamente, ese mismo sexo es tomado a su cargo*

(y acosado) por un discurso que pretende no dejarle ni oscuridad, ni respiro⁵. Se pasa de la desolación -continua Foucault- ritual acerca del desenfreno sin fruto de los ricos, los célibes y los libertinos a un discurso en el cual la conducta sexual de la población común es tomada como objeto de análisis y, a la vez, blanco de intervención; se transita de las tesis masivamente poblacionistas de la época mercantil a las tentativas de regulación más finas y mejor calculadas, que oscilarán, según los objetivos y las urgencias, hacia una dirección natalista o antinatalista. Desde el campo de la economía política de la población se integra toda una red de observaciones sobre el sexo. Esta perspectiva marca el nacimiento de un análisis de los comportamientos sexuales, de sus determinaciones y efectos, dentro del límite de lo biológico y lo económico. También aparecen campañas sistemáticas que, más allá de los medios tradicionales, tratan de convertir el comportamiento sexual de las personas en una conducta económica y política concertadas.⁶

A partir del siglo XVIII el sexo de la población infantil y adolescente se convirtió en un objeto importante de lo público y a su alrededor se erigieron toda clase de dispositivos institucionales y estrategias discursivas. Desde entonces se despojó a la población de cierta manera de hablar del sexo, descalificándola por ser directa, cruda, grosera. Esto no fue sino el correlato, y quizá la condición, para el funcionamiento de otros discursos, múltiples, entrecruzados, sutilmente jerarquizados y todos articulados en torno a las relaciones de poder. Esos controles sociales -que filtraban la sexualidad de las

⁵Foucault, M. **Historia de la sexualidad I**, Siglo XXI editores, México, 1977, p. 28.

⁶ Op. cit. p. 36

parejas, los padres y los niños, de los adolescentes peligrosos y en peligro, emprendiendo la tarea de proteger, separar y prevenir, señalando peligros por todas partes, llamando la atención, exigiendo diagnósticos, acumulando informes, organizando terapéuticas- produjeron discursos sobre la sexualidad que fustigaban la conciencia de la gente bajo la amenaza de un peligro constante, por las prohibiciones de abordar este discurso en el ámbito público. De este modo, estas medidas coercitivas cuya intención era satanizar las prácticas sexuales no sometidas a la economía estricta de la reproducción y divorciarlas del placer, cumplían con su cometido. Los posteriores siglos XIX y XX fueron, en este sentido, la era de la reproducción, pero también una época iniciadora de heterogeneidades sexuales.

En suma -culmina Foucault- la historia de la sexualidad, y en particular de los mecanismos de represión, supone dos rupturas. Una, que ocurre en el siglo XVII y es paralela a grandes prohibiciones, es la interpretación de la sexualidad adulta y matrimonial exclusivamente como un acto de decencia, de moral. La otra aparece en el siglo XX y representa una especie de ruptura con la anterior, en la que los mecanismos de la represión son más flexibles; se pasa de las prohibiciones sexuales apremiantes a una tolerancia relativa de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales. Se transita a un estado donde *la descalificación de los perversos se habría atenuado y borrado en parte su condena por la ley; se habrían levantado en buena medida los tabúes que pesaban sobre la sexualidad infantil*⁷.

⁷ Op. cit. p. 140

Por otra parte, la postura biologicista de la sexualidad fue fecunda durante el siglo XIX. En ella se afirma que la sexualidad de varones y mujeres está determinada por características biológicas permanentes de cada sexo; es decir características que están presentes desde siempre y por siempre en la especie humana. Al respecto, la teoría evolucionista sostiene que los varones tienen mayores impulsos sexuales, que son naturalmente agresivos y competitivos; y, en consecuencia, las mujeres tienen como misión controlar la energía del varón y no son sexualmente agresivas, cuidan de los críos y son naturalmente asexuadas o con un impulso sexual débil. Martin y Voorhies señalan que el estereotipo evolucionista se basa en la premisa de que la agresividad, los celos y la competencia son resultado del carácter viril y potente del macho, mientras que la actitud sexual resistente y limitadora de las hembras es la base de su debilidad, sumisión y dependencia.

Las principales corrientes teóricas que adoptan estas posiciones son el darwinismo social y la sociobiología. Por su parte, la perspectiva cultural, aún cuando reconoce la base biológica en la diferencia sexual, asegura que la sexualidad es ante todo una construcción sociocultural e histórica que ha sufrido transformaciones según el enfoque de género, étnico, de clase, la edad, educación, etc., que se adopte. Lo relevante de los estudios antropológicos es que demuestran las diferentes maneras en que sociedades distintas perciben la sexualidad; demuestran que no hay una visión homogénea para entender los roles genéricos.

Si bien es cierto que en la construcción de la sexualidad influyen factores de tipo biológico, también lo es que en el origen del impulso sexual, la cultura representa un influjo digno de tomarse en cuenta. En este sentido, hay acuerdo entre los estudiosos del tema en que para validar su identidad masculina, los varones tienen que demostrar cualidades de autonomía, valor y virilidad durante su desempeño en la vida cotidiana. Si no lo hacen, corren el riesgo de ser *estigmatizados* por tener apariencia femenina.

Los estudios socioculturales en este campo han tomado por su cuenta la misión de comprender las ideas, creencias y prácticas alrededor de la sexualidad humana en contextos históricos determinados, independientemente de si son consideradas como buenas o malas, desviadas o estandarizadas, normales o patológicas, preventivas o arriesgadas, etc.; y nos dicen que estas ideas, creencias y prácticas son resultado de un complejo psicosocial y cultural donde las expresiones de la sexualidad de los individuos son posibles sólo por ser parte de dicho complejo. Es decir, resulta primordial entender que, si bien desde que el individuo nace y durante su primera infancia experimenta sensaciones físicas en los genitales, el significado de ellas y el modo en que las percibe, tienen su origen en un ambiente social particular.

Como bien señala Silvia Covian, la formación psicológica de los impulsos sexuales en los individuos es un proceso que ocurre durante toda la vida y cada fase implica una maduración física y psicosocial. Históricamente, en la mayoría de las sociedades han existido medidas para establecer reglas de comportamiento sexual a los individuos con la intención de hacer compatible su

conducta sexual con los valores y fines hegemónicos. Con este fin, han sido construidas diversas modalidades para representar el placer y regular su manejo y esto ha sido estructurado través de distintas redes socializadoras, como la familia, la escuela, los espacios de prácticas religiosas, etc. que es donde se desarrolla la personalidad, las actitudes, los valores y las habilidades para la convivir, los comportamientos sexuales y nociones sobre el placer.

De este modo se conforma un control social de la sexualidad en cuyos mecanismos juega un papel fundamental la moral conservadora para conseguir que los individuos conviertan la idea del placer como algo deseable y legítimo, en su opuesto. A través del efecto persistente de una valoración negativa, se ha logrado que la sexualidad se exprese de manera empobrecida, fuertemente moralizada y carente de placer. Esta visión ha sido exitosamente reproducida a través de la familia, la escuela y la religión.

En las comunidades rurales del país, las reglas de comportamiento sexual para las mujeres y los hombres y las creencias y valores asociados a ello, mantienen una gran semejanza. Al respecto, un primer factor que salta a la vista es el predominio de la moral católica. Otro, destacado por Ana Amuchástegui, es que el deseo posee género y es masculino, lo que implica que el reconocimiento como sujetos de sexualidad es diferente para los hombres que para las mujeres. Los varones se consideran a sí mismos y son considerados por los otros como sujetos de sexualidad de manera "natural", mientras que las mujeres no; las mujeres se perciben a sí mismas y son percibidas por los hombres dentro de dos categorías:

- 1) Su única cualidad como sujeto de sexualidad es la maternidad; esta consideración implica que las mujeres practican una sexualidad deserotizada a cambio de cultivar la ternura, el pudor y la pureza, características que se conciben como elementos ideales para que una mujer sea elegida como pareja estable.
- 2) Cuando las mujeres son sujeto de sexualidad y se ve en ellas atributos como la sensualidad, el erotismo y el placer, entonces se les valora como objeto de deseo, pero no se les reconocen cualidades espirituales.

En esta concepción sociocultural de la sexualidad se rebasan las características biológicas del sexo, para situar en primer plano una dimensión que ubica a la mujer en un complejo de determinaciones: económicas, sociales, jurídicas, políticas y psicológicas, es decir, culturales. Desde esta dimensión, hombres y mujeres se clasifican en los géneros masculino y femenino, los cuales son históricos, pues se crean en cada época, sociedad y cultura, con contenidos específicos de ser mujer o varón.

De este modo y en torno a la sexualidad, tenemos una visión en la cual la sociedad se regula por normas culturales específicas que sancionan el sentido positivo o negativo de la conducta humana; una concepción sobresocializadora que sanciona lo que es permitido, aprobado o prohibido, y que enjuicia e ignora todo lo que atente o no respete *los mandamientos del paradigma cultural* que debe observarse en nuestra cultura, como por ejemplo la idea de que el

matrimonio es únicamente heterosexual, monogámico y orientado exclusivamente a la procreación.

1.2. El VIH/SIDA.

El VIH/SIDA en diez años transformó la concepción del mundo, del hombre, de la sociedad, de la convivencia y construyó percepciones que han debido ser consideradas en la elaboración de las políticas internacionales en la esfera de la salud. El caso del SIDA en México no ha sido muy distinta la situación y se le reconoce como un problema presente en la realidad social, cultural, económica y política.

Durante los primeros años de la epidemia, en México se dedicaron valiosos esfuerzos institucionales por combatir la visión moralista sobre la enfermedad, para trasladar la preocupación en torno al compromiso y la ética de todos los actores involucrados en su combate. En este campo se situaron los esfuerzos institucionales y la conformación de un polo ciudadano capaz de atacar el efecto social del combate de la epidemia. Pero, como lo señala Izazola Licea, tuvo que pasar mucho tiempo para que la comunidad que se constituyó en el marco de la lucha contra el VIH/SIDA asumiera responsabilidades en la toma de decisiones.

Un salto cualitativo en la concepción del SIDA entre la década de los ochenta a la de los noventa fue la transformación del enfoque sobre el riesgo individual y de los llamados grupos de riesgo (homosexuales, trabajadoras sexuales, mujeres, donadores, etc.); se volteó la mirada hacia la vulnerabilidad social. Desde esta

perspectiva fue posible obtener una mejor comprensión del problema. Se pudo, por ejemplo, establecer la relación causa-efecto de la problemática en cuestiones cruciales como la discriminación a las y los trabajadores sexuales y hombres homosexuales, o conocer a fondo la relación de la diseminación del VIH/SIDA con las cuestiones de género y falta de poder de las mujeres, especialmente en comunidades pobres.

El crecimiento del VIH en los llamados países en vías de desarrollo ha mantenido una estrecha relación con los modelos económicos y la definición de políticas públicas en salud, cuyas características son la desigualdad, la dependencia y la desintegración social. En este contexto, las medidas para proporcionar información, educación y prevención se reconocen como indispensables e impostergables; en la realidad, las que existen, no son suficientes para hacer frente al aumento de los casos de afectados con VIH/SIDA. En muchos países con estas características, México incluido, una vez transcurridos los primeros años de crecimiento de la epidemia, se advirtió la urgencia generar diferentes procesos para fortalecer y movilizar a las comunidades de tal modo que fuera posible localizar formas intrínsecas adecuadas para reducir su vulnerabilidad

De este modo, la investigación social y la evaluación de las acciones emprendidas, fueron reconocidos como indispensables para generar estrategias y mecánicas de trabajo en las comunidades. La investigación social, entre otros medios, se instituyó como un instrumento básico para obtener un cambio de perspectiva y una forma de integrar los esfuerzos generados por una diversidad de agentes involucrados en la búsqueda de soluciones. Desde que se emprendió la búsqueda

de datos sobre la diseminación del VIH/SIDA, hasta que se profesionalizó el estudio de los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con el fenómeno, la investigación social ha logrado focalizar distintos espacios, ambientes sociales, diversas percepciones de riesgo y seguridad, exploraciones sobre el deseo y la intimidad, hasta llegar al análisis del poder colectivo o la vulnerabilidad social.

1.3. Sobre migración y VIH.

Bronfman y Rubi-Kurtzman⁸ han establecido los elementos fundamentales en la correlación migración-VIH/SIDA. Ellos ubican dos mecanismos asociados a la diseminación del VIH/SIDA en el planeta: los viajes internacionales y la migración laboral. Exponen que la infección se ha difundido en marcos geográficos determinados y que los elementos que más han incidido en el riesgo son los viajeros y los migrantes. Para el caso de México, esta hipótesis se confirma con los datos arrojados por los estudios epidemiológicos sobre el desarrollo que ha tenido la epidemia del VIH/SIDA, gracias a los cuales se sabe que en el caso de la población rural, un número significativo de casos reportados demuestra que tienen antecedentes de residencia en los EE UU.

Desde los primeros estudios realizados, se encontró que las tasas más altas de prevalencia del VIH/SIDA en México se localizaron en estados con altos índices de expulsión de emigrantes a los EE UU: el Distrito Federal, Jalisco y

⁸ Ver Bronfman y Rubi-Kurtzman en ***Comportamiento sexual de los inmigrantes mexicanos temporales a Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH.***

Baja California. Lo mismo ocurría en los EE UU con los estados receptores de inmigrantes mexicanos: California, Texas, Illinois y Nueva York.

A finales del siglo XX, la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país registraba datos visiblemente más altos para las zonas urbanas y se concentraba en grupos de la población como el de hombres homosexuales. No obstante, debido a los efectos de la migración, el cálculo de riesgo a mediano plazo mostraba con preocupación tendencias crecientes hacia la ruralización, heterosexualización y feminización de la epidemia. Los datos estadísticos existentes, por sí mismos, no permitían sostener con solidez la asociación entre la migración de mexicanos a los EE UU y el aumento del riesgo de infección por VIH. Debido a ello, en ese momento se hablaba de la existencia de un vacío en la información disponible que no favorecía a la población en riesgo para conocer los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Es decir, privaba el desconocimiento sobre el comportamiento sexual de los migrantes temporales, tanto en el país como en los EE UU, así como la forma en que ello era afectado por la migración. En consecuencia, no había elementos suficientes para facilitar el diseño de políticas y programas de prevención adecuados, dirigidos a este enorme y creciente grupo de población.

CAPÍTULO SEGUNDO

2. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN MEXICO.

La epidemia del SIDA aparece en nuestro país casi al mismo tiempo que en los EE UU. En México, desde 1983 fueron confirmados los primeros casos de la enfermedad y muy pronto los estudios de todo tipo empezaron a fluir; surgieron estudios epidemiológicos, serológicos, estadísticos, etc. cuya preocupación central radicaba en aportar elementos para detener lo que de inmediato fue calificada como una epidemia. Desde ese momento, emergieron las voces de quienes juzgaron que era indispensable tomar en cuenta los enfoques sociales sobre el reciente fenómeno de salud pública, y utilizar todas las herramientas analíticas de que se dispusiera; fue así que se utilizaron las técnicas cualitativas para conseguir una mejor y más profunda comprensión de las variables socio-epidemiológicas. Se trataba de contar con distintas perspectivas en el estudio del tema. Por ejemplo, y según reporta J.L.Valdespino, el desarrollo de la epidemiología del VIH/SIDA resulta de los ejercicios interdisciplinarios de la combinación en el diseño de técnicas y métodos cuantitativos y cualitativos, pero también de las propuestas de la biomedicina, la clínica y la sociología.

Pasados los dos primeros años de investigaciones sobre la epidemia, en México fueron identificados grupos de poblaciones específicas que estuvieron más afectados que otros; el de hombres con prácticas homosexuales fue detectado como uno de los que mayor número de casos registraba; enseguida se

perfilaban los casos de VIH/SIDA en mujeres. Desde entonces, el estudio del comportamiento de la enfermedad mostró tendencias como las siguientes: entre 1985 y 1986 la razón hombre:mujer fue de 26:1; en 1987 de 12:1 y, de 1988 a 1995, se estabilizó en una razón de 6:1. El análisis sobre el aumento del SIDA en la población femenina apuntaba a que estaban presentándose dos tipos de transmisión del virus: la posterior a una transfusión sanguínea que representaba el 100% de los casos en 1985 y que descendió en forma consistente hasta representar solo una tercera parte al finalizar el siglo, y la heterosexual que, por el contrario, se fue incrementando hasta significar en 1994 las dos terceras partes del total de casos en mujeres adultas.

Los primeros estudios ubicaron que, entre la población de mujeres, los grupos ocupacionales donde se registraron tasas más elevadas de infección fueron aquellos relacionados con actividades de servicios directos a clientes, como meseras, peinadoras y trabajadoras del arte y espectáculos; sin embargo, esta distribución por ocupación de los casos de SIDA no parecía guardar relación alguna con la transmisión, exceptuando al grupo de las trabajadoras sexuales y las -podría decirse- donadoras profesionales de sangre.

En los años iniciales, la epidemia afectó esencialmente a población urbana de estratos socioeconómicos medio y alto; posteriormente transitó al área rural, afectando particularmente a mujeres cuyas parejas sexuales guardaban alguna relación con la migración temporal a los EE UU. Las primeras explicaciones que se dieron de este fenómeno, asumieron una perspectiva de género y ubicaron como primordiales en esta expansión las causas de tipo sociocultural; dejaban

claro que la desafortunada combinación de desigualdad de oportunidades educativas y laborales para las mujeres y la sistemática práctica de roles genéricos tradicionales ha generado en ellas una gran dependencia y falta de poder en la toma de decisiones personales. Esta realidad, en el contexto del VIH/SIDA, tiene consecuencias graves. Como dice Del Río-Zolezzi, la mayoría de las mujeres no se enteran de cuáles son las prácticas sexuales de sus parejas más allá de las fronteras de la relación, situación que conduce a que no exista conciencia del riesgo de contraer VIH. En el esquema tradicional y estereotipado de comportamiento femenino, las mujeres no deben cuestionar al marido su conducta, sea cual sea; si lo hacen, se exponen a desencadenar situaciones de conflicto potencialmente violentas y, peor aún, al abandono. Las mujeres que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas, como el uso del condón, que las protejan de un eventual contagio.

Magis señala que partir de que se registró en México el primer caso de SIDA rural en 1986, el aumento de este tipo de casos ha sido constante y en todos los estados del país. A diferencia de la epidemia en el área urbana, la rural presentó un crecimiento exponencial sin amortiguamiento y afectó principalmente a grupos económicamente vulnerables sin acceso a servicios de salud. Para 1995, la relación mujer-hombre en casos de SIDA en área rural era de 1:4 mientras que en el área urbana de 1:6; un 17.8% de los casos rurales registraba antecedentes de migración temporal a los EE UU frente a 6.1% de los casos urbanos. Como ya ha sido mencionado anteriormente, la migración

temporal a EE UU estuvo estrechamente asociada a este fenómeno⁹.

Como ha sido anotado en párrafos anteriores, el primer estudio que destaca los aspectos socioculturales subyacentes en la relación del VIH/SIDA y migración de México a los EE UU, es el de Bronfman y Minello, el cual exhibe los cambios que ocurren en la mentalidad de la población rural migrante y que la convierten en una población altamente vulnerable, en presa fácil de problemas como la persecución, la inseguridad, el desarraigo y el riesgo de contraer VIH/SIDA¹⁰. El estudio en cuestión consigna hallazgos de primer orden como los siguientes:

1. Las variables demográficas por edad y sexo del flujo migratorio mantienen cierto paralelismo a la de los casos de SIDA registrados en México: la mayoría de los migrantes es población joven y de sexo masculino, justamente el grupo de edad donde la actividad sexual es más intensa; la mayor parte de los hombres migrantes son solteros y los casados viajan sin sus parejas. Al llegar a los lugares de destino en los EE UU se encuentran ante una sociedad portadora de costumbres sexuales más *abiertas* en comparación a las de su lugar de origen, y se registra una baja receptividad hacia las campañas educativas y preventivas habituales contra el VIH/SIDA, debido a las condiciones de vida asociadas al trabajo intensivo y, particularmente, al bajo nivel educativo y al desconocimiento del inglés. Estos hallazgos hacen suponer la alta probabilidad de que los migrantes

⁹Ver a Magis Rodríguez y otros en *Casos del sida en el área rural en México*.

¹⁰ Ver Bronfman y Minello en *Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América*.

rurales temporales se enfrentaran a prácticas de riesgo.

2. Los puntos de destino de los migrantes mexicanos presentan una tasa de incidencia del VIH/SIDA significativamente mayor a las existentes en las áreas expulsoras.
3. Históricamente, la migración de indocumentados se dirige a localidades o regiones rurales de los EE UU, pero para 1995, se reportan tendencias estadísticas al desplazamiento hacia las ciudades de mayor tamaño. Esto representa un factor de aumento en el riesgo, pues el SIDA en EE UU ha sido un fenómeno predominantemente urbano.

Los migrantes en los EE UU enfrentan situaciones ante las cuales se exige una intervención preventiva desde México. La comparación entre lo reportado en el lugar de origen y de destino -dicen Bronfman y Minello- permite concluir que durante el proceso migratorio se producen cambios importantes que deben ser tomados en cuenta por su posible impacto en la diseminación del VIH; esto se expresa de manera distinta según el sexo de los migrantes. A pesar de que la migración incrementa el nivel de conocimiento sobre el SIDA y de que los migrantes manifiestan tener información general adecuada y suficiente sobre el tema, ésta no se traduce en la incorporación de medidas de prevención en sus prácticas sexuales cotidianas, lo que incluye también a las prácticas aprendidas durante su estancia en el *norte*, en particular en el inconsistente uso del condón.

