



Universidad Nacional Autónoma de México

UNAM

Escuela Nacional de Trabajo Social

Unidad de Posgrado

Especialidad en Modelos de Intervención con Mujeres

Título

**Sistematización del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. como alternativa en la atención
de problemas de salud sexual y reproductiva en localidades indígenas de Zitácuaro,**

Michoacán

Que para obtener el grado de especialista en Modelos de Intervención con Mujeres

Presenta

Lic. A. S. Berenice Sandoval de Robles

Asesora

Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón

Ciudad Universitaria, México 2018



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.

Índice

Introducción	I
Capítulo 1. Marco Teórico-Conceptual.....	1
1.1 Teoría Feminista.....	1
1.1.1 Equidad de género.....	5
1.1.2 Empoderamiento.....	6
1.2 Salud.....	8
1.2.1 Salud Sexual y Reproductiva	8
1.3 Discriminación.....	12
1.4 Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas.....	13
1.5 Etnia.....	15
1.6 ¿Qué es un modelo de intervención?.....	16
1.6.1 Elementos que integran los modelos de intervención en Trabajo Social..	17
1.6.2 Utilidad del diseño y aplicación de modelos.....	18
1.6.3 Clasificación de los modelos de intervención en Trabajo Social.....	19
1.6.4 ¿Qué es la intervención social?.....	21
1.6.5 Proceso de Intervención Social.....	23
1.6.6 Algunas áreas de intervención desde el Trabajo Social.....	24
1.7 Conclusiones capítulo uno.....	25
Capítulo 2. Marco Normativo con Enfoque de Género.....	27
2.1 Instrumentos Internacionales en materia de violencia de género derechos sexuales y reproductivos, discriminación e interculturalidad	27
2.1.1 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1979.....	28
2.1.2 Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1989.....	28
2.1.3 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994.....	29
2.1.4 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995)	30
2.1.5 Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005-2014)	33
2.1.6 Cumbre mundial 2005	34
2.1.7 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000	35
2.2 México y las leyes nacionales en materia de igualdad entre mujeres y hombres..	35
2.2.1 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.....	37
2.2.2 Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Población 2012...	37
2.2.3 Norma Oficial Mexicana (NOM 005-1993) de los servicios de Planificación Familiar.....	38
2.3 Reglamentos y Leyes Estatales de Michoacán de Ocampo	39
2.3.1 Reglamento de la Ley por una vida libre de violencia para las mujeres en Michoacán de Ocampo.....	39
2.3.2 Ley de Salud del estado de Michoacán de Ocampo 2013.....	40
2.3.3 Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos y Comunidades Indígenas del estado de Michoacán	41
2.4 Conclusiones capítulo dos.....	42

Capítulo 3. Marco Contextual.....	43
3.1 Ubicación geográfica del estado de Michoacán de Ocampo	43
3.2 Caracterización de la problemática social en Michoacán de Ocampo	45
3.3 Ubicación geográfica del municipio de Zitácuaro, Michoacán	49
3.4 Caracterización de la problemática social en el municipio de Zitácuaro	55
3.5 Casas de la Mujer Indígena en México (CAMI)	58
3.6 Casas de la Mujer Indígena CAMI como modelo de acción participativa o autogestivo	59
3.7 CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C	64
3.8 Consolidación de la Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A.C.....	65
3.9 Estrategias de Intervención de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.....	67
3.10 Contexto social de intervención por parte de la CAMI Mazot-Dexi-Deetta A.C.	68
3.11 Conclusiones capítulo tres	69
Capítulo 4. Sistematización del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.....	70
4.1 Antecedentes del modelo nacional CAMI	70
4.2 Objetivos de las CAMI a nivel nacional	71
4.3 Enfoque general de las CAMI	73
4.4 Metodología del modelo CAMI	73
4.5 Estructura del modelo CAMI	74
4.6 Ámbitos de trabajo de la CAMI	76
4.7 Proceso operativo de la CAMI.....	77
4.8 Acciones institucionales por etapas de la CAMI.....	77
4.8.1 Fase de preparación.....	79
4.8.2 Fase 1. Inicial.....	80
4.8.3 Fase 2. Construcción.....	81
4.8.4 Fase 3. Consolidación.....	82
4.9 Población objetivo de las CAMI	83
4.10 Sistematización de la experiencia CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.....	84
4.10.1 Descripción del desarrollo de la experiencia.....	84
4.10.2 Marco teórico conceptual en el que se inscribe la experiencia.....	87
4.10.3 Contexto en el que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto.....	90
4.10.4 Intencionalidad de la experiencia.....	90
4.10.5 Estrategia metodológica que se implementó.....	91
4.10.5.1 Consolidación por etapas de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C....	95
4.10.5.2 Áreas de función de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.....	96
4.10.6 Análisis del desarrollo de la experiencia.....	101
4.10.7 Resultados de la experiencia.....	103
4.10.8 Conclusiones de la sistematización.....	112
4.11 Conclusiones capítulo cuatro.....	114
Conclusiones del Trabajo Recepcional.....	115
Referencias Bibliográficas	119
Anexos	127

Índice de Tablas

Tabla 1. Panorama de los modelos y autores 1930-2003	20
Tabla 2. Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) 2000.....	35
Tabla 3 . Regionalización de estado de Michoacán de Ocampo	45
Tabla 4. Índices de Marginación en Michoacán de Ocampo.....	49
Tabla 5. Localidades y grado de marginación del municipio de Zitácuaro.....	50
Tabla 6. Indicadores de Marginación en Zitácuaro.....	56
Tabla 7. Indicadores de Rezago Social en Zitácuaro.....	57
Tabla 8. Tasa de natalidad y mortalidad en el municipio de Zitácuaro.....	57
Tabla 9. Las CAMI: Características principales.....	63
Tabla 10. Indicadores de Marginación social en la localidad de Nicolás Romero.....	64
Tabla 11. Indicadores de Rezago social en Nicolás Romero.....	64
Tabla 12. Acciones y metas emprendidas por la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C...	67
Tabla 13. Comunidades intervenidas por la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.....	68
Tabla 14. Modalidades, Población Objetivo y Montos de los apoyos.....	83
Tabla 15. Descripción del desarrollo de la experiencia.....	84
Tabla 16. Acciones de fortalecimiento y consolidación organizativa.....	98
Tabla 17. Acciones para la asesoría, canalización, acompañamiento a usuarias.....	98
Tabla 18. Acciones de difusión y sensibilización comunitaria.....	99
Tabla 19. Acciones para el fortalecimiento de capacidades de las integrantes de la CAMI.....	100
Tabla 20. Acciones de generación de materiales para la divulgación.....	101
Tabla 21. Participantes de la entrevista grupal.....	104

Índice de Figuras

Figura 1. Proceso de intervención desde el Trabajo Social.....	23
Figura 2. Características de la intervención	24
Figura 3. Problemáticas sociales en las cuales interviene la ó el Trabajador Social...	25
Figura 4. Ubicación de Michoacán de Ocampo	44
Figura 5. Mapa de Heróica de Zitácuaro.....	50
Figura 6. Ubicación geográfica de las CAMI en México.....	62
Figura 7. Modelo autogestivo CAMI.....	71
Figura 8. Objetivos del modelo CAMI.....	72
Figura 9. Enfoque del modelo CAMI.....	73
Figura 10. Metodología del Modelo CAMI.....	74
Figura 11. Estructura general del modelo.....	75
Figura 12. Ámbitos de trabajo o ejes temáticos de la CAMI.....	76
Figura 13. Proceso operativo de la CAMI.....	77
Figura 14. Acciones institucionales por etapas de la CAMI.....	78
Figura 15. Fase de preparación.....	79
Figura 16. Fase 1. Inicial.....	80
Figura 17. Fase 2. Construcción.....	81
Figura 18. Fase 3. Consolidación.....	82
Figura 19. Proceso metodológico para el diseño e implementación de modelos de intervención.....	94
Figura 20. Consolidación por etapas de la CAMI Mazot Dexi Deeetta A.C.....	96
Figura 21. Áreas y funciones de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.....	97

INTRODUCCIÓN

Según datos del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2017) la violencia contra las mujeres, y en especial las indígenas, presenta altos índices en México. Ello se debe en parte a que por cuestiones económicas y de género dependen de sus parejas, quienes ejercen control sobre sus cuerpos a través de violencia física y violencia sexual; además en las comunidades hay una negación de los derechos de las mujeres (educación, salud, participación política, salud sexual y reproductiva), por parte de la familia y de la comunidad que perpetúan los roles tradicionales de las mujeres, casadas, que no pueden trabajar fuera de casa, que no se les permite estudiar, que se les inculca mantener una postura de sumisión, pasividad y entregadas a sus hijos. Confinándolas a una vida en la que las aspiraciones son acordes a aspectos culturales de la región.

Por otra parte, a nivel institucional (Centros de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otros) las mujeres indígenas han sido víctimas de violencia al no recibir la atención requerida en tiempo y forma, al ser sometidas a métodos anticonceptivos como la colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU) sin su consentimiento y en el peor de los casos a métodos permanentes, ello como resultado de la violencia y discriminación ejercida en contra de las mujeres por su condición generica, de raza y étnica. Lo que queremos decir es que desde las instituciones de apoyo se generan prácticas que lejos de resolver, añaden nuevos agravios a la situación de las mujeres, por lo tanto uno de los objetivos de este trabajo es llamar la atención acerca de la violencia estructural (familia, comunidad, instituciones, iglesia, Estado) ejercida en contra de las mujeres indígenas, y ahondar en el tema de la salud sexual y reproductiva.

En distintas regiones indígenas se han instalado 24 Casas de la Mujer Indígena (CAMI) de 2003 a 2017, las cuales atienden tres ejes principales: 1. Salud materna y perinatal: promoción de la salud integral; prevención de la mortalidad materna; embarazo adolescente y juvenil; cuidados durante el embarazo, parto y puerperio; lactancia y ablactación; 2. Salud reproductiva: acceso y uso de anticonceptivos; consentimiento informado; infecciones y enfermedades de transmisión sexual; cáncer cérvico uterino y mamario; sexualidad; VIH-SIDA; 3. Derecho a la salud: acceso y uso de servicios de salud; calidad de la atención; derechos de los pacientes; interculturalidad en salud; derechos sexuales y derechos reproductivos (CDI, 2018).

Las regiones indígenas en México, han sido lo que Beltrán (1967) denominó “regiones de refugio”, siendo aquellas alejadas de los centros de población y enclavadas en zonas distantes y de difícil acceso; como es el caso de las comunidades Mazahua (Jñatrjo) de Crescencio Morales y Otomí (Nñañu) de San Felipe los Alzati, poblaciones que viven con problemáticas en salud sexual y reproductiva tan graves como el SIDA, Virus del Papiloma Humano (VPH), además de la violación a los derechos humanos; por tal motivo, un grupo de mujeres de Crescencio Morales emprendió la ardua tarea de solicitar recursos que por derecho existen a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), para la instalación de una Casa de la Mujer Indígena en la localidad de Nicolás Romero, pertenecientes al municipio de Heróica Zitácuaro, estado de Michoacán de Ocampo.

Para el establecimiento de la CAMI Mazot que lleva por nombre Dexi-Deetta A.C. (Semillas de trigo y maíz) en Nicolás Romero, se solicitó la intervención del CDI para un estudio diagnóstico, el cual hizo visible el predominio de la violencia que se ejerce desde el hogar en contra de la mujer indígena, sea por la pareja o por otras personas (suegros, cuñados, hermanos), así mismo el patrimonio de las mujeres se ve mermado por desinformación, abuso de confianza o despojo, además ellas sufren de agresiones que se tipifican como físicas, verbales, psicológicas, económicas y de tipo sexual.

El modelo de intervención aplicado en las CAMI ha sido replicable, lo que indica que inició como proyecto de casas piloto en 2003 al paso del tiempo se ha replicado en diferentes estados de la república con población indígena. Las CAMI, como institución son de interés para la disciplina de Trabajo Social pues inicia procesos de cambio en lo individual, grupal y comunitario. Además estas CAMI son susceptibles de análisis cualitativo, retomando las categorías de género, equidad de género, discriminación, derechos sexuales y reproductivos y derechos de mujeres indígenas.

Por otro lado, la propuesta de la teoría feminista es visibilizar las condiciones de las mujeres y hombres establecidas en la sociedad; en las cuales las mujeres han estado situadas en condiciones desfavorables dentro de la vida privada y pública; toda investigación debe ser crítica y, en este caso del feminismo, visibilizar las desventajas y condiciones que afectan a las mujeres indígenas en contextos rurales desde sus propias vivencias. En esta perspectiva los datos cualitativos cobran mayor relevancia pues a través de las entrevistas se pretende escuchar las voces de las mujeres que han sido calladas en una sociedad que ha tratado de silenciarlas.

La investigación feminista se compromete con la transformación de las estructuras sociales y culturales desde el individuo, la familia y la sociedad en las que se presentan condiciones de discriminación, subordinación, opresión y estereotipo de las mujeres.

Es importante mencionar que esta investigación sistematizó el proyecto en operación “Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A.C., (Semillas de Trigo y Maíz)” cuya línea de acción más importante es la “Salud Sexual y Reproductiva”, que se inscribe en el proyecto de “Prevención y atención de enfermedades de la salud sexual en la población indígena del Oriente de Michoacán” misma que se encontraba en 2016 en la tercera etapa de acción, que corresponde a la de fortalecimiento y está compuesta por mujeres mazahuas y otomíes de la región; su campo de intervención está enfocada a mujeres y a hombres de los dos grupos indígenas.

La Casa de la Mujer Indígena Dexi-Deetta A.C., se encuentra ubicada en la localidad de Nicolás Romero y atiende a la población indígena del Oriente de Michoacán, la CAMI opera y realiza sus actividades con un equipo compuesto por 11 personas, de las cuales nueve son mujeres y dos son hombres, pertenecientes a comunidades indígenas mazahuas y otomíes.

Para la sistematización del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., se retomaron las ideas del Trabajo Social Feminista de Trigueros (1995), Viscarret (2007), las propuestas de diseño de modelo de Galeana de la O (1999) y los aportes de Morgan y Quiroz (1988) lo que permite sistematizar el modelo para conocer cómo surgió, su operatividad, las intervenciones que realiza y analizar los resultados que ha obtenido en el año 2016.

Planteamiento del Problema:

Para Freyermuth (s,f) la población indígena que habita en el país es de 7 382 785 y la condición de inequidad en la que viven se refleja en diferentes ámbitos que afecta de manera directa e indirecta la integridad de mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores; es así que la población indígena que vivía en pobreza en el año 2014 duplicaba a la población no indígena (76.8% frente 43.0%); la pobreza extrema en la población indígena era casi cinco veces mayor a la no indígena (38.0% frente a 7.9%); seis de cada diez indígenas tenían al menos tres carencias sociales, mientras que esta situación se reducía a la tercera parte en las personas no indígenas.

Otro de los aspectos a mencionar es que la mitad de la población indígena percibía ingresos inferiores al costo de la canasta básica alimentaria en comparación con el 18.0% de la población

no indígena que estaba en esa situación. El 21.5% de la población indígena carecía de acceso a los servicios de salud y el 61.2% no contaba con seguridad social; el 19.2% presentaba rezago educativo; el 13.6% reportaba carencia por calidad y espacios en la vivienda; el 21.2% no tenía acceso a los servicios básicos de vivienda y el 23.3% carecía por acceso a la alimentación.

Para la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI, 2008), otro factor importante a considerar es el índice de fecundidad y para las mujeres indígenas en el 2005 la tasa global de fecundidad (TGF) a nivel nacional era de 2.54 hijos nacidos vivos.

También se reporta que en áreas rurales solo la mitad de las mujeres en edad fértil usan algún tipo de anticonceptivo, mientras que el 12% ha expresado su deseo de limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos, sin que su demanda de atención fuese atendida. Aunado a lo anterior las mujeres indígenas que viven en áreas marginadas presentan una mayor probabilidad de morir por problemas relacionados a la maternidad. Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, la hipertensión asociada al embarazo y otras complicaciones, la muerte materna es más alta en regiones indígenas del país, y tiene una estrecha relación con los altos índices de desnutrición que allí existen; sin olvidar que el 60% de las mujeres embarazadas padecen deficiencia de hierro y entre ellas el riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto que el de la mujer no indígena.

Todo lo anterior nos muestra un panorama en la cual la realidad de la población indígena es atravesada por diferentes circunstancias que los suscriben en situaciones de vulnerabilidad y marginalidad. Cabe mencionar que la situación de violencia y discriminación son otros factores que también coloca a la población indígena en situación de desventaja.

Por lo tanto se puede mencionar que el acceso a la salud y el derecho a una vida libre de violencia son derechos universales, respaldados por organismos tanto internacionales como la ONU y nacionales como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). La situación de la mujer indígena con respecto a la violencia y a la salud sexual y reproductiva ha generado la implementación de modelos de intervención que benefician a dicho sector social, tal es el caso de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. cuyas acciones y estrategias de intervención se enfocan en temas de salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia de género. A partir de esto nos preguntamos:

¿Cuál ha sido la experiencia de la Casa de la Mujer Indígena CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., para atender problemas de salud sexual y reproductiva en las localidades indígenas de Zitácuaro, Michoacán?

Justificación

La salud sexual y reproductiva es una premisa que deriva del concepto de salud entendida como el estado de bienestar en lo físico, social y espiritual. Las situaciones por las cuales atraviesa la población indígena con relación al acceso a los servicios de salud se complican por las distancias a las cuales se encuentran sus comunidades, por la falta de recursos económicos, de personal, de medicamento o el equipo necesario para brindar un servicio de calidad adecuado. Esta es la realidad por la que atraviesan las mujeres indígenas, pertenecientes a la zona Oriente de Michoacán y en donde los problemas con relación a su salud sexual y reproductiva se le suman factores sociales, como el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, violencia y discriminación que incluso pueden poner en riesgo su vida.

Por lo tanto, el interés fue conocer el modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., sus características, cómo funciona el modelo, cómo lo aplican las promotoras, cuáles son sus herramientas y qué cambios ha provocado en mujeres, hombres y adolescentes. Desde la perspectiva de la población objetivo es fundamental que las mujeres conozcan qué es la salud sexual y reproductiva y cuáles son sus derechos sexuales, lo que les permitirá tomar mejores decisiones sobre sus cuerpos, autocuidarse así mismas, así como la valoración y respeto; y en el mejor de los casos, llegar a tener una vida libre de violencia y discriminación.

Es por ello que toma relevancia el llevar a cabo una investigación donde el eje rector sea la mujer indígena y sus derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y las acciones que están llevando a cabo las mujeres Mazahuas (Jñatrjo) y Otomies (Nñañu) de Zitácuaro Michoacán, que participan de manera activa en la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

Por otro lado los objetivos de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C suponen una mejor calidad de vida para las mujeres, ya que tratan de erradicar problemas como la discriminación, exclusión, segregación como primeros factores detonadores de la desigualdad de género, así como el reducir los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva de la población indígena perteneciente a la zona Oriente del estado de Michoacán.

Objetivos

General:

- ❖ Sistematizar la experiencia del modelo CAMI y su aplicación en la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. para atender problemas de salud sexual y reproductiva en las localidades indígenas de Zitácuaro, Michoacán.

Específicos:

- ❖ Conocer cómo aplican el modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. las promotoras para atender problemas de salud sexual y reproductiva en las localidades indígenas de Zitácuaro, Michoacán.
- ❖ Identificar la forma en que las promotoras de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. realizan los talleres sobre derechos sexuales y reproductivos; así como los círculos de acompañamiento y una vida libre de violencia de las mujeres indígenas.
- ❖ Describir las facilidades y obstáculos que han favorecido o impedido la intervención en salud sexual y reproductiva en la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. de Zitácuaro, Michoacán.

Metodología

Para la obtención de datos confiables fue necesario utilizar técnicas de investigación como observación, entrevista exploratoria, entrevista no estructurada y entrevista grupal, además de realizar visitas domiciliarias. Para realizar esta investigación se hizo uso de herramientas como diario de campo, guía de observación, guías de entrevistas, cámara fotográfica, grabadora de audio y software *Digital Voice 3*; la evidencia recolectada en campo como audios y fotografías fueron bajo el consentimiento de las personas entrevistadas.

Está investigación es de corte cualitativa y sustentado desde una perspectiva feminista donde se postula la investigación participativa, articulado a un modelo de acción participativo o autogestivo.

Cabe aclarar que para el interés y fines de esta investigación sólo se entrevistó a las mujeres promotoras y hombres promotores de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., ya que los límites de la investigación se centraron en la institución como tal y en las personas que laboran

en dicho lugar para conocer cómo fue que surgió, cómo esta operando y qué acciones está implementando para atender problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Para lograr la sistematización de la experiencia del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., se retomó la metodología de Morgan y Quiroz (1988) misma que puntualiza en ocho pasos a desarrollar los cuales son:

- A) Descripción del desarrollo de la experiencia
- B) Marco teórico-conceptual en que se inscribe la experiencia
- C) Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto
- D) Intencionalidad de la experiencia
- E) Estrategia metodológica que se implementó
- F) Análisis del desarrollo de la experiencia
- G) Resultados de la experiencia
- H) Conclusiones de la sistematización

Estructura y contenido del trabajo

El trabajo presentado consta de cuatro capítulos, los cuales son desarrollados a partir de los intereses de la investigación.

El capítulo uno hace referencia al apartado teórico-conceptual, en la cual se retoma la teoría feminista, así como categorías de análisis como género, empoderamiento, equidad de género; de igual manera se retoman los conceptos sobre salud, salud sexual y reproductiva y discriminación, conceptos que permiten complementar el enfoque de la teoría feminista de esta investigación. De igual manera en este apartado se incluyen conceptos para darle sustento desde el Trabajo Social como modelos de intervención, elementos que los integran, utilidad, clasificación, intervención social, procesos y áreas de intervención.

El capítulo dos hace referencia a un Marco Normativo con enfoque de Género, en donde se hace mención de los diferentes instrumentos, convenciones, leyes, en materia de derechos sexuales y reproductivos desde organismos internacionales, pasando por leyes nacionales para finalmente terminar en aspectos de normatividad local en el estado de Michoacán de Ocampo.

El capítulo tres se denomina marco contextual y en éste se hace una descripción de la ubicación del estado de Michoacán, se contextualiza para describir los problemas sociales que afectan a la población como lo son la violencia, existencia de grupos criminales, así como la

activación de la Alerta de Género contra las Mujeres (AVGM), problemas que afectan de manera directa a la población indígena. También se hace mención de los diferentes municipios para delimitar el espacio geográfico a Zitácuaro; y a la localidad Nicolás Romero lugar donde se encuentra ubicada la Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A.C.

Finalmente, en el capítulo cuatro se hace la sistematización de la experiencia del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., donde se hace un cruce con el modelo nacional de las CAMI retomando la teoría feminista, el marco normativo y las entrevistas realizadas en trabajo de campo.

CAPÍTULO I. Marco Teórico-Conceptual

Este capítulo tiene como propósito dar soporte teórico al fenómeno estudiado con población indígena mazahuas (Jñatrjo) y otomíes (Nñañu) y los derechos sexuales y reproductivos, por ello se retoma la teoría feminista haciendo uso de categorías como género, empoderamiento, equidad de género, para el sustento conceptual se definirá lo que es la salud, salud sexual y reproductiva, discriminación, derechos humanos de las mujeres indígenas y étnia; así como darle la visión desde el Trabajo Social donde se retoman conceptos como modelos de intervención, sus elementos, utilidad, clasificación, qué es la intervención social, proceso de intervención y áreas de intervención; esto permite comprender la importancia de los modelos de intervención con una mirada feminista en la cual el género es atravesado por condiciones raciales, étnicas y cómo éste repercute en aspectos como la salud sexual y reproductiva reflejado en la discriminación que padece la población indígena.

1.1 Teoría Feminista

El género es la categoría de análisis de la teoría feminista, como concepto refiere a la construcción social y cultural del sexo sobre la cual se construyen prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que organizan la vida social (Scott, 2008).

La teoría feminista es la extensión del feminismo a los campos teóricos y filosóficos. Abarca el trabajo de investigación en varias disciplinas: antropología, sociología, psicoanálisis, economía y estudios de género, que incluyen los roles y vidas de las mujeres. La teoría feminista tiene como fin la comprensión de la desigualdad en las relaciones de poder y la sexualidad; también presenta una crítica al tipo de relaciones establecidas, analiza la desigualdad de género, promueve los derechos, intereses y asuntos de las mujeres. Explora temas como la discriminación, los estereotipos, la cosificación sexual, la opresión y el patriarcado (López, 2016).

La teoría feminista trata de explicar la dominación hacia las mujeres como producto de oposiciones biológicas, las cuales implican diferencias en la constitución psicológica de mujeres y hombres; y en las formas de relacionarse con su entorno, produciendo patrones de conducta para cada uno de los sexos.

En México, la opresión de género es un factor común en la experiencia femenina como es el caso de las mujeres Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) que se agrupan en la CAMI Mazot

Dexi-Deetta A.C., de Zitácuaro Michoacán, dicha opresión toma formas y matices a través de distintos sistemas de desigualdad y bajo dispositivos culturales, ideológicos y sociales que la normalizan, la justifican y la reproducen a través de vínculos sociales que se establecen en el parentesco, la vida comunitaria, la sociedad nacional y las relaciones interpersonales. Tal como lo afirma Benhabib (1999: 126):

Los sistemas sexo-género históricamente conocidos han colaborado en la opresión y explotación de las mujeres. La tarea de la teoría crítica feminista es develar este hecho y desarrollar una teoría que sea emancipadora y reflexiva y que pueda ayudar a las mujeres en sus luchas para superar la opresión y la explotación. La teoría feminista puede contribuir a esa tarea de dos formas: desarrollando un análisis explicativo-diagnóstico de la opresión de las mujeres a través de la historia, la cultura y las sociedades para articular una crítica de las normas y valores de nuestra sociedad y cultura, promoviendo nuevos modos de relacionarnos entre nosotros y con la naturaleza.

Para Scott (2008), el problema de la diferencia complica la democratización, porque sugiere que las desigualdades persisten, incluso si se eliminan las barreras de exclusión e inclusión. En los estudios feministas, así como en los estudios de la mujer, es fundamental el retomar conceptos y categorías de análisis como género, patriarcado, opresión y/o explotación de las mujeres, trabajo doméstico invisible, sistema sexo/género, mujer, discriminación sexual, relaciones entre los géneros y empoderamiento (Bartra, 2012). Dichas categorías de análisis permitirán profundizar y comprender *la realidad que vivimos* las mujeres en una sociedad que se ha empeñado en jerarquizar y polarizar las condiciones de mujeres y de hombres.

Las relaciones sociales para las mujeres Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., vistas a través de las categorías como género, discriminación han mostrado la situación de opresión y desigualdad que viven las mujeres indígenas en la vida privada y pública. Sin embargo, no pueden quedar invisibilizados otros aspectos fundamentales a considerar dentro de la estructura y escenario social, donde las y los actores son dimensionados bajo otras categorías como son la clase, la etnia o la edad, que aglomeran otras formas y sistemas de opresión y por lo tanto fomentan la reproducción de la desigualdad (Chávez, 2015).

La importancia de los estudios feministas recae en propuestas de crítica hacia la sociedad en constructos y posturas ya establecidas, basadas en la heteronormatividad, los binarismos sexuales, la invisibilización de las violencias genéricas, y la jerarquía de poder, entre otros; por ello la relevancia e importancia de visibilizar fenómenos sociales considerados “normales”, ya que éstos afectan de manera directa o indirecta la condición de las mujeres en aspectos sociales,

corpóreos, ideológicos, sexuales, educativos, económicos, productivos y reproductivos. Por lo tanto, la apuesta gira en torno a la deconstrucción de lo “socialmente establecido” que produce un sesgo sexista y en construir a nuevas formas de situar a las mujeres en el contexto social en ámbitos públicos y privados.

Para de Dios (2015), los estudios de género proponen nuevos paradigmas para investigar la realidad arraigada en el género, la relación entre éstos, y el cuestionamiento de los determinismos biológicos, el sistema sexo-genérico, y el binarismo femenino/masculino.

La base en los estudios feministas es el género “...elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 2008). Este elemento de género confluye a otras dimensiones socioculturales, como son los símbolos culturales, los conceptos normativos, las nociones políticas e instituciones y la identidad subjetiva.

Es así que el proceso histórico, la cultura, las normas, las instituciones y la subjetividad han permeado de constructos culturales dando origen a lo que es el género, a las actividades, a la jerarquía de poder, a las prohibiciones, a la reproducción de la desigualdad, es entonces que el binarismo sexual está regulado bajo aspectos normativos, culturales impregnados de simbolismos y apropiados por la sujeta o el sujeto social.

Como dice Lagarde (2003), el ser mujer u hombre trasciende las características biológicas y se establece como un hecho histórico y sociocultural, bajo un complejo de determinaciones y características propias en aspectos económicos, sociales, psicológicos y jurídico-políticos; todo esto bajo un espacio cultural que se recrea en una época y sociedad, lo que determina ser mujer u hombre. Por su parte Lamas (2007), menciona que la organización de la vida en sociedad, está determinada y regida por el género, basado en las pautas de conducta: lo que se aprende en la niñez, es lo que el adulto hace y se reproduce en el contexto social y familiar; esta división sexual genera la distinción entre mujeres y hombres, dando como resultado la discriminación hacia la mujer. La determinación del género involucra que cada individuo este regido por una serie de reglamentaciones, prohibiciones, opresiones recíprocas y sanciones que denotan un transfondo simbólico.

Hierro (2001), expone que el sistema sexo-género determina prácticas culturales, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que establecerán el comportamiento y satisfacción a los impulsos sexuales y formas de relación social.

Las pautas sexuales y reproductivas para cada individuo son establecidas social y culturalmente, así como sus obligaciones, responsabilidades; esto determina la función que deben de cumplir; es así que el género determina el comportamiento de mujeres y hombres. Hierro (2001), menciona que el género se basa en la jerarquía de valores de los cuerpos sexuados, esto sustenta la identidad de mujeres y hombres. Es así que a partir de la fisionomía de cada ser, el género que se *adjudique* dará lugar a la jerarquía social, principalmente dando lugar a la subordinación del género femenino en comparación al masculino, estableciendo socialmente la sexualidad construida basada en el género (Hierro, 2001).

