



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas



V. Nava-Navarro^{a,*}, D. Onofre-Rodríguez^b y F. Báez-Hernández^a

^a Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México

^b Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 30 de noviembre de 2016; aceptado el 30 de mayo de 2017

Disponible en Internet el 4 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Autoestima;
Violencia de pareja;
Conducta sexual;
Mujeres;
Indígenas;
México

Resumen Las mujeres indígenas son un grupo vulnerable que enfrentan una triple desventaja: ser mujeres, ser pobres y ser indígenas; inmersas en un contexto donde destaca la dominación masculina, con el agravante de que no se han apropiado de su derecho a la autonomía, lo que repercute en su conducta sexual.

Objetivo: Conocer la relación de la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas.

Método: La investigación fue de tipo descriptivo-correlacional, con diseño transversal. La muestra estuvo compuesta por 386 mujeres indígenas de una comunidad de Puebla, México, seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Como medidas se utilizaron una cédula de datos, la escala de autoestima, la escala de violencia, y para la conducta sexual se consideró la frecuencia con que la pareja uso condón en los últimos 12 meses, tipo y número de parejas sexuales.

Resultados: La media de edad fue de 33 años, el 43% de la muestra presentó autoestima baja, el 63.2% han sufrido violencia de pareja y el 16% de parejas ocasionales, y el 52% no usa condón. Se identificó que ante la presencia de violencia de pareja se presenta autoestima baja ($R^2 = 0.047$, $F_{[386]} = 18.73$, $p < 0.000$) lo que aumenta la exposición a conductas sexuales de riesgo ($R^2 = 0.019$, $F_{[386]} = 7.42$, $p < 0.007$).

Conclusión: El estudio de estas variables permitió un acercamiento a los factores que repercuten en la salud de las mujeres indígenas. Por ello es necesario que enfermería explore otros factores asociados a la conducta sexual que permitan diseñar programas estratégicos y oportunos.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Auto para Correspondencia.

Correo electrónico: vianetnn28@hotmail.com (V. Nava-Navarro).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEY WORDS

Self-esteem;
Partner violence;
Sexual conduct;
Women;
Indigenous people;
Mexico

Self-esteem, partner violence, and sexual behavior among indigenous women

Abstract Indigenous women are a vulnerable group which faces a triple disadvantage: being women, being poor, and being indigenous. These women are immersed in a context where masculine dominance is prevalent, and where they do not or cannot use their right to autonomy; this situation has an impact on their sexual behavior.

Objective: To explore the associations of self-esteem, partner violence, and sexual behavior among indigenous women.

Method: This is a descriptive, correlational, and transversal study. The sample was constituted by 386 indigenous women from a community in the state of Puebla, Mexico, who were selected by simple random sampling. The data chart, and the self-esteem and violence scales were used as measurements. Regarding sexual behavior, the frequency of condom use in the last 12 months, and the type and number of sexual partners were used.

Results: The age median was 33 years old, 43% showed a low self-esteem, 63.2% have suffered partner violence and 16% from occasional partners, and 52% do not use condom. It was identified that in the presence of partner violence, low self-esteem arises ($R^2 = .047$, $F_{[386]} = 18.73$, $P < .000$), a situation which increments the risk-posing sexual behaviors ($R^2 = .019$, $F_{[386]} = 7.42$, $P < .007$).

Conclusion: The exploration of these variables allowed a better look into the factors which have impacts on the indigenous women; moreover, it is necessary to promote nursing interventions to explore other related factors as well, and also to design and implement timely strategic programs to address the issue.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALAVRAS CHAVE

Autoestima;
Violência de casal;
Conduta sexual;
Mulheres;
Indígenas;
México

Autoestima, violência de casal e conduta sexual em mulheres indígenas

Resumo As mulheres indígenas são um grupo vulnerável que enfrenta uma tripla desvantagem: ser mulheres, ser pobres e ser indígenas; imersas em um contexto onde destaca a dominação masculina, com a agravante que não se apropriaram de seu direito à autonomia, o que repercute em sua conduta sexual.

Objetivo: Conhecer a relação da autoestima, violência de casal e conduta sexual em mulheres indígenas.

Método: a pesquisa foi de tipo descritivo-correlacional, com desenho transversal. A amostra esteve composta por 386 mulheres indígenas de uma comunidade de Puebla, México, selecionadas por amostragem aleatória simples. Como medidas utilizaram-se um documento de dados, a escala de autoestima, e a escala de violência e para a conduta sexual considerou-se a frequência com que o casal usou preservativo nos últimos 12 meses, tipo e número de casais sexuais.