Las discrepancias exhibidas el conocimiento y la acción -afirman estos autores- se deben a que los migrantes son portadores de ciertas adherencias

socioculturales que representan serios obstáculos y/o resistencias para aprender y practicar mensajes preventivos. Algunos de los más significativos son los siguientes:

a) Por una parte, en su visión del mundo, la sexualidad es considerada un tema tabú, íntimo y confinado a la esfera privada de tal forma que socializar, disentir, hablar y compartir información en público resulta difícil o hasta ofensivo. Además no hay experiencia sobre cómo abordar el tema, dónde y con quién acudir, etc.

b) Entre la población de ambos sexos se advierte un alto grado de desinformación sobre temas vinculados a la sexualidad: desde los conocimientos más elementales relacionados con la anatomía de los órganos sexuales, pasando por la reproducción y la anticoncepción hasta las posibilidades del erotismo y el placer. En este contexto, muchos de los mensajes de las campañas de prevención que resultan claros y suficientes para otros sectores de la población son difícilmente entendidos por el grupo de migrantes rurales.

c) El ejercicio de la sexualidad es uno de los espacios de las relaciones humanas donde se expresa con mayor fuerza la diferencia de poder entre los sexos. La mujer ocupa un rol subordinado y generalmente existen pocos espacio para que externe sus puntos de vista sobre cualquier tema, pero menos aún sobre asuntos relacionados con la sexualidad. Ni hablar de la posibilidad de educar en los espacios públicos sobre asuntos relacionados con este tema y con las

prácticas adecuadas. Aún cuando parece ser el grupo que tiene más conciencia sobre la importancia de utilizar el condón como medida preventiva, una iniciativa de su parte para proponerlo tiene pocas probabilidades de éxito.

d) Hay en la población una clara división de roles según el género. Las funciones de cuidado a la salud, protección y atención son asignadas a las mujeres. Resulta un tanto contradictorio, por consiguiente, para los hombres, asumir tareas de prevención de enfermedades propias o de su pareja, como el uso del condón como protección de las enfermedades de transmisión sexual.

e) Una expresión de la marcada desigualdad entre los sexos, es que los hombres no parecen tomar en cuenta el placer de sus mujeres. No se descarta la posibilidad de que para el hombre preocuparse por lo que le ocurre a la mujer durante las relaciones sexuales -aunque sea en el plano de la salud y no en el del placer- resulte también muy difícil, porque altera de alguna manera su *status quo* de macho.

f) Por otra parte, la infidelidad masculina es vivida por las mujeres con gran dolor. En caso de que su pareja llegase a usar condón, es probable que las mujeres interpreten el hecho como prueba de la existencia de relaciones fuera de la pareja, creando más problemas de los que pudieran prevenirse.

g) Las mujeres expresan su sexualidad más a través del amor que del deseo, ya que este último si no está proscrito, tampoco aparece alentado. En este marco, en la perspectiva de la gente, resulta altamente contradictorio cuidarse de

quien se conoce y se quiere. En general, la asociación entre amor y confianza es muy fuerte, y protegerse de la pareja es probable que signifique y sea interpretado como una pérdida de confianza; en esta medida, la prevención no será puesta en práctica.

h) Desde la perspectiva masculina cuidarse puede adquirir muchas connotaciones negativas; puede, por ejemplo, ser interpretado como una actitud propiamente femenina, poco adecuada de un 'macho'. Por el contrario, arriesgarse es símbolo de audacia. Este tipo de ideología, más común de lo que parece, resulta un claro obstáculo para la adaptación de medidas preventivas como el uso del condón.

i) Algunos hombres que tienen relaciones con otros hombres, no se consideran homosexuales. Dado que generalmente la información que se ofrece acerca de prevención en prácticas homosexuales es dirigida específicamente a grupos homosexuales y no a población abierta, estos hombres se sienten al margen de ese tipo de mensajes y no asumen que los mensajes son dirigidos también a ellos.

j) Existe una visión fatalista en la que las acciones que uno realice no son consideradas como eficaces para prevenir la enfermedad, considerándola - posiblemente al igual que otros eventos de la vida- como totalmente azarosa. Desde este punto de vista cuidarse carece de sentido.

k) La influencia de la moral católica en la visión de la sexualidad de los

migrantes no puede pasar inadvertida. La proscripción que hace sobre cualquier método de control de la fecundidad, incluido el condón, constituye un obstáculo de gran envergadura para la aceptación de su uso.

I) Aparentemente, para las modalidades de abstracción de esta población, ver físicamente las cosas resulta una de las mayores fuentes de credibilidad. Desde el punto de vista de la prevención encontramos que, por un lado, no existe ningún signo visible para identificar a quienes son portadores del virus (aunque sí a los que tienen SIDA). Por el otro, la gran mayoría nunca ha tenido un contacto directo con personas con VIH/SIDA, ni con la experiencia de conocer a alguien cercano con la enfermedad, lo que convierte a la infección por VIH en algo ajeno.

II) Entre muchas personas existe la convicción de que el peligro se ubica en 'los otros', por ejemplo, entre trabajadores sexuales, homosexuales, estadounidenses, drogadictos, etc. No existe un reconocimiento del riesgo propio en la medida en que no pertenecen a ninguno de los grupos sociales estigmatizados como de mayor riesgo, por lo que, como parte de la *gente común*, no avizoran peligro alguno y esto se traduce en no conceder importancia a practicar medidas preventivas.

m) Si bien se conocen las cualidades preventivas del condón, a las limitantes para su uso antes señaladas hay que agregar la idea que tienen los hombres de que impide la satisfacción total en la relación sexual. Por otra parte, sigue siendo considerado más como un método de prevención de embarazos que de

enfermedades de transmisión sexual.

Por último, es importante destacar en este capítulo un elemento de carácter metodológico. Como ya ha sido explicado en páginas anteriores, la experiencia de investigación en estudios culturales sobre temas como el del presente estudio, que involucran la relación sexualidad y SIDA, ha demostrado la conveniencia del uso de metodología y técnicas cualitativas para lograr una mejor y más adecuada comprensión de los patrones de transmisión del VIH, evaluar el impacto del SIDA en distintas comunidades, comprender las percepciones que están en juego entre los distintos actores y diseñar programas y estrategias de intervención más efectivos.

CAPÍTULO TERCERO

3. ETNOGRAFÍA DE LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS

México es el principal país expulsor de trabajadores temporales a los EE UU y este fenómeno ha sido uno de los grandes temas bilaterales de la época reciente. Para México, el problema de la migración es un fenómeno estructural. Juárez ubica cinco regiones expulsoras de trabajadores migrantes en el país, las cuales en orden de importancia arrojan los siguientes datos¹¹:

1. Región Centro-Pacífico, que aporta el 22% del total.
2. Región Noreste, que aporta el 20.1%.
3. Región Norte, que aporta el 19.7%.
4. Región Centro, que aporta el 12.7%.
5. Región Pacífico-Sur, que aporta el 8.4%.

Los estados de Guanajuato y Morelos, elegidos para realizar el estudio, se ubican ambos dentro de la Región Centro. En el estado de Guanajuato se eligieron las comunidades de Rincón de Centeno y Franco Tavera y en el de Morelos la de Jumiltepec. En este capítulo se ofrece la información general, obtenida durante el proceso de investigación, mediante la observación participante y la revisión de algunas estadísticas.

3.1. Guanajuato.

¹¹Ver a Juárez Sánchez Laura en *Los trabajadores indocumentados en México*.

Al finalizar el siglo XX, los municipios de León, Allende, Irapuato, Celaya y Guanajuato, aportaban el 37% del total de los trabajadores migrantes temporales a los EE UU. Las dos comunidades donde se realizó el estudio en Guanajuato, son parte del municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas, cuya cabecera municipal se encuentra aproximadamente a una hora de la ciudad de Celaya por carretera y en transporte público local. Son poblaciones donde se registra un alto índice de migración.

Según el Censo de Población y Vivienda, en 1995 el municipio de Juventino Rosas contaba con 61,945 habitantes y orientado básicamente (97.4%) a las actividades agrícola-pecuarias. La mediana de edad de su población estaba en los 19 años; es decir, contaba con una población joven; 37,757 de sus habitantes era mayor de 15 años, de los cuales el 18.2% eran analfabetas. El 46.3% de sus habitantes vivía concentrado en localidades con menos de 2500 habitantes con un alto índice de analfabetismo.

Este municipio se caracteriza por ser exportador de mano de obra a los EE UU desde finales del siglo XIX por lo que los mecanismos de expulsión son, por decirlo de algún modo, muy organizados: cada semana un microbús se instala cierto día en algún cruce de dos o tres caminos vecinales que comunican a varias comunidades. A este punto, los familiares de migrantes pueden acudir a recibir envíos (cartas, electrodomésticos e incluso dinero) provenientes de varios puntos de los EE UU y, al mismo tiempo, quienes se quieran ir, pueden abordar el mismo microbús que sale con destino a la frontera en el estado de Tamaulipas,

para de ahí contactar una red de ayuda ya establecida para atravesar la frontera.

Es indudable que, en la percepción de sus pobladores, la migración es consustancial a beneficios económicos en las comunidades y en la incorporación de estilos de vida distintos a los tradicionales, los cuales han sido adaptados a los modos de vida local, lo cual es visible en la manera de vestir, el consumo de drogas ilegales como la cocaína (esto particularmente acentuado entre los jóvenes), en el estilo de construcción de las casas y hasta en la organización de los espacios de las viviendas. Todo lo cual hace un visible contraste con los modos tradicionales.

Un indicador de la importancia del fenómeno migratorio lo da el número de giros postales recibidos en el municipio, el cual alcanzó la cifra de 8,508 en 1994. El 75% de las remesas fueron de procedencia internacional y el restante 25% nacionales, es decir la mayoría son enviados por migrantes en EE UU. A nivel estatal esta proporción cambia significativamente pues de 453,211 giros el 40% son de procedencia internacional¹².

3.1.1. Rincón de Centeno. Es un poblado que se encuentra aproximadamente a 40 km. de la Ciudad de Celaya. La mitad del trayecto se hace por la carretera federal a Guanajuato y el restante por un camino de terracería en mal estado. Aun cuando esta comunidad es parte del municipio de Juventino Rosas, la mayor parte de los bienes y servicios que requieren sus habitantes los buscan en Celaya,

¹² Ver Anuario estadístico 1994.

a donde también se dirigen quienes buscan empleo no agrícola o realizar estudios de nivel medio superior. Los servicios de salud también los buscan en Celaya, ya que en la comunidad solamente cuentan con un centro de salud comunitario de la SSA, tres médicos particulares y una farmacia.

El poblado está ubicado a las faldas de un cerro, en un terreno irregular. Ninguna de sus calles está pavimentada y su trazo es sumamente irregular; al parecer es una comunidad en cuyo origen no hubo planeación, lo cual dificulta la circulación de los cada vez más numerosos vehículos que adquieren los familiares de migrantes.

De acuerdo al Censo de población y vivienda de 1995 del INEGI, Rincón de Centeno cuenta con 2,293 habitantes distribuidos en 375 viviendas, lo cual da un promedio de 6.1 habitante por vivienda. La mayoría de las viviendas tiene agua entubada (365) y energía eléctrica (302), pero solamente 99 tienen drenaje.

El poblado tiene dos templos católicos que se alternan los servicios religiosos semanales. El más antiguo es una sólida construcción con nave redondeada, la más reciente está en proceso de construcción y tiene un techado de dos aguas con láminas de asbesto.

Los servicios educativos para la población constan de un jardín de niños, una escuela primaria y una telesecundaria. Quienes desean estudiar el bachillerato deben trasladarse a Celaya o al bachillerato tecnológico en la cabecera municipal. Según los profesores, el grado máximo de estudio es la secundaria:

"...hemos hecho algunos censos y el grado de estudio es la secundaria, nada más porque la tienen aquí, porque de aquí no siguen a otra"
(Informante clave, profesor, Centeno).

Ser estudiante en la telesecundaria, para algunos hombres, representa un "entretenimiento" ya que tienen la convicción de que pueden estudiar mientras crecen un poco más para estar en condiciones de incorporarse a las labores del campo o para emigrar a los EE UU.

De los 1,427 habitantes de Rincón de Centeno que tienen más de 15 años, 287 son analfabetas; es decir el 20.1% no sabe leer ni escribir. Entre la población de 6 a 14 años el analfabetismo es menor pues de 552 personas en ese rango de edad, solamente el 10% no sabe leer ni escribir.

El servicio de transporte público se suspende temprano; el último camión con destino a Celaya sale a las 17 horas y, de Celaya a Rincón de Centeno, a las 19 horas. Este servicio de autobús sale o llega sólo cuatro veces por día. Esto influye para que la gente que no tiene vehículo, suela salir poco de la comunidad, pues si no es en el transporte público, lo tienen que hacer por medio de aventones ("raites" como dicen los lugareños) a la carretera, vehículos particulares o transportación específica para jornaleros y empleados de una empacadora de alimentos cercana, la *Birdeyes*.

El aspecto general del pueblo es descuidado, aunque gran parte de las viviendas están construidas con "material", tienen techo de losa de cemento, a diferencia de la vivienda tradicional que está hecha con materiales precarios. Existen

muchas viviendas deshabitadas porque sus dueños y sus familias están en los EE UU.

La principal actividad económica es la agricultura de temporal; genera oportunidades de empleo a hombres adolescente y adultos por temporada. Alrededor de la comunidad existen áreas agrícolas de riego que son cultivadas casi todo el año y en donde son contratadas personas de Rincón de Centeno como jornaleros. No obstante, prevalece el desempleo a lo largo del año porque la agricultura de temporal dura entre seis y siete meses:

"P. ¿Aquí qué hace la gente con su tiempo libre cuando no trabaja?

R. Mire aquí he venido algunos domingos y a lo que se dedican es al vicio, a tomar cerveza, sobre todo cerveza y alcohol, no tienen otra ocupación. Aquí solo trabajan unas temporadas (y) cuando no tienen trabajo aquí los ve, aquí en la escuela todo el tiempo. No todos, algunos cuantos, pero un buen número de muchachos que vienen a ver a las muchachas, a veces hasta haciendo relajo aquí, pero es porque no tienen que hacer y no hay donde trabajen." (Informante clave, hombre, Rincón de Centeno)

Durante los meses de enero a abril las oportunidades de trabajo son casi nulas en el campo. El periodo de temporal termina en septiembre; al llegar al mes de octubre la mayoría de los productores ya concluyó la venta de la cebolla - producto que más se siembra en esta comunidad. Otros cultivos son el sorgo y el maíz. Esta situación explica en cierto modo que Rincón de Centeno sea tradicionalmente exportadora de mano de obra a los EE UU; existe una red constituida por personas oriundas de esta comunidad con fuerte arraigo en Palmeto, Florida. Algunos de ellos han conquistado buenas posiciones económicas

lo que les permite llevar periódica y regularmente a gente conocida de la comunidad y emplearlos como jornaleros, tanto para la siembra de temporal como de riego. El mecanismo de comunicación utilizado para organizar la contratación de los trabajadores para Palmeto, consiste en anunciar por el sonido local el nombre del contratista y el número de lugares vacantes; así, al día siguiente el contratista se instala en cierto punto en un camión de redilas, selecciona y transporta a trabajadores. Otra fuente de ingresos es la empackadora *Birdeyes*, localizada a la orilla de la carretera. El tipo de empleo que ofrece es temporal y de planta; emplea personal femenino y masculino y proporciona un servicio de combis para transportar a su personal.

Otra actividad productiva es la carpintería; en la comunidad existe un pequeño grupo de trabajadores especializados en la fabricación de muebles estilo colonial que son comercializados en San Miguel Allende. También hay un grupo de taxistas, quienes alternan la agricultura con la prestación del servicio de taxi; en temporada de lluvias se dedican a trabajar en sus tierras para sembrar cebolla y el resto del año lo destinan al manejo de su unidad de transporte.

Debido al desempleo, muchos jóvenes varones que asisten a la telesecundaria del lugar, al parecer lo hacen por combatir el aburrimiento más que por adquirir conocimientos que les permita seguir estudiando en el futuro.

Los migrantes mantienen arraigo e intereses en su comunidad y la visitan con frecuencia; algunos lo hacen coincidiendo con la temporada de lluvias para encargarse de la contratación de jornaleros y preparar la siembra. Otros

regresan para las fiestas de la comunidad en fin de año. La llegada de los que vienen "del otro lado" altera el ritmo de la vida cotidiana pues la gran parte del tiempo los hombres se dedican a ingerir bebidas alcohólicas aún en horas de trabajo.

Algo por lo que se percibe a quienes han sido influidos por la experiencia migratoria, son las palabras que usan en su lenguaje como *ride*, *beer*, *bato*, etc.; también aprenden el consumo, usual o experimental, de diversas drogas como la marihuana y cocaína. Otra evidencia es que quienes obtienen logros económicos en los EE UU, ostentan un mayor *status* social en relación a sus pares que no han tenido la experiencia migratoria.

Hay una red de abasto constituida por pequeños comerciantes de alimentos variados: verduras, tortillas, productos enlatados, botanas y bebidas embriagantes. El poder de compra no es muy bajo gracias al dinero recibido por sus familiares "del otro lado" y a la comercialización de los productos agrícolas que originalmente se concibieron como de autoconsumo, pero que a la postre han transitado a ser comercializados. Es posible observar que quienes tienen ingresos diferentes a los provenientes de la agricultura (derivados de la migración, empleo en Celaya, algún oficio, comercio o por prestar servicios profesionales), tienen como objetivo invertir en la siembra de cebolla, ya que obtienen rendimientos en un plazo de seis a siete meses.

3.1.2. Franco Tavera. Es una comunidad que está ubicada a la orilla de la carretera federal Celaya-Guanajuato, se puede llegar en treinta minutos desde

Celaya y en cinco desde Juventino Rosas. Esta población dispone del servicio de transporte Celaya-Juventino Rosas, el cual deja de dar servicio a las 22 horas diariamente.

Según el Censo de Población y Vivienda de 1995 la comunidad cuenta con 1,518 habitantes distribuidos en 259 viviendas particulares, con un promedio de ocupantes por vivienda de 5.7 personas. La mayoría de las viviendas cuenta con energía eléctrica (252), con agua entubada (209) y con drenaje (225).

La infraestructura educativa consiste en un jardín de niños, una escuela primaria, una telesecundaria y un telebachillerato. El analfabetismo afecta al 14.7% de las personas mayores de 15 años y al 7.7% del grupo de 6 a 14 años. Muchos padres de familia optan por enviar a sus hijos a estudiar la secundaria a Juventino Rosas, ya que les convence más el sistema convencional que el de telesecundaria. El porcentaje de analfabetismo es más bajo en esta comunidad que en el municipio en su conjunto.

En relación con los servicios de salud, hay un centro de salud comunitario de la SSA que es atendido por un pasante de medicina y una enfermera que reside en esa comunidad. No hay servicio de médico particular pues, según comentan los informantes, la gente prefiere por barato y viable, trasladarse a la cabecera municipal. Por esta razón ningún médico se anima a instalarse en la comunidad.

Hay un templo católico pequeño atendido por sacerdotes de Juventino Rosas con servicios religiosos cada semana, aunque se organizan diversas actividades durante la semana asociadas a la iglesia.

Es llamativo que varias casas cuentan con enormes bodegas para almacenar diferentes productos agropecuarios y utensilios de trabajo. En ocasiones son alquiladas o prestadas para desarrollar eventos sociales; por ejemplo, una de ellas es comúnmente habilitada como salón de baile.

La principal actividad es la agricultura de temporal; tiene agricultura de riego, que es aprovechada por un grupo de pequeños propietario y ejidatarios quienes contratan jornaleros por jornadas de 8 horas con un salario diario de 20 pesos. Aquí sucede algo similar que en Rincón de Centeno: hay un grupo de ejidatarios activos que siembra la tierra y/o cría ganado caprino en baja escala. También hay chóferes de camiones de carga.

Las calles del poblado están empedradas casi en su totalidad. El hecho de estar junto a la carretera ha propiciado que algunos de sus jóvenes estudien carreras profesionales ya que resulta fácil trasladarse a la ciudad de Celaya, donde hay escuelas de educación media superior.

"R. Aquí toda la gente casi estudia la primaria y la secundaria nada más, hay muchos que tienen... hay ingenieros, hay licenciados de empresas, licenciados de defensas pero casi nadie ejerce su trabajo. Los ingenieros tampoco; mejor están dando clases como maestros. Pero casi nadie ejerce su profesión porque no la hay , no hay trabajo

P. ¿No hay trabajo?

R. No mejor se van al norte aunque tengan su profesión, no hay trabajo." (Informante clave, hombre, Tavera)

Al igual que Rincón de Centeno, esta comunidad es exportadora de mano de obra a los EE UU. La mayor parte de las familiar que ostentan buen nivel económico tienen parientes trabajando en algún de ese país.

3.2. Morelos

Jumiltepec. Es una comunidad rural que pertenece al municipio de Ocuituco,. Es la comunidad más poblada del municipio de Ocuituco; tiene el mismo número de habitantes que la cabecera municipal. Tiene la característica, respecto a Ocuituco y otras comunidades del municipio, de ser un poblado expulsor de migrantes temporales a los EE UU.