Al cuestionar el comportamiento basado en el género vinculándolo a contextos sociales “tradicionales” como son los grupos indígenas, se observa que el dinamismo social se basa en una cosmovisión que regula desde el nacimiento hasta la muerte el comportamiento y la reproducción de un sistema heteronormativo que implica “violencia invisibilizada” en contra de las mujeres, en el control de su cuerpo y la sexualidad que también esta normada por la ideología, religión, tabúes, prohibiciones, restricciones e identidad subjetiva.

Según Lerner y Rodríguez (2009) la regulación social de comportamientos sexuales para las mujeres indígenas y también para las no indígenas conlleva a restricciones para el cuidado y conocimiento del cuerpo y de la salud, sumadas a regulaciones impuestas bajo una mirada patriarcal y desigual entre mujeres y hombres.

Posturas conceptuales como las de Scott (2008) y Ríos (2012) nos remiten a considerar elementos culturales, sociales, simbólicos, normas, instituciones e identidades que nos llevan a comprender todo un complejo socio-cultural que construye el género a partir del cual se regulará el comportamiento de mujeres y hombres y todo lo que es asignado a ambos sexos, por lo tanto las “construcciones culturales” son ideas impuestas a los cuerpos sexuados, propiciando ideologías de poder y opresión de los hombres hacia las mujeres.

Por lo tanto, se retoma el concepto de género para dar sustento a la investigación y articularlo a la categoría de etnia que son necesarias a considerar para mostrar la realidad de mujeres indígenas, en donde la existencia de la cultura patriarcal ha colocado a éstas en una situación de desventaja, pero que no es exclusivo de sociedades indígenas, en donde la reproducción de la desigualdad de la vida comunitaria, atraviesa varias esferas incluyendo la violencia que afecta sus derechos sexuales y reproductivos.

Ante la desigualdad que se ha visibilizado entre mujeres y hombres por parte del movimiento feminista; la lucha emprendida pretende alcanzar la equidad de género como pilar para reconocer los derechos humanos, sexuales y reproductivos a través de un proceso de empoderamiento de las mujeres indígenas.

1.1.1 Equidad de Género

En México el movimiento feminista ha luchado por lograr la equidad entre los géneros, tratando de mostrar que las vivencias de la vida privada van de la mano con vivencias en la vida pública; en ambas esferas se vive una situación de desigualdad basada en aspectos culturales y simbólicos androcéntricos (Barrera, Garibi, Guerrero, Montoya, 2010). Visibilizar la exclusión de las mujeres en las esferas políticas, laborales y educativas ha permitido comprender la condición de las mujeres y establecer un parteaguas en la discusión, y por consecuencia exigir la incorporación de la participación femenil en la vida pública, la legislación de derechos, buscar la igualdad de oportunidades, acceso a la justicia, reducir la discriminación, la exclusión laboral y social y la vulnerabilidad frente a situaciones de violencia (Barrera *et al.*, 2010).

Podemos definir la equidad de género como “lograr la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los ámbitos de la vida social, política, económica, cultural y familiar” (Cámara de Diputados, 2006), a partir del reconocimiento de la inequidad existente entre mujeres y hombres, permitiendo el goce y disfrute de los bienes y servicios, de las oportunidades, el acceso a la justicia e igualdad de condiciones.

La equidad de género pretende visibilizar a las mujeres como sujetas de derechos humanos, políticos, jurídicos y sociales. “El discurso sobre equidad e igualdad de género se relaciona con la noción de las mujeres como sujetas de derecho, con la aparición de nuevos ámbitos que son objeto de protección, con la idea de justicia de género, y una concepción moderna de la persona y de la ciudadanía” (Mora, 2006).

Como afirma Tepichin (2010), la perspectiva de género tiene un gran potencial al cuestionar las posturas relacionadas con lo femenino y lo masculino en la sociedad, así como las normas de convivencia entre los sexos, la construcción de subjetividades diferentes, dando apertura a que lo privado se convierta en público, esto ha permitido visibilizar la violencia y discriminación que anteriormente se mantenía en lo doméstico para poder legislar y sancionar a

quien violenta a las mujeres en la vida privada, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos.

Para Oehhmichen (2005: 68):

Las asimetrías de género son un producto relacional que se construye a través de las prácticas. En este proceso, los actores sociales dotados de diversos recursos bajo la forma de distintos tipos de capital (económico, cultural, social y simbólico) luchan por imponer (o modificar) los significados atribuidos a lo femenino y a lo masculino. Las formas simbólicas no sólo son utilizadas para establecer la comunicación, sino también para imponer persuasivamente los significados. En este sentido, la cultura no sólo encubre o enmascara relaciones de poder, también contribuye a su reproducción y actualización.

Por lo tanto, la ciudadanía asume el compromiso de “la visibilización y el cambio de las condiciones de subordinación y marginación que tanto mujeres como hombres vivimos frente a las estructuras sociales dominantes” (Barrera et al., 2010). La apuesta va en dirección de la equidad entre géneros, para lograr mejores condiciones de vida y oportunidades.

Tepichin (2010), propone que para lograr la equidad de género, las acciones de intervención no deben estar dirigidas exclusivamente a la población femenil, ya que se cae en un círculo vicioso basados en estereotipos y reproducción de roles sexuales; en cambio es necesario idear soluciones que consideren a mujeres y hombres que han sido excluidos e invisibilizados de la esfera pública. Es así, que la apuesta por parte del feminismo es una reivindicación por los derechos humanos universales. Es un acto de apertura que incluye demandas de una amplia gama de sujetos que viven en diversidad de situaciones condicionadas también por el género” (Barrera *et al.*, 2010).

1.1.2 Empoderamiento

Resultado de la subordinación, desigualdad, inequidad y jerarquía, en la que se nos ha colocado a las mujeres, el empoderamiento busca colocar en situación de equidad a mujeres y hombres en ámbitos públicos y privados, se busca transformar y romper con dichas estructuras y optar por una nueva forma de interrelaciones entre mujeres y hombres. Ante la existencia de un sistema en el cual se nos ha subordinado en ámbitos laborales, sexuales, educativos, políticos, domésticos, y se nos ha asignado roles tradicionales como amas de casa, madres y esposas, adjudicándonos valores como la sumisión, sacrificio, obediencia y sufrimiento, todo inserto en una sociedad heteronormativa.

El empoderamiento hace alusión a la autoafirmación individual hasta la resistencia colectiva, se vincula a una situación de poder que implica aspectos como el control de bienes materiales, recursos intelectuales e ideológicos; para Batliwala (1997) los bienes materiales sobre los cuales se puede ejercer control, son los físicos, humanos y financieros, entre los que se encuentran la tierra, el agua, bosques, el cuerpo de las personas, trabajo, dinero y el acceso a éste. Los recursos intelectuales incluyen conocimientos, información e ideas y finalmente los ideológicos, sobre el cual también se ejerce control, que puede vincularse con sostener e institucionalizar conjuntos de creencias, valores, actitudes y comportamientos determinando los roles de las personas en lo social.

Resultado de todo lo anterior, el empoderamiento puede ser utilizado como herramienta para visibilizar la condición de subordinación en la cual se nos ha colocado a las mujeres, y por ende la culturalización de roles que nos posicionan en situaciones de desventaja desde la familia, pasando por la comunidad hasta llegar al nivel macro como en la sociedad nacional.

Uno de los objetivos del empoderamiento es que las mujeres logren, a través de la participación activa en lo público y lo privado, afrontar la ideología patriarcal, modificar las estructuras e instituciones que fortalecen y perpetúan la discriminación de género y la desigualdad social, en donde se incluye la familia, raza, clase, religión, educación, instituciones, sistemas, prácticas y cuidados de salud, leyes, códigos civiles, procesos políticos, modelos de desarrollo, incluyendo instituciones gubernamentales, siendo necesario capacitar a las mujeres para que conozcan la información y los recursos materiales (Batliwala, 1997).

Batliwala (1997), afirma que el empoderamiento conduce a la emancipación de las mujeres, lo que les permite lograr su autonomía, por ello es necesario desafiar las relaciones patriarcales, los privilegios, la redistribución del poder entre clases, razas, géneros o individuos, teniendo como consecuencia el empoderamiento de las mujeres y los hombres, en términos materiales y psicológicos, así como condiciones benéficas para el núcleo familiar, la comunidad y la sociedad.

Para Deere y León (2002) y Batliwala (1997), lograr el empoderamiento de las mujeres permitirá el respeto a su vida, sus bienes económicos, sus opiniones y su sexualidad. Pero para lograrlo es necesario un proceso en el cual las mujeres, en primera instancia, deben de reconocer la ideología que legitima la dominación masculina y en segunda instancia entender cómo ésta perpetua su opresión en lo social. Esto nos lleva a un proceso de deconstrucción de la ideología,

de las normas, de los símbolos, de la cultura, de los valores y de las actitudes asignados a la mujeres, por ende, nos lleva a un largo proceso de cuestionamiento social sobre lo que es justo y que envuelve a las mujeres.

El empoderamiento, tiene que ser externamente inducido por fuerzas que trabajan por un cambio de conciencia y un conocimiento de que el orden social existente es *injusto* y *no natural*. Se busca, entonces, cambiar la conciencia de otras mujeres: modificando su autoimagen y sus creencias acerca de sus derechos y capacidades; creando conciencia de la discriminación de género que, a semejanza de otros factores socioeconómicos y políticos, es una fuerza que actúa sobre ellas desafiando el sentimiento de inferioridad que se les ha imbuido desde el nacimiento; reconociendo el valor verdadero de sus labores y contribuciones a la familia, la sociedad y la economía. Las mujeres tienen que ser convencidas de sus derechos innatos a la igualdad, la dignidad y la justicia (Batliwala, 1997:197).

1.2 Salud

El ser humano ha tenido una preocupación constante por su cuerpo, su bienestar y su salud, es por ello que se ha enfocado en atender a las diferentes necesidades y carencias que atacan su integridad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2015).

La definición de la OMS obliga a los países miembros de la ONU a que los diferentes Estados Nacionales tomen las medidas necesarias para coordinar medidas enfocadas a la salud pública e iniciar mejoras sociales. La importancia de esta medida es que ha sido incorporada en la legislación interna de cada país, buscando mejorar las condiciones de la sociedad (Alcántara, 2008).

De tal manera que no se puede entender y aplicar el concepto de salud de manera general ya que es prácticamente imposible, pues se tienen que analizar los contextos sociales, políticos, y el estado de salud de la población desde diferentes perspectivas. La salud pública por lo tanto, permite remitirse a aspectos estructurales de la sociedad, la política, la población y la cultura.

1.2.1 Salud sexual y salud reproductiva

El contexto social de nuestro país está conformado por un crisol de realidades para analizar dicha situación, se tiene que dividir en partes para entender las causas y efectos sociales que involucran

a las mujeres, hombres, instituciones, cultura, educación, política, economía, religión, sexualidad y por ende la sociedad en general.

Uno de los aspectos que afectan a la población, en especial a las mujeres, es el que corresponde a la salud sexual y reproductiva, la cual está permeada de simbolismos, restricciones, prohibiciones, imposiciones, y obligaciones determinados por la sociedad y la cultura y no por la autonomía de las mujeres. De ahí surge el interés de realizar una investigación que retome aspectos como la equidad, el empoderamiento y los derechos sexuales y reproductivos, que afectan a las mujeres indígenas, a partir de comprender que la realidad de nuestro país está fragmentada.

En los contextos rurales e indígenas como el caso de Mazahuas (Jñatrjo) y Otomés (Nñañu) de Zitácuaro, Michoacán, el comportamiento de mujeres y hombres, se relaciona con la cosmovisión, donde los roles asignados tienen una función y un simbolismo cultural; sin embargo, algunos patrones culturales violentan la integridad de las mujeres desde la niñez, hasta la etapa adulta y la vejez (ciclo vital), originando inequidad de género, violencia física, verbal, económica, sexual, psicológica, reproductiva, emocional, así como rezago educativo.

Otras problemáticas de las mujeres indígenas en los contextos rurales son la pobreza, marginación, exclusión, violación de derechos humanos, desnutrición, analfabetismo, discriminación; problemas que afectan a todo el núcleo familiar a los cuales se enfrentan y tratan de resolver mediante diferentes estrategias con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida, incluyendo la de sus hijas e hijos.

Ante este panorama multifactorial es pertinente puntualizar en la importancia de considerar los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos universales, por lo que toda persona es acreedora a éstos sin distinción de sexo, género, credo, etnia, posición económica; permitiendo la equidad entre mujeres y hombres.

Los derechos sexuales y reproductivos se pueden definir como “un estado general de bienestar, mental, y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (Rodríguez, 1993: 9). Es fundamental resaltar la diferencia entre derechos sexuales y reproductivos, a pesar del uso indistinto que se ha hecho de éstos, así la salud sexual es definida como: “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo” (UNFPA, 2010).

Si bien llega a confundirse y a condicionarse lo que es la sexualidad con la reproducción, es necesario puntualizar que el ejercicio de la sexualidad puede o no enfocarse a la reproducción, así como el conocimiento e información en materia de planificación y anticoncepción segura, eficaz; incluye atención a la salud de las mujeres embarazadas, partos seguros y decidir sobre el número de hijos. Por lo tanto, es necesario especificar que la sexualidad es inherente al ser humano y el reconocimiento de los derechos sexuales se convierte en materia de análisis y discusión dentro la sociedad y organismos internacionales.

Para Salazar (2013), los derechos sexuales también incluyen, la satisfacción de necesidades básicas, como el contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor, así mismo es importante considerar que la sexualidad se desarrolla por medio de la interacción entre individuos y bajo el condicionamiento de estructuras sociales.

Según Salazar (2013: 6) los derechos sexuales incluyen:

1. El derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales en el cuerpo
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la equidad sexual
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. El derecho a la toma de decisiones productivas, libres y responsables
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual integral.

La importancia que tiene la atención de la salud en aspectos relacionados a los sexuales y reproductivos nos lleva a analizar los cuidados que debe de tener una mujer y un hombre en edad reproductiva, como son el cuidado de su cuerpo, el respeto al mismo, la libre decisión de tener relaciones sexuales con fines placenteros y/o procreativos, el uso de anticonceptivos, evitando cualquier tipo de discriminación o violencia hacia el cuerpo y hacia las personas.

Es necesario puntualizar que, si bien los temas de sexualidad y reproducción están articulados a condicionamientos culturales como restricciones, prohibiciones, tabúes, también se incluyen particularidades como el goce del cuerpo, uso de métodos anticonceptivos, aborto, acceso a servicios médicos, acceso a información, entre otros.

El tema de derechos sexuales y reproductivos tiene una corta historia, es necesario que los gobiernos continúen con las acciones de empoderamiento de las mujeres, así como ofrecer

mejores servicios de salud con un enfoque de género, ya no solo enfocándose a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva biologicista, sino que el tema de los derechos sexuales y reproductivos incluyan a mujeres, hombres y adolescentes para tratar el tema de la sexualidad y la reproducción sin restricciones, tabúes, prohibiciones que solo limitan y distorsionan la información, asignándole al cuerpo de las mujeres estigmas y condicionamientos biológicos y reproductivos.

Otros aspectos de la salud sexual y reproductiva son sobre la libre determinación del uso de métodos anticonceptivos, maternidad, cuidados pre y post parto, cuidados del cuerpo como papanicolao, mastografías, atención y cuidados con relación a enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH-SIDA, entre otros (UNFPA, 2010).

Los derechos sexuales y reproductivos deberían ser una garantía para todas las mujeres, así como para aquellas que han sufrido algún tipo de violencia. Para el caso de las mujeres indígenas el poder difundir y ampliar el conocimiento de estos derechos, permitirá lograr un empoderamiento y autonomía de su cuerpo, lo que llevaría a reducir la violencia que sufren, la libre decisión de cuántos hijos tener, el uso de anticonceptivos que mejor se adapte a su cuerpo y un aspecto importante el reducir la muerte de mujeres en el parto o postparto que es un factor alarmante en nuestro país.

Como lo menciona la OMS, la diferenciación biológica y social de las mujeres ha dado origen a la discriminación y al control de su cuerpo, negando hasta cierto punto el acceso a los servicios de salud, difícil acceso a la educación y a oportunidades laborales, encasillamiento de las mujeres con funciones reproductivas, y a padecer violencia física, sexual y emocional (OMS, 2015).

Finalmente, para Lerner y Rodríguez (2009:5) la salud sexual y reproductiva incluye diferentes aspectos a considerar:

1. Las prácticas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH/sida.
2. La perspectiva de género y de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de mujeres y varones.
3. La autodeterminación y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su vida reproductiva.
4. A las madres y mujeres adolescentes, solteras, separadas, divorciadas o viudas, a las que viven en uniones no formales, a las vinculadas con el comercio sexual y los hombres.
5. A las personas para que sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura.

6. A las personas para que puedan reproducirse con la libertad de decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia.

1.3 Discriminación

Para el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) la “discriminación es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio innecesario a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido” (CONAPRED, s.f).

Las prácticas de trato desfavorable hacia ciertos grupos o personas por su condición económica, social, religiosa, aspecto físico, pertenencia a un grupo étnico, condición sexo-género, preferencia sexual, entre otros, ha generado la segregación de dichos grupos, así como el maltrato verbal, psicológico, e inclusive físico dañando la integridad de las personas, afectando de manera directa sus derechos humanos. Son tan amplias las prácticas de discriminación que, como problema social, genera la violación de los derechos humanos de toda persona.

Para Sánchez y Martínez (2003) la discriminación, como fenómeno social y cultural, es un obstáculo para el desarrollo de un estado de derecho y para la democracia, afectando a quien la perpetua y a quien la padece. Si bien es cierto que los grupos indígenas sufren discriminación por su condición étnica, al interior de dichos grupos se reproduce este problema por condición de género y son las mujeres las que son sujetas de mayor discriminación dentro de sus comunidades como consecuencia del sistema patriarcal y el sistema sexo-género ya establecido culturalmente, del cual se desprende el control y opresión del cuerpo de la mujer y su sexualidad.

Continuando con las ideas de Sánchez y Martínez (2003) la discriminación como proceso social se vincula a prácticas, valores, y sistemas institucionales que reproducen la exclusión, la marginación y la desventaja. En nuestro país, la discriminación se visibiliza en las condiciones de las mujeres indígenas que padecen altos índices de analfabetismo, baja escolaridad, bajos ingresos económicos, menor acceso a la propiedad y a los recursos productivos que presenta.

Un enfoque que valora a las mujeres desde otra perspectiva es aquella propuesta por Sánchez y Martínez (2003: 217), que considera:

...las mujeres indígenas dadoras de vida, hermanas de la madre-tierra, cuidadoras y transmisoras de la cultura y pilares de la permanencia y vigencia de la identidad y el vínculo comunitario, son las mismas que viven y callan la violencia doméstica y conyugal, que no tienen acceso a la propiedad, los recursos, los ingresos ni las decisiones,

que están excluidas de las estructuras de poder de los colectivos comunitarios y que han crecido en medio del control, el miedo y la obediencia.

Lo anterior corresponde a la vida cotidiana de las mujeres Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) que participan en la vida comunitaria donde la cosmovisión plantea cierto tipo de relaciones de género; donde las mujeres han exigido el cumplimiento de “demandas y necesidades con la de otros sectores subordinados de la sociedad que, por distintas circunstancias, no disfrutaban del ejercicio pleno de sus derechos” (Sánchez y Martínez, 2003: 211). Las mujeres en tanto género deben de crear a través de la interpretación de su realidad una forma de equidad sexual frente al patriarcado en donde la opresión se disminuya y el goce del cuerpo y la reproducción sea una condición necesaria para acceder a una forma libre de elección para las mujeres.

1.4 Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas

La importancia del conocimiento de los derechos humanos por parte de las mujeres Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) conlleva a exigir de manera concreta al Estado aquellas garantías que no se estén cumpliendo, por lo tanto, el conocimiento, reconocimiento y aplicación de cada uno de estos permite al individuo garantizar su seguridad ya sea física, económica, moral, cultural, entre otros.

Para el caso de México los derechos humanos, según la Suprema Corte de Justicia de la Nación y la CNDH (2010:9) son: “el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado”.

México, como un país pluriétnico y multicultural, debe de garantizar a cada individuo, sin importar su condición étnica, de género y clase, el acceso a los derechos, y el bienestar de los diferentes grupos étnicos que habitan en su territorio y desde la perspectiva de género de todas aquellas mujeres indígenas y que por diferentes circunstancias han sufrido o padecido algún tipo de violencia, discriminación o segregación, es decir, cada persona que vive y participa en un estado de derecho, regido por leyes, es merecedora de las garantías individuales.

Una característica que tienen en común las mujeres indígenas es que viven una triple opresión “genérica, clasista y étnica” (Lagarde, 2003:108), es genérica porque se trata de mujeres

que en un mundo patriarcal comparten la opresión con otras mujeres; es clasista porque las indígenas pertenecen en su mayoría a las clases explotadas y comparten la opresión de clase con todos los explotados y es étnica por su condición de grupos marginados. En la práctica, las mujeres indígenas viven en constante marginación, son vulnerables y casi siempre realizan actividades vinculadas al cuidado del hogar, los hijos, la alimentación y la sobrevivencia.

Para analizar la opresión de la mujer se debe contextualizar en tiempo y espacio así como en el grupo social al que pertenece; ésta se manifiesta como la inferiorización que se tiene en comparación con la del hombre, el rechazo hacia las mujeres, desvalorización de sus capacidades intelectuales y dependencia económica Cabe destacar que la opresión de la mujer indígena, a diferencia de la condición de la mujer en el contexto urbano, se caracteriza por los matices culturales de las sociedades rurales.

A continuación, se enlistan las diferentes formas de opresión y discriminación que sufren las mujeres indígenas, muchas de las cuales fueron enunciadas por las mismas mujeres indígenas que participaron en una entrevista para esta investigación (Cap IV), así como por Galeana (1997: 350).

1. Control sobre la sexualidad femenina
2. Restricción física de sus movimientos
3. Utilización de las mujeres en transacciones masculinas
4. Limitación de su acceso al conocimiento
5. Desvalorización de las actividades femeninas
6. Desigual participación en el control de recursos
7. Desigual acceso a recursos sociales: educación, trabajo, cargos públicos
8. Violencia física y moral sobre las mujeres
9. Existencia de una moral diferente para hombres y mujeres
10. Reconocimiento social el poder del varón otorgándole autoridad sobre la mujer y los hijos.

Todas las mujeres indígenas deben de conocer sus derechos humanos y sus derechos sexuales y reproductivos para poder romper las barreras socioculturales que siguen violando y violentando a las mujeres, deben ser incluidas, reconociendo su opiniones y decisiones y el respeto a sus cuerpos.

La opresión de las mujeres también se manifiesta en aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva, donde el cuerpo de la mujer queda supeditado a la opresión del hombre y de la sociedad, lo que provoca violencia de tipo sexual. Por lo tanto, un estado óptimo de salud queda reducido por el constructo cultural.

Lamentablemente en los contextos rurales e indígenas la salud sexual y reproductiva queda limitada al difícil acceso que tienen las mujeres a centros de salud, y a las condiciones culturales que determinan el momento de contraer nupcias, así como los embarazos a corta edad, y la negativa por parte de los hombres al uso de métodos anticonceptivos, lo cual muchas veces viene vinculado con la violencia de tipo física y sexual.

1.5 Etnia

México, como país pluriétnico y multicultural está conformado por 68 grupos indígenas distribuidos a lo largo del territorio mexicano, cada uno con sus rasgos culturales que los diferencian del resto de la población, éstos grupos pueden llegar a habitar lugares como altas montañas, desiertos, bosques, selvas, islas, matorrales, pastizales, entre otros (SEMARNAT, 2017). No sin ello excluir a la población indígena que vive en las ciudades o que ha migrado a diferentes lugares.

La diversidad cultural existente en nuestro país ha permitido debatir entre diferentes disciplinas para definir a estos grupos desde concepciones como “raza india” que da pie al racismo y a postulados de superioridad de unos sobre otros; otro termino que se ha utilizado es el de “etnia” que deja en segundo termino al de raza india y que busca reconocer esas diferencias basadas en la cultura y superar condicionantes de inferioridad; y otro concepto hoy en día utilizado es el de “grupos originarios” basado en la autodeterminación de cada pueblo y que pretende visibilizar las diferencias culturales de cada grupo, así como su autonomía, autodeterminación y participación en la vida política del país (Barinboim y Maldonado, 2006).

Para los intereses de este trabajo se utilizará la categoría de etnia que nos permite comprender la diversidad de estos grupos. La etnia por lo tanto, puede ser entendida como un complejo particular de relaciones en las cuales sobresalen características culturales, como sistemas de organización social, costumbres y normas, pautas de conducta, hábitos, visión del mundo, lengua, tradición, historia (Díaz-Polanco, 1991: 61).

Para Garcia, (2004) las etnias son aquellos grupos que se basan en su identidad cultural, ya sea interna o externa, individual o colectiva con rasgos, patrones, acciones y formas de interactuar, la cultura es la base de la diferenciación social como el lenguaje, la religión, cosmología, moralidad, simbolismo, ideología.

Es así que podemos entender que la CAMI Mazot-Dexi-Deetta A.C., ubicada en Zitácuaro Michoacán, con un enfoque de pertinencia cultural tiene que atender a dos grupos étnicos ubicados en la misma región del Oriente de Michoacán los cuales son los mazahuas (Jñatrjo) y otomíes (Nñañu); cada uno con rasgos culturales propios como la lengua, costumbres, tradiciones, creencias, sin dejar de lado que ambos grupos también son afectados por problemas como la discriminación, falta de servicios de salud, violencia, entre otros.

1.6 ¿Qué es un modelo de intervención?

El escenario social de nuestro país está dibujado por factores que quebrantan la estabilidad de la sociedad; los problemas y necesidades sociales que desestabilizan pueden ser motivo de un proceso de cambio para transformar la realidad y para lograrlo es necesario hacer propuestas basados en el conocimiento teórico, así como buscar estrategias de intervención con pertinencia cultural, lograr los cambios y un bienestar común, siendo necesaria la intervención como forma de actuar sobre una realidad que daña la integridad de las personas. Los cambios se logran en un proceso largo de intervención; que puede darse por medio de un “modelo de intervención”, basado en un principio en el diagnóstico, seguido de estrategias de intervención, sugerencias hacia los actores y finalmente la evaluación del modelo.

Para definir lo que es un modelo retomamos a Viscarret (2012), que dice: el modelo es una representación de la realidad como hechos, fenómenos, procesos y situaciones (segmentada o incompleta), los cuales pueden ser explicados a partir de supuestos teóricos o de una teoría en particular. Por su parte Díaz, González, Pérez (2008) consideran el modelo como una representación de una parte de la realidad social, en la que se presupone interactúan determinados factores que producen ciertos resultados (causa-efecto), teniendo un carácter instrumental y apriorístico. Por consiguiente el modelo trata de:

1. Una idealización, en cuanto muestra las condiciones perfectas en las que se produce el fenómeno o sistema.
2. Una aproximación esquematizada de este campo de estudio; es decir; no intenta representar la realidad como tal, sino sólo aquellos aspectos o variables más importantes y significativos. Además, la realidad está en un cambio constante (Viscarret, 2012: 64).

Los modelos surgen en las ciencias naturales, para experimentar con pocas variables; su utilización en las ciencias sociales inicia en 1942 con la aplicación en la economía de “investigación operacional” para representar de manera simplificada, el sistema económico de

una sociedad (Galeana, 1999). Con lo que podemos decir que los modelos surgen a partir de la observación de la realidad y detectando posibles problemas y necesidades sociales, que pretenden ser modificados, con base en la teoría, con un proceder metodológico e incluso epistemológico, tratando de cuestionar la realidad, cuya premisa es la constante transformación (Viscarret, 2012 y Díaz, González, Pérez, 2008).

Siguiendo con la conceptualización de un modelo de intervención es importante mencionar que Galeana (1999), Viscarret (2012) y Díaz (et al., 2008), observan a los modelos como una construcción simplificada de las diversas partes de la realidad y también sirven como un esquema operativo para avanzar en la construcción y explicación de una teoría. En la práctica, los modelos de intervención contrastan la teoría con la realidad empírica, ya que considera aspectos teóricos, metodológicos, funcionales e incluso epistemológicos; por lo tanto, un modelo se aplica a una realidad que queremos transformar interviniéndola.

Para Viscarret (2012), los modelos desde la disciplina del Trabajo Social, en primera instancia deben definir el hecho o fenómeno social al que se pretende intervenir, bajo principios de acción e intervención. Ya que los modelos deben definir el fenómeno al que se dirige la acción, explicando las razones de la intervención, aclarando los fines, los alcances, así como mencionar los métodos y técnicas que serán empleadas en la intervención. Es importante mencionar que los modelos en Trabajo Social no sólo buscan explicar los cómo, sino también sus cuándo, dónde, para qué y por qué de los problemas y necesidades sociales.

Continuando con las propuestas de Viscarret (2012), los modelos tienen como características las siguientes: categoría operacional, instrumento de análisis y dependiendo del objeto al que vayan dirigidos, los modelos contienen una teoría y una práctica diferente, es así que el modelo lleva implícitos:

1. Elementos teóricos que lo sustentan.
2. Elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada.
3. Elementos metodológicos: técnicas.
4. Elementos funcionales en la relación a resultados obtenidos.
5. Elementos filosóficos, ideológicos y valores implícitos (Viscarret,2012:66).

1.6.1 Elementos que integran los modelos de intervención en Trabajo Social

Las partes que componen un modelo son diversas, según Viscarret (2012) considera una serie de elementos que deben integrarse en un modelo de intervención y estos son:

1. El tipo de fenómenos a los que el modelo se dirige, ya sea los aspectos de la experiencia humana concebidos como problemáticos, dolorosos o indeseables.
2. El contenido conceptual utilizado para dar cuenta de los problemas, para describirlos, para analizarlos de manera sistemática y para determinar los objetivos de la intervención del Trabajo Social y también los principios de ayuda.
3. La naturaleza de la intervención por medio del modelo que integra los diferentes objetivos que se asignan o que pueden alcanzar, tanto a corto o largo plazo y tanto en términos teóricos como operacionales; y los principios de acción que caracterizan el modelo y los procedimientos, los métodos y las técnicas por los que son aplicados.
4. La naturaleza de los medios o marcos institucionales en los cuales el medio es empleado.
5. La “sociología” de la práctica, contenida en el modelo. Más específicamente, este punto toca al modo y la intensidad con los que la práctica y el practicante son considerados o no como “profesionales”, tanto por ellos mismos como por otros.
6. Los valores y la ética subyacentes en el modelo de práctica.
7. La manera como se concibe en el modelo al individuo que vive el problema o que lo sufre. Esta variable identifica las diversas concepciones según las cuales se atribuye la causa de las dificultades, ya sea a las características propias como ser humano o como persona, dentro de su identidad individual o las circunstancias exteriores a la persona, o aun a cualquier interacción entre los factores internos y externos del individuo. Esta variable identifica igualmente la naturaleza y la fuerza de las capacidades de la persona para hacer frente a sus problemas.
8. La naturaleza de la relación significativa entre el trabajador social y la persona a la que ayuda (Viscarret, 2012: 65-66).