Resultados: A média de idade foi de 33 anos, 43% da amostra apresentou autoestima baixa, 63.2% sofreram violência de casal e 16% das mulheres indígenas com casais ocasionados no 52% não usa preservativo. Identificou-se que ante a presença de violência de casal se apresenta autoestima baixa ($R^2 = .047$, $F_{[386]} = 18.73$, $p < .000$) o que aumenta a exposição a condutas sexuais de risco ($R^2 = .019$, $F_{[386]} = 7.42$, $p < .007$).

Conclusão: O estudo destas variáveis permitiu uma aproximação dos fatores que repercutem na saúde das mulheres indígenas. Pelo que é necessário que enfermagem sonde outros fatores associados à conduta sexual que permitam desenhar programas estratégicos e oportunos.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las mujeres indígenas (MI) son un grupo desfavorecido y vulnerable, afectadas por el analfabetismo (en promedio estudian 4.5 años, el 42% son analfabetas^{1,2}), la pobreza y por experimentar múltiples formas de discriminación por razones de género y etnia³⁻⁷, se encuentran en un contexto cultural rígido y desigual, ante la dominación masculina y dependencia económica⁸ que va de la mano con comportamientos de género tradicionales, donde su papel pasivo y la falta de decisión sobre sus derechos sexuales se reflejan en matrimonios y maternidades forzadas, así como en prácticas sexuales de riesgo¹.

Uno de los factores implicados en manifestaciones de esta situación es la autoestima de las MI, la cual, refleja las percepciones, sentimientos y tendencias de comportamiento de su manera de ser. Según Branden, esta corresponde a la actitud positiva o negativa de sí misma, hace énfasis en que cuando una persona tiene elevada la autoestima se respeta a sí misma, se siente lo suficientemente segura, confía plenamente en su capacidad para resolver sus propios problemas, se considera y se siente igual que cualquier otra persona, no se deja manipular; por lo tanto, la autoestima es la base fundamental para desarrollar al máximo las capacidades, es el punto de partida para el aprendizaje y la responsabilidad personal^{9,10}.

Por el contrario, cuando se encuentra la autoestima baja se presentan actitudes de rechazo e insatisfacción consigo mismo⁹; algunas manifestaciones es no atreverse a decir no, ante cualquier situación, por temor a desagradar y perder la benevolencia de su pareja, se condenan por conductas que no siempre son objetivamente malas, incluso se exagera la magnitud de los errores¹⁰, lo que finalmente repercute en trastornos psicológicos, afectivos, intelectuales, de conducta y principalmente somáticos. En el caso de las MI esta valoración personal es permeada por las creencias, costumbres y tradiciones de lo que su comunidad espera de ellas¹¹. La autoestima baja de las MI se debe a múltiples factores, entre ellos la presencia del machismo, maltratos conyugales, codependencia y violencia¹², lo que genera un impacto en la vida, la salud y el bienestar de las MI.

La autoestima de las MI, al ser la causa y el efecto de su conducta¹² y como resultado de las influencias sociales y culturales se ve afectada, ya que desde edades tempranas por las prácticas educativas familiares las MI interiorizan la necesidad de ser sumisas y obedientes, donde, en ocasiones se encuentran en un entorno hostil y quizá agresivo, por lo que los golpes son vistos como una prerrogativa legítima de padres y maridos¹³.

De acuerdo a algunos estudios, las MI en situaciones de mayor riesgo son aquellas con bajos niveles de autoestima y con presencia de violencia de pareja^{8,14,15}, este último, es un problema de salud pública¹⁶⁻¹⁸, por los efectos en la salud física y psicológica¹⁹; sin embargo, la MI no verbaliza el encontrarse ante esta situación a pesar del abuso emocional (psicológico) y físico, es decir propicia una violencia invisible, donde el principal agresor es su pareja y la comunidad la legítima, reconociéndola como normal, incluso como un instrumento sancionador^{18,19}.

La violencia de pareja involucra un patrón de control coercitivo, deliberado, repetitivo y prolongado^{18,20}; se trata

de cualquier comportamiento de un compañero íntimo que cause daño físico, emocional o sexual, lo cual, se considera un atentado a los derechos humanos de las MI, lo que afecta de manera negativa su salud^{15,17,20}.