Jumiltepec contaba con alrededor de 4,000 habitantes distribuidos en 33 manzanas donde hay 616 viviendas. En esta comunidad se acostumbra vivir en grupos de familia extensa donde conviven muchas veces tres generaciones (abuelos, padres e hijos) y otros parientes (tíos o sobrinos y familia política). Aparentemente, los migrantes imprimieron un cambio en este estilo de vida ya que se puede observar que con los recursos ahorrados, han construido casas distintas a las tradicionales de sus padres y abuelos. El tipo de vivienda tradicional para la familia extensa es una construcción dispersa, de adobe, mientras que los migrantes construyen casas para familia nuclear (más concentrada), con cimientos y de "material" y con una distribución distinta del

espacio, con puerta a la calle y no al "solar". Esto se ha convertido en status de modernidad.

La mayor parte de los habitantes de Jumiltepec se dedican a la siembra de aguacate e higos, tanto en pequeñas parcelas privadas como en ejidales; los que no siembran, se contratan como jornaleros. Sin embargo es patente la situación de crisis económica por la que atraviesa la comunidad, ya que la mayor parte de las personas con quienes se estableció contacto en este estudio insistieron en la versión de que las huertas tienen un bajo nivel de productividad y ello va en aumento. Actualmente se da el caso de que en lugar de vender el aguacate o el higo a comerciantes de otras comunidades, ellos tienen que comprar para a su vez vender:

"R. O sea que ya no hay trabajo. Primero si había mucho trabajo, primero, como orita estos días, si había muchísimo aguacate, higos, y los árboles ya se... ya no se da, les cayó como una enfermedad. Se pusieron blancos y ya no se produce. Ora unas personas que trabajan el higo se van a comprar a otro lado, pero aquí ya no. Y aquí era muy famoso este lugar, salían por carros de higo, por camiones. Esa fruta de higo ya tiene como siete años, ocho; fue poco a poco, no fue de momento. Se enfermaron, les cayó esa enfermedad y fue difícil para atacar. Y luego se vino también eso de la sequía y también lo complicó... solamente esta temporada pasada si ya llovió demasiado, harto, llovió muchísimo... Lo del aguacate se puede decir que este año nada más." (Autoridad Municipal, hombre, Jumiltepec)

Cuenta con servicios de salud, educación, transporte, y religiosos. En el área de Salud y por la parte institucional, tiene con un centro salud comunitaria de la SSA atendido por un médico pasante, una enfermera y un promotor. Además

hay dos médicos alópatas (un hombre y una mujer) que brindan atención privada y un agente de salud que atiende a base de terapias alternativas (homeopatía y herbolaria). No se investigó cuáles son los agentes de salud de la medicina tradicional, pero tampoco se destacó su existencia durante el estudio etnográfico. El médico responsable del Centro de Salud reporta que las mujeres y los niños son los usuarios más frecuentes; los hombres utilizan muy poco los servicios. Lo que acostumbran los usuarios masculinos cuando tienen padecimientos considerados de poca gravedad, es enviar a sus esposas o madres para que el médico les prescriba algún medicamento. En relación a las usuarias de planificación familiar -quienes junto a los enfermos diabéticos son los más numerosos- señala el médico responsable que intensifican sus visitas cuando está próxima la llegada de los migrantes en el *norte* y se dan de baja cuando sus parejas se van de nuevo. El condón se utiliza básicamente como método de planificación familiar y no para prevenir enfermedades de transmisión sexual. También reporta que hay baja detección de ETS; en el centro se atienden pocos casos y son de mujeres. Sin embargo, el médico particular reportó que él sí atiende casos de ETS en hombres, aunque éstos prefieren acudir con médicos de Ocuituco o Yecapixtla.

Según datos del INEGI, el nivel promedio de escolaridad es de primaria. 217 personas mayores de 15 años son analfabetas, mientras que 2001 no lo son; sin embargo, el número de personas entre 5 y 14 años que asisten a la escuela es de 813. Los servicios educativos actuales con que cuenta Jumiltepec son un centro de educación preescolar, una escuela primaria, una escuela secundaria y

un centro de telebachillerato. Para acceder a servicios de mayor o mejor nivel, es necesario trasladarse a Ocuituco, Yecapixtla o Cuautla.

La comunicación terrestre a los centros más cercanos (Ocuituco, Yecapixtla y Cuautla) se hace a través de unidades privadas o colectivos que funcionan desde la mañana hasta las 5 ó 6 de la tarde. La comunidad cuenta con una pequeña central telefónica con tres casetas, desde donde se establece la mayor parte de la comunicación entre los migrantes y sus familiares. Tiene servicio de correo; la correspondencia o paquetería llega a Cuautla, de ahí es enviada a Yecapixtla de donde es recogido por un auxiliar (voluntario) de la autoridad municipal en Jumiltepec.

Existen dos capillas: una ermita ubicada en la periferia de la localidad y otra en el centro, cerca de la plaza. Se trata de un edificio del siglo XVII, aún en funciones para servicios dominicales. El servicio parroquial es a la vieja usanza: el párroco (de Ocuituco) da la misa en latín y de espaldas a los feligreses. En la puerta de entrada hay un pequeño cartel que anuncia la prohibición para las mujeres de entrar con la cabeza y hombros descubiertos y a los hombres con cabello largo; la misa tiene una duración de dos horas. También existe un centro evangélico; a quienes pertenecen a esta religión se les identifica porque escriben oraciones o salmos con letras grandes en la fachada de sus casas.

Cabe destacar como último rasgo de tipo cultural en esta comunidad y señalado por dos informantes clave, la práctica de la violencia familiar y la infidelidad entre parejas casadas. Esto no pasaría de ser un dato común a muchas otras

comunidades, de no ser porque es atribuido a las actitudes de las mujeres. La violencia familiar ocurre cuando ellas se defienden de agresiones físicas por parte de sus parejas y responden a los golpes.

"P. ¿Y (las mujeres) reciben mal trato por parte de sus esposos?"

R. Sí. Yo creo que en todos los matrimonios. Fácil un cincuenta por ciento las maltratan?" (Informante clave, hombre, Jumiltepec)

"P. Me platicaba sobre la violencia ¿Y cómo es la violencia en lo familiar?"

R. Sí, yo he atendido lesionados mujeres, que el marido las ha golpeado. (También) lesionados varones... me han llegado cortados de la ceja... (sucede) que llega borrachito y la mujer lo golpea" (Informante clave, médico, Jumiltepec)

De acuerdo a estos informantes, la infidelidad también la practican las mujeres, aparentemente parapetadas en su condición de parejas de migrantes.

"R. Es difícil eso, sobre todo la gente ya acepta esa situación: 'Si el marido me engaña ¿yo por qué no?... Y aquí muchas veces se sabe de que el esposo le manda una carta o dinero a su mujer con el amigo que se viene. Y muchas veces llega y hasta el amigo se queda esa noche allí, con la esposa del amigo... Jumiltepec, te vuelvo a repetir, es promiscuo. Hay ahí de repente que el papá ya se metió con la hija, que el maestro ya anda con la mamá del alumno... La mujer es de otra forma, es más abierta, hay más manera de que se entablen relaciones con cualquier gente... El problema en Jumiltepec... que las señoras se presten a andar con dos o tres hombres o al revés, que los mismos hombres anden con dos o tres mujeres. Sí, hay más promiscuidad" (Informante clave, hombre, Jumiltepec)

Por ser una sociedad eminentemente campesina, la mayoría de los casos la migración temporal a los EE UU está asociada a la tierra, a la necesidad de contar con recursos monetarios para sembrar:

"R. Pues ya ve que aquí no hay trabajo, luego hay trabajo pero no hay dinero" (Mujer casada, grupo experimental, Jumiltepec)

Al parecer quienes tienden a emigrar a los EE UU son los pequeños propietarios y los ejidatarios; es decir, quienes tienen posibilidades de reunir la cantidad requerida. Sin embargo, parece ser, como señala Lourdes Arizpe¹³ que en estos agentes económicos de las comunidades rurales se da el fenómeno de emigración consecutiva de acuerdo a la etapa del ciclo doméstico. Es decir, el patrón que se sigue es básicamente familiar: emigra primero el padre, enseguida los hijos varones jóvenes quienes envían remesas de dinero y en último (caso poco común en Jumiltepec), las hijas mujeres. Los testimonios de informantes señalan que son los esposos, hermanos mayores, tíos, novios quienes están en el norte. En los pocos casos en que se mencionó a mujeres, éstas se fueron con sus esposos.

En esta comunidad los migrantes no parecen contar con redes o vías establecidas para viajar al *norte*. Cuando una persona toma la decisión, reúne alrededor de 700 dólares, 600 de los cuales son para pagar a la persona que les ayuda a cruzar la frontera y 100 para costear los gastos de traslado hasta Tijuana:

¹³ Ver *Campesinos y Migración*.

"R. Pues dice que el coyote le cobraba 600 dólares para que pasara y aparte lo demás -gastos de Jumil a la frontera-; Allá mis cuñados pagan el coyote" (Hombre casado experimental, Jumiltepec)"

Este es el procedimiento que siguen la mayoría. No existe, como en muchos otros lados, un "enganchador" que los reúna desde su comunidad y los lleve a su lugar de destino.

Al parecer no existe uno o dos puntos de destino en EE UU; hay migrantes de Jumiltepec en California, Florida, Ohio, Texas, Pensilvania, Kentucky y Texas. Los sitios donde obtienen trabajo son los campos agrícolas, los restaurantes, mantenimiento de las vías de tren, los rastros, "en la nuez" y en las "norserías" (viveros).

En general no se cuentan historias de éxito como en otras partes; hay algunas, pero no es lo común:

"P. ¿Cómo les fue en el norte?"

R. Mal, porque casi por lo regular trabajé sin papeles, ilegal y... me regresaron dos veces. (También) un accidente tuve allá, me partí la cabeza y me operé la pierna" (Hombre soltero, experimental, Jumiltepec).

"R. No me fue muy bien porque no había trabajo; estuve un rato sin trabajar y ... los amigos (del mismo pueblo de origen) me estaban dando la comida. Yo sentía feo que me estaban dando la comida..." (Hombre casado, experimental, Jumiltepec)

"Pues me fue bien... Encontré trabajo y mandé dinero" (Hombre soltero, experimental, Jumiltepec)

Sin embargo, los migrantes pueden ahorrar para lograr los modestos propósitos que tienen cuando se van, que es sembrar sus tierras sin acudir al crédito, construir una vivienda, mantener a sus hijos y enviarlos a la escuela. Las familias de migrantes de Jumiltepec se distinguen a simple vista por este último rasgo: el tipo de vivienda:

"P. ¿Qué beneficio le ha traído que su esposo esté yendo a trabajar al norte?"

R. Pues si nos hemos ayudado mucho... o sea, casi siempre nos manda dinero para sostenernos. Ahorita hicimos esta casita que no la tenía amueblada, y poco a poco. Y luego los niños que están en la escuela; tenemos dos en la secundaria. Al principio para tres cosas sacaba, pa'l gasto, pa'la escuela y pa'la casa" (Mujer casada, experimental, Jumiltepec)

El VIH/SIDA llegó a Jumiltepec, pero pocos lo saben. Su existencia en la comunidad sólo fue señalada por informantes clave; entre informantes comunes nadie admitió conocer alguna persona en la comunidad afectada por este padecimiento. El caso mencionado, al parecer fue ocultado a la comunidad por decisión de la familia de la mujer afectada.

"P. ¿Se ha conocido de algún caso de SIDA aquí?"

R. Sí... era una mujer que llegó aquí (al Centro de Salud) hace dos años pidiendo preservativos. Ella vino y le dieron preservativos y ya, pero empezó a platicar que tenía SIDA, que se lo había detectado un médico. Y parece que después trajo sus estudios.

P. ¿Y qué hizo además de eso... se atendió aquí o qué?"

R. No, ya falleció. No he ido a ver, pero ya falleció hace algunos meses." (Informante clave, médico, Jumiltepec)

- "P. A ver, platíqueme sobre el caso que conoció de esta persona.
 R. Al orientarla sobre que tenía que planear su familia, le dije que debería esperar mínimo un año. Y es cuando ella me dijo 'tengo SIDA'. La reconocí y hablé con ella y le dije: 'Oiga, cuando vaya al baño y haya algún sangrado, dígame por favor, porque no quiero que nos contagiemos.
 P. ¿Hace cuánto tiempo fue eso?
 R. Eso fue hace aproximadamente seis meses.
 P. Entonces Ud. dice que el caso no fue conocido como caso de SIDA?
 R. No, en la comunidad no. O sea, lo hicieron ver como una leucemia.
 P. ¿Le tocó a Ud. notificarlo?
 R. No... supe después de una notificación" (Informante clave, médico particular, Jumiltepec)

- "P. ¿Le han dicho que aquí hay SIDA?
 R. Pues nos han dicho que una persona aquí murió de eso.
 P. ¿Ah, sí?
 R. Pero no se dice bien. Si, no.
 P. ¿Y un hombre o una mujer?
 R. Este, una mujer." (Mujer casada, grupo control, Jumiltepec)

De acuerdo a la información que la mujer afectada con VIH/SIDA proporcionó a uno de los informantes clave, la transmisión ocurrió por una transfusión sanguínea; la señora no era pareja de migrante a EE UU de un trabajador en el DF. La percepción del caso por parte de los dos informantes clave, denota que no se tiene ninguna experiencia ni entrenamiento para enfrentar casos de VIH/SIDA por los agentes de salud de la comunidad.

3.3. Aspectos coincidentes en las tres comunidades.

Un rasgo común a las tres comunidades es la importancia y enorme influencia que tiene el núcleo familiar como apoyo u obstáculo para la toma de decisiones prácticamente de cualquier índole. La organización familiar es básicamente de dos tipos: la familia nuclear y la familia extendida. En las comunidades de Guanajuato, donde la corriente migratoria es más antigua, la tendencia que se observa entre quienes viven la experiencia migratoria, es la de vivir en familias nucleares de manera más pronta que en Morelos. Esto es, que las parejas inicialmente y tal vez hasta tener los dos primeros hijos, viven bajo el mismo techo que los padres, tíos y/o abuelos, pero con los ahorros del trabajo en EE UU, pronto construyen su casa aparte. Un rasgo que se observó es que entre los migrantes el tipo de familia prevaleciente es la nuclear, mientras entre quienes no tienen experiencia migratoria la familia extensa es más común; en Jumiltepec no hay diferencia en los dos grupos de entrevistados predomina la familia extensa. En el caso de Guanajuato, este fenómeno puede estar relacionado al éxito económico en EE UU y a la adopción de patrones de vida más individualistas obtenidos en ese país.

No obstante, en las tres comunidades se observa que las relaciones familiares son tradicionales. El padre es considerado como el indiscutible jefe de familia, a pesar de que entre las familias de migrantes la mujer tiene muchas responsabilidades y la autoridad la mayor parte del año; el padre es quien otorga permisos, toma decisiones y es el proveedor. Se observa que el principal ingreso económico de la casa se ha obtenido o se obtiene del fenómeno de la migración, ya que la mayoría de las entrevistadas, tanto del grupo control como

del experimental, mencionan que el padre ha sido o es trabajador migrante y que esta característica se ha extendido a los hijos varones y en algunas ocasiones a las mujeres.

Por su parte, la madre es catalogada como la responsable del cuidado de la salud cuya principal actividad es el cuidado del hogar y de los hijos. Respaldada en ese papel, la madre adquiere también el rol de consejera y delinea el presente y futuro de la posición que debe tener la mujer en la sociedad y en el matrimonio, incluso intervienen en la toma de decisiones de sus hijas.

En una comparación de los roles que desempeñan ambos padres, se asume que la madre es quien tiene mayor influencia en la educación de sus hijas; sin embargo debido a su rol de mujer debe dejar la responsabilidad de tomar decisiones al hombre al mismo tiempo que reproduce su posición de jefe de familia por ser el proveedor.

"P: ¿Quién da las órdenes en tu casa?

R: Mi papá y mi mamá.

P: ¿Los dos?

R: Si, nada más que mi mamá primero tiene que pedirle opiniones a mi papá para hacer algo." (Mujer soltera, control, Centeno)

Las "opiniones" que la madre tiene que pedirle a su esposo se relacionan básicamente con las actividades de convivencia, del noviazgo, de cómo se deben comportar:

"R: "...que yo le pida un permiso para ir a algún baile o algo así primero dice que le diga a mi papá, por que si no me deja ir él, ella tampoco." (Mujer soltera, control, Tavera)

"R: "...a lo mejor si saben que tengo mi novio y todo, pero no saben quien. Pero siempre están pendientes de que a tales horas te tienes que meter y de que estés platicando, que no te estés pasando...yo digo que ellos se dan cuenta de que tienes tu novio, pero ahorita con esta persona que tengo...muchas veces mi mamá si ha apoyado, pero ahorita con esta persona tengo miedo de que me regañe..." (Mujer soltera, experimental, Jumiltepec)

"R: ...y dice (la mamá) "no hagan esto, o no se dejen llevar; porque luego hay muchos hombres que nomás mientras vienen y te hacen lo que ellos quieren y adiós" (Mujer soltera, control, Tavera)

"R: ...nomás me dice (la mamá) "no te dejes manosear de ese muchacho". (Mujer soltera, experimental, Tavera).

"R: Pues a mí me gustaría seguir estudiando, lástima que no me den oportunidad.

P: ¿Quién no te da oportunidad?, ¿tus papás?

R: Aja."

Las mujeres solteras emplean su tiempo libre en ver televisión, en especial telenovelas, oír la radio y leer revistas juveniles, en menor medida en realizar actividades manuales como tejer, coser y bordar, asistir a las actividades organizadas por la iglesia y convivir con amigos. Los jóvenes practican deportes y asisten a fiestas.

Las mujeres casadas se dedican de tiempo completo a la atención de la casa y la familia. Desde muy temprana hora y hasta el atardecer están completamente ocupadas en hacer comida, lavar, planchar, arreglar la casa. Las esposas de migrantes que tienen tierras, además atienden trabajos relacionados con la parcela y los jornaleros. Esto hace que el tiempo libre de las mujeres casadas sea muy poco y este lo tienen hacia la tarde-noche y lo invierten en ver televisión un rato.

3.4. Datos sociodemográficos de los entrevistados.

El nivel promedio de escolaridad en las comunidades es de secundaria. Del grupo de mujeres solteras entrevistadas, sólo tres realizan actualmente estudios a nivel técnico. Las 11 restantes tienen un nivel escolar de 3º de secundaria y 9 ayudan a su madre en las tareas domésticas o a trabajar fuera de la casa. Existe la idea de que al llegar a ese nivel educativo, es más conveniente que la mujer se dedique a aprender las tareas del hogar, sea para ayudar a su madre, sea para prepararse para el matrimonio. Cabe destacar que quienes estudian carreras técnicas o han buscado trabajo remunerado, pertenecen al grupo de mujeres con pareja de la comunidad.

Todas mencionaron que eran fieles a los preceptos de la iglesia católica, unas en mayor medida que otras; sin embargo, en términos generales se observa en la mayoría que los conceptos religiosos tienen gran influencia en sus comportamientos, ya que una de las actividades en que se invierte tiempo

libre es impartir catecismo y asistir a pláticas o reuniones organizadas por la iglesia.

Los espacios públicos en las tres comunidades son escasos, tanto para la población adulta como para los jóvenes, por lo que se tiende a formar grupos cerrados de convivencia: los de la iglesia, los deportivos, los escolares y, en menor medida, círculos de amigas y/o amigos.

En relación con la migración se puede advertir que existen dos generaciones de migrantes:

1ª Generación. Formada por aquellas personas que tienen un rango de edad de 45 a 60 años aproximadamente.

2ª Generación. Integrada por sus hijos, personas que tienen una edad de 15 a 30 años aproximadamente.

Otra cuestión que se puede advertir es la causa para migrar temporalmente ha cambiado de generación en generación. Mientras que los primeros migrantes se iban principalmente por razones de tipo económico, la siguiente generación se va en busca de experiencias que sabe no tendrá dentro de su comunidad, y en segundo término de un trabajo que le permita obtener recursos económicos para, en un futuro, formar una familia con la novia que le espera en la comunidad.

En este marco, podría decirse que existen dos tipos de migrantes:

1. Migrantes trabajadores. Aquellos que se van a trabajar única y exclusivamente, con el fin de ascender en el escalafón económico. Según dijeron, a esta clase pertenecen los que tienen una relación familiar o de amistad directa con las mujeres solteras entrevistadas, tales como el padre y el novio.
2. Migrantes aventureros. Son los migrantes, generalmente pertenecientes a la segunda generación, que van a los Estados Unidos en busca de nuevas experiencias; éstas suelen ser, además de ganar dinero, la iniciación sexual, vivir experiencias sexuales con trabajadoras del sexo y probar con drogas. Según dijeron tanto solteros como casados, en esta categoría se encuentran todos aquellos que no tienen relación familiar o de amistad directa con las entrevistadas; es decir, los *demás*.

Finalmente, es frecuente encontrar familias integradas por dos generaciones de migrantes: el padre y los hijos o hijas. Al parecer, el padre ha transmitido a sus hijos el papel de migrante, convirtiendo a la migración en una especie de legado familiar, de *cultura*.

CAPÍTULO CUARTO

4. SOCIOCULTURA DE LA SEXUALIDAD Y EL SIDA ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Se quedan los puros viejos, niños y mujeres"
frase común entre los lugareños

4.1. Patrón de migración y relación con la vida sexual

En las entrevistas realizadas con mujeres, todas mencionaron tener por lo menos un pariente de sexo masculino radicando en Estados Unidos: esposo, padre, hermano, tío o primo; es menos frecuente la mención de parientes mujeres, aunque se menciona a las esposas que se van con sus maridos o hermanas menores de migrantes.