El método en Trabajo Social basado en la intervención a *grosso modo* atiende individuos, grupos (familias) y comunidades, en las cuales se identifican problemáticas y necesidades sociales que son posibles de resolver mediante la práctica de la intervención, en la que la ó el Trabajador Social es el enlace entre la institución y la sociedad, además de coordinar los aspectos técnicos como: tiempos, lugares, temáticas, grupos de trabajo, reuniones, entrevistas, visitas domiciliarias, familiogramas, entre otros.

1.6.2 Utilidad del diseño y aplicación de modelos

Para las instituciones laborales, educativas y de salud la importancia de los modelos de intervención empiezan a gestionarse desde una realidad observada que justifique la intervención de manera objetiva y con sustento teórico-metodológico, en cuyo proceso el estudio y explicación se retroalimentan en un campo de estudio (Galeana, 1999).

Continuando con las ideas de Galeana (1999), durante la construcción de los modelos será necesario tomar decisiones que determinen alternativas y procedimientos entre diversas

posibilidades en relación a la función, viabilidad, potencialidad de los resultados, que buscan ser obtenidos en las demandas y recursos y a las condiciones socioculturales de la población con la cual se pretende intervenir.

Viscarret (2012) menciona que los problemas sociales pueden ser afrontados y modificados por medio de los modelos de intervención, que impacten dimensiones individuales-familiares, grupales y colectivas, basadas en teorías desarrolladas por las ciencias humanas y sociales. Por su parte Galeana (1999) dice que la utilidad del diseño de intervención se basa en la acción con la cual se pretende modificar o transformar la realidad, basada en fines y acciones que sean las más idóneas. Existen dos características esenciales de los modelos:

1. Dar un sentido integral a la intervención con base en la configuración de frentes de actuación multifactoriales y multidisciplinarios por medio de la conformación de una constelación de programas y proyectos concatenados entre sí que reflejen un conjunto de acciones de operaciones secuenciales y continuas que den cuenta de una relación de complementariedad e interdependencia de las acciones como resultado del conocimiento multidimensional y multicausal de la realidad, es decir, la comprensión como un todo, como unidad social.
2. Un modelo lleva implícita la concepción y explicación de la realidad abordada y representa una perspectiva hipotética de intervención en donde la efectividad e idoneidad van a ser comprobadas con la capacidad que presentan las acciones para resolver la situación problemática de la localidad y cuyos supuestos puedan convertirse en nuevos referentes teóricos, en la medida de que exista una presencia constante de los mismos en diversas experiencias de aplicación en modelos de promoción social, así como un seguimiento y construcción teórica de estos supuestos que permitan su generalidad (Galeana, 1999: 42).

Para el éxito de los modelos de intervención en lo individual, familiar y comunitario será necesario en primera instancia elaborar un diagnóstico que permita detectar las problemáticas y necesidades sociales, así como las limitantes que pudieran impedir la intervención. El diagnóstico a su vez permite la planeación de acciones y actividades en el tiempo espacio social en el cual se pretenda intervenir, basándose en un proceder teórico-metodológico que ayude a interpretar y resolver la realidad.

1.6.3 Clasificación de los modelos de intervención en Trabajo Social

Hablar de la historia de los modelos de intervención en Trabajo Social, no es algo nuevo, se vienen desarrollando desde 1930 a la actualidad, que resumimos en la siguiente tabla donde se

especifican los tipos de modelos, los autores que los aplicaron, el año que aparecieron y los autores que han retomado los modelos para su aplicación.

Tabla 1. *Panorama de los modelos y autores 1930-2003*

	Modelos	Pioneros del Modelo	Aparición	Autores posteriores que han trabajado el modelo
1.	Modelo psicodinámico	Mary Richmond (1917,1922,1930) Annette Garrett (1940), Jessie Taft (1933) y Virginia P. Robinson (1930), Gordon Hamilton (1940)	1930	Strean, H. Yalloyly, M.A (1980), Golstein, E. (1995), Brandell, J. (2004)
	Trabajo Social Funcional	Jessie Taft(1933) y Virginia P.Robinson (1930)	1930	R. Smalley (1967), S. Hofstein (1964), Lewis, H. (1966), Dore, M. M (1990), Dunlap, K. M. (1996)
	Trabajo Social Psicosocial	Mary Richmond (1917,1922,1930) Frank, H. Hankins (1930), Gordon Hamilton (1940)	1930-1940	Florence Hollis (1966), H. Parad (1958), F.J. Turner (1978), Marie E. Woods (1990)
	Modelo de resolución de problemas	Helen Harris Perlman (1957)	1950	D. Hollowitz, J. Haley (1976), T. Bunston (1958), W. J. Reid (1958), Ashford, J.B. y LeCroy, C. W (1991)
2.	Modelo de modificación de conducta	Edwin Thomas (1967), /Derek Jehu (1967)	1960	Thomlison, R. (1972), Fischer, J. y Gochros, H. L. (1975), Stuart, R. (1977), Thyer, B. (1987), Gambriell (1995), Sundel, M. Y sundel, S. (1993), Sheldon, B. (1995)
	Modelos	Pioneros del Modelo	Aparición	Autores posteriores que han trabajado el modelo
3.	Modelo de intervención en crisis	Howard Parad (1965)/ Selby, L. (1963)	1960	L. Rapoport (1970), N. Golan (1978), K. O'Hagan, A.R. Roberts (2000), K. Kanel (2003)
4.	Modelo centrado en la tarea	William Reid/Ann Shyne (1969)	1960	Garvin, C.D (1974), Parihar, B. (1983), Epstein, L. (1988), Reid, W. J. (1992), Doel, M. y Marsh, P., (1993)
5.	Modelo humanista-existencial			
	Modelo centrado en el cliente	Carl Rogers (1959,1961)	1970	Keefe, (1976), Barrett-Leonard, G.T. (1979), Carkhuff, R.R y Berenson, B. G. (1977), Boy, A.V y Pine, G. J. (1982)
	Enfoque Gestáltico	Fritz Perls (1969)	1970	Polster, E. y Polster, M. (1973), Lammert, M. y Dolan, M. (1983), Potochy, M. (1993), Napoli, D. y Walk C. (1989) Blugerman, M. (1986) Reynoso y Calvo, L. (2005)
	Trabajo Social Existencial	David Weiss (1967), Krik Bradford (1969)	1960	Alan Klein (1970), Donald Krill (1978), Lantz, J. y Green, R. (1990), Neil Thompson (1992)
	Análisis Transaccional	Eric Berne (1961), Elizabeth Pitman (1983)	1980	Coburn, D.C. (1986), Cooper, M. y Turner, S. (1996)
6.	Modelo crítico-radical	Bailey, R. y Bracker, M. (1975)	1970	Galper, J. (1980), Langan, M. y Lee, P. (1989), Simpkin, M. (1989), Fook (1993,2002), Allan, J. (2003)
	Modelo Marxista de Trabajo Social	Corrigan, P. y Leonard, P. (1978)	1970	Ferguson, I. y Lavalette, M. (1999), Mullaly, B. (2003)
	Trabajo Social Feminista	Bricker-Jenkins, M. y Hooyman, N.R. (1986), Van den Berg, N./Cooper, L.B. (1986), Dominelli, L. McLeod, E. (1989), Hanmer, J. y Statham, D. (1989)	1980	Worell, J. y Remer, P. (1992), Van den Berg/Cooper(1995), Orme (2000), Fawcett, B.,Featherstone, B.,Fook, J. y Rossiter,A. (2000)
7.	Modelo de gestión de casos	Steinberg, R.M y Carter, G.W (1983), Weil, M. y Karls, J. M. (1985), Roberts-De Gennaro, M.	1980	O'Connor, G. (1988), Moxley, D. (1989), Rose, S. M (1992), Rothman, J. (1992), Vourleikis, y Green (1992),

8.	Modelo sistémico	(1987)		Woodside, M. y McClam, T. (1998), Coulshed, V. (1998-2000) Vickery, A. (1974), Olsen, M. R. (1978)
		Hearn, G. (1969) Goldstein, H. (1973), Pincus, A./Minaham, A. (1973)	1960	
		Pincus, A./ Minaham, A. (1973)	1970	Burnham, J. (1986), Evans, D. y Kearney, J. (1996)
Modelo de intervención social sistémico	German/Gitterman (1980)	1980	Siporin (1980), Jack, G. (1997), Coates, J. (2003), Matthies, A.L., Narhi, K. y Ward, D. (2000)	
Modelo sistémico-ecológico				

Fuente: Elaboración propia a partir de Viscarret, 2012.

Ya que se ha mencionado qué es un modelo de intervención desde la disciplina del Trabajo Social, los elementos que lo integran, su utilidad y clasificación es importante decir qué es la intervención social, ya que a partir de ello, las estrategias y acciones de cambio son dirigidos y no especulativos, dando soporte al mismo modelo y a la intervención como tal.

1.6.4 ¿Qué es la intervención social?

Para lograr los cambios esperados de una realidad éstos deben de estar dirigidos bajo procesos y acciones articuladas con direccionalidad. Las problemáticas sociales siempre son complejas e involucran a individuos, grupos y colectividades; la mayoría de las veces la intervención se da de una manera vertical, es decir, las instituciones (salud, educación, asitencia) haciendo uso del Trabajo Social se abren caminos para elevar el bienestar social, disminuyendo la desigualdad, aumentando la calidad de vida, haciendo valer los derechos humanos, potencializando los servicios y recursos económicos, materiales, humanos con los que cuenta el entorno a intervenir.

Lo cual no quiere decir que abordar la realidad sea un asunto fácil, como lo mencionan Galeana y Tello (2008), el abordaje de los problemas y necesidades sociales son de carácter complejo y dinámico; lo más trascendente a considerar en la elaboración de un modelo y en la intervención, es que no deben *ser improvisados*, ni iguales ante diferentes realidades u otra intervención, sino que: obligan a cimentarse en un conocimiento de la realidad respaldado por marcos teórico-metodológicos que le permitan ser eficientes, al tratar de ofrecer soluciones a los fenómenos sociales o contribuir a satisfacer necesidades.

Proponer intervenciones de manera vertical, según Díaz (et al, 2008) tiene como finalidad: “un desarrollo, cambio o mejora de situaciones, colectivos, grupos o individuos que presenten algún tipo de problema o necesidad para facilitar su integración social o su participación activa en el sistema social a nivel personal, económico-laboral y/o político”(pág, 33).

En resumen la intervención es entendida como la acción organizada y desarrollada por las y los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. El objetivo principal es superar los bajos índices de desarrollo humano, mejorando la calidad de vida de la ciudadanía. No hay que olvidar que una intervención social es una acción *programada y justificada* desde un marco legal y teórico a nivel individual, grupal y colectivo. En palabras de Galeana y Tello (2008), toda intervención es “un hacer dirigido a la atención de un problema, demanda y/o requerimiento de uno o varios sujetos sociales”.

Incidir en la realidad social pretende estabilizar condiciones desiguales por las que atraviesan las sociedades, estas propuestas de cambios y mejoras como menciona Carballeda (2012), se basan en que la intervención es una forma de *hacer ver* al otro, las instituciones, a la sociedad, la desigualdad y sus efectos. Los escenarios de intervención son complejos demandando observaciones, descripciones, informes y las relaciones con el medio; en otras palabras la intervención social es un tipo de actividad que se da de manera formal y organizada, responde a necesidades sociales en un marco legal, tiene como propósito proteger y promover la interacción humana y aspira a una legitimación pública o comunitaria.

Para construir modelos más acordes con la realidad social, los especialistas en intervención en este caso las y los trabajadores sociales, deben involucrarse con el objeto de estudio, en caso de no hacerlo verán las situaciones desde afuera y desligada de la persona, grupo y comunidad que están en constante transformación. Intervenir no es un acto arbitrario de invasión o intromisión, ni tampoco obedece sólo a los intereses que la o el trabajador social considera válidos, lo que busca es acompañar, ayudar y capacitar a las personas, grupos y comunidades derribando los obstáculos y facilitando la capacidad de hacer responsables, libres de elegir y ejercer sus derechos.

Para finalizar Galeana y Tello (2008: 43) mencionan que:

La intervención en lo social tiene que ver con un hacer que se desarrolla en escenarios diversos y desiguales de la realidad social, los cuales exigen respuestas innovadoras y contundentes, que contribuyan a: atender las demandas sociales, defender los derechos sociales y humanos, mejorar la calidad de vida de sectores populares, establecer condiciones que propicien el desarrollo local y regional, cuidar nuestros entornos y ambientes ecológicos, atender grupos vulnerables, fortalecer el tejido social, responder a los fenómenos de exclusión social y a las relaciones y expresiones de conflicto generadas por el encuentro multicultural, y a una multiplicidad de manifestaciones y problemas que hoy en día son propios de una sociedad altamente compleja.

Sin olvidar que las técnicas en Trabajo Social permiten “tener un conocimiento global del campo de acción, que consiste en recoger información acerca del usuario, su situación, el contexto global, las instituciones y organismos sociales” (Díaz, et al., 2008: 33).

1.6.5 Proceso de intervención social

Para Galeana (1999) toda intervención social tiene como eje una secuencia lógica denominada “proceso metodológico” en donde se expresa la conjunción conocimiento-acción, dando como resultado una mayor objetividad a la intervención profesional en la realidad social en sus diversos matices y dimensiones. El siguiente esquema muestra los pasos del proceso de intervención.

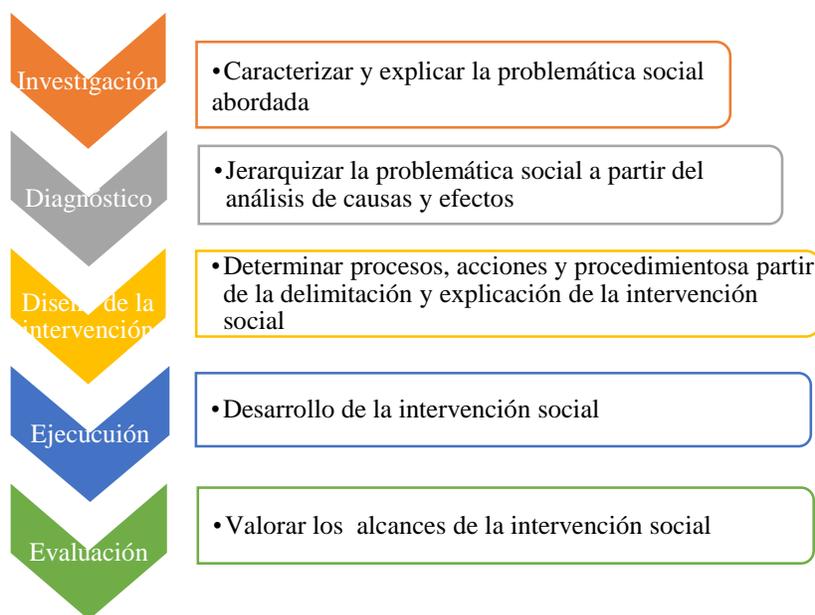


Figura 1. *Proceso de intervención desde el Trabajo Social*
Fuente: Elaboración propia a partir de Galeana y Tello 2008.

Para Díaz (et al., 2008) el proceso de intervención comienza con el análisis de la realidad, haciendo uso de teorías, técnicas y herramientas de investigación que puedan definir los objetivos y orientar la intervención de acuerdo con los objetivos acordes a las necesidades y problemas sociales, sin descartar las diversas circunstancias durante el proceso de intervención.

El siguiente esquema representa el proceso de intervención como diagrama de flujo, en el cual hay una entrada (investigación) y una salida (evaluación), que sin embargo, no están cerradas existiendo reversibilidad en cada una de las cinco fases para adecuar a las diferentes

problemáticas, que no fueron observadas en la fase de diagnóstico. El diagrama de flujo representan de manera sintética el objetivo y las fases del modelo de intervención y ayuda a visualizar la fase en la que nos encontramos.

Asi mismo, Galeana y Tello (2008), mencionan que las características de la intervención deben basarse en un hacer fundamentado, buscando la modificación o cambio que se sustenta en un hacer profesional, con direccionalidad que incida en los procesos de la dinámica social; como se muestra a continuación.

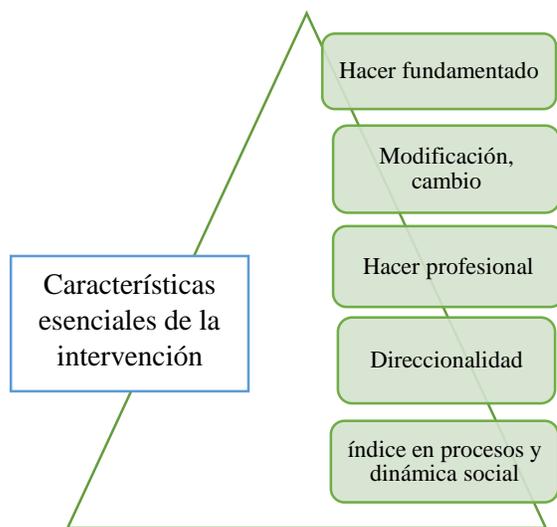


Figura 2. *Características de la intervención*

Fuente: Elaboración propia a partir de Galeana y Tello, 2008.

1.6.6 Algunas áreas de intervención desde el Trabajo Social

Las diversas áreas en las que puede incidir la o el trabajador social para lograr cambios y transformaciones sociales por medio de un modelo de intervención, van desde el sector salud, educativo, ambiental, comunitario, entre otros. A continuación se esquematizan algunas de las áreas de intervención, de ahí la importancia de la práctica de la profesión donde su quehacer se basa en el actuar.

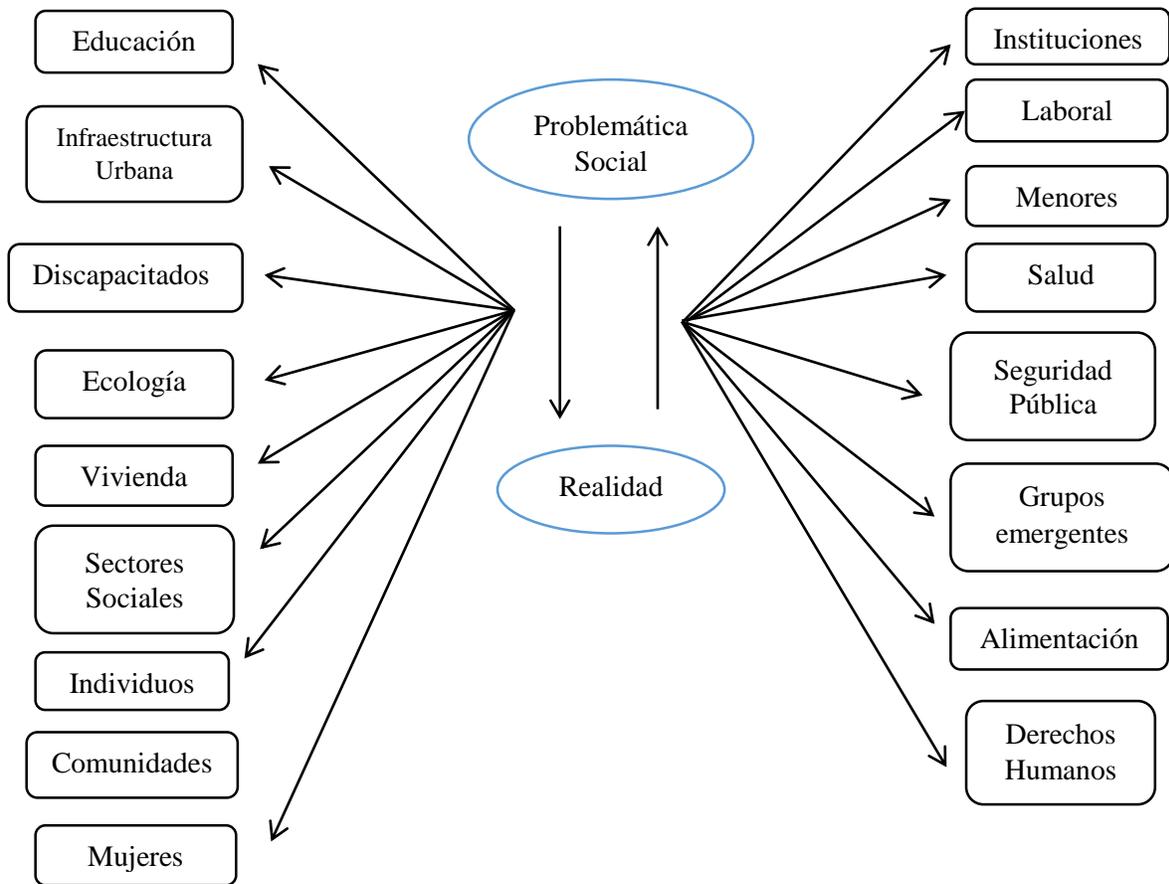


Figura 3. Problemáticas sociales en las cuales interviene la ó el Trabajo Social
 Fuente: Elaboración propia a partir de Galeana y Tello, 2008.

1.7 Conclusiones capítulo uno

Para cerrar con este capítulo se puede decir que es de suma importancia comprender los fenómenos sociales desde una mirada teórica ya que esto nos permite comprender la realidad por la que atraviesa la humanidad como dinámica y cambiante. Por lo tanto, el uso de la teoría feminista en este capítulo trato de explicar la realidad por la cual atraviesan las mujeres indígenas que radican en el municipio de Zitácuaro Michoacan, así como la introyección que tienen en cuanto al género, los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y la discriminación que han vivido por ser mujeres, indígenas y pobres .

La importancia del Trabajo Social radica en la intervención que hace en la realidad para atender problemas y necesidades sociales, esto lo hace por medio de la implementación de algún modelo de intervención, por ello resulta de vital importancia conocer cuáles son sus elementos,

su utilidad y clasificación para lograr intervenciones exitosas y acordes a la población ya sea familiar, grupal o comunidad.

Lo anteriormente mencionado permite dar continuidad con el capítulo siguiente en el cual se desarrolla el marco jurídico con enfoque de género donde se puntualizan los convenios y tratados internacionales en temas de salud sexual y reproductiva así como en contextos nacionales y finalmente en el estado de Michoacán de Ocampo, visibilizando la importancia de un respaldo normativo que protega los derechos humanos de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO 2. Marco Normativo con Enfoque de Género

Para tratar de erradicar la desigualdad, la discriminación y diferentes formas de violencia de género, la ONU en 1979 llama a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (**CEDAW**, por sus siglas en inglés) con el fin de difundirla a todas las personas y países interesados en promover los derechos de las mujeres bajo el marco normativo internacional, posteriormente se realizan en diferentes países conferencias y convenciones que se materializaron en tratados y convenios que al final se convirtieron en leyes con las cuales se buscaba dar solución a los problemas mencionados y buscando a largo plazo lograr la equidad entre mujeres y hombres. Se pretendía desde entonces, y hasta la fecha, que los países miembros de la ONU acaten las recomendaciones aplicándolas en sus gobiernos para que se vean reflejadas en acciones y políticas públicas de los países participantes.

Para comprender la importancia de los derechos sexuales y reproductivos es necesario mencionar que devienen de las conclusiones de las convenciones de Viena en (1993), el Cairo (1994) y Beijing (1995) y que derivan en normativas jurídicas a nivel internacional; cada uno de los instrumentos generados (acuerdos, leyes y tratados) están enfocados a lograr aspectos como la igualdad, el respeto y equidad entre mujeres y hombres, esto nos permitirá hacer un recuento histórico de la importancia que tiene hoy en día el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como los diferentes tipos de violencia y discriminación que padecen las mujeres en ámbitos públicos y privados.

Es importante mencionar que, para el caso de México el marco jurídico estipulado a nivel internacional en materia de equidad de género y violencia en contra de la mujer se deben ser aplicados por medio de leyes y creación de instituciones. A nivel local se mencionan leyes que han sido creadas para ser aplicadas en cuanto al sector salud y población indígena en Michoacán de Ocampo. La transversalización de políticas públicas en materia de derechos, equidad y formas de erradicar la violencia y discriminación. A continuación se mencionan los diferentes instrumentos creados para lograr que las mujeres puedan acceder a mejores condiciones de vida, sin violencia, sin discriminación y con el objetivo de hacer valer sus derechos humanos.

2.1 Instrumentos Internacionales en materia de violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, discriminación e interculturalidad

2.1.1 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: CEDAW 1979

Esta convención es la primera que visibiliza la discriminación como una de las formas de violencia que padecen las mujeres en diferentes ámbitos y espacios; buscando cómo erradicarla y recomendando a los países integrantes de la ONU busquen las alternativas que modifiquen patrones discriminatorios en esferas como públicas y privadas, así como en espacios de índole político, laboral, educativo, de salud, jurídicas y familiar, se pretende el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.

Los artículos que se retoman de la Convención CEDAW (1979) que se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son el primero y el doceavo, el primer artículo indica la definición de discriminación y el artículo 12 solicita a los Estados adoptar medidas para el acceso de las mujeres a la atención médica.

Artículo 1

A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (ONU Mujeres, 2011: 19).

Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (ONU Mujeres, 2011: 24-25).

2.1.2 Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1989

Para los países miembros de la ONU, la importancia del convenio 169, radica en que tendrán que reconocer su diversidad cultural de forma constitucional, valorando usos y costumbres de sus pueblos originarios. México ha reconocido su diversidad cultural y ha incluido dentro de la Constitución Política Mexicana artículos que hagan referencia a ello. Zolla y Zolla (2004), mencionan que el Convenio 169 ratifica la importancia de proteger a los pueblos indígenas tanto

en la legislación como en la práctica sus derechos territoriales (posesión de las tierras), culturales, sociales, religiosos, el derecho consuetudinario (formas de autogobierno), el derecho a los servicios de salud y el derecho a tener un trabajo.

Los artículos de la OIT que hacen mención a la diversidad cultural existente en el mundo son:

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les concierna y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones (CONAIE, 2009: 32-33).

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico.

Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho (CONAIE, 2009: 32-33).

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar porque se ponga a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y el empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país (CONAIE, 2009: 32-33).

2.1.3 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994

En el documento escrito en esta Conferencia se reafirman aspectos ya llevados a la mesa de discusión de la CEDAW, en donde se enfatizan los derechos de las mujeres, así mismo como un

reconocimiento en el cual explicita que cuando se ejerce un control del cuerpo de las mujeres se están violentando sus derechos humanos.

Dentro de sus objetivos se menciona que:

Lograr la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer. Recomienda, entre otras medidas, la creación de mecanismos que garanticen la participación de la mujer en pie de igualdad y su representación equitativa en todos los niveles del proceso político y de la vida pública, así como la eliminación de todas las prácticas discriminatorias contra la mujer, incluido el lugar de trabajo y las que afectan su acceso al crédito, a la propiedad y a los sistemas de seguridad social (Mora, 2006:12-13).

Esta convención es una de las primeras en las cuales se reconoce el derecho de las niñas eliminando la discriminación en contra de ellas resultado de las preferencias hacia el varón. Otro aspecto importante es la construcción de la equidad, donde se busca la participación del hombre, para convertirse en un actor participativo de las acciones que desempeña para mejorar la salud sexual y reproductiva, siendo un agente de cambio y transformación. A continuación se enumeran algunos principios:

1. Derecho a la igualdad y equidad entre hombres y mujeres.
2. El avance hacia la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres.
3. La eliminación de todo tipo de violencia hacia la mujer.

Sobre todo: Se estableció que **asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva es un derecho humano** (CONAIE, 2009: 32).

2.1.4 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995)

En Beijing (1995) se reitera lo ya consensuado tanto en la Conferencia de Viena en 1993 y la del Cairo en 1994, retomando la importancia de:

Los derechos humanos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos, que la igualdad entre mujeres y hombres es una cuestión de derechos humanos y que ésta constituye una condición para el logro de la justicia social, además de ser un requisito previo necesario y fundamental para el desarrollo y la paz (Mora, 2006: 13-14).

La importancia de esta conferencia radica en la comprensión de la multidimensionalidad de situaciones de discriminación y exclusión por las que atraviesan las mujeres, por ello la conferencia propone dar solución a los problemas que enfrentan. En los siguientes párrafos se hace mención de puntos específicos que garantizan la importancia de la equidad entre mujeres y hombres, en relación a la salud sexual y reproductiva, así como el respeto de los derechos humanos de las primeras. A continuación se cita el **Párrafo 106:**

Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia.

Es decir el Plan de Acción de Beijing: es el documento más completo con relación a la protección de los derechos de las mujeres, además está dirigido para crear las condiciones necesarias para potenciar la participación activa de las mujeres en lo público y privado.

Entre las esferas de especial preocupación que se identificaron como obstáculos para el desarrollo de la mujer, son:

1. La mujer y la pobreza.
2. El acceso desigual a la educación
3. La mujer y la salud.
4. La violencia contra la mujer.
5. La mujer y los efectos de los conflictos armados.
6. La desigualdad en la participación de la mujer en la economía y en el proceso de producción.
7. La desigualdad en el ejercicio del poder y en la adopción de decisiones.
8. Los derechos de la mujer.
9. La mujer y los medios de comunicación.
10. La mujer, los recursos naturales y a la protección del medio ambiente (CONAIE, 2009: 34).

Su relevancia de la conferencia es fundamental ya que los derechos sexuales y reproductivos son considerados derechos humanos, por lo tanto tienen que ver con la libertad, la capacidad de decidir, de disfrutar, de sentir placer, así como el vivir una sexualidad acorde a los deseos, gustos y preferencias sexuales (Salazar, 2013: 2).

La primera conferencia en la cual se tocó el tema de derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos, fue en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994. Para Langer (2003), dicha Conferencia fue un hito en temática de “salud sexual y reproductiva”, ya que se aprobó un Programa de Acción (PA) con una mirada progresista e integral que representó un avance sustancial en relación con las visiones reduccionistas que caracterizaron a los programas y servicios verticales de planificación familiar, salud materno-infantil, VIH-SIDA y otros temas relacionados con la sexualidad y reproducción.