Estudios sobre violencia de pareja reportan que la violencia psicológica es la que se muestra con mayor frecuencia^{18,19}; este tipo de violencia presenta diversas formas de agresión que afectan el estado emocional y/o psicológico, que consiste en abandono, descuido reiterado, celotipia, intimidación, insultos, humillaciones, amenazas, marginación, indiferencia, infidelidad, restricción a la autodeterminación, entre otras, las cuales conllevan a la víctima al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio^{4,18,19,21}.

La violencia física habitualmente es posterior al daño psicológico, se refiere a las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, traducidas en intento o daño permanente y/o temporal, en el que se usa la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar lesiones, ya sean internas, externas o ambas²¹, y están expresadas por empujones, golpes, jalones de pelo, heridas, lesiones con cuchillo, navaja u otros utensilios, intento de ahorcamiento, patadas o aventarles algún objeto^{18,19}.

La violencia sexual se reporta menos, debido a sistemas de apoyo inadecuado, vergüenza, temor o riesgo de represalias o de ser culpadas^{4,22}, por lo que existe mayor dificultad por parte de las MI para verbalizar este tipo de violencia. La violencia sexual se refiere a la forma de dominación, sometimiento o coerción ejercida sobre las mujeres con el fin de tener relaciones sexuales sin su consentimiento o en contra de su voluntad²¹; se consideran los comentarios, insinuaciones sexuales o cualquier acto que degrade o dañe el cuerpo de la mujer, que atente contra su dignidad e integridad física. Como consecuencia de este tipo de agresión las mujeres expuestas a violencia de pareja presentan una serie de problemas de salud, entre estas, aumento de la probabilidad de infección por virus de la inmunodeficiencia humana, el sida, entre otras infecciones de transmisión sexual (ITS)^{4,6,23}.

Así, las MI con autoestima baja, que enfrentan violencia de pareja (incluida la sexual) conjuntan, de manera constante, una mayor exposición a factores de riesgo y por tanto un alto nivel de vulnerabilidad, situación que se vincula a subordinación de tipo económica, social y cultural, donde el hombre cree que su esposa/pareja es de su propiedad y que tiene derecho y control sobre su cuerpo, así como a decidir cuándo y cómo tienen lugar los encuentros sexuales.

De acuerdo a Bahamón et al., la conducta sexual se refiere a las prácticas construidas y compartidas socialmente, lo que remite a la elaboración de significados atribuidos al ejercicio de su sexualidad²⁴. Sin embargo, Compte refiere que no existe un consenso sobre la tipificación de la conducta sexual, ya que cada estudio asume una clasificación distinta con base en la población de estudio²⁵. Diversas investigaciones consideran en la exploración de la conducta sexual el uso de condón; al respecto se ha observado que solo el 6.8% de las parejas de las MI usan el condón en su primera relación sexual, a diferencia del 10.1% de población no indígenas; asimismo, dentro del matrimonio solo el 2% de las parejas usan el condón^{26,27}. Esto confirma que el principal factor de riesgo para la exposición al virus de

la inmunodeficiencia humana, sida y otras ITS sigue siendo las relaciones heterosexuales sin protección; estos problemas de salud representan un problema de salud pública en todo el mundo²⁸, y el grupo de MI no son la excepción.

Conforme a lo anteriormente presentado se identifican múltiples consecuencias en la salud de la MI que incluyen manifestaciones físicas, problemas emocionales y una mayor utilización de los servicios sanitarios; algunas veces es inespecífico el motivo de consulta. Es importante hacer visible estos problemas sociales a los que se enfrenta la MI, identificar su autoestima, si se encuentran ante violencia de pareja y si esta influyen en su conducta sexual, lo que permitirá a la enfermera el desarrollo de posteriores estrategias de intervención integral, así como el acompañamiento de la MI en el proceso de reconocimiento de posibles afectaciones de su salud, para su atención oportuna dentro de un cuidado relevante culturalmente para ella y la pareja. Por ello, el propósito de este artículo es conocer la relación de la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en MI de Puebla, México.

Método

Se trata de un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con diseño transversal, el cual se llevó a cabo en una comunidad indígena al sur del estado de Puebla, de agosto a octubre de 2016. La muestra fue de 386 MI, se calculó a través del paquete estadístico nQueryAdvisor, con un nivel de significación de 0.05, un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.09$ y una potencia de prueba del 90%. El método para seleccionar a las MI de 18 a 60 años fue a través de números aleatorios con base en el censo poblacional de la comunidad. Los criterios de inclusión fueron MI que se autoidentifiquen como indígenas y/o hablen una lengua indígena, con vida sexual activa.