"P: ¿Y de su familia quiénes se han ido al norte?

R. Nada más mi esposo y dos cuñadas que están allá.

P. ¿Ellas se fueron con sus esposos o solas?

R. No, con sus esposos. O sea que primero se fueron sus esposos y luego se las llevaron." (Mujer casada experimental, Tavera)

Entre el grupo de entrevistadas del grupo control, se encuentra constantemente la referencia de que un destino casi seguro para los hombres de la comunidad es emigrar a los EE UU.

"P. Así que aquí se van mucho para el *norte*.

R. Pues yo creo que la mayoría ¿no?, como son hombres" (Mujer casada control, Jumiltepec)

Para la mayoría de los casos, las entrevistadas mencionan que el mecanismo más utilizado para pasar a los EE UU es el "coyote" o "pollero"; es decir, una persona que vive en alguna comunidad vecina o en la propia y que tiene contactos en la frontera México-Estados Unidos los cuales son utilizados para atravesar de manera ilegal a las personas que lo deseen. En el caso de Morelos el mecanismo es más complicado y costoso que en Guanajuato, porque no se cuenta con "coyote" en o vinculado con la comunidad.

"P. ¿Y su esposo cómo se fue?

R. Pues dice que le cobraron seiscientos dólares para que los pasara el coyote, más aparte lo demás que gastó de aquí a la frontera.

P. ¿Pero ya sabía quién los iba a pasar?

R. Este... no. Allá mis cuñados pagan el coyote.

P. ¿Pero la gente de aquí ya tiene alguien allá que les ayuda a pasar?

R. No, pues allá buscan los coyotes... y ya luego hablan de que ya pasaron." (Mujer casada experimental, Jumiltepec).

A las mujeres les preocupa la emigración de sus parejas pero aceptan resignadamente esta situación pues les queda claro que es la única posibilidad que tienen de obtener un mejor nivel de vida.

La expectativa de migración está transitando a ser temporal a permanente. A la primera generación le ha costado muchos años de esfuerzos permanecer allá, pero ello ha favorecido a otros integrantes de la familia, ingresar a los EE UU con documentos legales, o, en su defecto estructurar una red segura. No importa que pasen de "mojados", pero a la postre tendrán oportunidad de arreglar su situación allá.

Pueden distinguirse diferentes tipos de familias migrantes, según el modo de ingresar en los EE UU:

1. Cuando el jefe de familia emigra como indocumentado, envía dinero a su familia y la visita regularmente.
2. Cuando el jefe de familia emigra de manera ilegal, posteriormente hace trámites de legalización y, cuando los hijos crecen, se los va llevando uno por uno, con el fin de ubicarlos en un empleo y documentarlos legalmente. Al paso de los años el padre retorna y se establece definitivamente en la comunidad, con su esposa y, si es el caso, sus hijos menores.
3. El padre emigra de manera ilegal y posteriormente se lleva a toda su familia con el fin de radicar en el país vecino. En este caso, suele suceder que periódicamente toda la familia visite su lugar de origen, en donde conservan o han construido una casa.

En las comunidades estudiadas, los lugares de destino están son distintos. Los oriundos de Jumiltepec tienden a irse a Pensilvania y con menor frecuencia a Texas, California y Kentucky. En Rincón de Centeno van primordialmente a Palmeto, Florida, seguido por California y Texas. Finalmente, los habitantes de Tavera optan por Chicago y Atlanta. La decisión sobre el futuro lugar de residencia, depende directamente de si se cuenta con alguna red de apoyo o *polleros 'especializados'* en algún punto de destino.

Las mujeres entrevistadas aportan escasa información sobre las actividades específicas que desarrollan sus familiares en los EE UU; incluso algunas

declaran abiertamente no tener ninguna curiosidad por averiguarlo. No obstante, y atendiendo a la poca información respecto a las ocupaciones, se observa que muchos se dedican a desarrollar trabajos relacionados con la industria de la construcción (impermeabilización de techos, carpintería y restauración de vías ferroviarias) y ,en menor medida, a tareas relacionadas con el campo (norsería y cultivo de la nuez) y los servicios (meseros) o en los rastros. La escasez de información sobre este punto, no es atribuible a la falta de comunicación, ya que en general suelen comunicarse por teléfono cada quince días o cada mes y esporádicamente por carta. Lo que es claro, es que los migrantes no hablan, son sus familiares de acá quienes les llaman.

De lo que platican sobre el tipo de actividades que realizan en su tiempo libre, se advierte que los migrantes -específicamente los novios de las mujeres solteras- no son muy específicos, se reducen a mencionar que se divierten a la usanza de los Estados Unidos. En este sentido, platican a sus parejas que en ese país se da mucho el "libertinaje" (prostitución) y la ingesta de alcohol (las mujeres no mencionan adicción a drogas). Estos comentarios los hacen haciendo la aclaración tácita de que ellos no realizan ese tipo de actividades aún cuando en ocasiones los amigos los presionan para hacerlo a costa de poner en tela de juicio su masculinidad.

"P. ¿Y él se porta bien?

R. Pos dice que sí, verdad.

P. ¿Y cómo le hace? Porque me dice Ud. que luego llegan ahí (mujeres) y los buscan y tienen que responder.

R. No, es que confío en mi señor tanto como en mí... Es que él vive con una familia, él no vive con hartos muchachos en departamento... y de ahí sale a trabajar y ahí llega... a lo mejor por eso no van y lo buscan (las mujeres)." (Mujer casada experimental, Tavera).

Es una constante entre las entrevistadas, tanto del grupo experimental como del control, la idea de que el estilo de vida para los hombres en EE UU es muy *liberal*. Los datos se refieren a la facilidad que tienen los hombres, casados y solteros, para ejercer la infidelidad.

"P. ¿Entonces a qué se van?

R. A divertirse (risas).

P. ¿A divertirse?

R. Yo creo. Sí, muchos eso es lo que van a hacer.

P. Ajá.

R. Na'más a divertirse por allá con mujeres". (Mujer casada control, Jumiltepec)

Las mujeres solteras manifiestan tener un amplio conocimiento sobre las "actividades de tiempo libre" de los migrantes; la mayoría enjuician negativamente, en especial cuando se trata de la infidelidad. No obstante este conocimiento, consideran que estas actividades las realiza un tipo de migrante (los migrantes aventureros) que está muy lejos de la forma de ser de sus novios y familiares.

Entre los informantes hombres, muchos testimonios de personas mayores revelan que en las comunidades de Guanajuato la corriente migratoria data de principios del siglo en una de las comunidades y de hace aproximadamente 40 años en otra; en Morelos este fenómeno es más reciente. Emigran principalmente

hombres, adolescentes, jóvenes y adultos. Lo cierto es que el fenómeno migratorio en las comunidades rurales visitadas data de varias décadas atrás. Algunas personas mayores de 50 años señalan que desde que eran chicos ya se presentaba el fenómeno.

Existen migrantes y exmigrantes que han adquirido una buena posición económica; de ser peones en los EE UU han pasado a ser contratistas de jornaleros agrícolas en su tierra: "allá soy peón y aquí patrón" dicen. Hay quienes ya lograron establecerse con su familia en aquel país y ahora son contratistas para llevar trabajadores temporales a ocuparse en trabajos agrícolas y de la construcción en EE UU. En las comunidades de Guanajuato las redes migratorias están muy consolidadas, lo cual permitió realizar más fácilmente una reconstrucción del patrón migratorio. El grupo de mejor posición económica tiene vehículos para carga y en la época de siembra contratan personal para los trabajos del campo, incluso utilizan maquinaria en algunas etapas del ciclo agrícola. Generalmente acuden al menos una vez al año a visitar sus comunidades de origen para supervisar la marcha de los trabajos; cuando algún familiar se hace cargo de administrar sus propiedades y negocios, sus viajes a México son más espaciados.

Otro tipo de migrante es el que prueba suerte en los EE UU, consigue trabajo y puede mandar dinero a su familia y, aunque no se enriquece, mejora notoriamente su situación y status en la comunidad. Incluso pueden pasar varios años para que logre legalizar su situación migratoria, pero aun así puede mantener un nivel de vida aceptable para su familia. En este tipo también se puede ubicar a quienes se

conformaron con establecer un pequeño comercio en la comunidad o simplemente construir su casa:

P. En lo económico, ¿ha mejorado?

R. En lo económico no le falta nada a mi familia, es lo que he notado pues eso es lo que me hizo ir para allá.

P. ¿Antes si le faltaba algo?

R. Pues si, antes trabajaba aquí, en Celaya, en la compañías, en una fábrica, en la *formaica*." (Hombre casado experimental, Centeno)

Emigrar es caro. Es necesario contar con una base de entre 500 y 700 dólares para pagarle al "pollero" y adicionalmente una cantidad para sobrevivir mientras se consigue trabajo. Si el migrante es casado, debe dejar dinero para que sobreviva la familia mientras llega el primer envío, o simplemente recurrir al endeudamiento. Quienes no tienen cierta estabilidad laboral y están casados y con familia, tienen muy pocas posibilidades de emigrar.

Hay otro grupo de menor nivel socioeconómico; es el migrante que fue a los EE UU a probar suerte pero no logró ninguna mejoría; vienen poco a visitar porque no tienen dinero. Su vida en aquel país es difícil, frustrante, porque no pueden participar o lo hacen muy poco, de las diversiones que otros sí, ni mejoran su situación ; a veces viven a expensas de sus compatriotas. Muchas veces se resignan a regresarse sin mejorar su situación y siguen sembrando sus parcelas - si las tienen- o a buscar otro tipo de trabajo. Este tipo de migrantes presumen poco sobre su experiencia migratoria.

"R. Pos no me fue muy bien, porque llegué, este no había trabajo, estuve un rato sin trabajar y allá los amigos me daban la comida.

P. ¿Te volverías a ir?

R. Me imagino que ya no porque sufre uno mucho.

P. Sufres. Pero nos han dicho que es muy alegre la vida allá y...

R. No, claro, si allá hay muchas diversiones pero también hay que gastar algo, si, porque se va a lugares donde cobran un dinero grande y los que no pus nada más por ahí andamos dando la vuelta y (tiene uno que) regresar a donde está uno viviendo." (Hombre casado experimental, Jumiltepec)

En muchas comunidades existen redes sociales y familiares bien constituidas donde el arraigo de algún pariente en los EE UU les facilita la migración porque les ayudan a conseguir trabajo y/o a sobrevivir en tanto logran colocarse en un empleo. Al parecer esta es la manera más común de irse. De esta forma se llegan a constituir lo que llamamos *patrón sólido de migración* donde, como ocurre en Rincón de Centeno-Palmeto, donde existe una base sólida de origen y destino con empleo asegurado. O como en Tavera, Gto., donde cuentan con su "pollero" en la comunidad, el cual se encarga de reunir personas de diferentes poblados para trasladarlas al otro lado de la frontera; se va con ellos desde su comunidad de origen y los lleva a ciertas poblaciones estadounidenses por rutas específicas. Estos "polleros" distribuyen el dinero cobrado a los migrantes entre quienes lo ayudan en su labor.

Al parecer en Morelos predomina un patrón migratorio menos consolidado. Ahí sucede que quienes logran reunir dinero para irse a una ciudad fronteriza, allá localizan a las personas que los ayudan a pasan al otro lado.

Pese a que no a todos les va bien, la aventura es vista como una oportunidad, para algunos la única, para superar su situación económica y mejorar el status social en la comunidad. Además del factor económico, aquel que logra llegar del norte trae otro tipo de experiencias y cuenta historias diferentes a las que suelen contarse y ocurrir en la localidad; esto despierta el interés y la ambición de quienes no pueden ir.

Otra situación que se puede ver, es que los hombres migrantes son considerados los mejores partidos para las mujeres solteras; les parecen más extrovertidos. Los hombres no migrantes se impresionan con lo que algunos platican de sus experiencias sexuales con mujeres a las que se piensa jamás tendrán acceso los que no pueden ir al otro lado:

"P. ¿Y de las chavas que les platican?

R. Que nada más es de llegar y de decirles...

P. Para qué, para tener relaciones (sexuales)?

R. Si, para tener relaciones.

P. Y cuando vienen, ¿les ganan a ustedes las chavas o no?

R. Si, hay chavos así; como no traen a las de aquí con ellos acá

P. ¿Se cotizan mejor ellos que ustedes?

R. Si

P. ¿Y por qué?

R. Sabe, sabe que les dirán. Las chavas andan detrás de ellos."

(Hombre soltero control, Centeno)

El prestigio social en la comunidad y las expectativas de vivir experiencias novedosas representan incentivos para emigrar a los EE UU; despiertan gran interés entre los hombres las pláticas sobre el tipo de experiencias amorosas que

tienen al alcance con los dólares. Cabe señalar que en Jumiltepec esta situación fue menos reportada por los entrevistados.

Las referencias del clima de libertad que platican los migrantes, contrasta notoriamente con el ambiente conservador y tradicional en las costumbres predominantes de las comunidades rurales, cuyo contexto social no permite a los jóvenes estar a ciertas horas de la noche en la calle, donde las mujeres no pueden ir al cine libremente con el novio ni tomarse de la mano frente a los demás. "Allá hay dinero y diversiones" lo cual contrasta notablemente con lo que priva en la comunidad, donde no se ven diversiones y los recursos económicos son escasos. La vida en los ranchos se llega a tornar monótona, aburrida, con lo que la expectativa de la migración aumenta.

El herrero de una de las comunidades estudiadas, de 43 años, casado y con tres hijos, declara entusiasmado:

"R. A veces uno piensa, bueno, tantas maravillas que platican pues a veces si dan ganas de ir pero a uno a la vez no le conviene... por decir se va uno, tiene que dejar uno aquí para la casa, digamos para que sobrevivan de perdida unos dos meses y luego llevarse una lana ¿Y de dónde? si no hay." (Hombre casado control, Tavera)

Entonces, aunque sin lugar a dudas el principal motivo para emigrar es económico, no siempre ocupa el primer lugar ese objetivo para justificar el viaje a los EE UU especialmente entre los jóvenes. Se puede decir que el hedonismo es un factor: el intenso deseo de disfrutar del estilo de vida en una sociedad más rica y

abierta; esto deslumbra principalmente a los hombres. Por ejemplo, un joven de 17 años que trabaja en la tortillería:

"P. ¿Si te pudieras ir a EE UU porqué que querrías irte?

R. Por muchas cosas, primero por ir a ver allá cómo es; segundo por ayudar a mi familia y lo tercero por hacer algo aquí."(Hombre soltero control, Tavera)

En un pequeño ejercicio de sondeo con un grupo de 19 estudiantes de secundaria, a quienes se les preguntó si deseaban irse a EE UU, 15 contestaron que sí, tres que no y uno se mostró indeciso.

La migración a los EE UU es un hecho que llegó para quedarse; ello se manifiesta de diferente manera en Morelos y Guanajuato. Económica y culturalmente, en las comunidades estudiadas la percepción predominante es que quienes se van deben mejorar por lo menos su situación económica. Si no lo hacen es porque no supieron aprovechar la oportunidad, ya sea por no dedicarse a trabajar o por excederse en las diversiones, bebidas y mujeres. Si bien es tácitamente aceptado por todos que el hombre va a trabajar y a divertirse, también hay un reclamo implícito para que cumpla con las expectativas familiares y comunitarias: que sea evidente un mejoramiento de su nivel de vida.

"R. Pues aquí mejoran su nivel de vida, su nivel económico, se van a trabajar allá y mandan su dinero para acá y ya aquí van mejorando en todos los aspectos. Algunos, otros llegan igual.

P. ¿Cómo igual?

R. ...bien... platican que andan tomando, se van en diversión." (Hombre soltero control, Tavera)

Pero ya en los EE UU ¿qué hacen los mexicanos cuando logran quedarse? Los entrevistados mencionan que trabajan en actividades relacionadas con el campo, el comercio, o en servicios como la jardinería. En todo caso, son trabajos de baja remuneración por lo cual sufren carencias si desean ahorrar algo y enviar dólares a su familia. Si no son hospedados por algún familiar, se reúnen con otros paisanos en condiciones similares para compartir vivienda; muchas veces viven hacinados y con personas desconocidas. Deben preparar su comida, cosa a la que los hombres no están acostumbrados; esto les produce conflicto aunque la mayoría lo soporta y se adapta. Sin embargo, esta es una razón de peso por la cual algunos no querrían regresar.

"P. ¿Ya no volverías a ir?

R. Yo me imagino que ya no porque se sufre mucho: hay que hacerse de comer, hay que llegar del campo todo mugroso, y en vez de que coma uno, hay que bañarse, hay que estarse haciendo uno su comida para poder alimentar porque ¿quién nos está esperando allá para que comamos? nadie, uno mismo, por eso se sufre mucho." (Hombre casado experimental, Jumiltepec)

Su tiempo libre durante el fin de semana lo utilizan para divertirse con mujeres y bebida. Lejos de su casa, donde nadie los ve, sin los controles familiares ni comunitarios, los migrantes procuran adaptarse a lo que ven en el entorno y se divierten con lo que se les ofrece. Dicen que para eso van preparados, pues ya en su comunidad han sostenido pláticas en torno a las diversiones y lo menos que quieren es regresar sin experimentar. Quieren hacer lo que les platican y cuando vuelven a su pueblo en la primera oportunidad y/o borrachera platican a otros su

vivencia como migrante. En las comunidades guanajuatenses se percibe que tener estas vivencias es algo así como un rito de identidad.

Al parecer existe un mercado de sexoservidoras que ofrecen sus servicios a domicilio, principalmente los fines de semana cuando quienes no se van a la calle (por carecer de documentos) se encierran en los departamentos o simplemente deciden pasar el fin de semana bebiendo cerveza frente al televisor. Las sexoservidoras llegan y ofrecen sus servicios a los hombres reunidos en el departamento; si es el caso de que el número de hombres sea mayor que el de sexoservidoras, ellos esperan su turno *para pasarle*. Según cuentan, es común que una sexoservidora atienda a más de un cliente en cada departamento y que en una misma noche visite varios departamentos.

Otra forma de consumir servicios sexuales es en los centros nocturnos. Algunos testimonios hablan de hombres travestís, quienes ofrecen sus servicios sexuales, con bastante éxito, entre los migrantes:

"R. Se da que hay muchos travestís u hombres cambiados de sexo si no tienen, yo creo, bien hecha su operación, pienso que tienen que ser amantes pero se da que hay mucho, mucho hombre hecho mujer, que se la ganan a veces a las mujeres, tienen de todo igual que una mujer; y yo lo único que no sé es cómo tengan el frente, pero pechos y cadera y cuerpo y cara y todo tienen.

P. ¿Y jalan gente?

R. ¡Jalan más que las mujeres!

P. ¿También cobran?

R. Si, si es igual que una mujer." (Hombre casado experimental, Tavera)

Según reportan algunos entrevistados, nunca se imaginarían en su comunidad que haya hombres que se *metan* con hombres y si se llegaran a dar cuenta podrían justificarlo por estar totalmente ebrios al grado de no distinguir entre un travestí y una mujer. O, si se llegara a saber, podrían argumentar que jugaron un papel sexual activo; con este argumento salvarían la situación. La práctica de este tipo de homosexualidad como experiencia propia es negada por todos los informantes en las comunidades estudiadas. Las referencias sobre prácticas homosexuales siempre son atribuibles a *otros*, y sucedieron en otros lugares, es algo que *les platicaron* o lo han visto en la televisión. Se piensa que es improbable que los hombres de la comunidad puedan tener algún intercambio sexual con otro hombre. Para algunos es inadmisibles que existan hombres con esos gustos sexuales.

4.2. Reconstrucción social del riesgo y la prevención.

Conocimientos y actitudes alrededor del VIH/SIDA

Un primer aspecto a constatar en el grupo de mujeres es la dificultad para hablar de temas referidos a la sexualidad. Esto ocurre tanto cuando se formula una pregunta que cuando se tiene que dar una respuesta u opinión. Las opiniones se emiten con gran inseguridad y timidez debido a que se desconoce prácticamente todo y a que es un tema tabú. La timidez por el desconocimiento se da especialmente entre las mujeres casadas:

"P. ¿Ud. qué sabe del SIDA?"

R. Es que mi sobrina que es así... cómo le diré, más descarada, habla luego así. Cuando nos reunimos en casa de mi hermana es más canija, y ella sí nos habla de *eso*, sí se pone bien colorada, pero sí nos dice la verdad. Luego dice 'me lo crean o no, pero a mí me platicaron...' y ya nos dice. Como a ella si le gusta ver las noticias, entonces ella sí entiende.

P. ¿Y ella es casada?

R. Sí, es casada." (Mujer casada experimental, Tavera)

Las mujeres solteras tienen más confianza al dar su opinión. Ellas han recibido información a través de varias fuentes: la escuela, el promotor o médico del centro de salud, y, en menor medida, de los medios de comunicación (radio y televisión) y pláticas que sostienen los jóvenes de su edad. En cuanto a fuentes de información, las mujeres casadas mencionan las *pláticas de la gente* y en menor medida los medios de comunicación, especialmente la televisión.