En la Conferencia de Beijing (1995) fueron analizados aspectos fundamentales como los derechos sexuales y reproductivos, abriendo el abanico de posibilidades para incluir diferentes aspectos en la definición; en primera instancia se consideraron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, se formularon políticas de implementación de programas

y se estipuló el rechazo a toda forma de coerción y discriminación. El PA centró su atención en la importancia que tiene la sexualidad y el género en la vida de las personas, relaciones entre mujeres y hombres en lo que concierne a la salud y los derechos de las mujeres. La principal propuesta es incluir a los hombres en la responsabilidad del comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), el bienestar de la pareja y de los hijos que procrean.

Se consideraron otros aspectos en el PA como la existencia de servicios integrales de salud sexual y reproductiva de buena calidad, que se ofrezca información y atención a las y los usuarios de cualquier servicio de salud, se estipuló reforzar el programa y servicios para sectores de la población no incluidos como adolescentes, indígenas y hombres.

Finalmente pero no menos importante, en la CIPD se analizaron las situaciones que obstaculizan el progreso de las mujeres y sus diferentes formas de discriminación con base en el género, la pobreza, las escasas oportunidades de educación, la violencia, la coerción, el limitando el acceso a los recursos económicos y en general, la toma de decisiones y propone acciones para reducir sus efectos (Langer, 2003:25).

Como hilo conductor de los derechos sexuales y reproductivos la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing realizada en 1995 reitera lo formulado en el Cairo en 1994 y estipula que:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Petchesky, s,f:5).

Ante esta declaratoria, por primera vez se considera a las mujeres como seres sexuales y reproductivos, con derechos humanos, que pueden decidir libremente sobre su sexualidad, no importando su edad, estado civil u orientación sexual (Petchesky, s,f: 5). Se incluye de igual manera la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente sobre ello, sin ningún tipo de coerción, discriminación o violencia, así como el pleno respeto a la integridad de la persona, el consentimiento recíproco, así como el asumir conjuntamente las consecuencias del comportamiento sexual (Salazar, 2013: 5).

Bajo esta mirada de género para considerar el tema de la sexualidad y reproducción como un derecho humano se permitió que, a partir de 1995, iniciaran las medidas que reconocieron a las mujeres como seres sexuales, y por lo tanto con libertad de ejercer su sexualidad y reproducción bajo su propia autonomía y libertad de sus cuerpos. A pesar de las propuestas de las diferentes Convenciones y Conferencias, a nivel internacional aún falta mucho por hacer para lograr el empoderamiento de las mujeres con relación a su cuerpo, sexualidad, reproducción, maternidad, entre otros; así como el incluir a los hombres en materia de sexualidad, paternidad responsable e inclusión en actividades en el hogar.

2.1.5 Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005-2014)

Los encuentros internacionales no dejan de lado la importancia de la diversidad cultural existente en el mundo, así como tampoco el entendimiento sobre las medidas de atención a la salud en cada uno de los pueblos indígenas; por lo tanto, el reconocimiento que se hace sobre esto, da la pauta para entender que no deben de discriminarse y minorizarse las maneras de atención a la salud de los pueblos indígenas, siempre y cuando, estas no pongan en riesgo la integridad de las personas. Tampoco debe de negarse la libre decisión de que se complemente lo que es la medicina tradicional con la medicina alópata de cada país.

Los estatutos que demarca este Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (2005- 2014) mencionan que:

Se debe asegurar el acceso sin discriminaciones, amplio, comunitario y culturalmente apropiado, a servicios de atención de la salud, educación sanitaria, nutrición adecuada y vivienda. Las medidas destinadas a garantizar la salud de los pueblos indígenas se deben considerar como una cuestión colectiva y holística que incumbe a todos los miembros de las comunidades e incluye dimensiones físicas, sociales, mentales, ambientales y espirituales (ONU, 2005).

Se recomienda que se lleven a cabo consultas regionales y locales con los pueblos indígenas a fin de integrar adecuadamente a los curanderos indígenas, los conceptos indígenas y la comprensión de la salud, el bienestar, la curación, las afecciones y enfermedades, la sexualidad y el parto, así como los sistemas de salud tradicional en las políticas, directrices, programas y proyectos llevados a cabo durante el Decenio. Se deberá tener en cuenta la capacitación y el empleo de personas indígenas calificadas, con inclusión de mujeres indígenas, para elaborar, gestionar, administrar y evaluar sus propios programas de atención de la salud (ONU, 2005).

Se insta a todos los actores pertinentes a que garanticen el acceso de los pueblos indígenas, y especialmente de las mujeres, a la información relativa a su tratamiento

médico, y a que garanticen su consentimiento libre, previo e informado respecto del tratamiento médico. Las investigaciones sanitarias sobre las comunidades indígenas o que afecten a ellas también deben respetar su consentimiento libre, previo e informado, que puede involucrar sus derechos de propiedad intelectual. Los investigadores, sean académicos o del sector privado, deben practicar la transparencia en lo tocante a los posibles beneficios económicos de toda investigación o conocimiento de prácticas curativas indígenas (ONU, 2005).

Se recomienda que se establezcan mecanismos nacionales de supervisión para que las comunidades indígenas puedan informar respecto de abusos y negligencias del sistema de salud a las autoridades sanitarias nacionales, y que se cree un marco jurídico para abordar eficazmente estas cuestiones. Los derechos humanos fundamentales y las necesidades básicas en la esfera de la salud de los niños, jóvenes y mujeres indígenas tienen la máxima prioridad y esto se debe reconocer y fomentar mediante la creación de centros de coordinación o comités en cada organismo, organización o institución, incluyendo la participación plena y efectiva de las mujeres y los jóvenes indígenas en la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de las iniciativas (ONU, 2005).

2.1.6 Cumbre mundial 2005

La realidad de los pueblos indígenas es atravesada por diversidad de problemas sociales que afectan de manera directa a su población, desde mujeres, hombres, niños y niñas que ven quebrantada su estabilidad resultado de las carencias, pobreza, desnutrición, falta de acceso a centros de salud, analfabetismo; es así que uno de los temas de mayor preocupación que tiene que ver las mujeres indígenas es el alto índice de muertes maternas resultado de un embarazo y/o parto mal atendido o resultado de la discriminación que viven las mujeres indígenas al no ser atendidas en los centros de salud. Es por ello que la cumbre mundial realizada en el año 2005, radica en enfocar su atención a reducir la muerte materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad de género, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.

Los Estados miembros de las Naciones Unidas ratifican la importancia de:

Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, e integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la Mortalidad Materna, mejorar la Salud Materna, reducir la Mortalidad Infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza (CONAIE, 2009: 35).

2.1.7 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000

En el marco de la cumbre realizada en el año 2000, países miembros de la ONU suscribieron los objetivos del Desarrollo del Milenio, en donde la línea se enfoca a la salud sexual, salud reproductiva, salud materna, a partir de esto tocar temas relacionados a la erradicación de la pobreza, acceso y el grado de logro educativo, igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, mortalidad infantil, salud materna, la lucha contra VIH y el SIDA.

Tabla 2. *Objetivos del Desarrollo del Milenio*

El cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM)	Se relaciona con la salud sexual, salud reproductiva y salud materna, en tanto involucra:
ODM 1 La erradicación de la pobreza extrema...	<ul style="list-style-type: none"> • El tamaño de la familia • El acceso a planificación familiar • Lo crucial de romper el ciclo generacional de la pobreza • El embarazo adolescente y la deserción escolar
ODM 2 El acceso y el grado de logro educativo...	
ODM 3 La igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia contra la mujer como factor inhabilitante para ejercer la autonomía • La anticoncepción de emergencia y la profilaxis post-expositiva de ITS y VIH para reparar la salud reproductiva en casos de violencia sexual
ODM 4 La mortalidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar
ODM 5 La salud materna	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo y la maternidad en la adolescencia • La provisión de información y servicios de salud reproductiva adecuados para todas las mujeres (sea migrantes, jóvenes, indígenas, de bajos ingresos, de zonas urbanas empobrecidas, etc.) • El acceso a cuidados obstétricos de emergencia y a atención calificada del parto
ODM 6 La lucha contra el VIH y el Sida	<ul style="list-style-type: none"> • La feminización y el rejuvenecimiento de la epidemia • La importancia de vincular los servicios de SSR a los de prevención del VIH. El acceso a preservativos y la promoción de su uso correcto y consistente como medida necesaria de prevención

Fuente: Elaboración propia a partir de CONAIE, 2009.

2.2 México y las leyes nacionales en materia de igualdad entre mujeres y hombres

Para el caso de México las garantías y derechos de la ciudadanía se mencionan en la Carta Magna y en artículos específicos donde se determinan los derechos humanos que debe de proteger el Estado. Por lo tanto la importancia de hacer mención de algunos de estos acuerdos que han sido manifestados en los últimos años y en los cuales se basa el reconocimiento y la

igualdad entre mujeres y hombres, así como garantizar la igualdad de oportunidades en aspectos económicos, laborales, políticos, culturales, salud, educación, etc.

En materia legislativa el país también ha incluido aspectos en los cuales se considere la importancia de los derechos humanos y garantías individuales, así como la importancia de la inclusión de las mujeres y el reconocimiento de la equidad e igualdad de oportunidades y la diversidad existente entre la población indígena.

Los siguientes artículos son muestra en materia legislativa que garantiza el derecho de las mujeres, a una vida libre de violencia, de discriminación; y al reconocimiento y acceso a los bienes y servicios que ofrece el Estado, como educación, salud, participación en la vida pública y privada, entre otros.

Artículo 1. De los Derechos Humanos y sus Garantías

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017).

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017).

El artículo primero de la Constitución Mexicana enuncia la importancia de la no distinción entre la población mexicana, respetando la diversidad cultural y reconociendo al país como multicultural y pluriétnico; por lo tanto, toda persona que nazca en territorio mexicano es libre y tiene derecho a gozar lo que la Constitución establezca, siempre y cuando cumpla sus derechos y obligaciones. Otro elemento importante dentro de este artículo es el recalcar la prohibición de alguna forma de discriminación hacia las personas dependiendo de su origen, género, edad, preferencia sexual.

México ha reconocido la importancia de lo estipulado por los organismos internacionales en materia de equidad género, derechos sexuales y reproductivos, que nos permiten analizar lo que dice el artículo cuarto constitucional, ante las brechas de aplicación y respeto de los derechos establecidos en la Carta Magna, ya que la realidad en nuestro país presenta violaciones en contra de la población indígena, así como por sus preferencia sexuales y género. Es importante mencionar que la mujer y el varón son iguales ante la ley.

Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017).

En materia de salud sexual y reproductiva el artículo 4º menciona como premisa la igualdad entre mujeres y hombres y la importancia de la libre decisión y determinación sobre su sexualidad y elección del número de los hijos, además del acceso a la salud de la población mexicana. Sin embargo, no existe diferencia clara en lo que el Estado Mexicano estipula como es la salud sexual y lo que es la salud reproductiva, quedando ambigua y generado confusión. Cabe señalar qué es importante distinguir entre salud sexual y reproductiva para que las instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, DIF) ofrezcan mejores servicios con los cuales acceder a un mejor estado de salud con respecto a la sexualidad y la reproducción.

2.2.1 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Otro de los instrumentos que México tiene para erradicar la discriminación es la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la discriminación, que en su artículo primero se lee lo siguiente:

Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato (Cámara de Diputados, s,f).

La importancia de esta Ley radica en que se compagina con lo que dicta el artículo 1 de la Constitución, así como una serie de medidas y/o acciones, de inclusión, para erradicar la discriminación en el territorio nacional y en los diferentes ámbitos como es lo laboral, la educación, la paridad en los partidos políticos, las políticas públicas y las campañas de sensibilización en género.

2.2.2 Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Población 2012

La Secretaría de Salud de México es una secretaría de estado del poder ejecutivo federal encargada de la salud del pueblo mexicano; así como de su educación y cuidado a través de

campañas de vacunación y fomento mediante diversos programas de salud (Secretaria de Salud, s,f). Las acciones llevadas a cabo por la Secretaria de Salud en materia de salud sexual y reproductiva priorizan la planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos y la importancia del enfoque de género en el sector salud, educación y fecundidad, los cuales se resumen en los siguientes artículos:

Artículo 16

La información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público (Secretaria de Salud, s,f).

Artículo 17

Los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género (...) e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad (Secretaria de Salud, s,f).

Artículo 18

La educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes (Secretaria de Salud, s,f).

Artículo 20

Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear (Secretaria de Salud, s,f).

2.2.3 Norma Oficial Mexicana (NOM 005-1993) de los servicios de Planificación Familiar

La Norma Oficial Mexicana NOM (005) emitida en 1993 promueve a nivel nacional los servicios de planificación familiar, que fueron el resultado de la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. El documento especifica y describe las disposiciones generales y técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería. El objetivo de la Norma 005 es:

Uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un

marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país (Salud, 2017).

2.3 Reglamentos y Leyes Estatales de Michoacán de Ocampo

2.3.1 Reglamento de la ley por una vida libre de violencia para las mujeres en Michoacán de Ocampo

El reglamento de la ley por una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Michoacán de Ocampo, fue publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 28 de septiembre de 2015, esto nos muestra como la transversalización de las leyes en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, que devienen de organismos internacionales, se plasman a nivel estatatal para el goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades consagradas en la Constitución Política Mexicana y los Tratados Internacionales en lo referente a Derechos Humanos y en materia de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, así como en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, donde se planteó que:

La violencia y discriminación que sufren las mujeres en el ámbito social, económico, jurídico, político, cultural y familiar hacen necesaria la colaboración entre las diversas dependencias y poderes del Estado que permitan la adecuada creación e implementación de mecanismos y ordenamientos jurídicos a efecto de promover la plena y estricta observancia de los derechos humanos, con especial apego a los derechos de las mujeres michoacanas (Periódico Oficial del Estado, 2015 séptima sección, tomo CLXIII, núm. 3).

Los artículos que especifican lo citado son los siguientes:

Artículo 1

La presente Ley es de orden público, interés social y de observancia general y obligatoria en todo el Estado de Michoacán de Ocampo y tiene por objeto establecer la coordinación entre los tres órdenes de Gobierno, para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres por razones de género, así como establecer las políticas públicas y acciones gubernamentales para garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación (Periódico oficial del estado, 2013).

Artículo 2

Los principios rectores para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración de políticas públicas y acciones gubernamentales son:

1. La igualdad jurídica entre las mujeres y los hombres;
2. El respeto a la dignidad humana;
3. La no discriminación;
4. La libertad de las mujeres. (Periódico oficial del estado, 2013).

Artículo 3

Son sujetos de los derechos que establece esta Ley, las mujeres que se encuentren dentro del territorio del Estado (Periódico oficial del estado, 2013).

2.3.2 Ley de Salud del estado de Michoacán de Ocampo 2013

Un mecanismo de protección para la población Michoacana es la Ley de Salud, que en su artículo 3º menciona lo siguiente:

Artículo 3

El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico, mental y social del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables hacia la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El acceso equitativo de los servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. La difusión, información y orientación de los servicios de salud para su adecuado y óptimo aprovechamiento y utilización; y,
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Periódico Oficial del Estado, 2013).

2.3.3 Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos y Comunidades Indígenas del estado de Michoacán

La ley de Derechos y Cultura de los Pueblos y Comunidades Indígenas de Michoacán de Ocampo es una propuesta de la Asociación Civil “Cultura Ecológica”, presentada ante el Congreso por el Diputado Luis Patiño Pozas, que reconoce a “los pueblos indígenas: Mazahua, Nahuatl, Otomí y Purhepecha, así como a las comunidades indígenas que conforman aquellos pueblos y sus reagrupamientos étnicos, lingüísticos y culturales” (Propuesta de iniciativa de Ley, s,f). Los planteamientos se retoman de manera sucinta en los siguientes artículos:

Artículo 2

El Estado de Michoacán, tiene una composición étnica plural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban el territorio actual del Estado o el País al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales, políticas, o parte de ellas. Dichos pueblos y comunidades tienen existencia previa a la formación del Estado de Michoacán y fueron la base para la conformación política y territorial del mismo, por lo tanto tienen los derechos sociales que la presente Ley les reconoce. Esta Ley reconoce a los siguientes pueblos indígenas: Mazahua, Nahuatl, Otomí y Purhepecha, así como a las comunidades indígenas que conforman aquellos pueblos y sus reagrupamientos étnicos, lingüísticos y culturales. Las comunidades afromexicanas y los indígenas pertenecientes a cualquier otro pueblo procedentes de otro estado de la república y que residan temporal o permanentemente dentro del territorio del estado de Michoacán, podrán acogerse a esta ley (Ramírez, 2002: 194).

Capítulo VI. De las mujeres indígenas

Artículo 41

El Estado reconoce las diversas formas de organización de las familias indígenas como base de reproducción y sustentación de los pueblos y comunidades indígenas de Michoacán (Ramírez, 2002: 194).

Artículo 42

El Estado promoverá, en el marco de las prácticas tradicionales de las comunidades y pueblos indígenas, la participación plena de las mujeres en tareas y actividades que éstos no contemplan y que tiendan a lograr su realización, su superación, así como el reconocimiento y el respeto a su dignidad (Ramírez, 2002: 194).

Artículo 43

A las mujeres y a los hombres indígenas les corresponde el derecho fundamental de determinar el número y espaciamiento de sus hijos; y al Estado, la obligación de difundir orientación sobre salud reproductiva de manera que aquellos puedan decidir informada y responsablemente al respecto.

Artículo 44

Las mujeres indígenas tienen derecho a recibir capacitación y educación bilingüe e intercultural para realizar actividades que estimulen su desarrollo integral (Ramírez, 2002: 194).

Artículo 45

El Estado asume la obligación de propiciar la información, la capacitación, la difusión y el diálogo, para que los pueblos y comunidades indígenas tomen medidas tendientes a lograr la participación plena de las mujeres en la vida política, económica, social y cultural de los mismos (Ramírez, 2002: 194).

2.4 Conclusiones capítulo dos

La transversalización de políticas públicas en cuanto al género, derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos permite poner atención en aspectos que aún están violentando la integridad de las mujeres y en específico el de las mujeres indígenas, es así que la importancia de un marco jurídico permite conocer cuáles han sido aquellos tratados y convenciones que han impactado en la política mexicana para la modificación de ciertos artículos, así como la creación de instituciones para salvaguardar la integridad de las mujeres.

Es así que el conocer cómo la transversalización en temas como el género, derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencia nos permite reconocer las políticas públicas que han dado pie a la creación de modelos de intervención con enfoque de género en población indígena, este es el caso del modelo CAMI Mazot Dexi- Deetta A.C., que se desarrolla a continuación. Para comprender cómo funciona el modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., es necesario contextualizar en primera instancia el estado de Michoacán de Ocampo desde su ubicación hasta los diversos problemas que lo afectan de manera directa, esto se desarrolla en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3. Marco Contextual

Este capítulo tiene la intención de contextualizar los diversos problemas desde una perspectiva macro por los que atraviesa el estado de Michoacán de Ocampo, pasando a aspectos meso como lo es el municipio de Zitácuaro y finalmente de manera micro la localidad de Nicolás Romero, así como enunciar los problemas sociales por los cuales atraviesan las poblaciones indígenas como la Mazahua (Jñatrjo) y Otomí (Nñañu) que habitan la zona Oriente de Michoacán.

Por otra parte, se recapítula la historia de la Casa de la Mujer Indígena, así como su replicidad en otros estados de la República Mexicana, lo que permite comprender la importancia de una “Casa de la Mujer Indígena”, en el estado de Michoacán de Ocampo y su área de intervención.

3.1 Ubicación geográfica del estado de Michoacán de Ocampo

Para ubicarnos espacialmente en el lugar de estudio será necesario considerar aspectos generales de Michoacán de Ocampo, lo que nos permitirá conocer el contexto social, cultural y natural; para posteriormente particularizar en el municipio de Zitácuaro y su localidad de Nicolás Romero.

El estado de Michoacán de Ocampo se encuentra ubicado al oeste de la República Mexicana y se ubica entre los ríos Lerma y Balsas, el lago de Chapala y el Océano Pacífico y forma parte del Eje Neovolcánico y la Sierra Madre del Sur. Colinda al norte con Jalisco, Guanajuato y Querétaro de Arteaga; al este con Querétaro de Arteaga, estado de México y Guerrero; al sur con Guerrero y estado de México y al oeste con el Océano Pacífico, Colima y Jalisco (veáse figura 4).

La palabra Michoacán proviene de Michámacuan que significa “lugar de pescadores” y su capital es Morelia, el estado cuenta con una extensión territorial de 59,928 km², lo que representa un 3% de toda la extensión del territorio mexicano (Clima planeta, s,f).



Figura 4. *Ubicación de Michoacán de Ocampo*

Fuente: *Clima planeta, (s,f).*

La población total del estado de Michoacán de Ocampo para 2010 era de 4,351,037 habitantes de las cuales 2,248,928 eran mujeres y 2,102,109 eran hombres (INEGI, 2014). Otro dato relevante a considerar de Michoacán de Ocampo es la multiculturalidad, presente desde la época prehispánica. Hoy en día los grupos indígenas que habitan el territorio, y que están distribuidos en el mismo son: purépechas, nahuas, hñahñu u otomí, jñatjo o mazahua, matlatzinca o pirinda, todos con manifestaciones culturales propias, así como con diversos problemas y necesidades sociales que afectan a la población indígena, tales como rezago educativo, pobreza, falta de accesos a servicios de salud, infraestructura deficiente y discriminación (Programa Especial para los Pueblos Indígenas de Michoacán, 2016).

Michoacán de Ocampo está dividido en 10 regiones, lo cual nos permite comprender la diversidad natural, social y cultural con la que cuenta este estado, así mismo comprender la diversidad histórica en cuanto a la población indígena. A continuación, se muestra una tabla en la cual se enumeran las diferentes regiones y municipios con las que cuenta el estado.

Tabla 3. *Regionalización de estado de Michoacán de Ocampo*

Regiones	Compuesto por los municipios de:
Región I. Lerma-Chapala	Briseñas, Chavinda, Ixtlán, Jaconda, Jiquilpan, Marcos Castellanos, Pajacuarán, Purépero, Cojumatlán de Regules, Sahuayo, Tangamandapio, Tangancícuaro, Tlazazalca, Venustiano Carranza, Villamar, Vista Hermosa, Zamora.
Región II. Bajío	Angamacutiro, Coeneo, Churintzio, Ecuandureo, Huaniqueo, Jiménez, Morelos, Numarán, Panindicuaro, Penjamillo, La Piedad, Puruándiro, Tanhuato, Yurécuaro, Zacapu, Zináparo, José Sixto Verduzco.
Región III. Cuitzeo	Acuitzio, Álvaro Obregón, Copándaro, Cuitzeo, Charo, Chucándiro, Huandacareo, Indaparapeo, Morelia, Queréndaro, Santa Ana Maya, Tarímbaro, Zinapécuaro.
Región IV. Oriente	Anganguero, Aporo, Contepec, Epitacio Huerta, Hidalgo, Irimbo, Juárez, Jungapeo, Maravatío, Ocampo, Senguio, Susupuato, Tiquicheo de Nicolás Romero, Tlapujahua, Tuxpán, Tuzantla, Tzitzio, Zitácuaro.
Región V. Tepacaltepec	Aguililla, Apatzingán, Buenavista, Cotija, Parácuaro, Peribán, Los Reyes, Tepacaltepec, Tinguindín, Tocombo.
Región VI. Purépecha	Charapán, Cherán, Chilchota, Nahuatzen, Nuevo Parangaricutiro, Paracho, Tancítaro, Taretan, Tingambato, Uruapán, Ziracuaretiro.
Región VII. Zirahuén	Erongarícuaro, Huíramba, Lagunillas, Patzcuáro, Quiroga, Salvador Escalante, Tzintzuntzan.
Región VIII. Tierra Caliente	Carácuaro, Huetamo, Madero, Nocupétaro, San Lucas, Tacámbaro, Turicato.
Región IX. Sierra-Costa	Aquila, Arteaga, Coahuayana, Coalcoman de Vázquez Pallares, Chinicuila, Lázaro Cárdenas, Tumbiscatío.
Región X. Infiernillo	Arío, Churumuco, Gabriel Zamora, La Huacana, Múgica, Nuevo Urecho.

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal INAFED, sf.

3.2 Caracterización de la problemática social en Michoacán de Ocampo

Uno de los problemas que afectan a la población de Michoacán, y en especial a las mujeres, es la violencia que han sufrido en sus diferentes modalidades, ésto ha sido el resultado de un complejo estructural social que ha invisibilizado y minimizado este fenómeno que daña la integridad física, emocional, psicológica, económica, sexual, patrimonial de quien la padece (Tepichin, Tinat y Gutiérrez de Velasio, 2010). La violencia es un fenómeno multifacético y complejo que puede ser analizado desde diferentes ángulos, sin embargo, el interés se centra en la violencia de género, que en años recientes se ha llevado a la agenda pública en Michoacán de Ocampo, bajo la supervisión de organismos internacionales y nacionales que buscan visibilizarla, sancionarla y reducirla.

Identificar los daños generados por la naturalización o invisibilización de la violencia permite conocer las causas, los alcances y las consecuencias sociales para prevenir su reproducción y así evitar jerarquías, asimetrías y estructuras de orden simbólico en las cuales la integridad de las personas se permea y debilita.

La violencia como tal se ejerce sobre la voluntad que se impone sobre el otro, por lo tanto, la tipificación de ésta puede ser psicológica, moral, sexual, patrimonial y económica, mismas que se vinculan una con otra y que llevan implícitas actitudes como insultos, humillaciones, sarcasmos, silencio condenatorio, entre otros (Tepichin, Tinat y Gutiérrez de Velasio, 2010).

Como consecuencia de visibilizar y reconocer la existencia de la violencia de género que afecta a las mujeres, el 27 de junio del 2016 se activó la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM) en el estado de Michoacán de Ocampo y en 14 municipios, entre los que se encuentran Apatzingán, Hidalgo, Huetamo, La Piedad, Lázaro Cárdenas, Los Reyes, Maravatío, Morelia, Pátzcuaro, Sahuayo, Tacámbaro, Uruapan, Zamora y Zitácuaro.

Para la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), la AVGM es un mecanismo de protección hacia ellas, que se implementa en los territorios donde se presenta la violencia de género; para ello se recurren a estrategias que garanticen sus derechos humanos, es decir, su derecho a mantener una vida libre de violencia. La AVGM es un programa de transversalidad y política pública implementado desde el gobierno federal para aplicarse en los estados que así lo requieran.

La AVGM son un conjunto de acciones gubernamentales de emergencia que pretenden enfrentar y erradicar la violencia de género, que en sus manifestaciones más extremas se encuentra la violencia feminicida. El objetivo de este programa consiste en brindar y garantizar la seguridad de mujeres y niñas, así como el cese de violencia en su contra, y eliminar las desigualdades producidas que vayan en contra de sus derechos humanos, mismos que pueden ser generados por individuos o por la propia comunidad (CONAVIM, s,f).

Ante los recientes casos registrados (2016) y denunciados de violencia y asesinato en contra de las mujeres en el estado de Michoacán de Ocampo, se implementó la AVGM. Cabe mencionar que la existencia de otro tipo de problemas sociales afectan de manera directa a Michoacán de Ocampo, como son las organizaciones de autodefensa comunitaria (en Cherán) y

grupos criminales dedicados al narcotráfico (La Nueva Familia Michoacana) y diversos atentados en Morelia, Michoacán.

Según el informe del grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de alerta de género contra las mujeres de Michoacán de Ocampo (2016), en los últimos años el estado ha sido objeto de fenómenos sociales, que atentan contra la integridad de la población, desde la organización e inserción de grupos criminales como “La Nueva Familia Michoacana” y los “Caballeros templarios”, vinculado a la violencia sistémica basada en la brutalidad, impunidad e ingobernabilidad, que originaron otro tipo de problemas como el atentado en el año 2009 en la plaza de Morelia, Michoacán; hasta la declaración de “guerra” por parte de la “Familia Michoacana” al gobierno Federal; sin olvidar la creación de autodefensas en el año 2013 en 17 municipios de la entidad.

Con referencia a la violencia de género y a la alerta emitida el pasado 27 de junio del 2016, se han presentado recientemente casos alarmantes que ponen sobre la mesa de debate las relaciones de género, así como la situación de las mujeres en contextos rurales y urbanos en Michoacán de Ocampo, que evidencian relaciones asimétricas, así como la violencia como un fenómeno “naturalizado” que daña la integridad física, emocional, sexual, económica de las mujeres, y que incluso las pone en riesgo de perder la vida ante actos de violencia.

Los delitos tipificados en contra de las mujeres que se han registrado recientemente son homicidios dolosos, feminicidios, agresiones sexuales y violencia intrafamiliar, de los cuales los datos estadísticos muestran lo siguiente:

Tomando en cuenta lo citado por el Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Género contra las Mujeres en el Estado de Michoacán de Ocampo (2016), se especifica que el estado registró en los años que corresponden del 2006 al 2014, 719 casos de muerte de mujeres, de los cuales 712 pueden considerarse como homicidios dolosos y los 7 restantes considerados feminicidios con base en el Código Penal del estado de Michoacán de Ocampo. Se han presentado en total 789 víctimas. Los municipios en donde se han presentado mayor índice de homicidios de mujeres en orden de prevalencia son: Morelia, Uruapan, Lázaro Cárdenas, Zamora, Apatzingán, Zitácuaro, Los Reyes, Pátzcuaro, Hidalgo y Tacámbaro.

Las cifras mostradas permiten entender el contexto social y la realidad que se vive en el estado de Michoacán de Ocampo, así como comprender la iniciativa de la AVGM. De las 789

mujeres víctimas de homicidios dolosos y feminicidios, se señaló que ninguna mujer era indígena, y que tres eran migrantes, las edades de las víctimas de mayor incidencia eran de 21 a 30 años de edad, seguido de los grupos de 31 a 40 años y de 11 a 20 años; lamentablemente en el informe se registra que se desconoce la edad que tenían 129 víctimas.

Del total de víctimas, 186 estaban casadas (23.5%), 155 eran solteras (19.6%), 53 divorciadas (6.7%), 55 viudas (6.9%) y se desconoce el estado civil de 340 víctimas (43.0%). Por lo que se refiere al estatus ocupacional se desconoce el mismo para 776 de ellas (98.3%).

Es necesario considerar que las víctimas tenían una relación cercana con el victimario de los cuales, 208 el victimario conocía a la víctima (26.3%), y en 2 casos existía una relación de parentesco (0.2%). Con relación a los feminicidios, ninguna víctima conocía al victimario, sin embargo, un dato alarmante es que 42 víctimas no fueron identificadas (5.3%) y se desconoce la identidad de 397 victimarios (50.3%), lo que habla de la impunidad que existe para este tipo de delitos.