La información se obtuvo a través de la aplicación de una cédula de datos, en la cual se indagó sobre la edad de las MI, escolaridad y la edad de inicio de la vida sexual y si ha presentado alguna vez alguna ITS. Se aplicó una escala de autoestima²⁹, la cual consta de 10 preguntas con las que se mide la percepción de la persona acerca de ella misma; 5 preguntas están redactadas de manera positiva y 5 de forma negativa; tiene un patrón respuesta con 4 opciones, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo); para su corrección deben invertirse las puntuaciones de las preguntas enunciadas negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. Se presenta una puntuación mínima de 10 y máxima de 40, lo que indica a mayor puntuación mayor autoestima. Ha sido validada en población chilena (alfa de Cronbach de 0.75 y explica el 51.71% de la varianza total)³⁰ y en estudios con población indígena en Costa Rica (alfa de Cronbach de entre 0.60 y 0.67)³¹. Para este estudio se reporta un alfa de Cronbach de 0.65 y explica el 69.57% de la varianza total.

Asimismo, se aplicó una escala de violencia³², la cual consta de 19 preguntas con las que se obtiene información de la violencia perpetrada por la pareja en los últimos 12 meses. Se divide en 4 subescalas: 1) violencia psicológica, integrada por 5 reactivos (8, 9, 12, 15 y 17) que señalan una serie de conductas emocionalmente dominadoras y represivas hacia la mujer por parte de su pareja, 2) violencia

física, conformada por 5 reactivos (3, 5, 6, 13 y 19), violencia física severa con 6 reactivos (2, 4, 7, 10, 11 y 16) los cuales indican conductas de agresión física de las que son víctimas las mujeres, y 4) violencia sexual, constituida por 3 reactivos (1, 14 y 18), que hacen referencia a forzar psicológica o físicamente a la mujer a tener relaciones sexuales. Tiene un patrón respuesta con 4 opciones que van desde 1 (nunca) a 4 (muchas veces). Este instrumento ha sido validado en población mexicana con un alfa de Cronbach de 0.99 y explicó el 62.2% del total de la varianza³². Para este estudio se reporta un alfa de Cronbach de 0.90 y se explica el 63.57% de la varianza total.

Para la identificación de la conducta sexual de las MI se consideró la frecuencia en el uso del condón en los últimos 12 meses, con un patrón respuesta de 4 opciones, que van desde 1 (nunca usa condón) a 4 (siempre usa condón), el tipo de pareja sexual (estable y ocasional) y número de parejas sexuales en las MI. Para el análisis de esta variable se realizó la construcción de un índice donde la secuencia presentada fue de acuerdo al grado de exposición al riesgo, por lo que las puntuaciones oscilaron de 0 a 100, donde 0 representó mayor exposición al riesgo, por lo que se interpreta como una conducta sexual de riesgo y 100 representó una menor exposición al riesgo, lo que significa una conducta sexual segura.

Para la realización de este estudio, el procedimiento planteado fue a través de una tabla de números aleatorios se identificaron a las MI de 18 a 60 años, en el censo de la población de estudio, posteriormente se ubicaron a las participantes en su domicilio; al certificar que cubrían los criterios de inclusión, se les hizo la invitación a participar y se les explicó el propósito del estudio; cuando la MI aceptó participar, se le leyó el consentimiento informado y se le hizo énfasis en el anonimato y confidencialidad de la información. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21 para Windows. Para establecer relaciones lineales entre los puntajes obtenidos en la evaluación de la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Asimismo, se ajustaron 5 modelos de regresión lineal con las variables de estudio. La presente investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud³³.

Resultados

El 86% de las MI se encuentran en edad reproductiva (18-44 años)³⁴, lo cual implica mayor atención en los principales problemas de salud que presentan en esta etapa. También, se identificaron factores que exponen a las MI a una mayor vulnerabilidad, como el inicio de su vida sexual; se encontró que el 54.8% fue antes de los 17 años. Además, el 23.1% de las MI no sabe leer, ni escribir (no cursó ningún año escolar), solo el 25.9% concluyó la primaria, lo que las limita a mejores oportunidades y al acceso de información (tabla 1). El 28% refirieron haber presentado alguna infección vaginal de la cual desconocen su origen. Del mismo modo, el 6.2% de las MI reportó presentar virus del papiloma humano.