En general el nivel de conocimiento sobre este tema es bajo e inconsistente, en particular entre las mujeres casadas. La mayoría desconoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS); entre las mujeres solteras se advierte un mayor nivel de conocimiento y se dan casos extraordinarios en los cuales mencionan la sífilis, la gonorrea, el chancro (expresada de manera incorrecta) y el SIDA. En Rincón de Centeno la gonorrea es una enfermedad identificada como ETS; sin embargo la más reconocida es el SIDA. De esta enfermedad sabe que es incurable y que se transmite por un virus del cual no saben su nombre.

"P. ¿Ud. ha escuchado hablar de las enfermedades de transmisión sexual?

R. No, pos casi no. Como ya ve aquí en el centro de salud, pero ve que casi luego (uno) no tiene tiempo.

P. ¿Y sabe nombres de algunas?

R. No, nada de eso. Nada más (la enfermera) nos enseñó un día unos folletos del SIDA. Pues sí, los miramos." (Mujer casada control, Centeno)

Tienen conocimiento que el VIH/SIDA puede transmitirse a través de las relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas que puedan tener alguna ETS o el SIDA, aunque pocos, algunos entrevistados dieron como respuesta que por la falta de higiene, por compartir jeringas y por transfusiones. De las formas de transmisión, la más reconocida es la sexual.

"P. A ver, platíqueme ¿qué sabe del SIDA?

R. Pues que se transmite el SIDA, este... por, este, 'sensualida'.

"(Mujer casada experimental, Jumiltepec)

"P. ¿Y de esta enfermedad del SIDA, platíqueme que ha oído?

R. Yo nomás he oído en la tele que porque andan con... con varias personas que luego tienen infecciones que se pegan. Ellas lo traen."

(Mujer casada experimental, Tavera).

Sobre las formas de prevención, el método más citado es el condón; sin embargo carecen de información sobre su uso correcto; incluso algunas mencionan que nunca han tenido uno entre sus manos, e inclusive hay quienes jamás han visto uno. La información que poseen se limita a las formas de prevención y transmisión del VIH/SIDA, específicamente la sexual y la sanguínea, las cuales no logran ser mínimamente descritas. El condón es concebido como método de planificación familiar ya que es en este contexto

donde lo han oído mencionar. También fue mencionada la abstinencia como forma de impedir la infección.

Como ya ha sido anotado anteriormente, el riesgo de que los hombres contraigan una ETS solamente es concebido por exponerse en dos tipos de prácticas: las relaciones sexuales sin protección con sexoservidoras y las relaciones *con otras*. Las mujeres entrevistadas, por tener parejas estables y no ser promiscuas, no se consideran en riesgo. Pero como no es sencillo que ellas se enteren si sus parejas masculinas han incurrido en alguna práctica de riesgo, ni lo saben ni lo quieren saber, la percepción del riesgo propio es muy baja y, por ende, también el interés por obtener información sobre VIH/SIDA.

Cabe destacar que tanto las mujeres del grupo experimental como las del grupo control poseen el mismo nivel de información; sin embargo, las primeras muestran menor disposición para recibir información y consideran que están menos expuestas al riesgo de infección que las mujeres con pareja. Las integrantes del grupo control mencionan que todas las mujeres están en riesgo de infección y, por ello, es importante que acudan a "las pláticas"; sin embargo, insistieron en que prefieren asistir a eventos donde haya exclusivamente mujeres porque se crea un ambiente de mayor confianza. No obstante, a pesar de que el tema central de la entrevista fue el VIH/SIDA y el fenómeno migratorio, manifiestan que el contenido de la plática debe versar sobre el tema de la sexualidad, específicamente lo relativo a las relaciones sexuales y al uso del condón.

Al comparar algunas opiniones del grupo control y el experimental, se observa en ambos que las mujeres poseen un nivel de conocimiento muy bajo; esto es más evidente entre las mujeres casadas porque viven en una situación de aislamiento doméstico y de poca sociabilidad, incluso familiar. Sin embargo, las mujeres con pareja migrante muestran mayor interés por conocer sobre el tema ya que tienen la idea de que el SIDA se da mucho más *allá* (en Estados Unidos) que en México.

Respecto a las formas de transmisión, la mayoría de las entrevistadas citan únicamente la sanguínea y la sexual. De la primera mencionan el riesgo que se corre con el manejo de instrumentos punzo cortantes y las transfusiones; de la segunda, identifican la promiscuidad y la infidelidad como prácticas sexuales de riesgo inherentes a la migración. Llama la atención que mencionaron en menor medida, el riesgo por tener relaciones sexuales con una persona ya infectada.

Según las respuestas, se puede afirmar que las mujeres consideran que hay ciertos grupos de población que según su estilo de vida, tienen riesgos diferenciados:

Riesgo alto. Este tipo de riesgo lo corren tanto los hombres migrantes casados que mantienen relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial, como sus esposas. Consideran que el principal agente causal de la infección son las trabajadoras del sexo comercial que los migrantes conocen en los Estados Unidos. De ahí su idea de que el SIDA es una enfermedad que se da más en el país vecino que en el nuestro.

Riesgo moderado. Aquí se ubican los migrantes solteros, los adolescentes, sean o no migrantes (especialmente los varones), los homosexuales y los drogadictos.

Por otro lado, al cuestionarlas sobre la diferencia entre una persona seropositiva y una enferma de SIDA, nadie supo cuál es la distinción e incluso piensan que es lo mismo. Al hacer esta pregunta, se limitan a mencionar que es factible reconocer a un enfermo de SIDA de acuerdo con su apariencia física y estado anímico.

Alrededor de la prevención, teóricamente identifican la esterilización y la utilización de sangre segura para evitar la infección por vía sanguínea. Para la prevención por vía sexual, el método más reconocido es el condón y en menor medida mencionaron la abstinencia y la fidelidad. Al respecto, se advierte que el condón es identificado más como un método de planificación familiar y de prevención de infecciones, que como un medio para prevenir el VIH/SIDA, y piensan que quienes deben utilizarlo son los hombres solteros y la los hombres casados solamente como método anticonceptivo.

"P. ¿Conoce los condones?

R. Sí.

P. Si los ha visto. ¿Alguna vez los ha usado?

R. Sí, los hemos usado pero nada más para planificar. Nada más eso, como para planificar.

P. ¿Y qué le parece?

Pos no muy bien (risas), pero, o sea... pues hay veces que prefiero usarlo a que... de por si, ya casi no queremos tener más familia.

Nada más que soy muy tonta, le tengo miedo a la operación..." (Mujer casada experimental, Jumiltepec).

La mayoría de las mujeres solteras menciona que alguna vez vio el condón exhibido en un condorama, en el centro de salud; unas mujeres mencionan que lo vieron alguna vez relacionado con información sobre el VIH/SIDA y otras que en el de planificación familiar. Sin embargo, no han tenido contacto directo con él; esto es, nunca lo han usado, nunca han tenido uno en sus manos.

Finalmente, arguyen que los hombres, en general, son quienes requiere de mayor información sobre VIH/SIDA ya que ellos actúan con más libertad que las mujeres en sus relaciones sexuales, luego estarían los niños y los jóvenes de 12 años en adelante, porque -según dicen- están expuestos constantemente a los mensajes subliminales que se transmiten por los medios masivos de comunicación, así que se les tiene que informar desde esta edad para que estén preparados cuando inicien su vida sexual.

En opinión de las mujeres en general y en particular el de las adolescentes, no se considera propicio que ellas reciban información sobre VIH/SIDA en forma directa; más bien proponen que a las jóvenes se les brinde información relacionada con aspectos psicosociales de la sexualidad, más que sobre el VIH/SIDA en particular.

Si se compara la información obtenida de los grupos experimental y control, se observa que este último y en concreto las mujeres jóvenes, tienen mayor

información sobre VIH/SIDA. Esto se correlaciona directamente con el hecho de que la mayoría de las mujeres sin pareja migrante, manifestaron mayor interés en asistir a eventos para obtener información sobre el SIDA, mientras que en el grupo de mujeres experimentales, el interés fue notoriamente menor.

Hombres

Los hombres, tanto del grupo control como del experimental, asumen riesgos de infección en sus relaciones sexuales. Esto quiere decir que practican regularmente relaciones sexuales con parejas casuales, por lo regular trabajadoras sexuales. Aunque los riesgos son iguales, los motivos de exposición al riesgo de contagio son diferentes.

Por un lado los hombres del grupo experimental van a los EE UU a corroborar lo que han escuchado de quienes los precedieron en la experiencia migratoria; es decir, fácil acceso a la diversiones, ingestión de bebidas alcohólicas y la presunta facilidad con que se pueden tener relaciones sexuales ocasionales con "gringuitas" o "gabachitas", generalmente trabajadoras sexuales cuyos servicios son de bajo costo. Los precios que pagan -según declaran los hombres del grupo experimental- por un servicio sexual en EE UU, oscila entre los 10 a los 100 dólares. El testimonio más repetido es que las trabajadoras sexuales que cobran 10 dólares, en opinión de algunos, "ya ni deberían de cobrar". Presumiblemente, los migrantes que llegan a EE UU endeudados con los polleros y que no ganan mucho, pagan el precio más bajo con trabajadoras sexuales que han tenido numerosas parejas sexuales a lo largo del ejercicio de su oficio.

P. ¿Las que cuestan buena lana están bien?

R. Sí, ni a quien le duela soltar los 100 dólares, más el hotel; aunque allá casi no es de hotel, es de carro o departamento.

P. ¿Y las baratas están más... ?

R. De a 10 dólares

P. ¿Esas están amoladitas?

R. Pues sí, pero en una necesidad...

P. ¿En una urgencia?

R. No, pero hay también muchachas guapas nada más que están muy maltratadas por el vicio

P. ¿Ah sí?

R. Sí, o sea tomadoras o viciosas de drogas

P. ¿Qué drogas usan más las muchachas?

R. La coca

P. ¿No se inyectan?

R. Pues unas, pero no, más la coca." (Hombre casado control, Tavera)

Los entrevistados dejan claro que frecuentemente tienen relaciones sexuales en estado de ebriedad, con el consecuente riesgo que esto implica; y si por añadidura la trabajadora sexual está bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva y no utiliza condón, se incrementa el riesgo, lo cual es asumido por el migrante.

Es bien conocido el riesgo asociado al consumo de drogas y sexoservicio. Entre las usuarias de cocaína es más alto el riesgo de contraer ETS debido a que tienen más parejas sexuales en comparación con las usuarias de heroína y a que recurren más frecuentemente que otras usuarias de drogas al intercambio de sexo por dinero o por drogas como medio de financiamiento de su adicción. Las usuarias de cocaína en forma de "crack" sufren un acelerado deterioro físico, lo que queda

clareen la percepción que el migrante mexicano tiene de estas mujeres: son de bajo costo y están *maltratadas por el vicio*. La multiplicación de prácticas de riesgo de estas trabajadoras sexuales tiene relación con sus condiciones de vida, donde primero está la sobrevivencia que la prevención de riesgo de contagios sexuales.

Se puede deducir que al migrante mexicano le toca, en términos generales, hacer uso del servicio sexual ofrecido por trabajadoras sexuales que implican un mayor riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Según los testimonios, existen en EE UU trabajadoras sexuales que va a ofrecer sus servicios a las viviendas de los mexicanos. Al parecer es común que los distintos hombres que ocupan una misma vivienda utilicen el servicio que ofrece la misma mujer con el consecuente riesgo. Esto que parece ser accidental también puede ser buscado por los migrantes, como una especie de ritual, semejante al pacto de sangre, que algunos mexicanos conocen como "hacerse hermanos de leche". En EE UU un investigador observó esta práctica y la refiere como de alto riesgo. Físicamente, una relación heterosexual, está implicado un riesgo de contagio mujer-hombre, hombre-mujer y hombre-hombre. Así el "becoming milk brothers"¹⁴ referido está favorecido por el aislamiento en que se encuentran los mexicanos debido a que viven ocultándose de la policía y, puede convertirse en una práctica común entre los mexicanos en los EE UU.

"P. ¿En qué aspecto es más libertinaje?"

¹⁴Magaña, J.R., **Sex, drug and VIH: an ethnographic approach**. Soc. Sci. Med., 1991; pp. 5-9.

R. Pues hay veces en que las chavas que se dedican a ese *jale* en los departamentos buscan el *jale*.

P. ¿Llegan varias o de a una?

R. No, andan camaradas juntas de a tres, de a dos.

P. Pero si hay como diez en un departamento ¿Se turnan?

R. Sí, pero no es solo un departamento, son hartos departamentos a los que van.

P. ¿Y van pasando?

R. Si, las que se dedican a eso así andan.

P. ¿entonces puede ser que en un día tengan unas...?

R. No pues unas 15 ó 20 veces." (Hombre soltero experimental, Tavera)

En lo relativo a las prácticas homosexuales o bisexuales, aunque ninguno de los entrevistados reconoce haber tenido relaciones sexuales con otro hombre, sí hacen referencia a la existencia de contactos sexuales de carácter homosexual. Al ser entrevistados en sus comunidades de origen los migrantes se cuidan de admitir haber experimentado ese tipo de relaciones, pero sí dicen que saben de *otros* que han tenido ese tipo de relaciones sexuales estando allá, en los EE UU.

"P. ¿Y son homosexuales?

R. Si, viven con otro bato

P. ¿Lo mantienen o qué?

R. Hay muchos que trabajan los dos, otro que lo mantiene o algo así

P. ¿Y los dos son homosexuales?

R. Nada más uno y el otro es su pareja o algo así." (Hombre soltero experimental, Tavera)

El concepto de homosexualidad que se construye en estas comunidades se basa en modelo de la pareja heterosexual tradicional, donde en la relación el contacto sexual siempre hay un rol activo que penetra y un rol pasivo que recibe. Se piensa que el homosexual es una persona pasiva en una relación sexual que busca a un

hombre heterosexual, quien tiene como principal atributo ser la persona activa. En este esquema pueden concebirse los homosexuales, pero no relaciones de pareja homosexuales porque se piensa que el homosexual no penetra y así no puede haber una relación entre "homosexuales"; siendo así, tienen que buscar quien los satisfaga o penetre porque entre ellos no es posible y por eso siempre andan tras los hombres.

Al parecer con el homosexual o bisexual mexicano en los EE UU sucede lo mismo que con el heterosexual: cuando está lejos de su comunidad, sin los controles y regulaciones sociales y morales a la sexualidad, manifiestan más abiertamente sus preferencia sexual. Pero al llegar a sus comunidades de origen asumen la normatividad existente; incluso es posible que tengan novia, esposa e hijos.

Esta doble moral también lleva a que los hombres puedan buscar parejas ocasionales fuera de su lugar de residencia de manera siempre prohibida, de modo que esas manifestaciones de su sexualidad son clandestinas y, posiblemente, favorecedoras del riesgo de contagio con alguna enfermedad de transmisión sexual.

En términos generales quienes dan cuenta abiertamente de conocer la existencia de homosexuales e incluso haber tenido algún trato con ellos, son los migrantes; son personas con mentalidad más abierta y moderna.

"P. ¿Has conocido homosexuales?"

R. Pues los he conocido nomás, tratado así nomás de palabras, amigos pues.

P. ¿Dónde los conociste, aquí o allá?

R. Pos allá. Casi todos los que están son de aquí, son mexicanos de aquí. Yo he conocido chavos, he trabajados con ellos pues, en el mismo restaurante. Yo en Chicago trabajé en un restaurante y ahí conocí chavos. (Hombre casado experimental, Tavera)

Entre los entrevistados no migrantes, son pocos los que admiten conocer la existencia de homosexuales y generalmente hablan de ellos como personas que no viven en sus comunidades sino en *otras partes*, como la cabecera municipal, *en otro rancho*, como suelen denominar a su comunidad los entrevistados. Un informante del grupo control nos dice:

"P. ¿Has oído hablar sobre los homosexuales?

R. Si

P. ¿Qué son?, ¿cómo les dicen por aquí?

R. En este rancho casi no hay, no hay; en Juventino hay bastantes. Esos hombres homosexuales que para poder hacer lo que ellos necesitan es ofreciéndole dinero a un hombre de los que ya conozca y ya el hombre si... también el hombre...también corre los riesgos de poderse infectar con el homosexual." (Hombre soltero control, Tavera)

Como se puede advertir en este testimonio, los entrevistados pretenden ignorar la existencia de hombres homosexuales en las comunidades de origen, pero sí la admiten en los poblados y ciudades cercanas; también es claro que se percibe el riesgo de contagio sexual por practicar relaciones homosexuales. Según el sentido común, para que se llegue a dar un contacto sexual homosexual entre hombres tiene que mediar un conocimiento previo y una oferta de dinero de parte del homosexual. Según esta idea, tiene que haber un factor externo que obligue a

un hombre heterosexual a tener relaciones con otro definido como homosexual; no se concibe que un heterosexual tenga gusto por tener relaciones sexuales con un homosexual, sino es mediante un pago. Y en este sentido, se advierte una diferencia en la percepción de los hombres del grupo experimental respecto a los del grupo control: los primeros saben más de la existencia de las relaciones homosexuales y que hay hombres que pagan por tener relaciones sexuales con otro hombre, mientras que los segundos o no saben mucho o no quieren reconocerlo públicamente.

Entre los informantes del grupo control, son pocos los que asocian las relaciones homosexuales con el riesgo de contagio con el VIH, aunque también existen quienes manifiestan ser tolerantes y respetuosos de esas personas, quienes se muestran sorprendidos de que haya hombres con esas preferencias, "para eso hay mujeres" -dicen- y hay quienes los rechazan abiertamente:

"R. No me interesa eso, ni me gusta hablar con ellos, ni los saludo."
(Hombre casado, control, Centeno)

Coexisten varias impresiones sobre este asunto: desde la idea de rechazo a la tolerante aceptación hacia este estilo de vida. Todo ello obliga a considerar que, por un lado, cuando se dan este tipo de relaciones sexuales, ocurren fuera de la comunidad; por esta razón dicen que en los *ranchos* no hay homosexuales, pero sí en los pueblos grandes o ciudades. Y lo mismo sucede con la creencia sobre los hombres que ocasional o periódicamente tienen una relación sexual con otro

hombre: se obstinan en creer que ocurre fuera de la comunidad y seguramente en estado de ebriedad.

Con respecto a las medidas preventivas asumidas en las relaciones homosexuales, no hay mucho que decir pues nadie reconoce haberlas practicado alguna vez; únicamente admiten que *otros* sí lo han hecho. En cambio, sobre la prevención en relaciones heterosexuales sí hay testimonios de todos los entrevistados en las tres comunidades.

La mayoría menciona el uso del condón como medida preventiva para evitar el contagio de VIH. La importancia de ser fiel a la pareja estable fue mencionada como medida preventiva principalmente por los hombres casados del grupo control. La siguiente tabla muestra algunos datos sobre el tema, resultado de un sondeo realizado durante el trabajo de campo entre 12 hombres:

Condón	Migrantes	No migrantes
Ha usado	9	3*
No ha usado	3**	8
Le enseñaron como usarlo	1	4

* Dos hombres solteros y uno casado de la comunidad de Morelos

** Un hombre de cada comunidad; un soltero de Morelos quien asegura no haber tenido relaciones sexuales en EE UU y dos casados de Guanajuato de los cuales uno dijo no haber tenido relaciones sexuales en EU.

El uso del condón es más frecuente entre los entrevistados del grupo experimental que entre los del grupo control. Esto resulta coherente con la idea

predominante en el sentido de que "en los EE UU hay más SIDA", porque los migrantes se exponen más al contagio con el VIH que los que no migran. Así, el mismo migrante puede verse impelido a usarlo por la fuerza de esta percepción: en aquel país se siente en riesgo y en México a salvo.

Otro dato interesante es que únicamente uno de los hombres del grupo experimental manifestó haber aprendido a usarlo en el centro de salud, mientras que entre los de grupo control a cuatro solteros (dos de ellos estudiantes de secundaria) aprendieron a usarlo, ya sea en la escuela o en el centro de salud. La mayoría de los entrevistados declaró no saber verificar el buen estado del condón ni colocarlo en el pene; sin embargo, hay quienes hablan de haberlo usado en los EE UU para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Aún cuando entre las preguntas que se hicieron no se encontraba ninguna relacionada con la frecuencia de uso de condón, sí se advierte que, cuando lo usan, no lo hacen por iniciativa propia sino porque se ven obligados por las trabajadoras sexuales en aquel país, como se ilustra en este testimonio:

"R. Las mujeres cuando lo hacen todo el tiempo ellas traen los condones.

P. O sea llegan con condones.

R. Ellas traen todos sus condones como negocio.

P. ¿Se los venden ahí?

R. No, ese ya va incluido.

P. Llegan y les dicen 'sólo con condón'.

R. Si, sólo con condón.

P. ¿Ustedes qué dicen?

R. Pos así mero, pos qué hace uno, ya ve que el cuerpo tiene necesidad de todo." (Hombre casado experimental, Centeno)

En cierta forma, la presión ejercida por la trabajadora sexual es importante para que el migrante use el condón, pero tampoco se descarta la preocupación personal y familiar para prevenir el riesgo, porque es claro que la posibilidad de infectarse es una preocupación seria, sobre todo entre los hombres casados.

Sobre este tema, vale la pena destacar que esa forma de uso del condón no implica necesariamente un cambio de comportamiento respecto al que tenían cuando dejaron las comunidades de origen; es decir, difícilmente el migrante incorporará el uso del condón en sus relaciones sexuales en México, como lo deja claro el siguiente testimonio:

"P. Me dijo hace ratito del condón, ¿verdad?