En cuanto a las denuncias, en Michoacán de Ocampo se informó que en el periodo del 2006 al 2014 se recibieron un total de 5,287 por delitos cometidos en contra de niñas y mujeres, dentro de estas 2,597 fueron por violación sexual (49.12%), 1,811 por abuso sexual (34.25%), 593 por estupro (11.21%), 165 por hostigamiento sexual (3.12%), 92 estuvieron relacionadas con personas no localizadas (1.74%), 15 por pornografía y turismo sexual de personas menores de edad o que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho (0.28%) y 14 por lenocinio y trata de personas (0.26%). Como parte de las denuncias, de las 5,287 las personas más afectadas fueron las niñas de 11 a 20 años de edad, seguidas por las del grupo de entre 1 y 10 años. El espacio geográfico en el cual se registraron más denuncias fueron los municipios de Morelia, Uruapan, Lázaro Cárdenas, Zamora, Apatzingán, Zitácuaro, Pátzcuaro, Ciudad Hidalgo, La Piedad y Maravatío, los cuales son mencionados en orden de mayor a menor incidencia.

Algunos problemas más que enfrentan los ciudadanos de Michoacán de Ocampo son el narcotráfico, la inseguridad y la violencia de género; lo anterior nos permite entender el escenario social, y profundizar en el conocimiento de su realidad. No menos importante es la presencia de población indígena en dicho estado, esto nos permite ampliar el panorama social y detectar otro tipo de problemas que afectan a este sector social, recordando que nuestras sujetas de investigación son las mujeres indígenas Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) y sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, en Michoacán de Ocampo los indicadores de marginación no son nada favorables, ya que los porcentajes como población analfabeta, población con o sin primaria completa, así como características de la vivienda e ingresos dan cuenta que Michoacán puede considerarse un estado con grado de marginación alto, como se muestra en el siguiente cuadro.

Tabla 4. *Índices de Marginación en Michoacán de Ocampo*

Índice de Marginación de Michoacán de Ocampo	Población 2010
Michoacán de Ocampo	4,351,037
% de población de 15 años o más analfabeta	10.25
% de población de 15 años o más sin primaria completa	29.19
% ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	3.81
% ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	1.7
% ocupantes en viviendas sin agua entubada	8.06
% viviendas con algún nivel de hacinamiento	36.17
% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	10.98
% Población en localidades con menos de 5,000 habitantes	40.58
% Población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos	43.69
Índice de Marginación	0.52584
Grado de Marginación	Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de SEGOB, 2017.

Es así que Michoacán es atravesado por diferentes problemas como la violencia en sus diferentes modalidades: de género, narcotráfico, inseguridad, y según indicadores de la Secretaría de Gobernación problemas como analfabetismo, carencia en la vivienda, bajo ingreso que dan cuenta de la situación social y económica que enfrentan sus habitantes.

3.3 Ubicación geográfica del municipio de Zitácuaro, Michoacán

El municipio de Zitácuaro se ubica en la región Oriente del estado de Michoacán de Ocampo, en colindancia al norte con los municipios de Tuxpan, Ocampo y el estado de México; al este con el estado de México; al sur con el estado de México y los municipios de Susupuato, Juárez y Jungapeo; al oeste con los municipios de Jungapeo y Tuxpan. La extensión del municipio de Zitácuaro es de 494 km cuadrados, superficie que representa el 0.86% del territorio estatal. La capital de Zitácuaro es la Heroica Ciudad de Zitácuaro que se localiza a los 19° 26' latitud norte y a los 100° 22' longitud oeste, con una altitud sobre el nivel del mar de 1940 metros (SEDESOL, 2013 y Ayuntamiento de Zitácuaro 2017).

Para 2010 el municipio de Zitácuaro contaba con una población de 155,534 habitantes, de los cuales 80,819 eran mujeres y 74,715 eran hombres, en el año 2015 la población era de 175,289 habitantes, la población hablante de lengua indígena de 5 años y más era de 5,196; dicho municipio se considera urbanizado, pero las localidades con las que cuenta se consideran con marginación muy alta y alta (SEDESOL, 2013).



Figura 5. Mapa de Heróica Zitácuaro
Fuente: Googlemaps, 2017.

El municipio de Zitácuaro se integra por 179 localidades de las cuales Crescencio Morales y San Felipe Los Alzati están habitadas por población indígena Mazahuas y Otomíes. A continuación, se muestra una tabla en donde se mencionan las diferentes localidades del municipio de Zitácuaro.

Tabla 5. Localidades y grado de marginación del municipio de Zitácuaro

Nombre de localidad	Grado de Marginación (2010)	Ámbito
Francisco Serrato (San Bartolo)	Muy alto	Rural
El Líndero (Segunda manzana de Crescencio Morales)	Muy alto	Rural
La Guitarrita (La Guitarra)	Muy alto	Rural
Los Lampazos (Tercera Manzana)	Muy alto	Rural
El Tigrito (Segunda Manzana de Crescencio Morales)	Muy alto	Rural
Las Tiliás (La Haciendita)	Muy alto	Rural
Loma de Aparicio	Muy alto	Rural
El ojo de Agua	Muy alto	Rural
La Lomita	Muy alto	Rural
La Loma (Quita manzana de Crescencio Morales)	Muy alto	Rural
El Aguacate	Alto	Rural

Nombre de localidad	Grado de Marginación (2010)	Ámbito
Aputzio de Juárez (Santa María)	Alto	Rural
Dos Ríos (Barbechos)	Alto	Rural
La Barranca (Quinta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Camémbaro	Alto	Rural
Carpinteros	Alto	Rural
Timbineo los Conreras	Alto	Rural
La Cortina	Alto	Rural
Crescencio Morales (San Mateo)	Alto	Rural
San Francisco Curungueo	Alto	Rural
Chimusdá (Cuarta Manzana de Donaciano Ojeda)	Alto	Rural
La Dieta (Segunda Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Donaciano Ojeda (Primera y Segunda Manzana San Francisco)	Alto	Rural
Colonia Emiliano Zapata (San Juan Zitácuaro)	Alto	Rural
La Fundición (Quinta Manzana)	Alto	Rural
Las Majadas (Racho de Guadalupe)	Alto	Rural
Kilómetro Once	Alto	Rural
Loma Larga	Alto	Rural
Macutzio	Alto	Rural
Macho de Agua (Quinta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Manzanillos(Primera Manzana)	Alto	Rural
Mesas de Enandio (Cuarta Manzana)	Alto	Rural
Mesa de los Alzati (Mesa de San Felipe)	Alto	Rural
Ocurio	Alto	Rural
La Palma	Alto	Rural
Las Peras	Alto	Rural
Puentecillas (Tercera Manzana de Zirahuato)	Alto	Rural
Puentezuelas (Tercera Maanzana de Curungueo)	Alto	Rural
Puerto Azul (Quinta Manzana de San Felipe)	Alto	Rural
Rincón del Ahorcado	Alto	Rural
Rincón de Curungueo (Segunda Manzana de Curungueo)	Alto	Rural
El Rincón de San Felipe (Tercera Manzana San Felipe)	Alto	Rural
Las Rosas	Alto	Rural
San Felipe los Alzati (Colonia Nueva)	Alto	Rural
Seis Palos (Quinta Manzana de San Miguel)	Alto	Rural
Silva de Abajo	Alto	Rural
Silva de Arriba (El Chorruto)	Alto	Rural
La Soledad (Cuarta Manzana de San Francisco Serrato)	Alto	Rural
El Tigre (Segunda Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Toma de Agua	Alto	Rural
Los Zapotes (Puerto los Zapotes)	Alto	Rural
Zirahuato de los Bernal	Alto	Rural

Nombre de la localidad	Grado de Marginación 2010	Ámbito
La Carne Hedionda	Alto	Rural
Santa Rita (Segunda Manzana de Curungueo)	Alto	Rural
El Llano de Curungueo	Alto	Rural
Cerrito de los Magueyes	Alto	Rural
Puerto de San Felipe (El trébol)	Alto	Rural
Boca de la Cañada (Cuarta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Ojo de Agua de San Felipe (Primera Manzana)	Alto	Rural
Los Reyes (Quinta Manzana)	Alto	Rural
El Banco	Alto	Rural
Linda Bosque (El Bosque)	Alto	Rural
La Y Griega	Alto	Rural
Rincón de Nicolás Romero (Cedros Tercera Manzana)	Alto	Urbano
La Cumbre (Quinta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
La Mesa Chiquita (La Mesita Chiquita)	Alto	Rural
Armadillos (Tercera Manzana de Timbineo)	Alto	Rural
El Asoledero	Alto	Rural
Los Romerillos (Tercera Manzana)	Alto	Rural
El Saúz (Tercera Manzana)	Alto	Rural
Río de Guadalupe (Cuarta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
El Bordo	Alto	Rural
Rosa Santa	Alto	Rural
El Troje	Alto	Rural
Agua Nueva	Alto	Rural
La Pera (La Mora el Aguacate)	Alto	Rural
El Álamo	Alto	Rural
La Colonia de Aputzio	Alto	Rural
El Campamento (Sexta Manzana de Nicolás Romero)	Alto	Rural
El Granjeno	Alto	Rural
Las Lomas de Aputzio (Las Lomas)	Alto	Rural
La Loma (Tercera Manzana de San Migue)	Alto	Rural
La Mesa	Alto	Rural
La Mesa (La Mesa de Cedano)	Alto	Rural
Puentecillas (Tercera Manzana de Donaciano Ojeda)	Alto	Rural
Las Casas Blancas	Alto	Rural
El Puerto (Tercera Manzana)	Alto	Rural
La Capilla (Tercera Manzana de Francisco Serrato)	Alto	Rural
La Presa (Segunda Manzana Barrio de Santa Cruz)	Alto	Rural
Valle Verde	Alto	Rural
Los Escobales (Quinta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Las Pilas	Alto	Rural
El Sombrerete (Tercera Manzana de Curungueo)	Alto	Rural

Nombre de la localidad	Grado de Marginación 2010	Ámbito
La Gironda (Hacienda la Gironda)	Alto	Rural
El Hortelano (Puerto de Santa María)	Alto	Rural
La Joya de Manzanillo (Segunda Manzana)	Alto	Rural
Mesa de Loma Larga (Loma Bonita)	Alto	Rural
El Pedregal	Alto	Rural
La Ziranda (El fresno)	Alto	Rural
Agua Bendita (El Pocito)	Alto	Rural
Agua de la Rosa	Alto	Rural
El Callejón	Alto	Rural
El Capulín	Alto	Rural
El kilómetro (Llano de San Felipe)	Alto	Rural
Lechiguillas	Alto	Rural
La Mesa del Rincón de Curungueo	Alto	Rural
Ojo de Agua (Tercera Manzana de Zirahuato)	Alto	Rural
Las Pilitas	Alto	Rural
El Derrumbadero	Alto	Rural
El Gigante	Alto	Rural
La Mesa de Abajo	Alto	Rural
El Rincón de Vechi	Alto	Rural
El Capulín (Tercera Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
Agua Blanca (La palma)	Alto	Rural
Colonia Adolfo López Mateos	Alto	Rural
El Escobal (Tercera Manzana de San Miguel)	Alto	Rural
La Guásima (Séptima Manzana de San Miguel)	Alto	Rural
El Maguey	Alto	Rural
Los Mejía	Alto	Rural
Mesa de Dos Ríos (La Mesa Octava Manzana)	Alto	Rural
La Miel (Primera Manzana de San Felipe)	Alto	Rural
Zitácuaro (Parque Industrial)	Alto	Rural
El Puerto de Valle Verde	Alto	Rural
Tercera Manzana de Manzanillos (El Rancho)	Alto	Rural
El Resistol (Segunda Manzana de San Felipe)	Alto	Rural
La Viguita (Cuarta Manzana de Crescencio Morales)	Alto	Rural
El ojo de Agua	Alto	Rural
Fraccionamiento Primero de Mayo	Alto	Rural
El Espinal (Los Espinales)	Alto	Rural
Los Encinos	Alto	Rural
Lomas del Sol	Alto	Rural
Piedra Ahumada	Alto	Rural
Cerro Ancho (Segunda Manzana de Nicolás Romero)	Alto	Rural
Heróica Zitácuaro	Bajo	Urbano
Ignacio López Rayón (Coyota Primera Manzana)	Medio	Rural

Nombre de la localidad	Grado de Marginación 2010	Ámbito
La Encarnación	Medio	Rural
La Garita de Coatepec	Medio	Rural
El Naranjo	Medio	Rural
Pueblo Nuevo (Colonia Valle de Quencio)	N/D	Rural
Puerto de los Espinos	N/D	Rural
El Espinal	N/D	Rural
La Cantina	N/D	Rural
El Polvorín	Medio	Rural
El Mirador	N/D	Rural
Los Polvillos (El Crucero)	Medio	Rural
Las Pilas	N/D	Rural
La Comunidad	N/D	Rural
Las Mesitas	N/D	Rural
La Mesa Alta	N/D	Rural
El aguacate	N/D	Rural
La Calera	Medio	Rural
El Capire	N/D	Rural
Fraccionamiento Aguacatera del Monte	Bajo	Rural
Las Escobas (La Recicladora)	N/D	Rural
Ojo de Agua	N/D	Rural
El Palmar (Piedra de Cal)	N/D	Rural
Curvas del Gato	N/D	Rural
La Mojonera	Medio	Rural
Casa Colorada	N/D	Rural
Puerto del Aire	Bajo	Rural
El Abuelo	N/D	Rural
La Angostura (La Vuelta)	Medio	Rural
San Cayetano	N/D	Rural
El Tízate	N/D	Rural
Albergue Shalom	N/D	Rural
La Calera	Medio	Rural
Los Ailes	N/D	Rural
Llano Grande (El Vergel)	N/D	Rural
Paraje del Granjeno	N/D	Rural
La Pinzanera (Cémoro)	N/D	Rural
Puente Colorado	N/D	Rural
Casa Blanca	N/D	Rural
San Miguel Chchimequillas	Medio	Rural
El Tiradero (El Tianguis)	N/D	Rural
El Túnel	N/D	Rural
Rosas de Zícata	Bajo	Rural
Fraccionamiento la Venta	N/D	Rural

Nombre de la localidad	Grado de Marginación 2010	Ámbito
Colonia la Magdalena	N/D	Rural
El Santísimo (Quinta Manzana de Crescencio Morales)	N/D	Rural
Lomas de Oriente	N/D	Rural

*N/D: Información no disponible en la base de datos de SEDESOL, 2013.

Fuente: Elaboración propia a partir de SEDESOL, 2013.

3.4 Caracterización de la problemática social en el municipio de Zitácuaro

Considerar el contexto social del municipio de Zitácuaro, permitió conocer la diversidad de problemas sociales que afectan a la población indígena, así como comprender la importancia de la Casa de la Mujer Indígena, ubicada en la localidad de Nicolás Romero del municipio de Zitácuaro, Michoacán y que lleva por nombre CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., que más adelante se explicará su origen, función e intervención en varias localidades del municipio de Zitácuaro. Por el momento nos encargaremos de caracterizar la diversidad de problemas que existen, así como mencionar los que afectan de manera directa o indirecta a la población indígena en particular a las mujeres.

En el sector educativo, el acceso a la educación en el año 2000 y 2005 muestran que el promedio de años de escolaridad es de 4.8. El promedio de años estudiados por las mujeres indígenas es menor en comparación al de los hombres, esto indica que las mujeres tienen mayor rezago educativo. Para el año 2000 el 82.2% de mujeres de 6 a 14 años fueron a la escuela, el 84% representaron a hombres, mostrando aun las diferencias de género en cuanto a acceso a la educación. En cuanto al analfabetismo para el año 2000 el 85% de las mujeres indígenas de entre 8 y 14 años de edad sabían leer y escribir, dándose un incremento en el año 2005 en donde el 92.8% de las mujeres sabían leer y escribir a comparación de los hombres en un 92.7%. En cuanto al alfabetismo se ha mostrado un incremento en mujeres en comparación al de los hombres en donde tenemos que en el año 2000 el alfabetismo paso de 57.2% a 61.9% en el caso de las mujeres en el año 2005; para el caso de los hombres era 77.8% en el año 2000, pasado a 79.4% (Huacuz y Vargas, 2017).

En el sector salud la fecundidad de las mujeres indígenas de los pueblos de Zitácuaro presenta un porcentaje de 3.5% de hijos nacidos vivos; el porcentaje de hijos fallecidos indica el 17.7%, mayor que el índice nacional que es de 16.3% (Huacuz y Vargas, 2017).

Para el sector laboral, el trabajo que realizan las mujeres puede considerarse de dobles y triples jornadas (vinculadas al trabajo doméstico), así como de actividades ligadas a los roles de

género; en cuanto al trabajo remunerado la participación económica es baja; en Zitácuaro, el porcentaje indica que es de 23.9% en comparación al nacional de 24.9%, sin embargo; los datos pueden considerarse subvalorados, debido a que las actividades domésticas que realizan las mujeres no son consideradas como trabajo pagado. Uno de los principales ingresos de las mujeres indígenas es la elaboración y comercialización de artesanías, así como la venta de comida y la prestación de servicios como empleadas domésticas. En el ámbito laboral se siguen manteniendo roles sexuales, ya que mientras las mujeres se dedican a actividades ligadas a elaborar artesanías y alimentos, los hombres trabajan en el campo (agricultura, cría de animales y ganadería en baja escala) y el mercado. En los pueblos indígenas de Zitácuaro los hogares con jefatura femenina representan el 15.9%, y con la característica de presentar mayor condiciones de pobreza en comparación con aquellos hogares con jefatura masculina (Huacuz y Vargas, 2017). La violencia de género que padece la población femenina indígena presenta diferentes modalidades, desde violencia doméstica, conyugal, laboral, violaciones, abusos sexuales, violencia en la infancia y el noviazgo. En la región Mazahua existe un alto índice de violencia verbal con un 38%, y en la región Otomí la violencia física como golpes fue la que se presenta en un mayor porcentaje en un 30.2%. En cuanto a la violencia económica la zona Mazahua y Otomí existe un índice de 15.38% (Huacuz y Vargas, 2017).

Aunado a lo anterior los índices de marginación que consideran aspectos como la educación, vivienda, ingresos económicos tampoco muestran un panorama alentador. En el año 2010 SEDESOL, reportó lo siguiente para el municipio de Zitácuaro:

Tabla 6. *Indicadores de Marginación en Zitácuaro*

Zitácuaro	2010
Población Total	155,534
% Población de 15 años o más analfabeta	10.58
% Población de 15 años o más sin primara completa	25.83
% Ocupantes de viviendas particulares habitadas sin drenaje ni excusado	3.61
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica	2.24
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada	11
% Viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento	43.63
% Ocupantes de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	17.55
% Población en localidades con menos de 5,000 habitantes	41.8
% Población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos	50.36
Índice de Marginación	-0.47859
Grado de Marginación	Medio

Fuente: SEDESOL, 2013.

En cuanto a los indicadores de rezago social, se muestra lo siguiente:

Tabla 7. *Indicadores de Rezago Social en Zitácuaro*

Población Total	155,534
% de población de 15 años o más analfabeta	10.5
% de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	6.26
% de población de 15 años y más con educación básica incompleta	48.77
% de población sin derechohabiencia a servicios de salud	51.38
% de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	16.42
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario	5.16
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	14.89
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje	14.54
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica	2.37
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	50.35
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador	33.24
Índice de rezago social	-0.24977
Grado de rezago social	Bajo

Fuente: SEDESOL, 2013.

Según el sector salud del municipio de Zitácuaro, el porcentaje de población con derechohabiencia era de 47.87%, mientras que la población sin derechohabiencia para el mismo año era de 51.38% (SEDESOL, 2013). Por otro lado en cuanto a la fecundidad y al promedio de hijos nacidos vivos se muestra lo siguiente:

Tabla 8. *Tasa de natalidad y mortalidad en el municipio de Zitácuaro*

Zitácuaro	Municipal
Promedio de hijos nacidos vivos en 2010	2.7
Tasa de Mortalidad Infantil	22.02

Fuente: SEDESOL, 2013.

Si bien los indicadores mostrados en las tablas anteriores, así como los datos vinculados a la violencia, aglomeran a la población indígena del estado de Michoacán de Ocampo, existen otros problemas que afectan a los Mazahuas y Otomíes de la zona Oriente. Según el Programa Especial para los Pueblos Indígenas de Michoacán (2016) los principales problemas que afectan a esta región son:

1. La tala clandestina de los recursos forestales de las comunidades indígenas.
2. La inseguridad y amenaza contra las autoridades indígenas y la población por la delincuencia organizada (narcotráfico).
3. La falta de proyectos de producción para el desarrollo con sustentabilidad.
4. La falta de espacios para comercialización de los productos artesanales.

5. La pérdida de las lenguas y de los elementos de las culturas indígenas mazahua y otomí.
6. La marginación de comunidades en áreas serranas sin servicio de luz, agua y medios de comunicación.
7. La falta de servicios de salud y de educación para la población indígena.
8. El desempleo y la migración en las ciudades de la región hacia el extranjero.
9. La falta de apoyo para la revitalización de sus culturas y saberes indígenas.

De todo el universo de problemas que afectan a la población indígena de la zona oriente del municipio de Zitácuaro, la problemática que llama nuestro interés es la vinculada a la salud sexual y reproductiva y la violencia de género las cuales son atendidos mediante acciones que realiza la Casa de la Mujer Indígena CAMI-Mazot Dexi-Deetta A. C.

3.5 Casas de la Mujer Indígena en México (CAMI)

Uno de los proyectos de mayor importancia que emprendió la CDI a nivel nacional para atender a la población indígena en específico a las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva, así como la violencia de género, son las Casas de Salud de la Mujer Indígena (CAMI). Las primeras cuatro CAMI fueron inauguradas en 2003 con el financiamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) destinado a la Secretaría de Salud (SSA) y bajo supervisión de la CDI.

Por medio de la CDI en las CAMI se ha estructurado un modelo que atiende dos líneas enfocadas a mujeres indígenas: la salud sexual y reproductiva (SSR) y la violencia de género; éste es un modelo basado en la pertinencia cultural y es adaptado a las diferentes regiones, necesidades y demandas de las mujeres indígenas de diferentes grupos étnicos (Berrío, 2015; Freyermuth, s,f).

Para Berrío (2015) las CAMI inician como propuestas piloto, y con el paso del tiempo se definieron como espacios de participación intersectorial y acción entre mujeres indígenas, organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales bajo la mira de:

Contribuir a la generación de condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, a una vida libre de violencia y a la participación política de las mujeres indígenas del país a través de acciones intersectoriales, de coordinación y de interlocución con distintos actores con incidencia en la población indígena (Berrío, 2015:170).

Para lograr la operatividad de las diferentes CAMI, se ha buscado la coordinación interinstitucional, logrando una estructura que ha permitido convertirse en un modelo con

financiamiento anual de la CDI, incluyendo el enfoque de género y etnia en los diferentes “mecanismos operativos, de evaluación y seguimiento en materia de salud reproductiva y violencia familiar entre la población indígena femenina” (Freyermuth, s.f: 18). Una de las estrategias de intervención es la sensibilización de la población, pero particularmente de mujeres indígenas para disfrutar de una vida libre de violencia, así como la atención a la salud reproductiva basada en la calidad y pertinencia cultural. También se busca acceso a servicios de salud no discriminatorios y de buena calidad; con lo cual se busca disminuir los riesgos y daños a la salud de las mujeres indígenas (Freyermuth, s,f).

La operatividad de las CAMI busca garantizar el acceso a mujeres indígenas a la salud sexual y reproductiva de calidad, con pertinencia cultural; ya que la atención es brindada por mujeres indígenas a mujeres indígenas en lengua materna, con las que comparten referentes identitarios y culturales, lo que permite identificar complicaciones y así poder canalizarlas cuando sea necesario (Berrío, 2015).

3.6 Casas de la Mujer Indígena CAMI como modelo de acción participativa o autogestivo

Este proyecto comenzó en el año 2003 con la consolidación de cuatro casas modelos en Chiapas, Guerrero, Puebla y Oaxaca. En el año 2007 se diseñó el modelo autogestivo de atención a la violencia contra las mujeres y a la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género y enfoque intercultural (INSP, s,f).

Los apoyos a las CAMI están dirigidos a organizaciones y grupos de mujeres indígenas interesados en impulsar acciones tendientes a mejorar el acceso de la población femenina indígena al disfrute de una salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia y se fundamentan en el modelo participativo de atención a la salud sexual y reproductiva y a la violencia de género en mujeres indígenas.

El modelo participativo propone articular el trabajo institucional a los procesos autogestivos de las organizaciones y los grupos responsables de las Casas de la Mujer Indígena, así como de aquellas organizaciones de la sociedad civil encargadas del acompañamiento a nivel local.

El modelo participativo tiene como eje rector registrar las etapas y las necesidades de financiamiento, formación, técnica, acompañamiento y gestión de las CAMI, así como considerar funciones, actividades, responsabilidades y resultados deseables. El modelo

participativo es el instrumento que guía la realización de los objetivos de los proyectos de las Casas de la Mujer Indígena.

El modelo participativo se inscribe en un marco de políticas públicas orientadas a la participación social con enfoque de género y con perspectiva multicultural. El modelo promueve la intervención institucional de las tres dependencias de gobierno, federal, estatal y municipal (CDI, 2014).

El modelo participativo se guía por el siguiente objetivo: Contar con un instrumento institucional que permita impulsar acciones participativas de atención a la salud sexual y reproductiva y a la violencia de género con población indígena, promoviendo el involucramiento directo de las mujeres indígenas en acción corresponsable con el gobierno (CDI, 2014).

Con base en el objetivo señalado se llevan a cabo acciones y estrategias de intervención por parte de las CAMI, enfocándose a los derechos sexuales y reproductivos y a la violencia de género con las mujeres indígenas bajo estrategias que se enfoquen a la pertinencia cultural.

Las CAMI se guían bajo el modelo participativo y cuatro enfoques como hilos conductores de las propuestas de intervención, las cuales son: enfoque de género, enfoque intercultural, enfoque de derechos y enfoque de autonomía, los cuales se describen a continuación.

Enfoque de Género

Se aplica a la visibilización de la inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres en contextos específicos; y permite establecer estrategias para disminuir las brechas y las barreras de género. Se dirige a fortalecer capacidades de las mujeres indígenas para su empoderamiento y mejorar su posición social y en la toma de decisiones. En el modelo participativo para el apoyo de CAMI, el enfoque de género es la herramienta que permite abordar los derechos de la población femenina indígena a una vida libre de violencia y al acceso a la salud (CDI, 2014).

Enfoque de interculturalidad

El enfoque de interculturalidad se aplica al modelo participativo ante el hecho de que se trata de una acción dirigida a población culturalmente diferenciada, tanto de la sociedad nacional mestiza, como entre sí misma. El enfoque de interculturalidad responde al reconocimiento constitucional de que México es un país pluriétnico y multicultural. Este enfoque permitirá desarrollar estrategias adaptadas a las diversas características culturales, las condiciones sociales y materiales de la población a la que atienden las CAMI.

En materia de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece la interculturalidad como una visión e interlocución con el otro, basada en el diálogo, la escucha y la posibilidad de que cada parte tome lo que pueda ser tomado de la otra,

respetando sus particularidades e individualidades. Se trata de un enfoque para la concertación, no la imposición; por tanto, la interculturalidad implica un intercambio, para construir algo nuevo. Ambos enfoques permiten el reconocimiento de los derechos individuales y colectivos de las mujeres a las que se dirigen las acciones de las Casas de la Mujer Indígena, bajo el pleno reconocimiento de su adscripción cultural (CDI, 2014).

Enfoque de derechos

A partir de lo anterior, se desprende que el acceso al ejercicio pleno de los derechos para las mujeres indígenas, constituye una plataforma transversal a cualquier acción sectorial o de desarrollo de las dependencias e instituciones de los tres órdenes de gobierno. Este reconocimiento se dirige al cumplimiento de objetivos más amplios de democracia, justicia social e inclusión y de los derechos consagrados en los marcos normativos nacionales e internacionales en la materia de trabajo de las CAMI (CDI, 2014).

Enfoque de autonomía

La autonomía es una demanda vigente en las luchas de los pueblos indígenas por decidir los términos de su propio desarrollo. En el caso de las CAMI, la autonomía implica el reconocimiento de su derecho a decidir su materia de trabajo, sus estrategias, su cobertura, sus vínculos y la administración de sus recursos. Para el ejercicio de sus actividades en un marco de autonomía, las CAMI requieren de ciertas condiciones, internas y externas: reducción de las brechas de desigualdad y eliminación de las barreras de género y etnia que se oponen a los derechos de las mujeres indígenas; desarrollo de capacidades, habilidades, conocimientos y actitudes/valores entre las mujeres indígenas; desarrollo de una propuesta metodológica integral (estructura o modelo de funcionamiento) que facilite la operación de las CAMI; fortalecimiento organizativo; contar con el respaldo de comunidades y autoridades; contar con recursos suficientes; establecer vínculos positivos y generar compromisos compartidos (CDI, 2014).

Las CAMI se encuentran ubicadas en diferentes estados de la República Mexicana como respuesta a las necesidades de atención y acciones que buscan el acceso a la población indígena en materia de derechos, salud sexual y reproductiva y violencia de género. En 2003 las primeras CAMI funcionaron como “piloto”; ante los resultados obtenidos del modelo participativo de atención a la violencia y salud reproductiva en zonas indígenas se reproduce cinco años después en otros estados, buscando integrar a mayor número de mujeres, así como lograr el empoderamiento y autodeterminación de las personas.



Figura 6. Ubicación geográfica de las CAMI en México
 Fuente: CDI (s,f).

En la figura anterior se pueden visualizar geográficamente la ubicación de las diferentes CAMI, lo que nos permite comprender la importancia de la participación activa de mujeres indígenas que atienden las necesidades de sus comunidades y transmiten sus experiencias en las reuniones de la RED CAMI, donde comparten sus experiencias del trabajo comunitario de los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva y violencia de género, también reciben cursos de capacitación los cuales “serán replicados” en sus lugares de origen (Trabajo de campo, 2016).

En la siguiente tabla se enuncian los nombres de las diferentes CAMI, temáticas de trabajo, entidad federativa donde se ubican y municipio, así como la población indígena atendida.