De acuerdo a las variables indagadas se encontró que el 57% de las MI presentaron una autoestima por encima

Tabla 1 Descripción de datos personales (n = 386)

Variable	M	Mdn	DE	Mín	Máx
Edad de las MI	33.18	32	10.15	18	60
Edad del IVS	17.75	17	3.49	11	45
Escolaridad	4.94	6	3.75	0	12

DE: desviación estándar; IVSA: inicio de la vida sexual activa; M: media; Máx: valor máximo; Mdn: mediana; MI: mujeres indígenas; Mín: valor mínimo.

de la media (media = 31.7, DE = 4.81); en este grupo el 87.6% refiere encontrarse satisfecha y a gusto consigo misma, lo que indica que califican como alta autoestima. Es importante señalar que el 43% de las MI presentan baja autoestima, de las cuales el 70.2% desearía tener más respeto para ella misma y el 38.1% no tiene mucho de qué estar orgullosa.

El 63.2% de las MI refirió encontrarse ante violencia de pareja, de las cuales el 57% reportaron violencia psicológica, donde la pareja la ha insultado, le ha dicho que es poco atractiva o fea y la ha rebajado y menospreciado, incluso se han puesto celosos o han sospechado de sus amistades. El 23.8% presentó violencia física, expresada por golpes con el puño o la mano, la ha empujado intencionalmente, la ha pateado y jaloneado. El 8.5% manifiesta haber presentado violencia física severa en la cual la MI se ha visto amenazada con un rifle y ha sido quemada con un cigarro. El 28% ha presentado violencia sexual, en la cual su pareja la ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales, igualmente, le ha exigido y ha usado la fuerza para tener relaciones sexuales.

Sobre la conducta sexual de las MI, el 84% reportan tener una pareja sexual estable con la cual el 57% nunca utilizan condón, el 30% a veces, el 8% con frecuencia y solo el 5% reportaron utilizarlo siempre. El 16% de las MI indicaron tener parejas ocasionales con las cuales el 52% nunca usan condón, el 23% a veces, el 8% con frecuencia y solo el 17% siempre usa condón.

De acuerdo a las variables indagadas se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas, aunque con valores bajos, y estas fueron: la edad del inicio de la vida sexual

directamente proporcional con la escolaridad ($r_s = 0.202$, $p = 0.000$) e inversamente proporcional con la violencia física ($r_s = -0.145$, $p = 0.004$) y sexual ($r_s = -0.108$, $p = 0.034$). Se identificó que las MI con más años de escolaridad presentan mejor autoestima ($r_s = 0.216$, $p = 0.000$) y disminuye la violencia sexual ($r_s = -0.124$, $p = 0.015$), sin embargo se ve afectada su conducta sexual, encontrándose ante mayor riesgo ($r_s = -0.213$, $p = 0.000$). Se identificó autoestima baja ante violencia psicológica por parte de su pareja ($r_s = -0.250$, $p = 0.000$), física ($r_s = -0.213$, $p = 0.000$), física severa ($r_s = -0.145$, $p = 0.004$) y sexual ($r_s = -0.262$, $p = 0.000$). Las correlaciones fueron positivas y significativas para los diferentes tipos de violencia entre sí (tabla 2).

De acuerdo a los modelos de regresión lineal, se encontró que las MI con mayor edad presentan una conducta sexual segura ($R^2 = 0.019$, $F_{[386]} = 7.38$, $p < 0.007$). Asimismo, se identificó que cuanto mayor escolaridad tengan las MI, esto influye en su autoestima ($R^2 = 0.052$, $F_{[386]} = 7.61$, $p < 0.000$) lo que puede ser un punto de partida que potencia su autorrealización. Por otro lado, se encontró que ante la presencia de violencia de pareja, la MI presenta autoestima baja ($R^2 = .047$, $F_{[386]} = 18.73$, $p < 0.000$) lo que aumenta el riesgo de exposición ante una conducta sexual de riesgo ($R^2 = 0.019$, $F_{[386]} = 7.42$, $p < 0.007$).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación de la autoestima, violencia de pareja y la conducta sexual en las MI, lo que permitió un acercamiento a este grupo social que requiere de especial atención, por ser una población vulnerable que experimentan múltiples formas de discriminación y por ser un grupo que se encuentra en edad reproductiva^{3,4}.