R. Si, es lo más efectivo, me imagino.

P. ¿Lo conoce?

R. Si, cuando no estoy aquí siempre lo uso.

P. ¿Lo usa siempre que está aquí?

R. No, aquí no.

P. ¿Allá, en los EE UU nada más?

R. Si." (Hombre casado experimental, Jumiltepec)

Los migrantes no suelen usar el condón con la pareja estable porque ello implicaría reconocer que tienen relaciones sexuales en los EE UU y eso es algo que la mayoría niega para no intranquilizar a su pareja. Pero también es algo paradójico en la asociación SIDA-migración que, si bien puede favorecer que el migrante use el condón en sus relaciones sexuales en EE UU, no lo "educa" para

cuando llega a su comunidad; acá se siente seguro y no lo utiliza porque piensa que en México no es posible que se contagie con el VIH o que los riesgos son menores.

"P. ¿Tú conoces el condón, lo has usado?

R. Sí.

P. ¿Aquí en México lo has usado?

R. Sí.

P. ¿Y en EE UU?

R. Allá nunca tuve una relación.

P. ¿Las muchachas te enseñaron usarlo?

R. No, pero ellas ya casi por lo regular lo quieren ellas, o sea ya con protección también.

P. O sea, ellas son las que te han pedido que uses protección.

R. Sí.

P. ¿Has tenido relaciones con ellas sin protección?

R. Sí." (Hombre soltero experimental, Jumiltepec).

Sin embargo no solo el migrante puede ser portador de esa concepción; los hombres del grupo control también la comparten para el caso de las relaciones sexuales ocasionales:

"P. ¿Y sobre la prostitución, aquí has oído hablar de la prostitución?

R. Si, *pus* yo siento que aquí hay mucho, hay mucho de eso.

P. ¿Aquí, en el pueblo?

R. Ajá, en realidad sí. Sí, en realidad sí.

P. ¿Y en dónde se ponen o cómo le hacen?

R. No (risas), aquí no' más en los campos , así, en los solares. Pero *pus* aquí yo creo que es limpiamente, porque aquí no, no hay este... no hay así, así que digamos tanto feo, feo, feo, quemado, ¿no?, la mera verdad no." (Hombre casado control, Jumiltepec)

Cuando las mujeres en apariencia no están afectadas por alguna enfermedad son consideradas "limpias" y esta percepción juega un papel muy importante en la prevención del VIH/SIDA. La creencia de que, por no conocer casos de SIDA en la comunidad o lugares cercanos, no existe ningún riesgo, tiene relación con la de que el SIDA sólo existe en los EE UU; en consecuencia, quienes están ante un mayor riesgo de contagio son los migrantes. Esta concepción influye significativamente en la decisión de asumir o no medidas preventivas. De ahí también, la poca costumbre de usar condón en situaciones distintas a la planificación familiar. Por supuesto, en este tema está presente también el argumento de la sensación, de que con la utilización del condón "no se siente igual".

En este orden de ideas, suena ilógico que los hombres del grupo control admitan el uso del condón en sus relaciones sexuales ocasionales, pues las relaciones sexuales con la pareja estable se sustentan en la confianza y la fidelidad. Por ello la fidelidad es una de las medidas preventivas sugeridas inmediatamente después de la utilización del condón. No obstante, este aspecto no es contemplado y se convierte en un elemento puramente retórico cuando el hombre se va de parranda.

La infidelidad no solamente se aplica a los hombres; algunos testimonios mencionan que también la mujer la practica cuando su pareja estable está en los EE UU.

P. ¿Qué opina usted de la fidelidad entre las parejas?, si la hay o no la hay.

R. Si la hay en varias parejas, casi la mayoría.

P. ¿Y en las que no la hay?

R. Hay algunas que se sabe que no, máximo estando ellos en EU, algunas también se van por otro camino.

P. ¿Las mujeres también se van por otro camino?

R. Si hombre, cómo no. Mientras (ellos) están allá ,algunas andan aquí...

P. ¿Hay casos de divorcio porque las hayan encontrado de infieles. Y al revés, que las mujeres les caigan a los hombres?

R. No, es más difícil... si no los encontrarían más seguido (risas), estoy seguro ¿No cree?

P. A lo mejor si verdad

R. Si hombre, como no, estoy seguro que ya todos se hubieran divorciado aquí." (Hombre soltero control, Tavera)

La percepción del riesgo por infidelidad se diluye en el control social; es decir, dado que la mayoría de la gente en las comunidades se conoce, hay un supuesto compartido de que la fidelidad de la mujer está garantizada mientras su pareja trabaja en los EE UU pues se ejerce una especie de "vigilancia" por parte de todos. Sin embargo, algunos informantes sugieren que cuando se retrasan los envíos de dinero, esto da pie algunas veces para que la mujer sea infiel a cambio a alguna forma de ayuda económica de otros hombres. Este punto es polémico y se perciben deferencias entre las opiniones del grupo control y el experimental. Algunos entrevistados del grupo control mencionaron la infidelidad de la mujer como un riesgo (no sexual) para los migrantes; entre los migrantes no fue mencionado. En las tres comunidades la percepción sobre el particular es diferente. En la comunidad de Morelos sí existe un consenso sobre la existencia de esta práctica y del potencial de las mujeres para llevarla a cabo; en una del

estado de Guanajuato no dieron testimonio de ello y en la otra se dividieron las opiniones entre los solteros y los casados. Los primeros afirman que también las mujeres son infieles mientras sus parejas están ausentes, en cambio los casados negaron la existencia de la infidelidad, tanto femenina como masculina.

4.3. Percepción del riesgo

Mujeres

Las mujeres del grupo control, especialmente las casadas, ubican el mayor riesgo para contraer VIH en la promiscuidad, en particular la que practican los hombres con las trabajadoras sexuales. La percepción de las mujeres del grupo experimental, coincide con esta idea pero la asocian al fenómeno migratorio; es decir, ponen el acento en la promiscuidad y las relaciones con trabajadoras sexuales de los hombres en los EE UU. En este sentido conceptualizan un grupo en riesgo integrado por hombres migrantes que mantienen relaciones promiscuas sin protección con varias mujeres (presumiblemente sexoservidoras). Esto se ilustra con los siguientes testimonios:

"P. ¿Y a quiénes cree que les da más el SIDA?

R. Pues yo digo que también a las mujeres (amas) de casa éno?, con sus esposos cuando andan de canijos por allá." (Mujer casada experimental, Jumiltepec)

"P. ¿Y Ud. alguna vez ha tenido temor por estar en riesgo de enfermarse?

R. Pues temor sí, porque todas podemos estar (en riesgo). Ya ve los maridos como son. Y para saber; no le van a decir a uno 'Fíjate que me metí con una mujer'. No, no lo comentan.

P. ¿Y Ud. se atreve a preguntarle o comentárselo?

R. Pues yo sí, pero está difícil... dicen 'No, no es cierto'... Yo sí le digo a mi esposo: 'debes tener(me) confianza. Tú cuando andes por allá y que andes o te guste una mujer, dímelo, coméntamelo. No quiero que me escondas nada'.

P. ¿Y él si le dice?

R: ¿Usted cree que me lo va a decir? Está muy difícil." (Mujer casada experimental, Centeno)

Se puede afirmar que la verbalización de la percepción del riesgo de infección con el VIH entre las entrevistadas, está acotado por las reglas a las cuales presuntamente se deben apegar hombres y mujeres en el ejercicio de su sexualidad. Así, se destaca particularmente el riesgo de las trabajadoras sexuales y de los hombres que hacen uso de sus servicios. En menor medida se habla del contacto sexual hombre-hombre y, mínimamente, del riesgo por transfusión sanguínea y perinatal.

Escasamente se toman en cuenta las trasgresiones a las normas imperantes efectuadas por ambos sexos, especialmente las que pueda tener la mujer. Por un lado, la infidelidad masculina es socialmente reconocida y justificada en el hombre e tanto que tiene el poder de ser proveedor. El patrón de comportamiento exigido para la mujer en las comunidades rurales es muy rígido: no es bien visto que salga injustificadamente de su casa ni de la comunidad, las mujeres solteras deben abstenerse de tener relaciones sexuales antes de estar casadas o comprometidas, deben cuidarse de únicamente asistir o ver personas en los espacios admitidos y conocidos por todos, etc. Ya casadas deben dedicarse completamente al cuidado de los hijos, del hogar y a la atención del marido. Este

patrón está interiorizado por la gran mayoría de las mujeres y es un factor que influye en la percepción de que ellas no tienen riesgo de contagio, a menos que el marido las infecte. Sin embargo, esta última consideración se hace en abstracto, y no vale para el caso personal.

"P. ¿Cree que sea necesario dar información sobre el SIDA a las mujeres de la comunidad. Cuál cree que sea la mejor manera de dar información?

R. Yo pienso que no. Sería menos importante a las mujeres, porque las mujeres casi no salen de aquí. Los importantes serían más los jóvenes que vienen, los hombres jóvenes que van a EE UU por allá. Las mujeres pos aquí están casi no salen (Mujer casada experimental, Centeno).

Es frecuente toparse con el argumento de que son los hombres quienes necesitan prevenirse, en particular los que se van a EE UU. También el encierro y subordinación de la mujer dan sentido a la percepción comunitaria de riesgo: la mujer no necesita de cuidados específicos, y que quien debe cuidarse es el hombre.

El riesgo por contacto homosexual está casi excluido de la percepción del riesgo y esto parece ser efecto de la regulación comunitaria de la sexualidad, en la cual un hombre nunca va a desear tener sexo con otro identificado como homosexual. Por tanto, se obvia esa consideración; las mujeres piensan que es muy bajo el riesgo derivado de este tipo de contacto sexual. La asociación VIH/SIDA-Migración puede sesgar significativamente la percepción del riesgo hacia el sector de las personas que han ido a los EE UU, y no reconocer el riesgo inherente en las relaciones sexuales practicadas en México.

Por otro lado, no se ve al VIH/SIDA como la parte culminante de un proceso infeccioso; a las mujeres entrevistadas les es prácticamente imposible imaginar la diferencia entre una persona infectada con el VIH y una con SIDA. Para ellos sólo existe el SIDA y quien esté afectado por este padecimiento, es perfectamente reconocido; y como consecuencia se piensa que en una relación sexual con pareja ocasional se deben cuidar que no sea con alguien que tiene apariencia de enfermo.

Se atribuye el mayor riesgo de infección a la vía sexual. La vía por transfusión sanguínea es muy poco mencionada; muy pocas informantes tomaron en cuenta este riesgo: especificaron que la infección puede ocurrir a través de las transfusiones y las inyecciones. La transmisión perinatal nunca fue tomada en cuenta. Hubo un caso en que se atribuyó el riesgo de infección a la falta de higiene.

En relación a la prevención, las mujeres no mencionan la importancia de tomar medidas para protegerse del VIH y se conforman con el escaso conocimiento que tienen sobre este tema. Al respecto citan con mayor frecuencia el uso del condón y en menor medida la abstinencia y la fidelidad. Aún cuando logran relacionar el condón con la prevención de infección por VIH, lo identifican más como método de la planificación familiar y consideran que es un tema exclusivo para hombres.

"P. ¿Ud. conoce el condón?"

R. Sí.

P. Si los conoce. Y lo ha usado?

R. Sí los hemos usado, pero, o sea... nada más como para planificar, no porque, o sea... mi esposo esté enfermo. Nada de eso. Nada más para planificar lo hemos usado." (Mujer casada experimental, Jumiltepec)

En resumen, en las tres comunidades evaluadas el doctor o promotor del centro de salud ha tenido un papel clave en la difusión de la información (especialmente a las mujeres solteras o estudiantes) sobre VIH/SIDA. Aunque en términos generales el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA es bajo, la labor que desempeña este actor comunitario no puede disminuirse. La causa del bajo nivel de información puede atribuirse a la forma de transmitirla, desde el uso del lenguaje hasta los materiales empleados durante las pláticas del doctor. El riesgo de adquirir el VIH lo relacionan directamente con tres conceptos, bien definidos por ellas mismas:

Grupo en riesgo: hombres migrantes de cualquier edad, preferentemente casados, que tengan relaciones sexuales con trabajadoras sexuales en EE UU.

Grupo de riesgo: trabajadoras sexuales.

Prácticas de riesgo: infidelidad y promiscuidad.

Con formato: Numeración y viñetas

Hombres

La comunicación verbal sobre la experiencia migratoria entre los hombres es una práctica cotidiana en las comunidades, tanto en reuniones familiares como con los amigos en la calle, lo cual ha facilitado la socialización del conocimiento sobre el VIH/SIDA. La aparición del VIH/SIDA no tomó a la gente de las comunidades indefensas pues ya contaban con un vehículo de información culturalmente

adecuado a las costumbres de comunitarias. Esto probablemente posibilitó que, aun antes conocer los folletos y películas sobre el particular, la mayoría de los hombres tuvo acceso a noticias sobre la existencia de esta enfermedad y de ciertas formas de prevención. Si bien la tradición oral modifica y distorsiona la información, ha jugado un papel importante en las comunidades rurales.

El hecho de ver con sus propios ojos en EE UU a personas afectadas por el VIH/SIDA, así sea por televisión o en fotografías, constituye un hecho que corrobora el conocimiento sobre el SIDA. Es probable que por ello el migrante tenga mayor credibilidad ante sus paisanos, por lo menos en relación a lo que sabe del VIH/SIDA. En los EE UU es común que se organicen sesiones para brindar testimonio sobre la vivencia de padecer VIH/SIDA como una manera de sensibilizar a los no afectados sobre la epidemia, así que muchos de quienes los han visto traen la información a la comunidad y la multiplican entre los amigos. Este modo de reproducir la información, a través de la voz de diferentes personas que lo ha vivido, valida la información sobre el VIH/SIDA. Entonces una persona con experiencia de migración habla con más autoridad porque al menos ha visto casos en la televisión de los EE UU, en este tipo de grupos o porque las trabajadoras sexuales con quienes ha tenido contacto, le solicita el uso del condón para evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. Esto funciona como un elemento que refuerza el conocimiento, adquirido por comunicación oral: alguien aprendió sobre la enfermedad en los EE UU porque tuvo que cuidarse de ella, por ende, sabe más que quien no ha tenido ese contacto.

Otro medio por el cual el migrante tiene percepciones más completas que otros hombres de la comunidad, es por el haber tenido conocimiento de que en su *rancho* haya sido conocida la existencia de uno o más casos de VIH/SIDA.

"R. Pos yo digo, como le diré, está más *liberao* allá porque hablan más en la televisión sale mucho de eso, comentarios mismos, de esos hay programas que hasta, como ahora unos que están saliendo aquí esos son de allá. Hasta programas donde llevan mismos que están contagiados con el SIDA y todo." (Hombre control experimental, Tavera)

La referencia empírica ha sido fundamental para construir un conocimiento teórico sobre la enfermedad; sin este tipo de conocimiento, la influencia para un cambio de comportamiento es difícil, especialmente entre la población adulta de baja escolaridad. Los jóvenes que han cursado la secundaria muestran mayor receptividad hacia conocimientos abstractos aunque, como en este caso, les parecen vinculados con situaciones ajenas, propias de otros países. Esto puede ser muy importante, concretamente para los no migrantes que no tienen la referencia cercana de la que hacen gala quienes van a los EE UU y ven entrevistas o documentales relativos al estado seropositivo asintomático y a enfermos de SIDA. El impacto cercano (empírico o a través de algún medio) da verosimilitud al mensaje preventivo en las comunidades.

Entre quienes no pudieron responder a la pregunta de ¿Qué es el SIDA? en un primer momento, en otro punto de la entrevista refirieron algún conocimiento, por lo cual se puede pensar que en términos generales todos los entrevistados saben algo del VIH/SIDA, sólo en diferente grado de elaboración y profundidad.

Lo disperso de su conocimiento los hace hablar con inseguridad del tema. Así, tanto del grupo control como del experimental los grados de conocimiento son variables: hay quien sabe detallar las distintas formas de contagio y quien solo atina a decir que es una enfermedad de la cual es necesario cuidarse.

"R. Del SIDA...pues, no, no estoy orientado en eso, o sea de esa cosa no. Porque allá, luego íbamos a divertirnos allá con unas... mujeres y este... pero... nos protegíamos, si, para hacer el sexo nos protegíamos. Pero eso del SIDA, yo, o sea, no sé, no sé que enfermedad es, ¿no?"
(Hombre casado experimental, Centeno).

Es importante tomar en cuenta que en las tres comunidades hay escuela telesecundaria en cuya curricula se incluyen los temas de sexualidad y SIDA, lo cual es un factor para que en la comunidad se tenga información. La siguiente opinión de un entrevistado del grupo control, ilustra lo anterior:

"P. ¿Desde cuándo nota usted que se está avanzando en lo que se explica a la gente?
R. Pues ya desde unos quince años para acá yo veo que ya son más abiertos a estas pláticas
P. ¿Por qué habrán cambiado?
R. Pues ha de ser por el estudio porque antes era muy cerrado todo, porque no les hablaban de sexo." (Hombre soltero control, Tavera)

Los hombres solteros entrevistados, tanto del grupo control como del experimental, son quienes ostentan mayor nivel académico; sin embargo, quienes exponen mejor sus conocimientos sobre lo que es el SIDA son los que no han emigrado a los EE UU, quizá porque tienen más reciente su estancia en la secundaria o la información que han recibido (folletos, clases en la escuela,

pláticas con exhibición de videos) les es más asequible en su comunidad que fuera de ella.

Se observa que la principal fuente de información para los solteros del grupo control es la secundaria (3), la lectura de libros y folletos(2), consulta en el centro de salud y pláticas. En cambio los solteros que han ido a EE UU refieren como principal fuente de información las pláticas con conocidos y los programas de la televisión donde entrevistan a personas infectadas con el VIH, por eso dicen que allá sí se ve y en sus comunidades no.

¿Qué es lo que saben la mayor parte de los entrevistados sobre el SIDA y las ETS? Solamente aspectos básicos que son transmisibles en una relación sexual, y sobre el SIDA, adicionalmente, que es mortal.

"P. Oye ya me dijiste que el SIDA no se cura. ¿Sabes como se enferma la gente de SIDA?"

R. En si, no, no, no se como se enfermen, pero yo tengo entendido que también es por medio de contagios, por medio de este, de si, transfusión sexual, por medio de otras personas, pues que tenga uno que tener contacto con otras personas que están infectadas."
(Hombre casado control, Jumiltepec)

Se puede pensar que el nivel de conocimiento sobre el SIDA es realmente incipiente, sin embargo también es posible que, en parte, esto se deba al nivel percibido como necesario para los pobladores; es decir este aspecto estaría relacionado con la percepción de riesgo que se tiene la cual, como se verá más

adelante, está principalmente centrada en la idea de la transmisión sexual de una mujer infectada, generalmente sexoservidora, a un hombre sano.

Aquí es tan importante lo que se sabe como lo que se ignora; por ejemplo, se pudo constatar que la gente se preocupa por formas de transmisión inexistentes. Es decir, que con el conocimiento básico coexisten ideas sobre formas de transmisión del VIH inexistentes, como lo ilustra este testimonio:

"P. Puede ser, o sea que no conoce uno de que manera se puede pegar, si por ejemplo yo voy a un restaurante y de ahí comemos en los mismos platos algo puede pasar ¿no? o sea, no nomás porque voy a utilizar, pero como le digo depende de que manera se puede ser pegajoso, de que manera puede ser." (Hombre casado control, Tavera)

En el medio rural, todavía se encuentran nociones de que es posible que existan otras formas de transmisión diferentes a la sexual y que ponen a la gente en riesgo, como el simple roce o contacto superficial con algún objeto que una persona con VIH/SIDA haya tocado. Hay insuficiencia de información básica que es necesario cubrir, sobre todo cuando en estas comunidades es común el uso de artículos de segunda mano (ropa, muebles, etc.) provenientes de los EE UU y la gente piensa que su uso podría contagiarlos de alguna enfermedad. Como ejemplo tenemos el caso de la directora de la telesecundaria de una de las comunidades, quien asume totalmente el mito de que el VIH puede transmitirse por usar el mismo vaso de una persona infectada. Al explicársele que esa no es una vía de transmisión, respondió que para ella eso seguía siendo una duda y que aún con

nuestra explicación, seguiría conservando el temor: *A mi nadie me va a quitar eso de la cabeza*, remató durante la entrevista.

En cuanto a los conocimientos concretos sobre la infección misma, se encontró que los entrevistados no identifican al SIDA como la fase final de un proceso infeccioso causado por el VIH. Por una parte, no se ubica diferencia alguna entre ser seropositivo asintomático y padecer el SIDA, más bien piensan que deben cuidarse de tener contacto con las personas ya desarrollaron la enfermedad "para que no les peguen el SIDA". Esta noción representa un gran problema dado que es inamovible, difícil de erradicar y dificulta la apertura mental que se requiere para distinguir las diferencias y poder identificar los riesgos. Este aspecto debe ser considerado al momento de desarrollar los contenidos en las campañas preventivas a desarrollar.

CONCLUSIONES

Resulta muy claro que en las comunidades estudiadas funcionan las diversas modalidades para controlar los comportamientos sexuales, el placer y regular su manejo. En este control juegan un papel central las redes socializadoras de las que habla Silvia Cován y que han sido mencionadas en el primer capítulo de este trabajo, como la familia, la escuela y los distintos espacios de las iglesias, los cuales inciden en el desarrollo de la personalidad, de las actitudes, los valores y las habilidades para la convivir y regir los comportamientos. Otro elemento que también se puede advertir en este control social de la sexualidad es la persistente valoración negativa, la enorme carga moral que ha logrado que la sexualidad se exprese de manera empobrecida. Este modo de operar hace difícil educar con fines preventivos en forma directa sobre el VIH/SIDA y otros temas relacionados con la sexualidad.