Tabla 9. *Las CAMI: Características principales*

Nombre de la CAMI	Temática de trabajo	Entidad Federativa	Municipio	Población Indígena
Ve'e Naxihi Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán	Violencia contra las mujeres	Baja California	San Quintín, Ensenada	Migrante indígena, especialmente mixteca
Zana Jñatijo Zihuachikahuak/Zihuame Xotlametzin, A.C	Salud Sexual y Reproductiva Violencia contra las mujeres y Salud Sexual y Reproductiva	Chiapas	Chalchihuitán	Tsotsil
Manos Unidas Mujeres Organizadas del Cerro del Carrizo CAMI "Casa del Carrizo"	Salud Sexual y Reproductiva	México	San Felipe del Progreso	Mazahua
Nellys Palomo Sánchez	Salud Sexual y Reproductiva	Guerrero	Chilapa de Álvarez	Nahua Amuzga, mixteca y tlapaneca
Yankuik Sitali	Salud Sexual y Reproductiva	Guerrero	Ometepec	Nahua
Juchari Kumanchikua	Salud Sexual y Reproductiva	Guerrero	Acatepec	Nahua
Mazot Zihuakali Casa de las Mujeres Indígenas en Nuevo León, A.C	Salud Sexual y Reproductiva	Guerrero	San Luis Acatlán	Mixteca y tlapaneca
Naaxwiin	Violencia contra las mujeres	Hidalgo	Huejutla de Reyes	Nahua
Ikoods Mondüy Andeow	Violencia contra las mujeres	Michoacán	Pátzcuaro	Purépecha
Yoltika	Salud Sexual y Reproductiva	Michoacán	Zitácuaro	Mazahua y Otomí Migrantes nahua de Veracruz y de la huasteca potosina
Maseualsiuat Kali, A.C Casa de la Mujer Indígena Puchiwin Xla Lakchajan	Violencia contra las mujeres	Nuevo León	Monterrey Matías Romero Avendaño	Mixe, zapoteca, zoque
Hermanas Unidas Mak Uhjami	Violencia contra las mujeres	Oaxaca	San Mateo del Mar	Ikood
Yankuikej Zihuamej, A.C Casa de la Mujer Indígena La Paloma, Ju Wokkow	Salud Sexual y Reproductiva	Oaxaca	Tlaola	Nahua
Ichikahualistli Sihuame	Violencia contra las mujeres	Puebla	Cuetzalan de Progreso	Nahua
Toj Óotal Puksi'ik'aal Mujeres Indígenas en busca de Nuevas Alternativas	Violencia contra las mujeres	Puebla	Ixtepec	Totonacas
Grupo de Mujeres de la Sierra Negra	Violencia contra las mujeres y Salud Sexual y Reproductiva	Querétaro	Tolimán	Otomí
Grupo de Trabajo Mujeres Fuertes Mbec na dezi	Violencia contra las mujeres	San Luis Potosí	Axtla de Terrazas	Nahua, tenek
	Violencia contra las mujeres	Sonora	Navojoa	Mayo
	Violencia contra las mujeres	Veracruz	Zongolica	Nahua
	Salud Sexual y Reproductiva	Yucatán	Halachó	Maya
	En proceso de definición	Baja California	Tijuana	Migrante, especialmente mixteca
	En proceso de definición	Puebla	Coyomeapan	Nahua
	En proceso de definición	México	Temascalcingo	Mazahua

Fuente: Elaboración propia a partir de Berrío, 2015.

3.7 CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.

La CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C. se encuentra ubicada en la localidad de Nicolás Romero y es una localidad perteneciente al municipio de Zitácuaro; para 2010 contaba con una población de 6,213 habitantes, donde 3,133 eran mujeres y 3,080 hombres, cuenta con indicadores alarmantes de problemas sociales vinculados a la educación, vivienda e ingresos económicos.

Tabla 10. *Indicadores de Marginación social en la localidad de Nicolás Romero*

Rincón de Nicolás Romero (Cedros Tercera Manzana)	2010
Población Total	6,213
% de población de 15 años o más analfabeta	21.65
% de población de 15 años o más sin primaria completa	45.2
% de viviendas particulares habitadas sin excusado	9.09
% de viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica	4.03
% de viviendas particulares habitadas sin agua entubada	37.69
% de ocupantes por cuarto en viviendas particulares habitadas	1.71
% de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	31.75
% de viviendas particulares habitadas que no disponen refrigerador	64.29
Índice de marginación	0.10257
Grado de marginación	Alto

Fuente: SEDESOL, 2013

Tabla 11. *Indicadores de Rezago social en Nicolás Romero*

Rincón de Nicolás Romero (Cedros Tercera Manzana)	2010
Población Total	6,213
% de población de 15 años o más analfabeta	21.65
% de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	7.95
% de población de 15 años y más con educación básica incompleta	70.9
% de población sin derechohabiencia a servicios de salud	55.9
% de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	31.39
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario	9.09
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	37.23
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje	20.85
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica	3.97
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	82.4
% de viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador	64.29
Índice de rezago social	0.09019
Grado de rezago social	Medio

Fuente: SEDESOL, 2013.

3.8 Consolidación de la Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A. C.

Para los intereses de la investigación se delimita el espacio socio-geográfico al municipio de Zitácuaro Michoacán, tomando como referencia la localidad Nicolás Romero, donde se ubica la Casa de la Mujer Indígena CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. palabras en Mazahua (Jñatrjo) y Otomí (Nñañu) que significan “Semillas de trigo y maíz”.

El panorama de violencia que existe en Michoacán y la alerta de género emitida en 2016 en el estado y en diferentes de sus municipios, así como las problemáticas por las que atraviesa la población indígena, es el contexto donde se observa la función y las acciones por parte de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., que inició sus operaciones en 2008, poniendo sobre la mesa de debate los problemas que se presentaban en comunidades indígenas y que eran necesarios de atenderse.

En 2008 la CDI, por medio de la Coordinación de Programas y Proyectos Especiales de la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades de los Indígenas y la Delegación Estatal en Michoacán, convocaron a diferentes organizaciones para analizar los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva y a la violencia de género en zonas indígenas de Michoacán. Esto permitió la realización del primer foro en la ciudad de Uruapan, donde participaron diferentes municipios, entre ellos Zitácuaro; posteriormente se realizó un segundo foro en la región Oriente del Estado, lo que propició la propuesta de instalar una Casa de la Mujer Indígena, lo que generó varias reuniones con diferentes grupos de mujeres indígenas y rurales. En ese mismo año la CDI-Zitácuaro convocó a mujeres indígenas Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu) “cuya trayectoria de liderazgo se caracterizará por incidir en temáticas de prevención de violencia de género y/o salud sexual y reproductiva” (Proyecto Casa de la Mujer Indígena, 2016:7-8).

La CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C. se ha venido consolidando desde 2008 a 2017; iniciando con la realización de varios foros en Zitácuaro que permitieron visibilizar la diversidad de problemas relacionados al género, la salud sexual y reproductiva, la violencia ejercidas en contra de las mujeres indígenas Mazahuas (Jñatrjo) y Otomíes (Nñañu), priorizando tres problemas para atender: 1) Un porcentaje alto de violencia intrafamiliar; 2) muertes maternas y 3) enfermedades de transmisión sexual, principalmente entre adolescentes.

Para el año 2009, con el apoyo de H. Ayuntamiento, se gestionó la donación de un terreno para la construcción de la CAMI Mazot; el 3 de diciembre se colocó la primera piedra y el 3 de mayo del 2010 se hizo entrega del inmueble, por lo que la casa de la mujer indígena se

constituyó legalmente con el nombre de “Casa de la Mujer Indígena Mazot, Dexi-Deetta A. C.”. Para el año 2011 el equipo inicial sufre una reestructuración en sus integrantes y para el año 2013 se da una reasignación de áreas.

En 2016 la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C. se encontraba en una etapa de fortalecimiento, por su participación activa en la RED CAMI y los convenios firmados con otras instituciones como el Instituto de Mujeres de Zitácuaro, instituciones jurídicas (bufet jurídico) y de salud (centros de salud), que ayudan y fortalecen en el proceso de intervención al canalizar los casos que se presenten (Proyecto Casa de la Mujer Indígena, 2016:8).

Cabe mencionar que recientemente la intervención por parte de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C. también incluye la participación de hombres que se han interesado por temas relacionados con las enfermedades propias de la mujer y del hombre, así como con temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, esta CAMI cuenta con material didáctico, lo que permite informar sobre sus acciones y los temas que trabajan, un estand publicitario, además de realizar programas de radio en español y lengua materna para difundir actividades que realizan y sobre temáticas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, salud, y otros temas vinculados a la identidad y pertinencia cultural.

Las acciones por parte de la CAMI Mazot se enmarcan dentro de un modelo de acción participativa, mismo que ya se encuentra en operación, y se sustenta en temas vinculados a la salud sexual y reproductiva. El objetivo general bajo el cual se guían las acciones de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C. es:

Contribuir en la prevención y la atención de la salud sexual integral de la población indígena del oriente de Michoacán, a través de diversas estrategias de intervención para mejorar las condiciones de vida de la población atendida y de la sociedad en general.

Por otra parte, los objetivos específicos son:

1. Desarrollar e impartir talleres sobre temas de salud sexual integral entre hombres y mujeres mazahuas (Jñatrjo) y otomíes (Nñañu) del oriente de Michoacán, para promocionar el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y segura.
2. Orientar a las mujeres que acuden a la CAMI para que se conozcan así mismas y desarrollen habilidades y capacidades que les permitan tener una salud sexual integral.
3. Dar atención y seguimiento de casos presentados en la CAMI, para atender la problemática de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas del oriente de Michoacán.
4. Dar a conocer los derechos del ejercicio de la sexualidad por medio de las mujeres y hombres mazahuas (Jñatrjo) y otomíes (Nñañu) del oriente de Michoacán.

5. Orientar a la población indígena del oriente de Michoacán sobre la relación entre violencia y VIH y difundir estrategias de prevención para disminuir la problemática en la región.
6. Monitorear el proyecto mensualmente por medio de la revisión de las actividades calendarizadas para saber cuáles son los obstáculos, logros y avances del mismo.
7. Fortalecer los canales de comunicación y atención entre la población indígena y las organizaciones e instituciones municipales, de salud y educación, que aborden temas de salud sexual, para trabajar de manera conjunta a través de la renovación de convenios (Proyecto Casa de la Mujer Indígena Mazot, 2016:10-11).

Las siguientes metas enumeradas son retomadas del proyecto que se realizó en el año 2016, que más que metas son actividades que desarrollaron en diferentes comunidades en las cuales intervinieron a lo largo del 2016.

3.9 Estrategias de intervención de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

Para cumplir con su objetivo la Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A. C. ha establecido diferentes acciones y estrategias enfocadas a la población indígena del municipio de Zitácuaro con la cual intervienen, poniendo especial atención en la salud sexual y reproductiva y violencia de género. La siguiente tabla resume las cinco acciones con sus estrategias.

Tabla 12. *Acciones y metas emprendidas por la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.*

Acciones	Metas
1. Acciones para el fortalecimiento y consolidación organizativa para la formación de redes comunitarias o regionales en los temas de atención de la CAMI Mazot Dexi- Deetta A.C	1. Taller de fortalecimiento grupal 2.Reunión con autoridades locales y renovación de convenios 3. Reunión con RED CAMIS
2. Acciones para la asesoría, canalización y acompañamiento a usuarias de las CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., ante las distintas instancias para la atención de sus problemas.	1. Atención y canalización local 2. Atención y canalización foránea 3. Visitas de seguimiento 4. Estancia temporal 5. Círculos de acompañamiento
3. Acciones de difusión y sensibilización comunitaria desarrollado por la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C sobre los temas del modelo.	1.Impartición de taller “Salud sexual integral” 2.Cine debate 3.Impartición taller “Derechos al ejercicio de la sexualidad” 4.Obra de teatro 5. Programas de radio 6. Estand publicitario
4. Acciones para el fortalecimiento de capacidades de las integrantes de la CAMI Mazot Dexi-Deetta:	1. Taller ¿Cómo mejorar nuestra vida emocional? 2. Taller pensamiento lateral. Soy creativo 3. Taller “Salud sexual integral” 4. Taller violencia VIH/SIDA 5. Taller Derecho al ejercicio de la sexualidad 6. Reuniones de trabajo con acompañamiento 7. Reuniones de trabajo mensuales

	Curso de Nñañu 8. Plan de autocuidado
5. Acciones de generación de materiales para la divulgación o capacitación en los temas de derechos humanos de las mujeres indígenas, violencia de género y/o salud sexual reproductiva.	1. Diagnóstico 2. Cartilla sobre derechos al ejercicio de la sexualidad 3. Plan estratégico

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto CAMI, 2016.

Los resultados esperados del proyecto están enfocados a:

Contribuir en la prevención y la atención de la sexual integral de la población indígena del oriente de Michoacán, a través de diversas estrategias de intervención para mejorar las condiciones de vida de la población atendida y de la sociedad en general. En ese sentido, al finalizar el proyecto, los hombres y mujeres indígenas de las localidades de atención estarán informados respecto a la salud sexual integral y contarán con estrategias para ejercer su sexualidad de manera sana y segura. Los hombres y mujeres estarán sensibilizados sobre la importancia de desarrollar una salud sexual integral que propicie el establecimiento de relaciones sanas y seguras. Los hombres y mujeres estarán informados respecto al ejercicio de la sexualidad. Los hombres y mujeres estarán sensibilizados sobre la prevención del VIH y su relación con la violencia y la salud sexual y reproductiva. Los hombres y mujeres están informados respecto a los temas que maneja la CAMI Mazot Dexi-Deetta para prevenir enfermedades y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (Proyecto Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta, 2016:15).

3.10 Contexto social de intervención por parte de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.

El espacio socio geográfico en el cual se han realizado las intervenciones por parte de la CAMI Mazot Dexi- Deetta A.C. son: Tenencia de Crescencio Morales (Mazahua/Jñatrjo), Tenencia de San Felipe los Alzati (Otomí/Nñañu) y Tenencia de Nicolás Romero donde se encuentra ubicada la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., que funciona como un espacio de interculturalidad atendiendo a las mujeres sin importar su adscripción étnica, creencias, entre otros. En número de localidades indígenas en las cuales interviene son 36 que se enlistan en el siguiente cuadro.

Tabla 13. Comunidades intervenidas por la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.

Mazahua	Otomí	Mazahua/Otomi
Tenencia de Crescencio Morales	Tenencia de San Felipe los Alzati	Tenencia de Nicolas Romero
Crescencio Morales (Centro)	Centro de San Felipe	Primera Manzana
Lindero	La Mesa	Segunda Manzana
Dieta	Rincón de Do'Ngu	Tercera Manzana
Boca de la Cañada	Macutzio	
Macho de Agua	Puerto Azul	
Lomas de Aparicio	El bordo	
Tigre	Hortelano	
Tigrito	La Colonia	
Rio de Guadalupe	La Palma	
Escobales	El Chirimoyo	
La Vigueta	Los Bañitos	

Mazahua	Otomí	Mazahua/Otomí
Tenencia de Crescencio Morales	Tenencia de San Felipe los Alzati	Tenencia de Nicolas Romero
La Barranca	El Sifón	
El Santísimo	Agua Blanca	
La Cumbre	Ojo de Agua	
Espinales	El Kilometro	
El Capulín	El Llano	
El Rincón de San Mateo		

Fuente: Proyecto Casa de la Mujer Indígena, 2016.

3.11 Conclusiones capítulo tres

El conocer cuáles son los diferentes problemas y necesidades por las cuales atraviesa una sociedad son los primeros elementos que permiten a la ó el trabajador social crear estrategias y acciones de intervención. Para la creación de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., fue necesario recurrir a un diagnóstico social que permitió visibilizar situaciones como la violencia de género, problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas que poco han sido estudiadas y visibilizadas; por lo tanto conocer cómo surgieron las Casas de la Mujer Indígena, sus áreas de intervención dan paso a una sistematización de la experiencia de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

CAPÍTULO IV. Sistematización del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

Este capítulo tiene como finalidad sistematizar la experiencia del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., para ello fue necesario retomar aspectos generales como el surgimiento de las CAMI como prueba piloto, sus objetivos a nivel nacional, metodología, estructura, ámbitos de trabajo, población objetivo para dar paso a la sistematización de la experiencia CAMI Mazot.

Para lograr la sistematización de la experiencia del modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., se retomó la metodología de Morgan y Quiroz (1988) misma que puntualiza en ocho pasos a desarrollar los cuales son:

- A) Descripción del desarrollo de la experiencia
- B) Marco teórico-conceptual en que se inscribe la experiencia
- C) Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto
- D) Intencionalidad de la experiencia
- E) Estrategia metodológica que se implementó
- F) Análisis del desarrollo de la experiencia
- G) Resultados de la experiencia
- H) Conclusiones de la sistematización

Mencionado lo anterior, a continuación se desarrolla las etapas del modelo CAMI a nivel nacional, enfoque, objetivos, metodología, estructura, ámbitos, población objetivo, lo que permitirá sistematizar de manera particular el modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

4.1 Antecedentes del modelo nacional CAMI

Las CAMI surgen en 2003 durante una experiencia piloto financiada por la Secretaría de Salud (SSA). En 2007 se elabora el “modelo autogestivo de atención a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Casas de las Mujer Indígena” (Berrío, 2015: 166). En 2010 cambia el nombre a “modelo participativo de atención a la violencia y la salud sexual y reproductiva”; dos años después se institucionaliza la creación de las Casas de la Mujer Indígena.

En la figura que se presenta en la siguiente página se especifica lo anteriormente dicho.

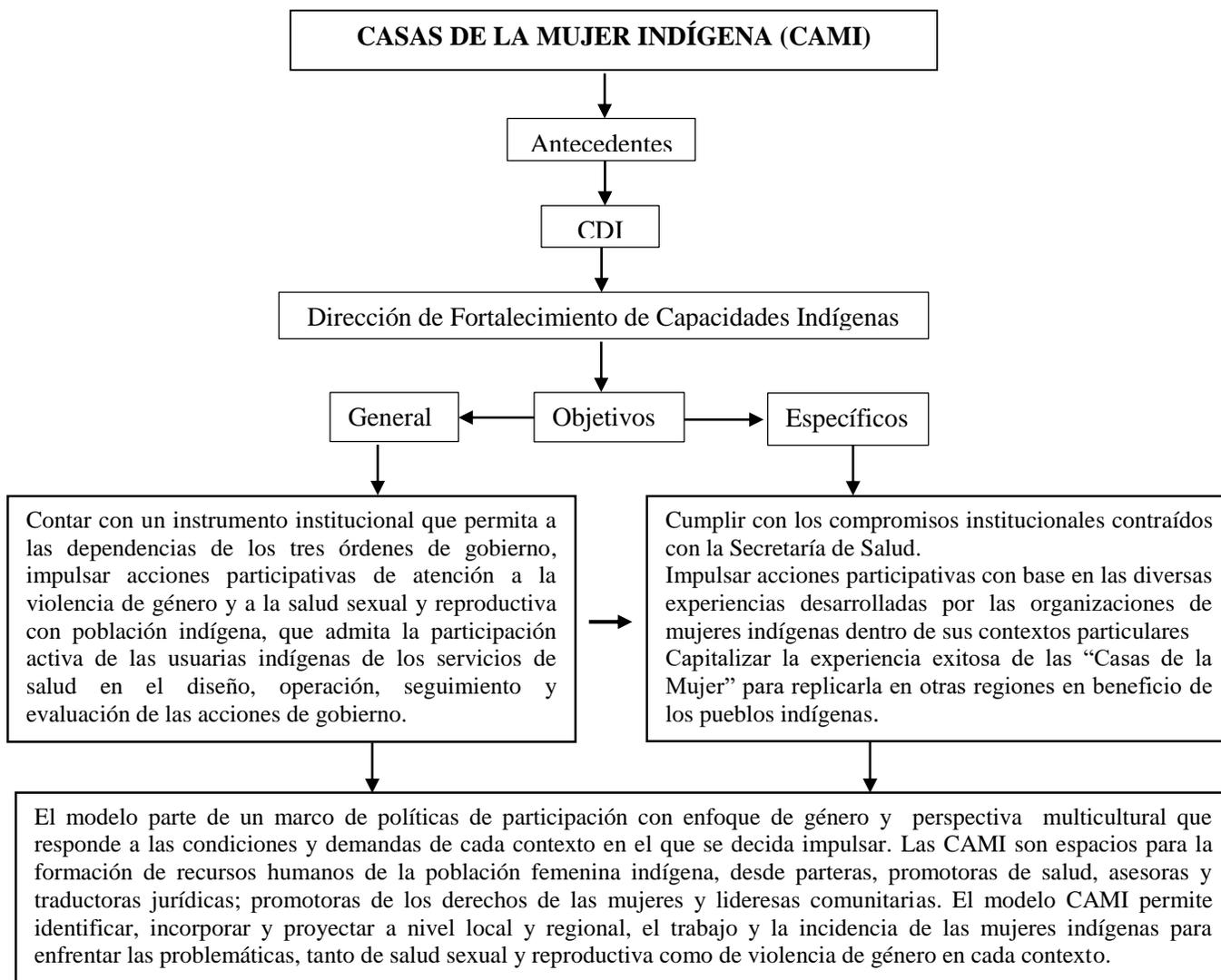


Figura 7. *Modelo Autogestivo CAMI*

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.2 Objetivos de las CAMI a nivel nacional

En las regiones indígenas de México el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en general y de las indígenas en particular, sumado a la escasez de infraestructura (hospitales) y comunicaciones (transporte y carreteras), llevo a visualizar la necesidad de establecer las CAMI, cuya población objetivo se ve beneficiada en cuanto a asesorías, canalización, seguimiento y resguardo de mujeres golpeadas y en proceso de canalización a otras instituciones. Los objetivos de la CAMI se ilustran a continuación:

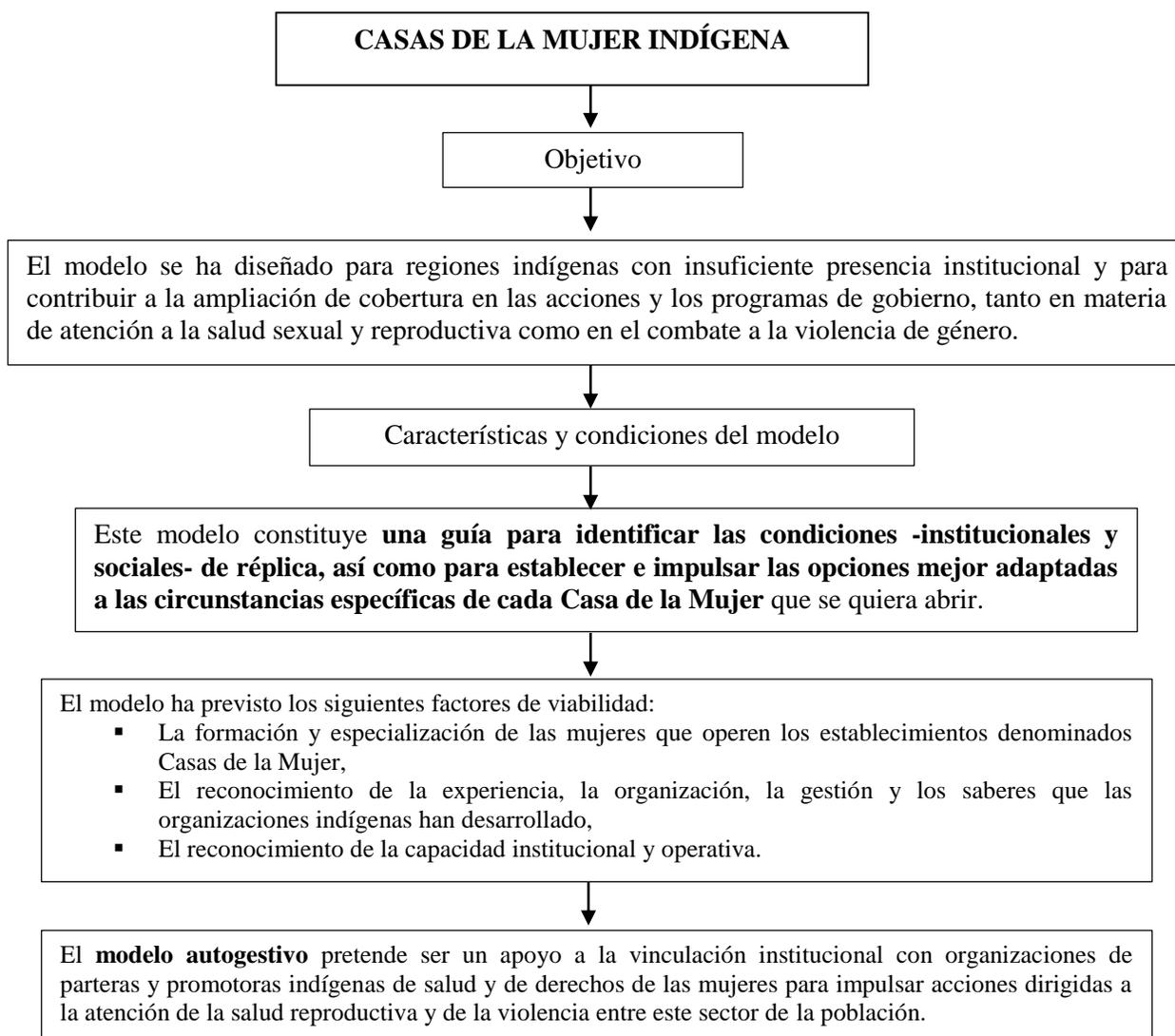


Figura 8. *Objetivos del modelo CAMI*

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

Otro de los objetivos de las Casas de la Mujer Indígena (CAMI), es que pueden constituir un espacio privilegiado de promoción de la salud reproductiva, pues se trata de que las mujeres indígenas se capaciten y capaciten a otras, ya que comparten códigos lingüísticos, culturales y genéricos con sus semejantes (de mujer indígena a mujer indígena) en sus zonas de cobertura y pueden generar mayor confianza entre las usuarias y acercarles así los servicios en salud desde una perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad.

4.3 Enfoque general de las CAMI

El modelo CAMI y sus acciones de atención a la salud sexual y reproductiva y combate a la violencia de género se proponen como complementarias a las instituciones de salud pública y sociales de las regiones indígenas de México. Aprovechando la experiencia, la organización, la gestión y los saberes de las mujeres indígenas.

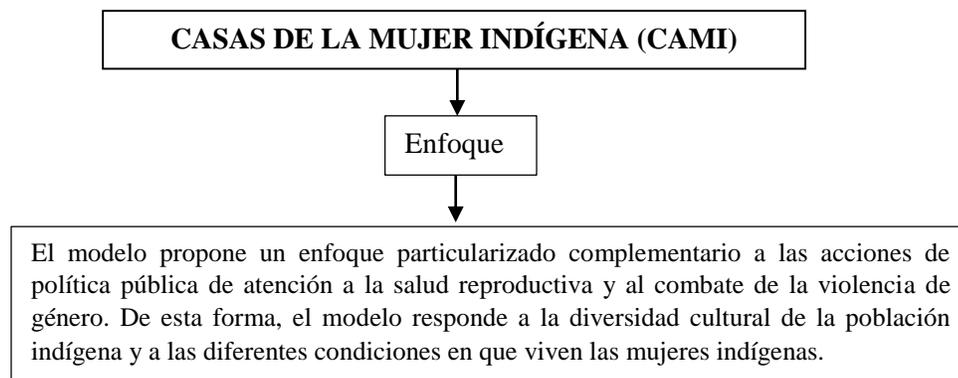


Figura 9. *Enfoque del modelo CAMI*

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.4 Metodología del modelo CAMI

La metodología del modelo comienza con un diagnóstico social de la región y localidad que permite visibilizar institucionalmente (CDI, SSA, DIF) los problemas y necesidades que afectan de manera directa a la población en general y en este caso a las mujeres indígenas en particular. La finalidad es implementar estrategias y acciones de intervención, vinculadas a políticas públicas nacionales y de orden internacional; como se muestra en el siguiente esquema.

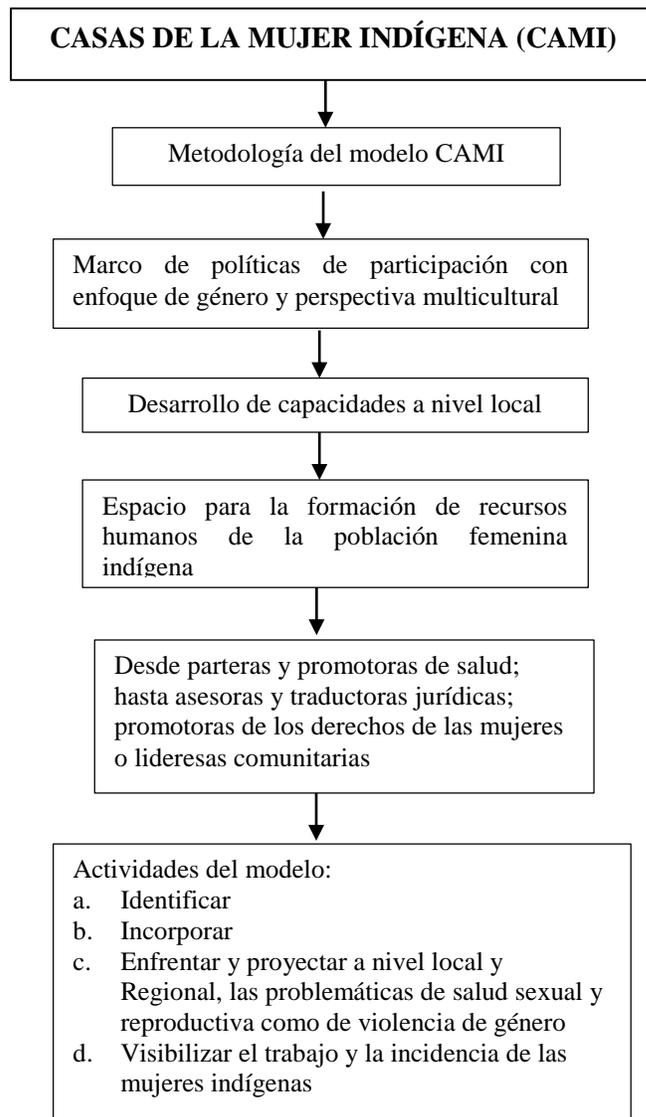


Figura 10. Metodología del Modelo CAMI

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.5 Estructura del modelo CAMI

Para que el modelo CAMI logre sus objetivos es necesario que se base en un marco jurídico, en una metodología, principios metodológicos, perfil institucional, como se describe en el siguiente esquema.