Para la comprensión de la compleja trama de las diferentes formas de invisibilidad en los fenómenos que afectan la salud de las MI³⁵ es preciso considerar un factor que contribuye a esta situación: el analfabetismo, de acuerdo a los resultados se identifica que continúa latente esta condición; otros estudios han reportado resultados similares, donde las MI solo cursan 4 años de escolaridad^{2,7,36}, lo que las limita para mejores oportunidades y al acceso a una atención de

Tabla 2 Valores de los coeficientes de relación entre la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en MI (N = 386)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad del IVS	1							
2. Escolaridad	0.202**	1						
3. Autoestima	0.097	0.216**	1					
4. Violencia psicológica	0.086	0.019	-0.250**	1				
5. Violencia física	-0.145**	-0.084	-0.213**	0.560**	1			
6. Violencia física severa	-0.052	-0.055	-0.145**	0.359**	0.425**	1		
7. Violencia sexual	-0.108*	-0.124*	-0.262**	0.466**	0.466**	0.261**	1	
8. Conducta sexual de las MI	0.024	-0.213**	-0.050	-0.131*	-0.121*	-0.096	-0.031	1

IVS: inicio de la vida sexual; MI: mujeres indígenas.

Nivel de significación:

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

salud de calidad³⁶. De acuerdo a este hallazgo es necesario impulsar la educación en las MI, lo que podría repercutir en un retraso del inicio de la vida sexual, en mejorar la autoestima, todo lo cual podría ayudarles a afrontar y disminuir la violencia de pareja y por tanto la exposición a conductas sexuales de riesgo, como se refiere en algunas investigaciones^{8,15,37-39}.

La falta de decisión sobre sus derechos sexuales, donde su papel pasivo y la autoestima es rebasada por sus costumbres y tradiciones, al igual que los resultados de este estudio muestran que las MI evidencian actitudes de rechazo e insatisfacción consigo mismas, desearían tener más respeto y no tienen mucho de que estar orgullosas, resultados que encuentran similitud con otros estudios, donde prevalecen ideas estereotipadas, actitudes y prácticas que, consciente o inconscientemente, legitiman la discriminación, desigualdad y la indiferencia de las MI^{1,9,11,40}.

Por otra parte, algunos estudios de investigación reportan asociación de la autoestima baja con la falta de uso del condón^{26,27}, aunado a presentar un inicio de sus relaciones sexuales antes de los 17 años, lo que aumenta el riesgo de exposición ante la infección de virus de la inmunodeficiencia humana, sida y otras ITS^{7,41}. Por lo tanto, es necesario trabajar y fortalecer la autoestima de las MI, lo que les permitirá la apropiación de su vida, su salud, sus espacios y el reconocimiento de ellas mismas⁸.

Este estudio muestra indicios de que cuando la autoestima de la MI se ve afectada se encuentra vulnerable ante la violencia de pareja psicológica, física y sexual. Esto es semejante a los resultados de Morales et al.¹⁹, con relación a que la violencia ejercida por la pareja con mayor frecuencia es la psicológica (la pareja insulta a la MI, le ha dicho que es poco atractiva o fea, la ha rebajado y menospreciado incluso se ha puesto celoso y/o ha sospechado de sus amistades), lo que coincide con otros autores^{8,31,42}.

Al igual que en otras investigaciones⁴³, la violencia física también está presente pero con menor frecuencia que la psicológica (57 vs. 24%). El porcentaje de violencia sexual fue ligeramente superior que la física, y es semejante a los resultados de Ulloa et al.⁴⁴; estos refieren que las prácticas violentas que sufren las mujeres en las comunidades indígenas se arraigan en sus tradiciones, en la venta de la novia, la poligamia, la poliginia, la excesiva violencia física y sexual, lo que afecta de manera negativa la salud sexual de las MI^{18,19,43}. Se ha señalado que este problema es un fenómeno difuso y complejo que sigue pasando inadvertido por las propias MI, ya que en el imaginario social su pareja debería asumir la responsabilidad de cuidar de ellas³¹.

Por consiguiente, es necesario que los profesionales de la salud, entre ellos enfermería, aborden esta población y acorde con los objetivos de la disciplina de brindar cuidados para la satisfacción de necesidades de la salud, incluidos los aspectos anímicos de la persona⁴⁵, realicen además detección oportuna de factores de riesgo, promoción y educación para la salud. Ya que las MI, a menudo, no identifican los problemas de salud a que se enfrentan derivados de la violencia psicológica y sexual, es necesario un acompañamiento en el reconocimiento (detección temprana) en este caso de una autoestima baja, violencia de pareja o una conducta sexual de riesgo¹⁸. Otro motivo del porqué la enfermera es una pieza clave en el cuidado de la salud de las MI es debido a su

mayor accesibilidad y aceptación, lo que minimizaría la utilización de los servicios sanitarios por causas inespecíficas, que suelen asociarse a manifestaciones físicas y problemas emocionales^{8,15}.