Se constata que entre la población rural existe una visión cerrada donde la sexualidad es un tema tabú, confinado a la esfera privada, abordado en un clima de complicidad con los amigos, de modo que socializar, disentir, hablar y compartir información de este tipo en público resulta difícil o hasta ofensivo. Por otro lado, salta a la vista que no hay experiencia previa sobre cómo abordar el tema, dónde y con quién, etc. El personal especializado en salud en las comunidades, no parece ser visto como un recurso disponible para ello.

En la mentalidad de la población de las comunidades rurales estudiadas en este trabajo, predomina la visión biologicista sobre la sexualidad, en los términos en

que ha sido descrita en el capítulo donde se abordan los enfoques teóricos de la sexualidad y en la cual se destaca la creencia acerca de que la sexualidad de hombres y mujeres está determinada por características biológicas permanentes de cada sexo, que están presentes desde siempre y por siempre en la especie humana. Esto es evidente en las opiniones expresadas en la mayoría de las entrevistas, tanto de hombres como de mujeres de los grupos experimental y control. Las percepciones que han sido reconstruidas en este trabajo de investigación a partir de los testimonios recogidos, reflejan claramente que entre los jóvenes, los adultos, las mujeres y los hombres, existe la convicción de que los roles sexuales están determinados por naturaleza, que cada sexo llega a este mundo con características dadas e inmutables. Se asume que los varones poseen mayores impulsos sexuales, que son naturalmente agresivos y competitivos y que, en contraparte, las mujeres son sexualmente débiles o naturalmente asexuadas y que tienen como misión única la de *regular* la energía sexual varonil y dedicarse a cuidar de los hijos. Esto conduce a pensar que la debilidad, sumisión y dependencia son rasgos naturales, determinados biológicamente y no conductas creadas y condicionadas culturalmente; esta racionalidad limita seriamente los esfuerzos para proporcionar educación preventiva ante el VIH/SIDA.

De acuerdo con esta mentalidad, resulta muy difícil otorgarle al placer un lugar positivo en las prácticas sexuales y, por el contrario, muy fácil imponer la visión moralista que mueve a su no reconocimiento, a que no se le invoque o se permita hablar del tema, a confinarlo en un territorio invisible, prohibido. Esto permite confirmar que en los ambientes culturales rurales la sexualidad es considerada

como un tema tabú y pertenece enclaustrada en el ámbito privado; que socializar, disentir o compartir información de esta naturaleza resulta incluso ofensivo.

Los estudios epidemiológicos señalan que desde que se registró en México el primer caso de SIDA rural en 1986, la tendencia es al aumento de este tipo de casos y siguen registrándose en todos los estados del país. En el medio rural, las mujeres pareja de los hombres migrantes del medio rural, debido a que concentran las condiciones culturales, biológicas y económicas de vulnerabilidad, razón por la cual el riesgo de contraer el VIH es mayor que el de los hombres en la misma condición. Es decir, sucede que son altamente vulnerables frente al VIH por la enorme desigualdad cultural, económica y social que hay entre los géneros y una ausencia de poder en las mujeres para tomar decisiones propias.

A pesar de que la experiencia migratoria produce o incrementa el nivel de conocimiento sobre el SIDA y de que los migrantes manifiestan tener información general sobre el tema, ésta es insuficiente en la medida en que no se traduce en la incorporación de medidas de prevención en sus prácticas sexuales. Esto incluye a las prácticas aprendidas durante su estancia en el norte, en particular en el uso del condón; ésta práctica es inconsistente porque **consideran que su uso solamente es necesario en sus experiencias sexuales con sexoservidoras en EE UU y no en el país, de tal modo que cuando regresan, deciden que no lo usan, con lo que exponen a sus parejas.**

Entre la población del medio rural se sigue identificando a las mujeres sexoservidoras como las personas con mayor riesgo de ser portadoras y transmisoras del VIH, mientras que las mujeres comunes, como las entrevistadas, no alcanzan a comprender la dimensión de la amenaza que se cierne sobre ellas de contraer VIH, menos aún si tienen pareja estable. De manera similar a lo que ocurre en otros grupos de mujeres, las del medio rural no se enteran de cuáles son las prácticas sexuales de sus parejas fuera de la relación porque no suelen abordar de esos temas, con nadie y menos aún con su pareja. Y, como ya se ha mencionado antes, porque reconocer la existencia de la infidelidad es algo doloroso, de modo que es preferible ignorarla. Esta situación da lugar a que no exista conciencia del riesgo de contraer VIH. De acuerdo con el esquema tradicional y estereotipado de comportamiento femenino, en este medio no es bien visto que las mujeres cuestionen al marido su conducta, sea cual sea; si lo hacen, corren el riesgo de ser maltratadas y abandonadas; en el caso de hacerlo, se exponen a que no regresen de los EE UU o dejen de enviarles dinero. Ante esta situación, el análisis de cuáles pueden ser las modalidades educativas más convenientes para las a mujeres amas de casa se complica, pues resulta difícil dirigir mensajes directos orientados a fomentar el uso del condón. En esta circunstancia se localiza el mayor riesgo, aquí radica la mayor situación de vulnerabilidad de las mujeres con pareja migrante en el medio rural y en general para las mujeres sujetas a situaciones de baja escolaridad, escasez económica y sin poder de decisión, que aún y cuando reconozcan el riesgo de contraer VIH por medio de relaciones sexuales con sus parejas estables migrantes, resulta complicado elaborar modelos de sensibilización, información y educación porque no hay espacios ni públicos ni

privados para hacerlo. Entre otras, esta es una razón por la que las mujeres con pareja migrante temporal que adquieren el VIH a través de sus parejas estables sigue incrementándose.

Pese a ello, es necesario buscar espacios para alertar sobre la amenaza que se cierne sobre la población migrante rural y sensibilizarlos sobre las prácticas de riesgo a las que se exponen. Los vehículos que se han considerado idóneos en este tipo de comunidades para tal fin, son las instituciones como la familia, la escuela y la iglesia, aunque resulte paradójico por ser éstas, a su vez, las principales instituciones responsables de que los individuos vivan la sexualidad bajo formas fuertemente controladas. Sin embargo, son los espacios obligados para ser utilizados como medios para la educación preventiva, tanto en los jóvenes como en los adultos, y en mujeres como en hombres, dado el influjo que tienen en la convivencia social en las comunidades rurales. También porque se constató que los espacios públicos en este tipo de comunidades son escasos, por lo que se tiende a formar grupos cerrados de convivencia: los derivados de las actividades entorno a la iglesia, los deportivos, los festivos, los escolares y, en menor medida, círculos de amigas y/o amigos.

El motivo para emigrar ha ido cambiando con el tiempo, de generación en generación. Actualmente se declara como más atractivo ir a los EE UU en busca de una vida llena de aventuras que para ganar dinero, de manera más acentuada entre los hombres jóvenes, pero también entre los adultos. Es incuestionable que esto incrementa el riesgo de contraer el VIH. A diferencia de los primeros migrantes cuya primera motivación sin duda era de tipo económico, ahora los

jóvenes argumentan que pesa más la búsqueda de experiencias que sin duda alguna no vivirá en el estrecho marco de su comunidad, frente al incentivo de conseguir un trabajo que le permita obtener recursos económicos para, en un futuro, formar una familia con la novia que le espera en la comunidad. Se han invertido los términos y esto expone aún más, principalmente a los jóvenes, a contraer ETS y VIH/SIDA.

Del análisis de la información obtenida para esta investigación, se desprende que al finalizar el siglo XX, el conocimiento que se tiene sobre VIH/SIDA en las comunidades rurales en México está un poco mejor estructurado que el obtenido a principios de los noventa en que se realizaron los primeros estudios, los cuales aún reportaban haber encontrado respuestas que expresaban un nivel de desconocimiento total sobre VIH/SIDA. Pero el hecho de que se haya encontrado un mayor y mejor nivel de información, no significa que haya mejores condiciones para adoptar prácticas seguras. Lo que nos indica este resultado es que los vacíos encontrados en la información que esta población tiene para prevenir el riesgo de contraer VIH, sirve de pauta para diseñar estrategias adecuadas en futuras intervenciones educativas. Las franjas de desconocimiento localizadas son cruciales en relación a las conductas de riesgo y afectan la asunción de conductas preventivas.

Según la información reportada a lo largo del estudio sobre las percepciones de los informantes comunes en relación a los conocimientos o información básica sobre el VIH/SIDA, se concluye que no es posible afirmar que haya desconocimiento sobre este problema de salud pública; por el contrario, todos

los entrevistados, tanto del grupo experimental como del grupo control, identificaron la existencia del VIH/SIDA. Pero se trata de un conocimiento poco eficaz, pues como se afirmó antes, se trata de **información fragmentada, desigual y contaminada con mitos y prejuicios** que en ocasiones confunde ideas o datos que provienen de campañas orientadas a prevenir otras enfermedades y las aplica a la prevención del VIH/SIDA. Respuestas a la pregunta de *¿quiénes están en riesgo de contraerlo?*, tales como *nosotras las mujeres... Por no cuidarnos, pues... por tener relaciones con algunas personas que no sabemos... que no están aseadas* ilustran lo anterior y mueven a pensar que este tipo de información a lo que **conduce es a que las personas se cuiden de lo que no es riesgoso y obvian lo que sí resulta peligroso.**

Respecto a las formas de transmisión del VIH, la mayoría de los informantes reconoce mejor unas vías que otras, como la transmisión sexual frente a la sanguínea o la perinatal. Entre las mujeres se advierte un mayor grado de confusión; la pregunta sobre *¿qué sabe de la enfermedad?*, arrojó respuestas como *pues que se transmite el SIDA por este... por... por sensualida ... Nada más eso.* La transmisión por la vía perinatal prácticamente nadie la menciona, es desconocida incluso para las mujeres. Algo crucial respecto al nivel de conocimiento de la transmisión sexual, es que la **única** forma de riesgo sexual que identificaron o de la que hablan, es la heterosexual; ciertamente pocos entrevistados, especialmente aquellos con experiencia migratoria, mencionaron el riesgo de la transmisión sexual por relaciones homosexuales. Pero nadie mencionó el riesgo de transmisión por la práctica de relaciones bisexuales. Las mujeres se inclinan más a pensar que las personas que están más en riesgo son

los hombres que utilizan con frecuencia los servicios de las trabajadoras sexuales.

Bajo el riesgo de caer en reiteraciones, vale la pena insistir en que el abordaje y tratamiento de temas relacionados con la sexualidad entre la población del medio rural enfrenta muchas dificultades porque se trata de un tema sobre el cual, en general, la gente tiene escasa información, reporta vacíos esenciales que son reemplazados por mitos o ideas prejuiciosas. Este hecho hace que resulte difícil pensar en el diseño de campañas adecuadas respecto temas de sexualidad en general, y VIH/SIDA en particular, dirigidas a la población joven y adulta. En el ámbito de las comunidades, el tema resulta escabroso lo cual se puede percibir tanto en la pobreza de las respuestas, como en los vacíos y la dificultad que tienen los entrevistados para elaborar ideas al respecto. Esto se presenta a pesar de que se hizo un gran esfuerzo por trabajar con preguntas elaboradas de modo sencillo y adecuado a los modos hablar y entender de la gente. Por ejemplo, una vez que ya se ha preguntado si se ha escuchado hablar del SIDA y los informante admiten que sí, a la pregunta de *¿Y qué ha oído de esa enfermedad?* se tienen respuestas como *... pues que hay veces que... o sea, que no ni... no le pongo mucha atención;* y a la de *¿Y sabe cómo da, a quiénes les da?*, tenemos respuestas como *...no, no.*

Otro aspecto concluyente es que no se encontraron diferencias significativas entre las respuestas del grupo experimental y el grupo control¹⁵ en relación con la

¹⁵Es importante hacer notar que el grupo control no se comportó como tal ya que el fenómeno de la migración atraviesa toda la población. Así, los hombres que no han migrado o las mujeres cuya pareja no es migrante en el momento en que se hizo el trabajo de campo, lo fueron antes; o bien, todos los

información básica sobre las formas de transmisión del VIH y las prácticas de riesgo, pero sí respecto a la profundidad que se tiene en dicha información. Resulta evidente que la experiencia de migración a EE UU es un factor clave en la diferenciación del conocimiento sobre el VIH/SIDA; los hombres migrantes tienen mayor información y más precisa que los que tienen una relación tangencial o distante con el fenómeno migratorio. Sin embargo, las diferencias en la información y percepciones del riesgo ante el VIH/SIDA se registran más bien entre tres distintos grupos: a) los hombres adultos, b) las mujeres casadas y c) los jóvenes de ambos sexos. Esto puede percibirse en opiniones como las siguientes: a las preguntas de *¿dónde aprendiste esas cosas?*, obtenemos respuestas como *Pa' que le voy a mentir, más en la realidad... en Estados Unidos pasa mucho eso del SIDA, pasan muchos programas. Porque se supone que allá está el... ya casi un noventa por ciento latino más afectado que todo el americano. Antes el americano tenía más, era el más afectado. Ya con esto que ha habido, ya mucha gente latina es la que está ahora más alta* (hombre soltero experimental de Jumiltepec).

Otro hallazgo del estudio es que son los jóvenes (y entre ellos, los varones) y los hombres migrantes, quienes están mejor informados, quienes tienen mejores habilidades verbales para expresar sus ideas y puntos de vista respecto este problema de salud pública y quienes lo hacen con más claridad sobre las situaciones de riesgo. Un factor decisivo es el nivel de escolaridad; muchos

informantes, hombres y mujeres, tienen familiares cercanos que sí han migrado y ello influye en sus percepciones. En suma, no se encontraron entrevistados que estuvieran totalmente al margen del fenómeno.

jóvenes de 15 a 25 años han cursado secundaria y, dado que el SIDA es un tema incluido en la curricula de este nivel de escolaridad, se da por hecho que quienes la han pasado por la secundaria, han recibido, como mínimo, una plática al respecto. Esto ocurre entre hombres y mujeres. Además los varones tienen *autorización* para hablar de estos temas entre sí y con otros hombres mayores, cosa que no parece ocurrir con las mujeres. Entre las mujeres jóvenes también se percibe un conocimiento escolarizado sobre el SIDA, deficiente y fragmentado, pero sobre todo, poco socializado. No hablan sobre temas de sexualidad (como el de enfermedades de transmisión sexual) entre las amigas mujeres, ni, mucho menos, con sus amigos hombres. Por lo regular no tienen confianza en los adultos para tratar o resolver dudas alrededor de esta temática.

Sin duda, el grupo más vulnerable es el de las mujeres casadas, amas de casa todas ellas. Este grupo social está drásticamente aislado, no tiene espacios de socialización. Sólo acuden a reuniones familiares, a las de madres de familia en la escuela y a reuniones religiosas. Nunca se reúnen como tales, como mujeres, para atender problemas propios del género. Si convenimos en que la socialización que ocurre en la escuela, en el caso de los jóvenes estudiantes y las reuniones de ejidatarios, para los hombres adultos, resultan fundamentales para conocer el punto de vista de los otros, en el caso de las mujeres amas de casa no existe eso, el suyo es un caso de aislamiento total y radical. No son requeridas más que para las invisibles e interminables tareas domésticas o su extensión, como las de cuidar hijos. No tienen identidad propia como grupo comunitario ni espacios de decisión. Entonces, sus opiniones sobre el VIH/SIDA son absolutamente

inseguras, las percepciones sobre el riesgo propio, aunque existen, son soslayadas bajo otras preocupaciones. **Se trata, sin duda alguna, del grupo más vulnerable en este sentido.**

Otro tema importante es que a pesar de ser claro que la gente concibe la información sobre sexualidad como tema tabú, también resulta evidente que no hay resistencia para recibir información por medio de alguna campaña. La disponibilidad para recibir información sobre el VIH/SIDA es total, el problema es la actitud pasiva con la que se recibe. Ningún entrevistado externó algún impedimento u obstáculo no superable. Sin embargo, todos los informantes clave insistieron en que es sumamente difícil reunir a la población, que la gente no responde a la convocatoria para asistir a ese tipo de actividades.

La fuente de información más mencionada, y al parecer la más confiable, fue la escuela y la televisión. No obstante, de este último medio los entrevistados no identificaron algún mensaje o programa específico sobre el VIH.

Es pertinente mencionar que antes de establecer contacto con las comunidades, se juzgó conveniente no perder de vista aspectos sensibles como los siguientes en el momento de iniciar el trabajo de campo:

1. No actuar de manera disruptiva en la comunidad; no entrar en conflicto con las nociones y prácticas imperantes entre la gente de la comunidad y al mismo tiempo buscar que la comunicación fuera profunda y clara.
2. Trivializar, cotidianizar el tema de la sexualidad al momento de entrar en contacto con los informantes comunes.

3. Investigar mecanismos efectivos acordes con los modos de pensar de los habitantes de las comunidades, para recomendar e instruir sobre el uso del condón.
4. Identificar todas las prácticas sexuales de riesgo subyacentes en el discurso o las interacciones con la gente y no sólo de las que se "puede hablar".
5. Insistir en la idea de que todas las personas son susceptibles de contraer el VIH y que es necesario crear una responsabilidad individual ante el ejercicio de la sexualidad, independientemente del amor y la confianza.

En consecuencia, puede desprenderse que en la misma proporción en que sigue creciendo la migración temporal a los EEUU, en esa misma medida se incrementa el riesgo de que esta población contraiga el VIH/SIDA. Por tanto, para atender a las necesidades de prevención del VIH entre la población de migrantes temporales a los EE UU, se requiere establecer políticas públicas en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) en materia de información y prevención y de ampliación de los servicios de salud preventivos y de atención en aquellos estados donde la migración rural está en aumento, con el fin de paliar el crecimiento de la enfermedad.

Como estrategia, es conveniente utilizar mecanismos adecuados en términos de sencillez y claridad en los mensajes; utilizar el lenguaje que sea más propicio para que la gente pueda comprender la gravedad del riesgo que se atraviesa por la sola condición de migración temporal a los EE UU. Es recomendable, además, diseñar programas específicos dirigidos a los jóvenes, a las amas de

casa y hombres adultos, de modo que los mensajes sean personalizados para que puedan tener mayor impacto y realmente cumplan con su cometido.

Es recomendable utilizar mecanismos ya puestos a prueba para atender a los migrantes que regresan durante las fiestas, para incorporar campañas informativas, así como cubrir espacios abiertos en las zonas fronterizas. La educación preventiva debe ser una acción binacional ya que hasta ahora se reconocen mayores esfuerzos en los EE UU dirigidos a la población de habla hispana, que en nuestro país a sus migrantes.

También resulta conveniente mejorar los sistemas de registro de casos, así como divulgar las estadísticas existentes que afectan a los migrantes temporales y a sus parejas, ya que esta información también debe ser parte de las campañas que se difundan a nivel nacional, estatal y municipal.

Anexo Uno

MARCO METODOLÓGICO

La entrevista a profundidad en la investigación cualitativa y aplicada en este estudio, es una técnica para utilizar durante encuentros repetidos, cara a cara, entre los entrevistadores y entrevistados; crea una situación donde ambos orientan su intención en entender las perspectivas de unos y otros sobre su vida, experiencia o situaciones personales expresadas con sus propias palabras. Estas características pertenecen a una entrevista no estructurada, abierta, sin una guía estructurada, que cuenta solamente con un listado amplio de áreas por explorar con cada informante. En la aplicación de este tipo de entrevistas a profundidad, el investigador puede decidir cuándo y cómo aplicar algunos recursos que únicamente encaucen la conversación hacia los objetivos propuestos por la investigación, conservando al mismo tiempo un clima agradable y conveniente para que el informante hable libremente.

Otro aspecto destacable en el marco metodológico de la investigación, fue el criterio de selección de la muestra en la investigación cualitativa. Se consideró lo que apunta Bertaux¹ sobre la representatividad relativo a la necesidad de establecer una relación entre el esquema teórico y la observación empírica para tener un concepto distinto de representatividad, en el caso de la metodología cualitativa estaría relacionado con el concepto de "saturación del conocimiento". Este tipo de representatividad va más allá de la descripción formal y más bien nos lleva a construir un esquema sociológico asociado al

¹ Citado por Carolina Martínez, Op. Cit., pp. 47-48.

establecimiento de relaciones socio-estructurales que dan cuenta de una percepción compartida sobre un mismo fenómeno. Los "objetos" que las ciencias sociales examinan son parlantes y pensantes y lo que relatan está cargado de significado; en este contexto, el investigador es un participante más, un ser humano entre seres humanos. Muchas veces se da el caso de que, las personas estudiadas saben más que el estudioso mismo sobre el tema investigado; aunque el investigador tiene, desde luego, algo que agregar a la situación estudiada pues cada persona tiene un campo de percepción limitado. Es en esta relación donde el reto para la investigación social se perfila como una pretensión por tratar de agregar algo más al conjunto del que forma parte el grupo en estudio, un intento por unir los fragmentos de conocimiento que ha sido encontrados por uno y otro lado.