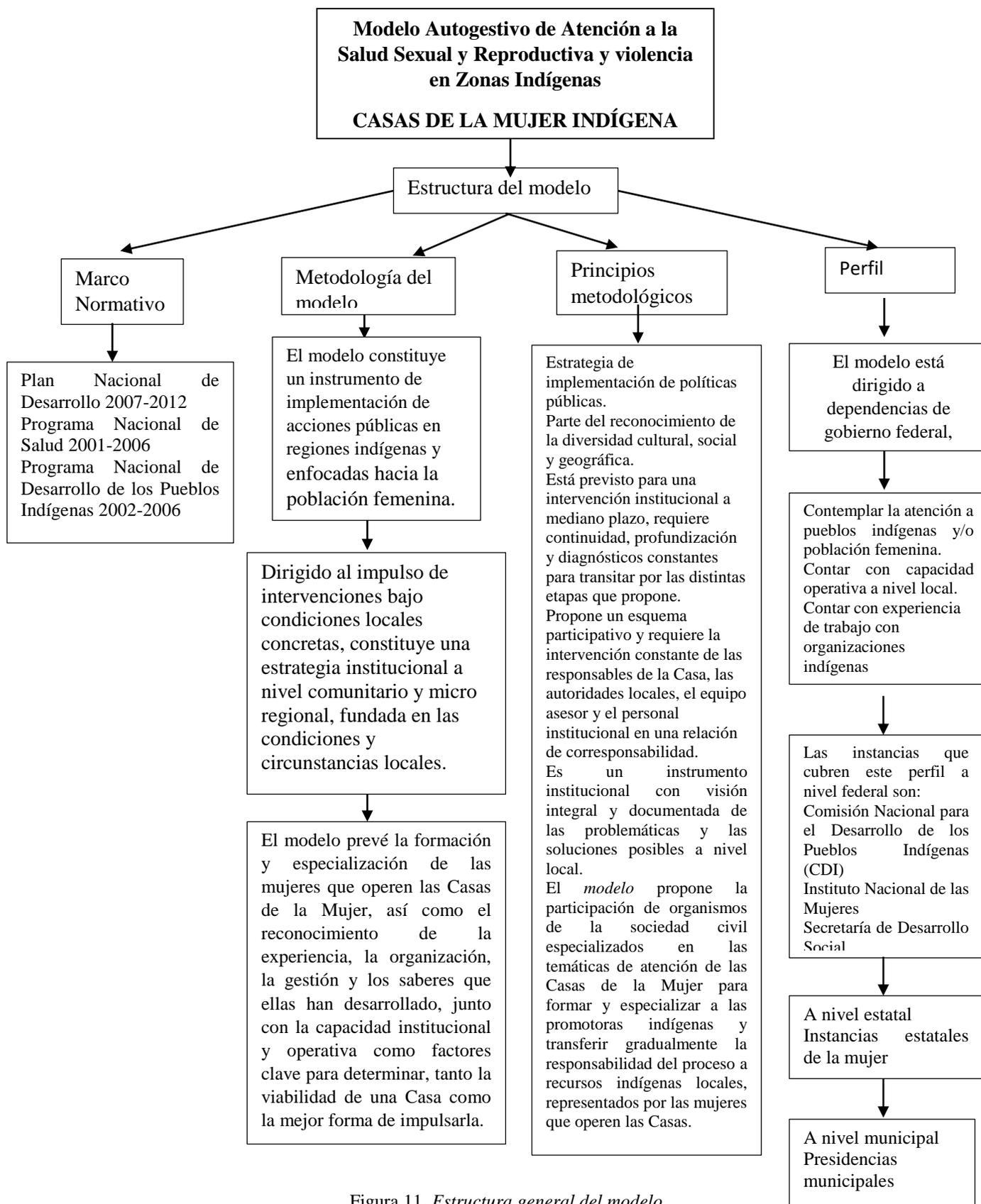


Figura 11. Estructura general del modelo

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.6 Ámbitos de trabajo de la CAMI

El modelo CAMI se rige bajo dos líneas temáticas paralelas que son: salud sexual y reproductiva y violencia de género; que le permiten intervenir en contextos indígenas que son aplicados según las problemáticas detectadas en el diagnóstico social que se realiza al dar inicio cada modelo.

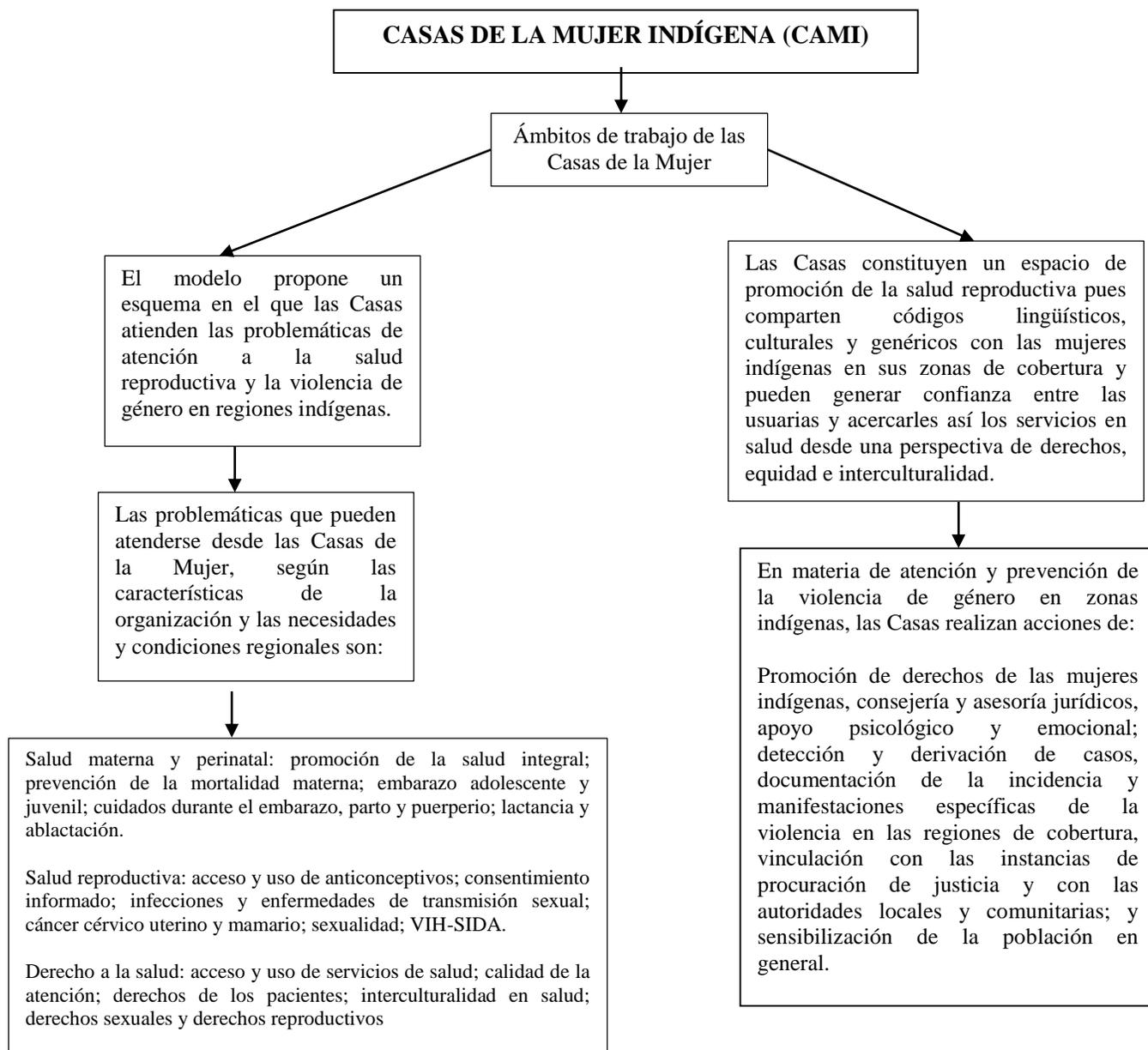


Figura 12. Ámbitos de trabajo o ejes temáticos de las CAMI

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.7 Proceso Operativo de la CAMI:

La Casa de la Mujer Indígena para lograr sus funciones divide sus procesos operativos que recaen en la institución patrocinadora y en la misma CAMI, como se describe a continuación.

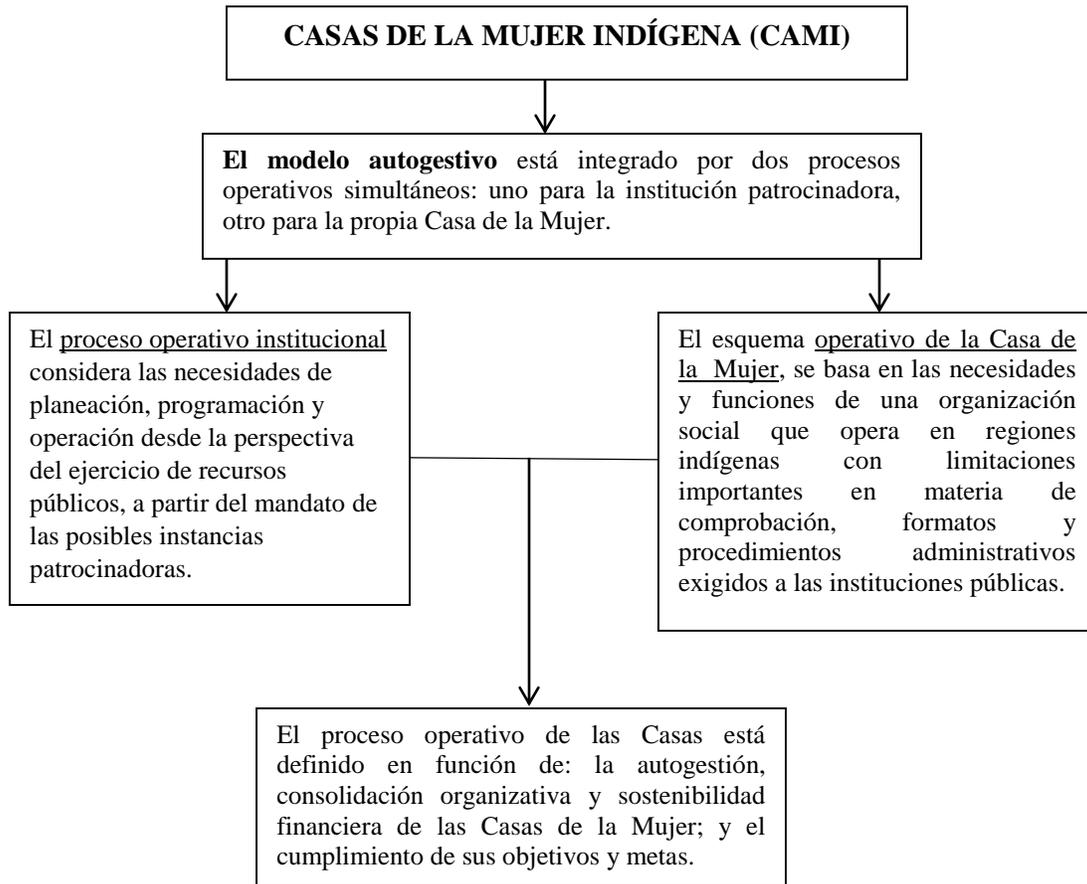


Figura 13. *Proceso operativo de la CAMI*

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.8 Acciones institucionales por etapas de la CAMI

Para lograr la instauración de una CAMI, ésta tiene que atravesar por diferentes etapas, que le van dando fortaleza, así como mayor grado de intervención en las poblaciones con las cuales trabaja, como se muestra a continuación.

En el siguiente esquema se muestra de manera general las fases para la instauración de una CAMI, donde en la fase de preparación se realiza un diagnóstico social para identificar necesidades y se busca la vinculación institucional, la siguiente fase 1 o inicial se instala la casa

y se pone en marcha, la siguiente fase 2 o de construcción se busca la ampliación de la cobertura de atención y estrategias de trabajo institucional y finalmente la fase 3 o de consolidación se busca fortalecer la experiencia y replicar el modelo.

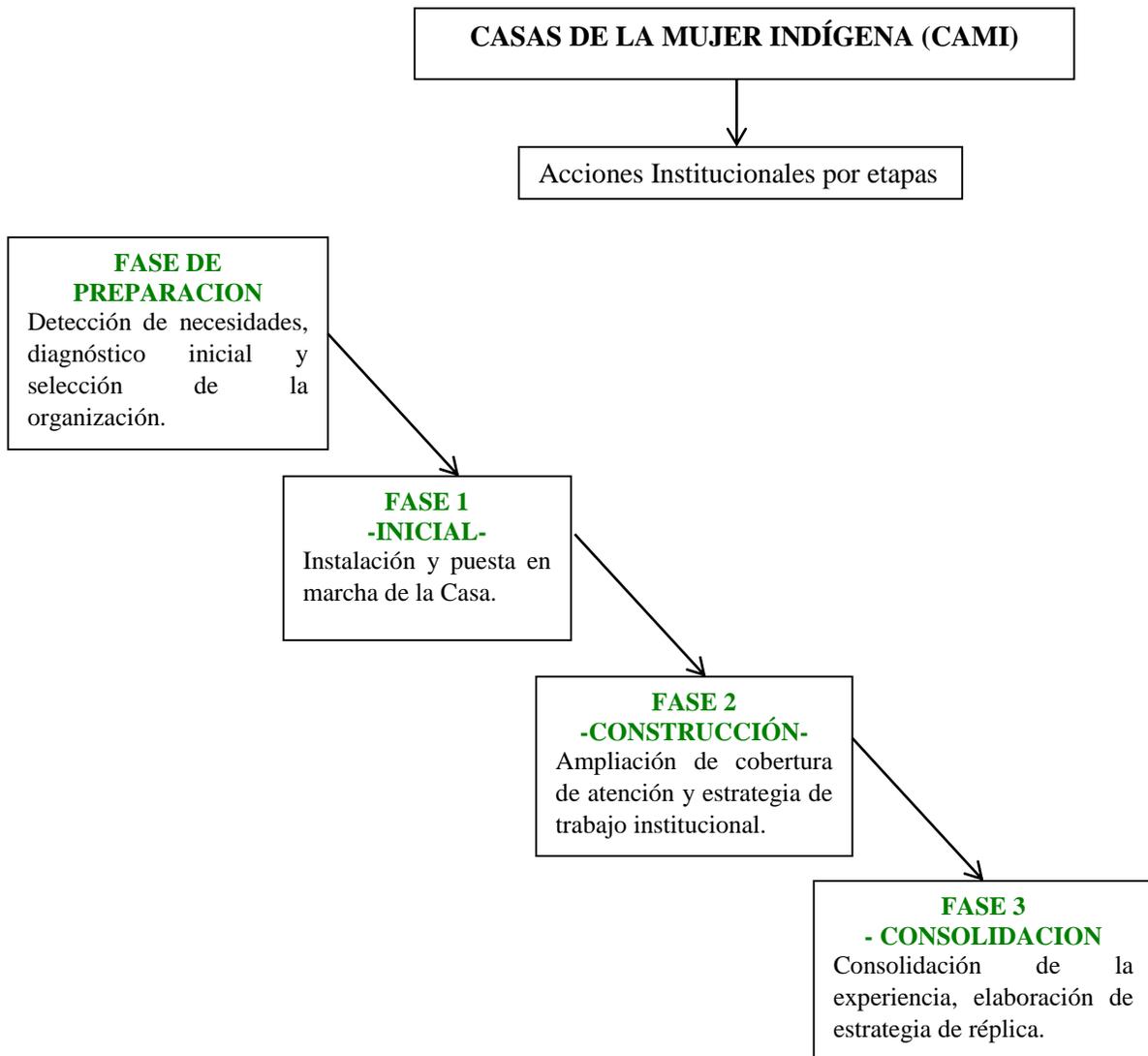


Figura 14 . Acciones institucionales por etapas de la CAMI

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

A continuación se desglosan y esquematizan de manera más puntual cada una de las fases para la instauración de las CAMI.

4.8.1 Fase de preparación

Para la instauración de una CAMI, es necesario cumplir con fases que le permitan estructurarse, es así que la primera fase de preparación se desglosa en una serie de pasos que es necesario desarrollar, como la detección de necesidades, elaboración de diagnóstico sobre la problemática, entre otros, esto da sustento a las siguientes fases y se muestra en la siguiente figura.

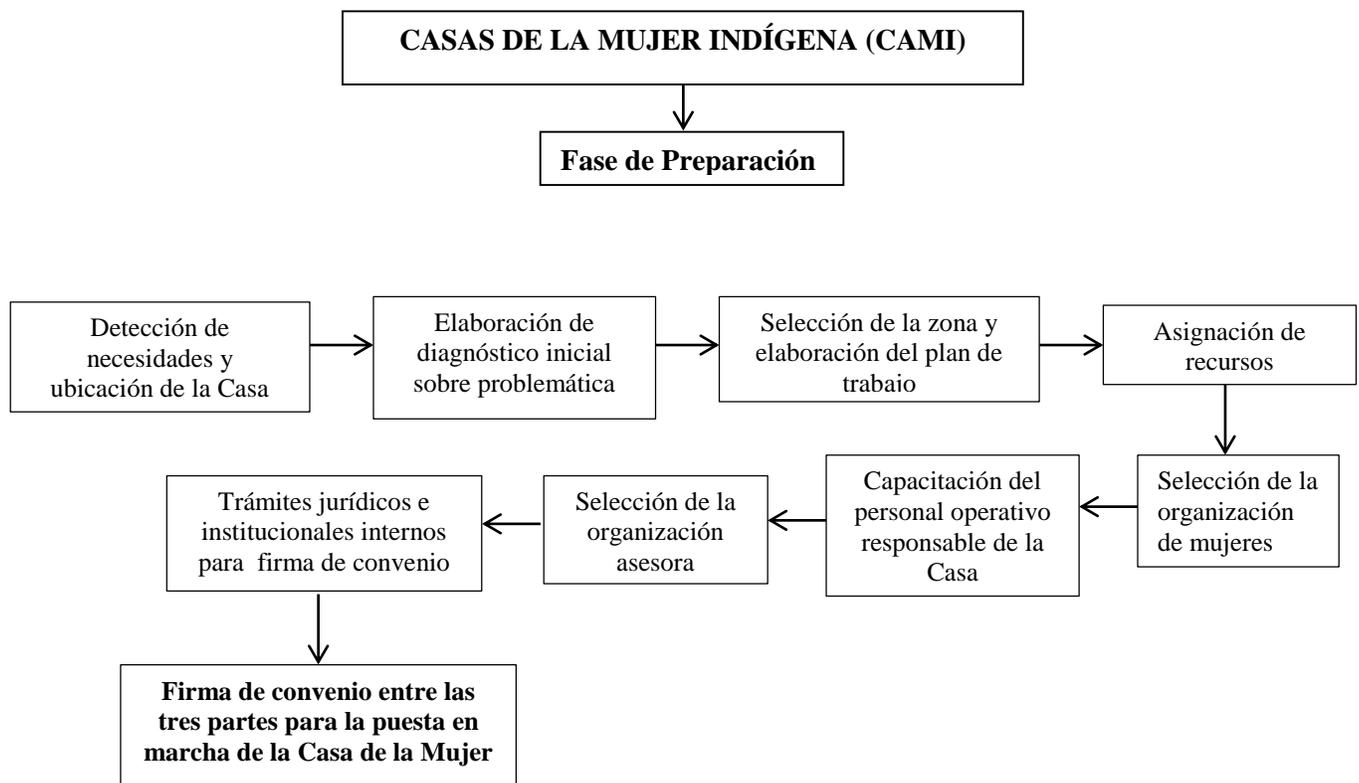


Figura 15 *Fase de Preparación*

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.8.2 Fase 1 Inicial

En la fase 1 o inicial se desarrollan una serie de pasos que van dando forma a la CAMI, se elabora un plan de trabajo, se solicitan recursos económicos y materiales y se capacitan los recursos humanos en materia de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género, así como la vinculación interinstitucional, para dar paso a la instalación de la Casa de la Mujer Indígena.

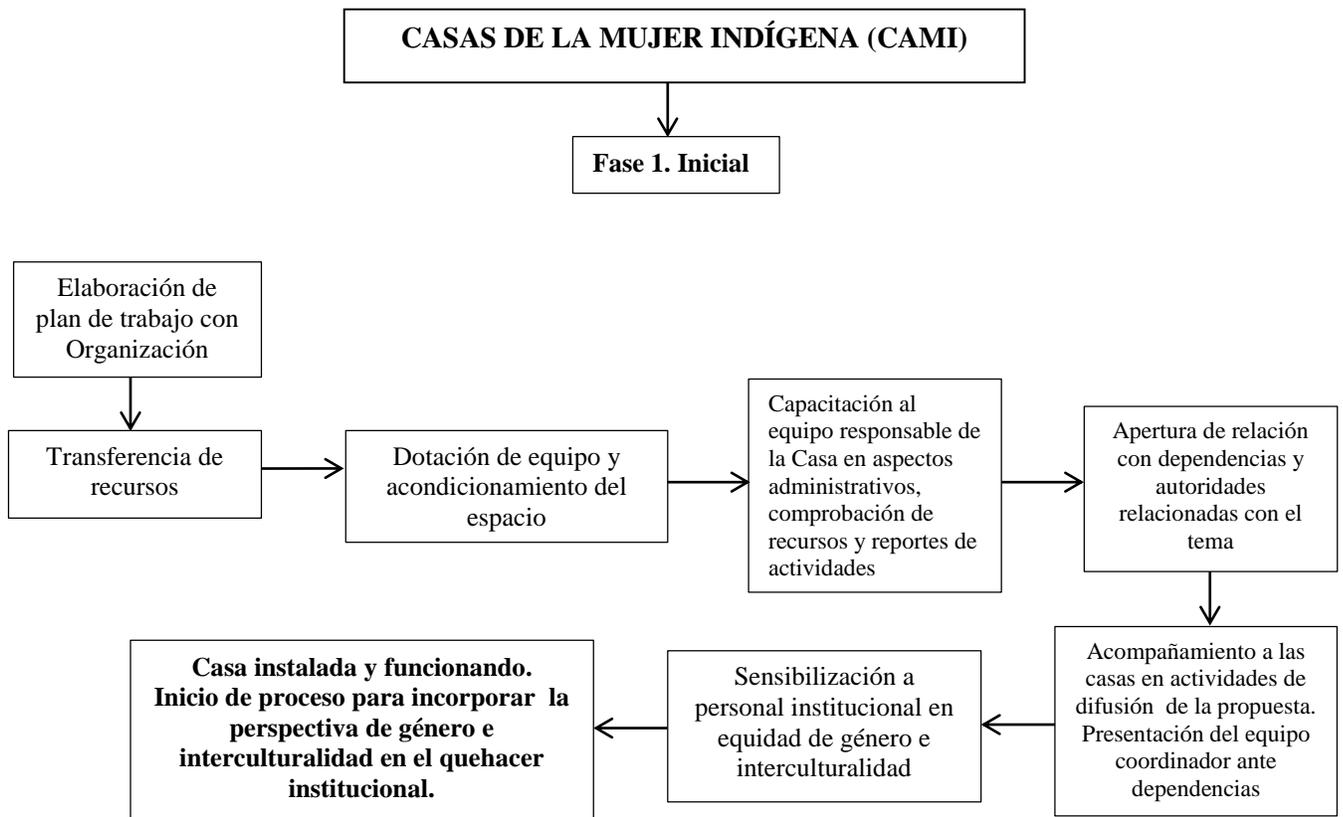


Figura 16 Fase 1. Inicial

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.8.3 Fase 2. Construcción

En la fase 2 o de construcción la Casa de la Mujer Indígena ya se encuentra en una etapa de operatividad, en esta etapa se redefine el plan de trabajo, se fortalecen los recursos económicos y los vínculos interinstitucionales que permiten dar continuidad a las acciones internas en temas de equidad de género, interculturalidad, autonomía y derechos sexuales y reproductivos, esto permite ampliar la cobertura de atención.

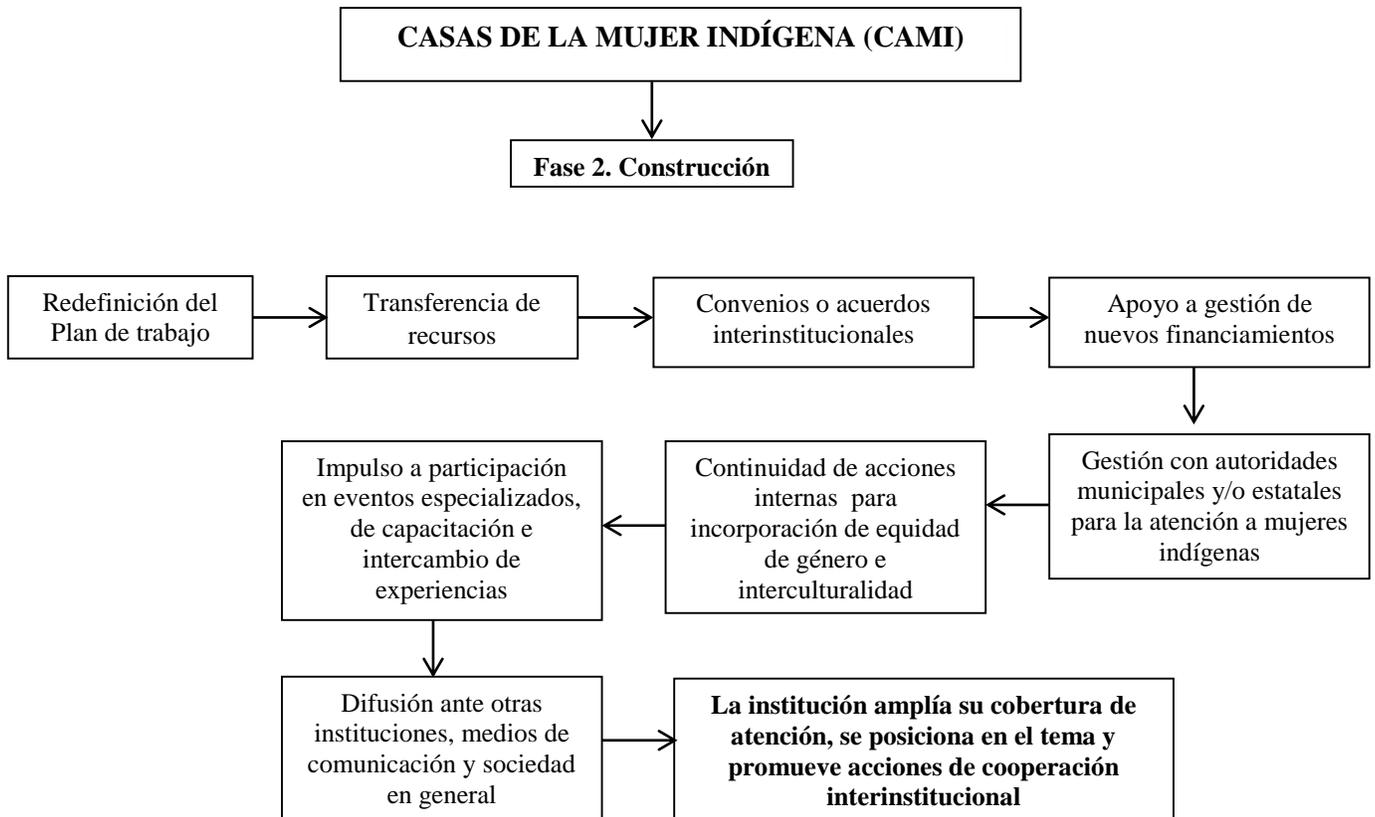


Figura 17 Fase 2. Construcción

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.8.4 Fase 3. Consolidación.

La CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., ya se encuentra en la tercera fase y esta corresponde a la de consolidación, por lo que a partir de ahora tendrá que sistematizar su experiencia y ampliar su espectro de intervención.

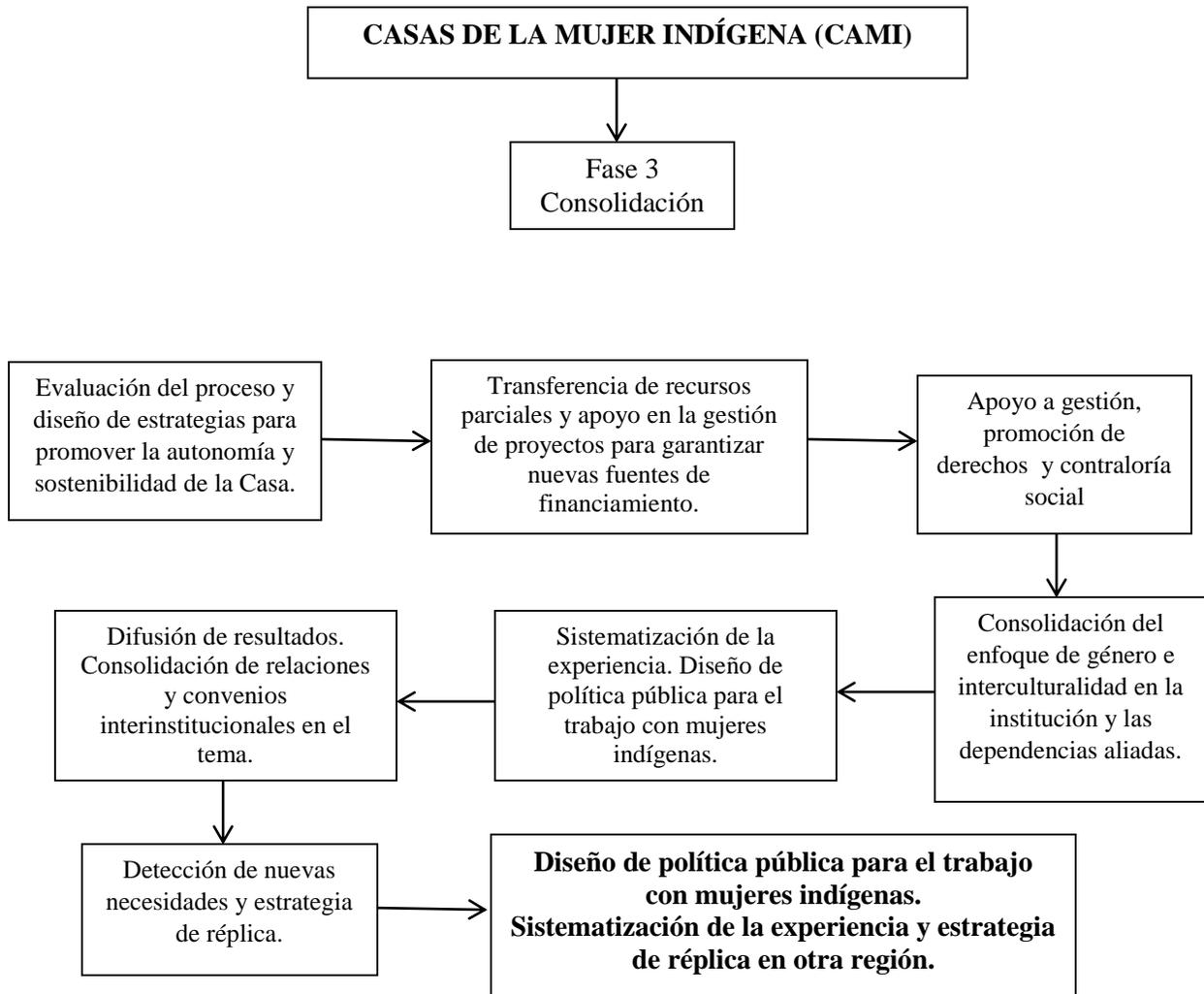


Figura 18 . Fase 3.Consolidación

Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto Casas de la Mujer Indígena, CDI, 2007.