Conclusión

El estudio de la autoestima, la violencia de pareja y la conducta sexual de las MI permitió un acercamiento a esta población vulnerable. Un elemento fundamental identificado que pudiera propiciar mejores condiciones vinculadas a las variables estudiadas fue la escolaridad. Es decir, es necesario que las mujeres continúen preparándose académicamente, ya que con base en los resultados se encontró que esta repercute en su autoestima, lo que pudiera influir en la toma de decisiones asertivas como retrasar el inicio de su vida sexual y el uso en mayor frecuencia del condón.

La violencia de pareja continúa siendo un problema de salud pública y las MI no son la excepción, ya que esta situación tiene una implicación social, en la cual se afecta la vida de la MI, la pareja, familia, comunidad y sociedad en general; donde las nuevas generaciones heredan estas prácticas de convivencia y los replican, por lo que es necesario, que el profesional de enfermería tome conciencia de su papel en la detección de factores de riesgo, además de brindar cuidados oportunos a esta población que les permita a las MI visibilizar esta problemática, para contribuir a evitar la continuación de esta huella histórica de violencia de pareja.

De acuerdo a los hallazgos identificados en este estudio, se hace necesario continuar la revisión y profundizar en otros factores de riesgo que pueden estar asociados a la conducta sexual de las MI. El considerar e integrar estos elementos permitirá diseñar programas estratégicos con información oportuna y de interés para las MI.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que permitan identificar a las participantes.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ponce P, Hernández R, Torres J, et al. El VIH y los pueblos indígenas. México: CNDH; 2011 [consultado 17 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1fi36uX>.
- Bocos R. Situación de las mujeres en los pueblos indígenas de América Latina. Obstáculos y retos. Almería: Centro de Estudios de ayuda Humanitaria, KALU Institute; 2011 [consultado 13 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rGEfZa>.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas. México: CDI; 2010 [consultado 19 Jun 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qS7p06>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva n. o 110. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 17 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1sd4716>.
- Purdy B. Our women and girls are dying. HIV/AIDS in indigenous communities. West Vancouver, BC: The Red Road HIV/AIDS Network; 2013.
- Jasso I, Rosas R. Experiencias de educación en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán (UIIM) desde una perspectiva de género. *Rev Latinoam Educ Inclusiva*. 2014;8:247-62 [consultado 8 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qcAjOK>.
- Ponce J, Núñez O, Báez M. Informe final de la consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. México: CDI; 2011 [consultado 10 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rP9Dnv>.
- Calvo GG, Camacho BR. La violencia de género, evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*. 2014;12:424-39 [consultado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.1.181941>.
- Branden N. La psicología de la autoestima. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A; 2001 [consultado 17 Jun 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qcKy5w>.
- Branden N. Cómo mejorar su autoestima. Madrid, España: Paidós Ibérica, S.A; 2010 [consultado 16 Mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2q7wYnV>.
- Hernández C. Manual autogénero y autoestima de las mujeres. México: Instituto Estatal de las Mujeres de Tabasco; 2010 [consultado 17 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qLfsVy>.
- Acosta PR. La autoestima en la cultura indígena chatina de México. *Mendive*. 2006;4:110-7 [consultado 17 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qS1VtB>.
- González MS. Violencia contra las mujeres, derechos y ciudadanía en contextos rurales e indígenas de México. *Convergencia*. 2009;16:165-85 [consultado 19 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2rDwFwY>.
- Casique L, Furegato R. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. *Index de Enferm*. 2007;16:17-21 [consultado 11 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qRriOj>.
- Hernández BE, Bernal A. Violencia a mujeres indígenas en la Ciudad de México: La indiferencia pura. *Tiempo y escritura*. 2011;20:76-82 [consultado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qSrzym>.
- Boira S, Carbajosa P, Méndez R. Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Interven Psicosocial*. 2015;25:9-17 [consultado 16 Feb 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.07.008>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado 18 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qSpLoU>.
- Burgos D, Canaval G, Tobo N, et al. Violencia de pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad, Cali, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2012;14:377-89 [consultado 17 noviembre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rwwDLG>.
- Morales A, Alonso M, López K. Violencia de género y autoestima de las mujeres de la Ciudad de Puebla. *Rev Sanid Milit Méx*. 2011;65:48-52 [consultado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2q7TcWV>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva: violencia contra la mujer. Ginebra: OMS; 2016 [consultado 20 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/VNwSyz>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Panorama de violencia contra las mujeres en México. México: INEGI; 2013 [consultado 17 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qLHn1>.
- Visentin F, Becker V, Trevisan I, et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm*. 2015;33:556-64 [consultado 18 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qLPOQo>.
- Puri M, Tamang J, Shah I. Suffering in silence: Consequences of sexual violence within marriage among young women in Nepal. *BMC Public Health*. 2011;11 [consultado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-29>.
- Bahamón M, Vianchá P, Tobos V. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol Caribe*. 2014;31:327-53 [consultado 17 Nov 2016]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.31.2.3070>.
- Compte E. Imagen corporal y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: un estudio teórico. *Rev Psicol GEPU*. 2012;3:235-54 [consultado 3 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rMVxUA>.
- Kumar P. Use of contraceptives and unmet need for family planning among tribal women in india and selected hilly states. *J Health Popul Nutr*. 2014;32 [consultado 3 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rdG5nd>.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009 México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres [consultado 8 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qdDghY>.
- Cruz C, Ramos U, González C. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, dirigida a personal de servicios de salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud A.C; 2011 [consultado 20 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1J4YeWJ>.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Revised edition. College of Behavioral & Social Sciences, Department of Sociology. University Maryland Middletown. 1989 [consultado 9 Jun 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rxgBks>.
- Rojas BC, Zegers PB, Forster MC. La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*. 2009;137:791-800 [consultado 2 Jul 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>.
- Román M, Moreno M. Autoestima en jóvenes indígenas: borucas y térrabas. *Rev Ciencias Sociales*. 2010;33(126-127):33-44 [consultado 9 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qdxPjc>.
- Valdez S, Híjar M, Salgado S, et al. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Públ Méx*. 2006;48:221-31 [consultado 4 Jul 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rNhdzM>.
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 1987. México: SSA; 1987 [consultado 8 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1SBpqPT>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la mujer. Nota descriptiva n. o 334. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 10 Ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/19F4Qfw>.
- Ponce J, Núñez N. Pueblos indígenas y VIH-Sida. Presentación. Desacatos. 2011; 7-10 [consultado 20 Oct 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qQYrt5>.