Otro aspecto sobre el que hace una consideración metodológica es la comunicación de los resultados de la investigación social. Según Ferraroti² esta etapa trasciende a un simple informe pues lo que debe interesar es que los resultados sean conocidos y que tengan sentido para la gente que participó en su elaboración. En este sentido se hace necesario, entre otras cosas, localizar modalidades narrativas de estructura y lenguaje adecuados para la lograr la comprensión del fenómeno estudiado entre las personas que intervinieron en la investigación. Particularmente para el presente trabajo, este aspecto tuvo una gran relevancia por tratarse de una fase previa al diseño de un proyecto de educación para la salud, de un problema de salud pública de difícil conocimiento y por hacerse en una población de bajo nivel educativo y con obstáculos morales para abordar un tema como el de la sexualidad.

² Citado por Carolina Martínez, Op. Cit., p. 48.

Un principio básico para la elección de la metodología cualitativa en la investigación social ha sido el hecho de que permite obtener una gran claridad sobre el tipo de situaciones en que puede ser aplicada, para estar en condiciones de decidir los métodos y técnicas de los que puede echar mano. En el caso de este estudio, se realizó la investigación para contar con datos confiables que permitieran diseñar un modelo de intervención educativa entre población migrante rural, que fuera efectivo, que permitiera encontrar los mecanismos idóneos para promover las ideas y las prácticas convenientes para adoptar una cultura preventiva de la transmisión del VIH/SIDA.

La situación del VIH/SIDA a nivel estatal en estos lugares presentaba las siguientes cifras:

Guanajuato. Con datos para el 1o. de enero de 1997³, este estado presentaba una tasa de incidencia de 11 casos por cien mil habitantes, con un total de 401 casos, de los cuales 338 eran hombres y 63 mujeres. Para los casos de hombres, la categoría de transmisión más alta que se reportaba era la bisexual (24.3%), seguida por la heterosexual (24%) y la homosexual (23.1%); también se registraba un 18.9% de no documentada. Entre las mujeres, la categoría de transmisión predominante era la heterosexual (44.4%), seguida de la de transfusión (25.4%), no documentada (22.2%) y perinatal (7.9%).

Morelos. Este estado ocupaba el tercer lugar con mayor tasa de incidencia (54) de casos de sida por cien mil habitantes. El total de casos en el estado hasta el

³ Separata de la Revista SIDA/ETS, *Datos actualizados para el cuarto trimestre*, Vol. 2, No. 4. Enero 1997.

10. de enero de 1997 era de 701, de los cuales 4 habían sido notificados durante el cuarto trimestre de 1991, 28 en el mismo período de 1995 y 34 en 1996, había un total de 534 hombres y 167 mujeres. El panorama epidemiológico del SIDA en Morelos era el siguiente:

- En los grupos de hombres, la categoría de transmisión más alta era la heterosexual (24.2%), seguida muy de cerca por la bisexual (24%) y la homosexual (23%); 16.9% estaba en la categoría no documentada; 1.5% está asociado al uso de drogas intravenosas; 5.9% a la transfusión y hemofilia y 3.2% a donadores remunerados.
- Entre los grupos de mujeres la categoría de transmisión heterosexual ocupaba el 43.7%, la de transfusión el 34.7%, la no documentación el 13.8% y los casos perinatales el 7.8.2%.

Anexo Dos

GUIA DE ENTREVISTA PARA EL ESTUDIO SOCIAL MIGRANTES RURALES Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.

INSTRUCTIVO DE APLICACION: *Para realizar las entrevistas es importante considerar lo siguiente.*

- 1. Hacer siempre una presentación breve y sencilla. Mencionar que se está iniciando un estudio de la Secretaria de Salud en la comunidad, que interesa saber sobre las enfermedades de la gente y las formas en que pueden prevenirse. Insistir en que de eso se hablará y que la información que proporcionen será conocida solo por los encargados del estudio y no se solicitarán nombres ni apellidos.*
- 2. Explicar que se usará grabadora porque es muy difícil retener toda la plática en la memoria o tomar apuntes. Colocar en el lugar adecuado la grabadora - donde no haya ruidos y con el micrófono orientado al entrevistado, a una distancia no mayor de 1.5 mts.*
- 3. No ser disruptivo con los modos de ser y hablar de la gente a la que se está entrevistando. Tratar de acomodarse a su situación para realizar la entrevista; ésta puede llevarse a cabo en el lugar donde está trabajando o descansando el o la entrevistado(a). Es indispensable que el entrevistado esté solo; si se encuentra acompañado solicitar privacidad y si no se puede, es preferible hacer cita para otra ocasión.*
- 4. Indicar al entrevistado que pregunte todo lo que no le quede claro.*
- 5. Utilizar el lenguaje que la gente usa cotidianamente. Para hacer comprensibles las preguntas, es conveniente nombrar a las cosas de la manera en que ellos le llaman y no intentar corregir una palabra aunque sepamos que no está bien dicha, a menos que la persona pregunte directamente por la denominación correcta.*
- 6. El entrevistado y el entrevistador deben ser del mismo género, en particular con los informantes comunes. Con los informantes claves puede hacerse una excepción.*
- 7. En las entrevistas con informantes clave no se pedirá su punto de vista sobre sus propias ideas sino que se preguntara la opinión sobre "los otros". Ejemplo: ¿Ud. que cree que saben los jóvenes varones de la comunidad sobre el SIDA?. Con los informantes comunes se pregunta directamente su punto de vista.*

Ejemplo: ¿Sabes qué es el SIDA?

8. Antes de dar por finalizada una entrevista, asegurarse de que hayan sido tocados todos los temas y puntos señalados en la guía para explorar.

GUIA HOMBRES CONTROL

I. DATOS GENERALES.

¿Dónde nació? (SI ES ORIGINARIO DE OTRO LUGAR, INDAGAR CUANTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO EN LA COMUNIDAD)

¿Qué edad tiene?

¿Es casado, soltero, viudo, separado o vive en unión libre?

¿A qué se dedica?

¿Cuántos hijos tiene y de qué edades?

¿Cuál es su religión? (EXPLORAR SI ASISTE REGULARMENTE A EVENTOS RELIGIOSOS)

¿Hasta que año fue a la escuela?

II. CONDICIONES DE VIVIENDA Y CONVIVENCIA.

¿Cuántas personas viven en esta casa?

- Si vive con su familia nuclear o en familia extensa
- De quién es la casa o lote donde vive
- Quién es el jefe de familia

III. MIGRACION.

Sabemos que aquí hay mucha gente que se va a los Estados Unidos ¿Qué cambios nota Ud. que han tenido cuando regresan?

- culturales
- económicos
- en costumbres sexuales

IV. SALUD

(AL INICIAR ESTE TEMA VOLVER A DECIR QUE EL INTERES PRINCIPAL DE LA ENTREVISTA ES CONOCER LOS TEMAS DE LA SALUD DE LA GENTE)

¿De qué se enferman en su familia con más frecuencia?

- Qué hace cuando se enferma.
- A dónde prefiere ir. Porqué.
- A quién o quiénes le(s) tiene más o menos confianza.

¿Cómo le hace para cubrir los gastos de enfermedades de la familia?

- Si se endeuda o tiene ahorro
- Si vende algo -animales, tierra o cosas
- Si es derechohabiente

¿Quién se responsabiliza de cuidar la salud de la familia?

V. CONOCIMIENTOS SOBRE ETS Y SIDA.

(AL TOCAR ESTE TEMA, RECUERDE AL ENTREVISTADO QUE LA INFORMACION

QUE PROPORCIONE SERA ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL)

Conocimientos:

¿Ha escuchado hablar de las enfermedades de transmisión sexual?

- Qué sabe de ellas, quién le platicó
- cuáles conoce
- cómo se contagian, cómo dan (EXPLORAR LA PROSTITUCION)
- cómo se curan
- si él o su pareja han tenido alguna (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, EXPLORAR DONDE LA CONTRAJO, COMO SE CURO, QUIEN LE AYUDO, ETC.)

¿Sabe cuáles son las diferencias entre las ETS (las que haya mencionado) y el SIDA?

- Cuál se previene y cura más fácilmente.

¿Qué sabe del SIDA? (RESPUESTA ESPONTANEA)

NOTA: (SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, EXPLORAR HASTA CONVENCERSE DE QUE SU CONOCIMIENTO O REFERENCIAS ES = 0. PASAR A LA EXPLORACION DE QUE ES LO QUE MAS LE PREOCUPA)

qué es

- cómo se enferman las personas (EN ESTE PUNTO HAY QUE EXPLORAR A PROFUNDIDAD LAS RESPUESTAS QUE DE SOBRE PRACTICAS DE RIESGO SEXUALES)
- si sabe algo sobre la diferencia entre ser vih+ y tener sida
- qué cree que es conveniente hacer para prevenir el contagio
- dónde o quién le enseñó todo esto

Prácticas de riesgo:

¿Qué cree que es lo más peligroso que una persona puede hacer para arriesgarse a que le dé el SIDA?

- Prácticas de riesgo que identifica
- Cuáles cree más importantes o más efectivas para el contagio.

¿A quiénes les da más el SIDA?

- Si él se considera en riesgo de contraer el VIH/SIDA
- si piensa que ha estado alguna vez en riesgo
- Si considera que su pareja está o ha estado en riesgo de contraer el VIH. Porqué, cómo.
- Percepción sobre homosexualidad, bisexualidad, prostitución, consumo de drogas y alcohol.

¿Qué deben hacer las personas para prevenir el SIDA?

- que piensa que debe hacer para prevenir el riesgo (EXPLORAR TODO EN RELACION AL CONDON, SI LO CONOCE, SI LO USA, SI SABE USARLO, SI LE GUSTA O LE DISGUSTA, SI LE TIENE CONFIANZA, QUE DIFICULTADES TIENE PARA USARLO, ETC.)

Relaciones de pareja

¿Ud. platica de estas cosas con su pareja? ¿Qué tanta confianza le tiene a su pareja?

- lo ha hablado con él sobre el riesgo
- si lo ha hablado con alguien más
- comunicación de pareja
- fidelidad
- violencia

Fuentes de información y credibilidad:

¿Dónde ha obtenido la información sobre ETS y SIDA?

- radio, TV, revistas, amigos, médicos, maestros, hijos
- A quién le cree más. Porqué.
- Qué es lo que más le preocupa de esta enfermedad (ESPERAR LA RESPUESTA ESPONTANEA Y DESPUES INDAGAR LA PREOCUPACION A NIVEL PERSONAL)

¿Que cree que sería bueno hacer en la comunidad para informar?

- si es difícil tratar estos temas, porque,
- a quiénes les hace más falta la información -jóvenes, adultos, hombres, mujeres, etc.
- quién tendría que dar la información para que la gente le prestara atención
- ¿A Ud. qué información le interesa y hace falta conocer sobre esta infermedad? (EXPLORAR LO MÁS POSIBLE)
- cómo le gustaría recibirla (INDIVIDUALMENTE O EN GRUPO), dónde, a qué horas.

VI. VIDA COTIDIANA.

Formas de vida y comunicación comunitarias:

¿Cuándo y para qué se reúne la comunidad?

- fiestas religiosas, políticas, educativas, de salud, comerciales, etc.
- Dónde se reúnen
- Modos de convocatoria (volantes, radio, sonido, etc.)
- Dónde y para qué se reúnen las mujeres
- Dónde y para qué se reúnen los hombres
- Dónde y para qué se reúnen los jóvenes

Formas de vida y comunicación individual:

¿Qué le gusta hacer para entretenerse?

- Qué le gusta hacer en su tiempo libre
- A qué eventos comunitarios le gusta ir y a cuáles no. Por qué
- Qué le gusta más: la TV, el radio, revistas.
- Cuál cree que sería la mejor forma para dar mensajes preventivos sobre SIDA a las mujeres de la comunidad.

*SEÑALAR AL ENTREVISTADO QUE LA PLATICA HA TERMINADO Y SI LE
GUSTARIA AGREGAR ALGO.
DAR LAS GRACIAS Y DESPEDIRSE.*

GUIA HOMBRES EXPERIMENTAL

I. DATOS GENERALES.

¿Dónde nació? (SI ES ORIGINARIA DE OTRO LUGAR, INDAGAR CUANTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO EN LA COMUNIDAD)

¿Qué edad tiene?

¿Es casado, soltero, viudo, separado o vive en unión libre?

¿A qué se dedica?

¿Cuántos hijos tiene y de qué edades?

¿Cuál es su religión? (EXPLORAR SI ASISTE REGULARMENTE A EVENTOS RELIGIOSOS)

¿Hasta que año fue a la escuela?

II. CONDICIONES DE VIVIENDA Y CONVIVENCIA.

¿Cuántas personas viven en esta casa?

- Si vive con su familia nuclear o en familia extensa
- De quién es la casa o lote donde vive
- Quién es el jefe de familia

III. MIGRACION.

¿Quiénes han migrado a los E.U. de su familia y desde cuándo?

- A qué lugares se han ido
- Cómo les ha ido
- Qué cambios nota Ud. que se dan por ir al Norte (culturales, económicos y en costumbres sexuales)

IV. SALUD

(AL INICIAR ESTE TEMA VOLVER A DECIR QUE EL INTERES PRINCIPAL DE LA ENTREVISTA ES CONOCER LOS TEMAS DE LA SALUD DE LA GENTE)

¿De qué se enferman en su familia con más frecuencia?

- Qué hace cuando se enferma.
- A dónde prefiere ir. Porqué.
- A quién o quiénes le(s) tiene más o menos confianza.

¿Cómo le hace para cubrir los gastos de enfermedades de la familia?

- Si se endeuda o tiene ahorro
- Si vende algo -animales, tierra o cosas
- Si es derechohabiente

¿Quién se responsabiliza de cuidar la salud de la familia?

V. CONOCIMIENTOS SOBRE ETS Y SIDA.

(AL TOCAR ESTE TEMA, RECUERDELE AL ENTREVISTADO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE SERA ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL)

Conocimientos:

¿Ha escuchado hablar de las enfermedades de transmisión sexual?

- Qué sabe de ellas, quién le platicó
- cuáles conoce
- cómo se contagian, cómo dan (EXPLORAR LA PROSTITUCION)
- cómo se curan
- si él o su pareja han tenido alguna (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, EXPLORAR DONDE LA CONTRAJO, COMO SE CURO, QUIEN LE AYUDO, ETC.)

¿Sabe cuáles son las diferencias entre las ETS (las que haya mencionado) y el SIDA?

- Cuál se previene y cura más fácilmente.

¿Qué sabe del SIDA? (RESPUESTA ESPONTANEA)

NOTA: (SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, EXPLORAR HASTA CONVENCERSE DE QUE SU CONOCIMIENTO O REFERENCIAS ES = 0. PASAR A LA EXPLORACION DE QUE ES LO QUE MAS LE PREOCUPA)

- qué es
- cómo se enferman las personas (EN ESTE PUNTO HAY QUE EXPLORAR A PROFUNDIDAD LAS RESPUESTAS QUE DE SOBRE PRACTICAS DE RIESGO SEXUALES)
- si sabe algo sobre la diferencia entre ser vih+ y tener sida
- qué cree que es conveniente hacer para prevenir el contagio
- dónde o quién le enseñó todo esto

Prácticas de riesgo:

¿Qué cree que es lo más peligroso que una persona puede hacer para arriesgarse a que le dé el SIDA?

- Prácticas de riesgo que identifica
- Cuáles cree más importantes o más efectivas para el contagio.

¿A quiénes les da más el SIDA?

- Si él se considera en riesgo de contraer el VIH/SIDA
- si piensa que ha estado alguna vez en riesgo
- Si considera que su pareja está o ha estado en riesgo de contraer el VIH. Porqué, cómo.
- Percepción sobre homosexualidad, bisexualidad, prostitución, consumo de drogas y alcohol.

¿Qué deben hacer las personas para prevenir el SIDA?

- que piensa que debe hacer para prevenir el riesgo (EXPLORAR TODO EN RELACION AL CONDON, SI LO CONOCE, SI LO USA, SI SABE USARLO, SI LE GUSTA O LE DISGUSTA, SI LE TIENE CONFIANZA, QUE DIFICULTADES TIENE PARA USARLO, ETC.)

Relaciones de pareja

¿Ud. platica de estas cosas con su pareja? ¿Qué tanta confianza le tiene a su pareja?

- lo ha hablado con él sobre el riesgo
- si lo ha hablado con alguien más
- comunicación de pareja
- fidelidad
- violencia

Fuentes de información y credibilidad:

¿Dónde ha obtenido la información sobre ETS y SIDA?

- radio, TV, revistas, amigos, médicos, maestros, hijos
- A quién le cree más. Porqué.
- Qué es lo que más le preocupa de esta enfermedad (ESPERAR LA RESPUESTA ESPONTANEA Y DESPUES INDAGAR LA PREOCUPACION A NIVEL PERSONAL)

¿Que cree que sería bueno hacer en la comunidad para informar?

- si es difícil tratar estos temas, porque,
- a quiénes les hace más falta la información -jóvenes, adultos, hombres, mujeres, etc.
- quién tendría que dar la información para que la gente le prestara atención

- ¿A Ud. qué información le interesa y hace falta conocer sobre esta enfermedad? (EXPLORAR LO MÁS POSIBLE)
- cómo le gustaría recibirla (INDIVIDUALMENTE O EN GRUPO), dónde, a qué horas.

VI. VIDA COTIDIANA.

Formas de vida y comunicación comunitarias:

¿Cuándo y para qué se reúne la comunidad?

- fiestas religiosas, políticas, educativas, de salud, comerciales, etc.
- Dónde se reúnen
- Modos de convocatoria (volantes, radio, sonido, etc.)
- Dónde y para qué se reúnen las mujeres
- Dónde y para qué se reúnen los hombres
- Dónde y para qué se reúnen los jóvenes

Formas de vida y comunicación individual:

¿Qué le gusta hacer para entretenerse?

- Qué le gusta hacer en su tiempo libre
- A qué eventos comunitarios le gusta ir y a cuáles no. Por qué
- Qué le gusta más: la TV, el radio, revistas.
- Cuál cree que sería la mejor forma para dar mensajes preventivos sobre SIDA a las mujeres de la comunidad.

SEÑALAR AL ENTREVISTADO QUE LA PLATICA HA TERMINADO Y SI LE GUSTARIA AGREGAR ALGO.

DAR LAS GRACIAS Y DESPEDIRSE.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, A. y T. Korec, *Silences: "Hispanic", AIDS and Sexual Practices*. Ed. Abelove, NY, 1993.

Amuchástegui, Ana, *El significado de la virginidad y la iniciación sexual: un relato de investigación*, 1996.

Arizpe, Lourdes, *Campesinos y Migración*, S.E.P. Cultura, México, 1985

Bauman, L. y E. Greenberg, *The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction*, en *Health education quaterly*, spring, 1992.

Bronfman, M. y J. Rubi-Kurtzman. *Comportamiento sexual de los inmigrantes mexicanos temporales a Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH*. Ponencia presentada en V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, COLMEX, 1995

Bronfman, M. y Nelson Minello. *Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH*, en *SIDA en México, migración, adolescencia y género*, México, Col. Sol, 1995

Bronfman, Mario y otros, *Migración y Sida en México y América Central*, Colecc. Ángulos del Sida, Censada-SSA, México, 2004.

Conteo de Población y Vivienda 1995, INEGI

Covian, Silvia, 1995, *Letra S*

Del Río-Zolezzi, Aurora y otros, *La epidemia del VIH/SIDA y la mujer en México en Salud Pública de México*, nov.-dic., 1995.

Foucault, M. *Historia de la sexualidad I*, Siglo XXI editores, México, 1977,

Gagnon, John. *Virtuous actions in the absence of a compelling dogma: reproductive health in a socially constructed world*. Ponencia presentada en

el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. COLMEX, noviembre de 1996

Izazola Licea, J.A., *Visión de conjunto en SIDA: Estado actual del conocimiento* (Basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canada), México, FUNSALUD, Noriega Editores y SIDALAC, 1996.

Juárez Sánchez, Laura, *Los Trabajadores Indocumentados en México*. Universidad Obrera de México. Estudio inédito en el momento de la realización de la investigación, citado en La Jornada el día 7 de abril de 1997

Liguori, Ana Luisa, *Relaciones de género y apoderamiento femenino*, en *Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA en Salud reproductiva*, México, INSP, 1995.

López, M. *La sexualogía, una ciencia interdisciplinaria: la importancia de la etnología*. México, Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. Libro de Resúmenes del 2o. Congreso de Educación Sexual y Sexología, abril de 1996

Magaña, J.R., *Sex, drug and VIH: an ethnographic approach*, USA, Sci. Med., 1991.

Magis Rodríguez, Carlos y otros, *Casos de sida en el área rural en México en Doce años de SIDA en México*, Salud Pública de México, Vol. 37, No. 6, 1995

Magis, Carlos, Enrique Bravo-García y Ana María Carrillo (Editores), *La otra epidemia: el SIDA en el área rural*, Colecc. Ángulos del Sida, Censada-SSA, México, 2003.

Martínez, Carolina, *Para Comprender la Subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México, El Colegio de México, 1996.

Pérez Velázquez, Hilda y otros, *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud, recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*. Censada, Angulos del Sida, 2004.

Separata de la Revista SIDA/ETS, *Datos actualizados para el cuarto trimestre*, Vol. 2, No. 4. Enero 1997

Silverman, David, *Interpreting Qualitative Data, Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, London, SAGE Publications, 2001.

Szaz, Ivonne y Susana Lerner (coord.), *Para Comprender la Subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México, El Colegio de México, 1996.

Valdespino, José Luis y otros (1995) *Epidemiología del SIDA/VIH*. México, INSP, Revista *Salud Pública de México*, num. especial, noviembre-diciembre, p. 557.

Vela Peón, Fortino, *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, 2001.