36. Schmelkes S. Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Real. Datos espacio rev int estad geogr.* 2013;4:5–13 [consultado 17 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qjN57>.
37. Stöckl H, Kalra N, Jacobi J, et al. Is early sexual debut a risk factor for HIV infection among women in Sub-Saharan Africa. A systematic review. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69:27–40 [consultado 3 Oct 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aji.12043>.
38. Wand H, Ramjee G. The relationship between age of coital debut and HIV seroprevalence among women in Durban South Africa: A cohort study. *BMJ Open.* 2012;2:1–8 [consultado 17 Nov 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000285>.
39. Evangelista GA, Kauffer E. Iniciación sexual y unión conyugal entre jóvenes de tras municipios de la región fronteriza de Chiapas. *La ventana.* 2009;30:181–221 [consultado 17 Sep 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qR1ZeE>.
40. Moscoso UV, Pérez GA, Estrada ML. Violencia contra las mujeres en el Estado de México. México DF: Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos AC; 2012 [consultado 11 Oct 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qXyp2T>.
41. Romero Z, Kumar A, Infante J. Sexual and reproductive behaviors of the indigenous women: Findings from Mexico. *Rev Cercet Interv Soc.* 2011;33:114–30 [consultado 10 Octubre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2rWhK1E>.
42. Hernández C, López R. Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index Enferm.* 2011;20 [consultado 1 Nov 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200012>.
43. Romero Z. Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras. *Estud Soc.* 2012;20:293–312 [consultado 20 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2qdsTPc>.
44. Ulloa T, Montiel O, Baeza G. Visibilización de la violencia contra las mujeres en los usos y costumbres de las comunidades indígenas. Trabajo etnográfico en Los Altos de Chiapas. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres; 2010 [consultado 17 Nov 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2heYpYi>.
45. Badillo Zúñiga J, Hernández Morales A, Bermúdez González A. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cul Cuid.* 2013;17:11–8 [consultado 14 Mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qXTblx>.