4.9 Población objetivo de las CAMI

En resumen el objetivo general de la CAMI a nivel nacional es:

Contribuir a la generación de condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, a una vida libre de violencia y a la participación política de las mujeres indígenas del país a través de acciones intersectoriales, de coordinación y de interlocución con los distintos actores con incidencia en la población indígena” (CDI, 2017).

Para cumplir con dicho objetivo la CDI, apoya con recurso financiero dependiendo de la etapa en la que se encuentre la CAMI, es así que los montos son variables. Para el caso de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., ya se encuentra en una tercera fase que corresponde a la de consolidación en la cual se sistematiza la experiencia y se proyecta hacia la réplica del modelo en alguna otra localidad.

Tabla 14. *Modalidades, Población Objetivo y Montos de los apoyos*

Modalidades	Población Objetivo	Montos de los apoyos
Creación y fortalecimientos de las Casas de la Mujer Indígena (CAMI)	Organizaciones o grupos de trabajo de mujeres indígenas que trabajen temas de salud sexual/reproductiva o violencia, con incidencia local o regional.	Para CAMI de continuidad: * Fase inicial. Hasta \$600,000.00 * Fase fortalecimiento. Hasta \$750,000.00 * Fase consolidación. Hasta \$1,000,000.00 Para apertura de CAMI: Hasta \$1,771,000.00 (se ajustará cada año a la inflación).
Coordinación y concertación para Prevenir y Atender la Violencia contra Mujeres con Enfoque Intercultural	Instituciones de la Administración Pública estatal y municipal cuyas propuestas se orienten a ejecutar acciones de promoción y ejercicio de los derechos de las mujeres	Para instituciones con personalidad jurídica propia * Proyectos de continuidad. Hasta \$800,000.00 * Proyectos nuevos. Hasta \$500,000.00 Para instituciones con personalidad jurídica propia * Proyectos de continuidad. Hasta \$500,000.00 * Proyectos nuevos. Hasta \$300,000.00
Equidad de Género en la Población Indígena	Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) e Instituciones Académicas (IA) de nivel superior de cuenten con experiencia en trabajo con población indígena en materia de equidad de género	Para procesos formativos: * OSC con 1 a 5 años de experiencia. Hasta \$150,000.00 * OSC con más de 5 años de experiencia e IA. Hasta \$300,000.00 Para acciones específicas. Hasta \$250,000.00
Coinversión para la Creación y Apoyo de Espacios de Formación de Mujeres Indígenas	OSC e/o IA que cuenten con metodología probada para la formación de mujeres indígenas en materia de fortalecimiento de liderazgo o promoción comunitaria para el desarrollo de regiones indígenas.	Hasta por \$1,500,000.00 a OSC e IA que aporten el 20% del monto solicitado a la CDI en bienes o servicios.

Fuente: Elaboración propia con base en CDI, 2018.

4.10 Sistematización de la experiencia CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

4.10.1 Descripción del desarrollo de la experiencia

Para la recolección de información en torno a la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C se realizaron cinco visitas al municipio de Zitácuaro, de las cuales la estancia para realizar trabajo de campo se realizó en la CAMI Mazot, ubicada en la localidad de Nicolás Romero, así mismo se hizo una vistia a Crescencio Morales (zona Mazahua) y otra a San Felipe los Alzati (zona Otomí), pertenecienten al municipio de Zitácuaro, en estás diferentes visitas se agendaron actividades para el proceso de recolección de información. A continuación se describen las diferentes visitas realizadas a la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. La recolección de información se basó en realizar trabajo de campo, para ello se hizo uso del diario de campo, la grabación de entrevistas en audio y la toma de fotografías.

Tabla 15. Descripción del desarrollo de la experiencia.

Carta descriptiva de trabajo de campo

Período durante el cual tuvo lugar	Personas que participaron	Caracterización del lugar	Objetivo del trabajo	Actividades que se realizaron	Evaluación de la experiencia
13 de enero 2016	Fabiola García Mercado (Coordinadora) Emelia Vázquez Salvador (Responsable de administración) Virginia Contreras Guzmán (Responsable del área temática) Isabel Esponiza Hernández (Responsable del área de trabajo comunitario) Epifania Colin Gabriel (Apoyo de área de trabajo comunitario) Yesenia Sámano Mondragón (Promotora) Dolores García García (Responsable a atención a usuarias)	El primer encuentro con las integrantes del grupo de la CAMI Mazot se realizó en las instalaciones del lugar, ubicado en Nicolas Romero.	El objetivo de este primer encuentro fue hacer un acercamiento con las mujeres y la CAMI Mazot, solicitando la aprobación de realizar la investigación en este lugar.	Se realizó una primera reunión por parte de las mujeres de la CAMI para consensar entre ellas para aceptar o rechazar la propuesta de investigación en la CAMI Mazot. Otra de las actividades que se realizaron fue la actualización del proyecto CAMI Mazot para el año 2016.	La evaluación de la experiencia fue positiva, ya que se aprobó la solicitud de realizar la investigación en la CAMI Mazot.

18 de enero 2016	Fabiola García Mercado (Coordinadora) Emelia Vázquez Salvador (Responsable de administración) Virginia Contreras Guzmán (Responsable del área temática) Isabel Esponiza Hernández (Responsable del área de trabajo comunitario) Epifania Colín Gabriel (Apoyo de área de trabajo comunitario) Yesenia Sámano Mondragón (Promotora) Dolores García García (Responsable a atención a usuarias)	El segundo encuentro con las integrantes del grupo de la CAMI Mazot se realizó en las instalaciones del lugar, ubicado en Nicolás Romero.	El objetivo de la segunda visita fue conocer de manera teórica el proyecto, conocer cuál es su nombre, objetivos, población beneficiaria, resultados.	Actualización del proyecto CAMI Mazot para el año 2016.	La evaluación de esta segunda visita fue positiva ya que se me permitió conocer, las fases operativas del proyecto CAMI Mazot.
18 al 22 de julio 2016	Fabiola García Mercado (Coordinadora) Emelia Vázquez Salvador (Responsable de administración) Virginia Contreras Guzmán (Responsable del área temática) Isabel Esponiza Hernández (Responsable del área de trabajo comunitario) Epifania Colín Gabriel (Apoyo de área de trabajo comunitario) Yesenia Santiago Cruz (Promotora) Dolores García García (Responsable a atención a usuarias)	El tercer encuentro con las integrantes del grupo de la CAMI Mazot se realizó en las instalaciones del lugar; esa misma semana se realizó un círculo de acompañamiento en la cuarta manzana, Conocido de Hortelan, perteneciente a San Felipe los Alzati.	El objetivo de la tercera visita a la CAMI Mazot fue acompañar a las promotoras de la CAMI a las comunidades donde intervienen con temas de salud sexual y reproductiva.	Estructurar el proyecto para el año 2016 Se realizó la firma de Convenio con la asociación civil Worl Vision para fortalecer vínculos, así como con el Instituto de las mujeres de Zitácuaro, las integrantes de la CAMI Mazot, dieron un recorrido por la casa a las autoridades del Instituto de las mujeres y de World Vision. Se realizó una entrevista exploratoria a Emelia Vázquez	La evaluación de la tercera visita tuvo resultados muy buenos en trabajo de campo, se realizó el registro de los vínculos interinstitucionales entre CAMI Mazot y World Vision, así mismo con el instituto de las Mujeres de Zitácuaro. Se realizó el acompañamiento a la cuarta manzana, Conocido de Hortelan, perteneciente a San Felipe los Alzati para realizar el círculo de apoyo, donde se pudieron tomar fotografías y

	usuarias)			para conocer las áreas con las cuales cuenta la CAMI Mazot. Se realizó un círculo de apoyo en la cuarta manzana, Conocido de Hortelan, perteneciente a San Felipe los Alzati dirigido por Dolores, psicóloga de la CAMI, donde asistieron mujeres y hombres tratando temas de prosperidad y abundancia para las mujeres y el quehacer de las cosas.	registrar los temas y la participación de la población.
31 de octubre al 2 de noviembre 2016	Emelia Vázquez Salvador (Responsable de administración) Isabel Espinoza Hernández (Responsable del área de trabajo comunitario)	El cuarto encuentro con las integrantes del grupo de la CAMI Mazot se realizó en las comunidades de Crescencio Morales (Mazahua) y San Felipe los Alzati (Otomí).	El objetivo de la cuarta visita fue conocer las zonas de intervención (Crescencio Morales Mazahua y San Felipe los Alzati, Otomí) donde se realizaron las entrevistas exploratorias con relación al conocimiento de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres promotoras de la CAMI Mazot.	Se realizaron dos entrevistas exploratorias, en las cuales participaron Emelia Vázquez de la zona Mazahua e Isabel de la zona Otomí, para ello se visitaron las comunidades de Crescencio Morales y San Felipe los Alzati.	El resultado de la cuarta visita fue buena, ya que se pudo realizar trabajo de campo en las comunidades de Crescencio Morales y San Felipe los Alzati, donde se realizaron entrevistas exploratorias a Emelia Vázquez e Isabel Espinoza.
05 de Diciembre 2016	Emelia Vázquez Salvador (Responsable de administración) Virginia	El quinto encuentro con las integrantes del grupo de la CAMI Mazot se realizó en las	El objetivo de la quinta visita fue realizar una entrevista grupal a los	Se realizó la entrevista grupal con los integrantes de la CAMI Mazot.	Los resultados de la entrevista grupal, arrojaron datos interesantes para la

	Contreras Guzmán (Responsable del área temática) Isabel Espinoza Hernández (Responsable del área de trabajo comunitario) Epifania Colín Gabriel (Apoyo de área de trabajo comunitario) Florentino Andrés Sánchez (Promotor) Dolores García García (Responsable atención a usuarias) Bruno Guzmán Gómez (Promotor) Aurelia Salvador Mondragón (Promotora)	instalaciones del lugar, ubicado en la localidad de Nicolás Romero.	integrantes que participan como promotores en la CAMI Mazot.		investigación. Con esta quinta y última visita se cerró el trabajo de campo en el municipio de Zitácuaro y la visita a la CAMI Mazot.
--	---	---	--	--	---

4.10.2 Marco teórico conceptual en el que se inscribe la experiencia

Para el desarrollo de este trabajo se retomó la teoría feminista con categorías de análisis como género, empoderamiento, equidad de género, discriminación, derechos sexuales y reproductivos, derechos de las mujeres indígenas, etnia, basándose en ideas teóricas de Scott, López, Benhabib, Bartra, Chávez, de Dios, Lagarde, Hierro, Lerner y Rodríguez, Barrera, Tepichin, Mora, Batliwala, entre otros, ya que esta teoría se acopla al modelo de acción participativa o autogestivo, que es el modelo de las CAMI, que se basa en cuatro enfoques como la perspectiva de género, enfoque de interculturalidad, enfoque de derechos y enfoque de autonomía..

Es importante mencionar que el proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., está inscrito dentro de un **modelo de acción participativa o autogestivo** a nivel nacional; las dos líneas con las cuales se guía dicho proyecto son salud sexual y reproductiva y violencia de género, pero para la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., se guía por la línea de salud sexual y reproductiva que se articulan con la teoría de género que permiten visibilizar las condiciones de las mujeres indígenas en materia de salud.

Para la CDI (2014) este modelo permite registrar las etapas y necesidades de financiamiento, formación técnica, acompañamiento, gestión por las que transitan las CAMI, para así conocer sus funciones, actividades, responsabilidades y resultados deseados. Otra de sus funciones es establecer mecanismos para articular procesos institucionales y procesos autogestivos y grupos responsables de las Casas de la Mujer Indígena.

Dando continuidad con las ideas de la CDI (2014) este modelo es un instrumento que guía la realización de los objetivos de los proyectos de las CAMI, es así que dicho modelo sirve para la planeación, operación, seguimiento y evaluación de las CAMI. Este modelo es una respuesta a las demandas de la población femenina indígena en relación a la salud sexual y reproductiva, así como a la violencia de género, que pretende contribuir a la reducción de las brechas de desigualdad entre la población indígena y la media nacional.

Este modelo se inscribe en un marco de políticas públicas y transversalidad que busca la participación social de las mujeres, así como el desarrollo de capacidades a nivel local basado en el enfoque de género y perspectiva multicultural para impulsar los procesos de las propias mujeres indígenas combatiendo la violencia de género y resolviendo sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural (Ídem).

Para cumplir con sus acciones el modelo promueve la intervención institucional coordinada desde los tres niveles de gobierno hasta el nivel local; así también como establecer acuerdos de colaboración entre las CAMI y canalizar casos con esquemas de pertinencia cultural y con enfoque de derechos de las mujeres indígenas.

Por otra parte, para sistematizar la experiencia de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., se retoman las ideas de Trigueros (1995), que postula al Trabajo Social Feminista como necesario para reconocer las necesidades de las mujeres y comprender sus relaciones familiares, su entorno, facilitando los recursos con los que dispone la comunidad para poder satisfacerla, para fortalecer los recursos internos y acrecentar la responsabilidad de la propia mujer para dar solución a sus necesidades. Por lo tanto, el Trabajo Social Feminista busca comprender la vida de las mujeres, evitando aquellos procesos que la discriminan, ya que se obstaculiza su promoción y desarrollo social, así como la distribución igualitaria de recursos, poder y responsabilidades. El objetivo principal es lograr que las mujeres accedan a una mayor libertad, a un control de sus vidas, desarrollo y crecimiento personal, aboliendo la opresión en la cual viven derivada del sexismo.

Los conceptos claves del movimiento feminista para el Trabajo Social que fueron empleados para dar soporte teórico a la sistematización fueron el género, empoderamiento, salud sexual y reproductiva, discriminación y derechos humanos de las mujeres indígenas. Dominelli citada en Viscarret (2007) define al trabajo social feminista como:

Una forma de Trabajo Social práctico que tiene la desigualdad de género y la eliminación de la misma como punto de partida para trabajar con mujeres, al igual que con individuos, grupos u organizaciones, buscando promover el bienestar de la mujer tal y como lo definan las propias mujeres (Viscarret, 2007: 216).

Los postulados sobre los que se fundamenta la práctica feminista del Trabajo Social son Según Viscarret, 2007: 216.

- Fin del patriarcado: Transformación de las relaciones sociales y personales, acabando con los sistemas de subordinación y privilegio.
- Empowerment (empoderamiento): La reconceptualización del poder como algo colectivo, inclusivo, igualitario y facilitador para la resolución de problemas.
- El proceso es igual de importante que el producto y debe de ser no opresivo, cultural, educacional, democrático, dinámico y desarrollista.
- Lo personal es político: Los problemas personales tienen dimensiones históricas, materiales y culturales, por lo que no existen soluciones individuales.
- Buscar unidad en la diversidad.
- Aumento de la concientización tanto a nivel reflexivo como a nivel de praxis.

Continuando con las ideas de Viscarret (2008) la intervención según el modelo de Trabajo Social Feminista se sustenta en el trabajo directo con los individuos, las familias, grupos, organizaciones o comunidades, identificando problemas del contexto social, buscando los cambios a nivel individual y colectivo, impulsando y ayudando a los otros. Cabe mencionar que la intervención desde el Trabajo Social Feminista siempre posee una mirada positiva hacia las mujeres, rechazando cualquier tipo de estereotipos, discriminación, violencia, vejaciones, entre otros.

Desde la postura del Trabajo Social Feminista se retoman las experiencias de la realidad de las mujeres y desde la investigación se pretende visibilizar la existencia de la discriminación y los diferentes tipos de violencia que se ejerce en contra de las mujeres; se propone fortalecer las relaciones de ayuda en donde los valores igualitarios permitan a las mujeres desarrollar los recursos, habilidades, capacidades y confianza para tomar control de sus propias vidas.

4.10.3 Contexto en el que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto

La contextualización del área parte desde lo macro que es el estado de Michoacán de Ocampo, lo meso, el municipio de Zitácuaro y micro, en este caso la localidad de Nicolás Romero, donde se encuentra ubicada la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.

El contexto social en el estado de Michoacán es atravesado por una serie de problemas y necesidades sociales que dan muestra de los principales puntos que hay que atender, como narcotráfico, grupos armados, atentados, creación de autodefensas, violencia de género. Cabe mencionar que en el estado de Michoacán de Ocampo existen diferentes grupos indígenas como mazahuas, otomíes, purépechas, nahuas y matlatzincas, cada uno de estos grupos con problemas y necesidades que los afectan de manera directa.

De manera particular, el modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. opera en la zona Oriente, atendiendo a dos pueblos indígenas, el Mazahua y el Otomí, interviniendo en comunidades y localidades de los dos grupos indígenas con la línea de salud sexual y reproductiva. Todo lo anterior se expone de manera más completa en el capítulo tres de éste trabajo.

4.10.4 Intencionalidad de la experiencia

La intencionalidad por la cual se crearon las CAMI, fue bajo dos líneas las cuales son atender problemas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y atender la violencia de género. En cuanto a la salud sexual y reproductiva se derivan los problemas en la salud materna y perinatal: promoción de la salud integral; prevención de la mortalidad materna; embarazo adolescente y juvenil; cuidados durante el embarazo, parto y puerperio; lactancia y ablactación; Salud reproductiva: acceso y uso de anticonceptivos; consentimiento informado; infecciones y enfermedades de transmisión sexual; cáncer cérvico uterino y mamario; sexualidad; VIH-SIDA; Derecho a la salud: acceso y uso de servicios de salud; calidad de la atención; derechos de los pacientes; interculturalidad en salud; derechos sexuales y derechos reproductivos (CDI, 2008).

A partir de estas líneas de trabajo las CAMI a nivel nacional se rigen por el objetivo de:

El modelo se ha diseñado para regiones indígenas con insuficiente presencia institucional para contribuir a la ampliación de cobertura en las acciones y los programas de gobierno, tanto en materia de atención a la salud sexual y reproductiva como en el combate a la violencia de género.

A nivel particular la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. se rige por el objetivo de:

Contribuir en la prevención y la atención de la salud sexual integral de la población indígena del oriente de Michoacán, a través de diversas estrategias de intervención para mejorar las condiciones de vida de la población atendida y de la sociedad en general (Proyecto Casa de la Mujer Indígena Mazot, 2016).

4.10.5 Estrategia metodológica que se implementó

El modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., se inscribe en una propuesta de modelo autogestivo o participativo que atiende la salud sexual y reproductiva y la violencia de género contra las mujeres con enfoque de género, interculturalidad, derechos y autonomía, como ya se ha mencionado.

Para sistematizar la propuesta de modelo CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., con un proceso de diseño desde el Trabajo Social Feminista se retoman las ideas de Galeana de la O (1999) y de Viscarret (2007), vinculando el diseño de un modelo desde el Trabajo Social y desde el Trabajo Social Feminista.

Para Galeana de la O (1999), el proceso de diseño de un modelo de intervención está integrado por siete etapas, las cuales son:

1.- Identificación del área o situación: Se inicia con la delimitación del área o situación de interés, es necesario determinar límites, así como interrelaciones exógenas y endógenas de la situación problema. Para ello se recomienda:

- a) Elaboración clara de objetivos
- b) Conceptualización de la situación problema
- c) Elaboración de diagramas causales

2.- Caracterización de las interrelaciones: Consiste en la descripción detallada de la multidimensionalidad de la situación objetivo, la descripción se centra en el conjunto multifacético y fluido de interrelaciones, destacando atributos peculiares y distintivos, elementos esenciales, contenido, manifestaciones, grado de intensidad de asociación y disociación, así como su significación en la totalidad. Su intencionalidad es reconstruir la realidad en diversos escenarios que se desean analizar, por lo que es necesario un acercamiento constante a la realidad.

Esta etapa es determinante en el diseño del modelo, ya que a partir de este momento se determinan las variables e interrelaciones que se observan cualitativa y cuantitativamente en la

situación o área objetivo, por lo que es necesario el uso de técnicas de campo e instrumentos de registro. En esta etapa se proponen los siguientes pasos:

- a) Establecimiento de variables e indicadores
- b) Determinación de técnicas y elaboración de instrumentos
- c) Recopilación de datos del área o situación de interés
- d) Clasificación y codificación de la información
- e) Diagrama causal

3.- Interpretación y conceptualización de interrelaciones: En esta fase se da la explicación de las diversas interrelaciones en un contexto de complejidad interna y externa, identificando procesos de asociación vertical o jerárquica, lo que permite la reflexión en torno a los componentes y conexiones entre las mismas. En esta fase se sintetiza la composición del todo, a partir de la profundización de los elementos intervinientes en la situación objetivo, con el auxilio de un marco conceptual, que permite la reconstrucción teórica de las diferentes interrelaciones, identificando problemáticas y críticas, por consiguiente se establecen bases para la formulación de estrategias de cambio y/o modificación. Se proponen los siguientes pasos:

- a) Selección de teorías para explicar las interrelaciones
- b) Elaboración de marcos explicativos

4.- Búsqueda de alternativas y toma de decisiones: Consiste en la elección de estrategias y líneas de acción que pretenden dar respuesta a la problemática explicada y focalizada en la fase anterior. El conocimiento detallado de la situación objetivo permite proponer estrategias de cambio y modificación. Esto implica procesos de toma de decisiones que son activados por la urgencia de satisfacer necesidades.

Para esta etapa resulta útil elaborar un esbozo de la imagen objetivo, dando paso a la construcción de una matriz de problemas-medios-fines, para formular alternativas con objetivos integrales y secuenciales a corto, mediano y largo plazo a través de la detención de obstáculos, potencialización de recursos, de oportunidades, así como la evaluación de limitaciones y alcances fundamentados en estudios de viabilidad y en el análisis de interrelaciones del equipo encarada del diseño del modelo y los sujetos sociales que figuran en un papel protagónico en la organización de la situación problema. Para ello es necesario:

- a) Elaboración de imagen objetivo
- b) Construcción de la matriz, problemas-medios-fines

c) Estudios de viabilidad de las alternativas

5.- Diseño de modelos: Consiste en la formalización de la intervención a través de la formulación de objetivos y estrategias a partir de la elaboración de programas y proyectos que delinee, las acciones y procedimientos que operacionalizará la alternativa de intervención seleccionada en la fase anterior. Se recomienda lo siguiente:

- a) Elaboración de objetivos y determinación de estrategias
- b) Constelación de programas y proyectos
- c) Tipificación de la intervención

6.- Implementación del modelo de intervención: Es la puesta en marcha de estrategias, programas y proyectos en la realidad (focalizada) por lo que se hace necesario el establecimiento de procesos de seguimiento, reflexión y retroalimentación de acciones que permitan la formulación de estrategias, y de procedimientos operacionales que exige la dinámica y el comportamiento de la situación objetivo.

- a) Procesos de seguimiento de acciones
- b) Procesos de reflexión y retroalimentación
- c) Reformulación de estrategias y procedimientos operacionales

7.- Evaluación de acciones: Ésta se realiza después de cada fase con el fin de ir retroalimentando el contenido y productos obtenidos en las mismas, sin embargo; por llevar un orden en la exposición y por fines didácticos se ha dejado al final. La evaluación representa un proceso revelador de los factores causales, desempeño e impacto de las acciones, teniendo como fundamento criterios de eficiencia y efectividad.

Por su parte Viscarret (2007), desde el modelo crítico/radical propone que la intervención según el modelo de Trabajo Social Feminista, se puede implementar dentro de un modelo práctico que consta de cinco fases:

- 1.- Definir el problema sobre el que trabajar
- 2.- Identificar la causa del problema
- 3.- Identificar el objetivo a conseguir
- 4.- Llevar a cabo la intervención
- 5.- Realizar la evaluación

A continuación se esquematizan las propuestas teóricas de autores como Galeana de la O (1999) y Viscarret (2007).

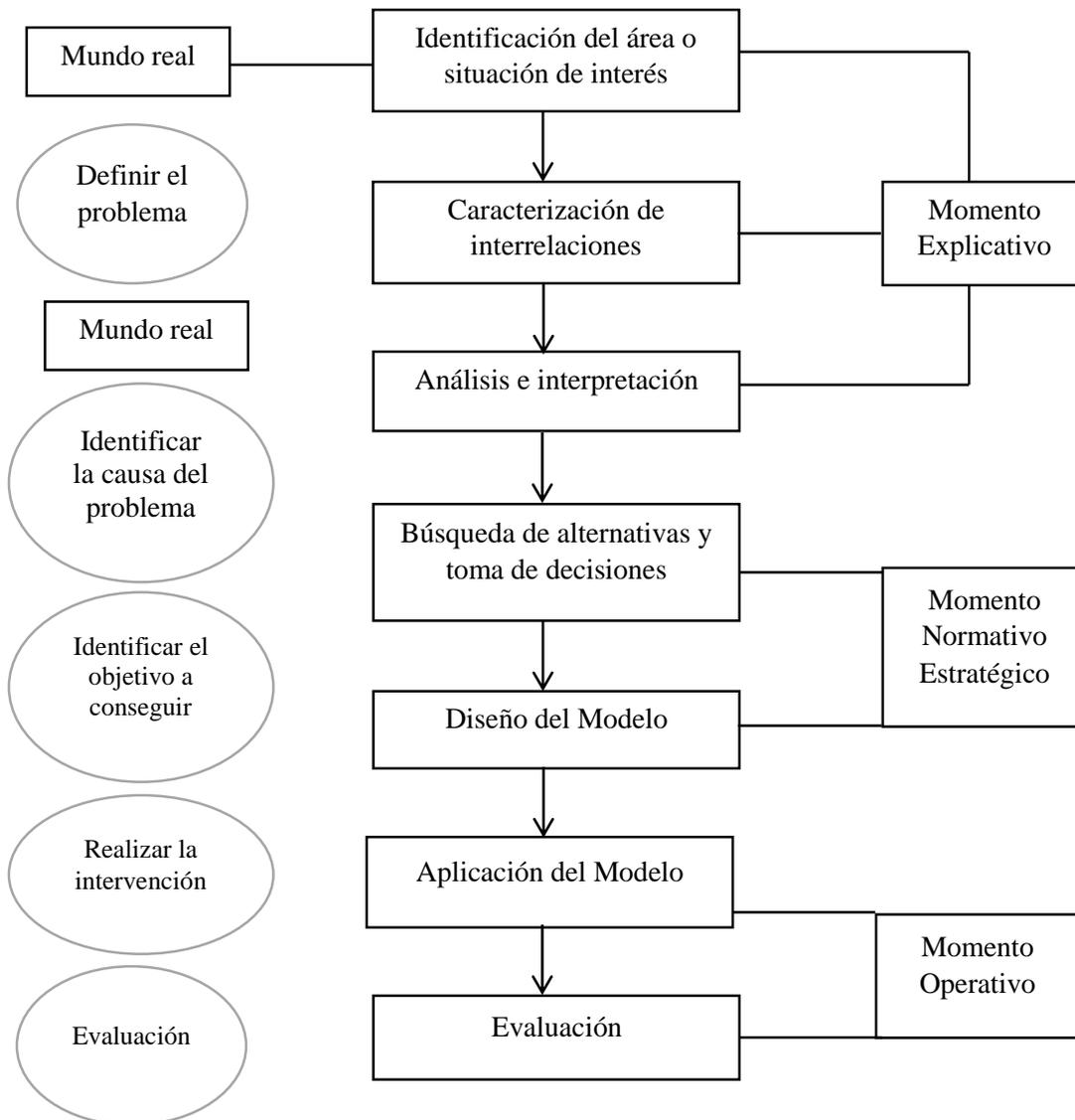


Figura 19. *Proceso metodológico para el diseño e implementación de modelos de intervención*
 Fuente: Elaboración propia a partir de Viscarret (2012) y Galeana de la O (1999).

El modelo participativo o autogestivo de la CAMI se ha consolidado a partir de diferentes fases que han permitido a las mujeres indígenas tener procesos de intervención en sus comunidades, así como procesos de vínculos interinstitucionales para generar estrategias que fortalezcan su trabajo comunitario. A continuación se esquematizan las fases por las cuales se llega a crear una CAMI, esto también puede ser vinculado a los procesos de creación de modelos de intervención que propone Galeana de la O (1999) y Viscarret (2007), ya que para la creación de modelos de intervención es necesario identificar y definir los problemas sociales, identificar

las causas del problema, que bien puede ser entendido como el diagnóstico social para dar paso a la identificación de los objetivos a conseguir para realizar la intervención buscando un cambio social y finalmente hacer la evaluación.

Para Galeana de la O (1999) es necesario desarrollar tres momentos, cada uno con sus propios pasos a desarrollar y éstos son como primer punto el momento explicativo donde es necesario identificar el área de interés o situación de interés, caracterización de las interrelaciones, para dar paso al análisis e interpretación; como segundo momento estratégico viene la búsqueda de alternativas y toma de decisiones, así como el diseño del modelo; y finalmente el tercer momento operativo donde se hace la aplicación del modelo y su evaluación, todo esto mencionado se describe a continuación en diferentes fases que permitieron la creación del modelo CAMI y que ha sido replicado en diferentes estado de la república con población indígena.

4.10.5.1 Consolidación por etapas de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.

La siguiente figura muestra el año en que inicia el programa CAMI a nivel nacional en el año 2003, así como el arranque del proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. en Zitácuaro, Michoacán ante la multiplicidad de problemas detectados en el diagnóstico social iniciado en 2008, cuando se realizó la fase de preparación, pasando por las fases: uno o inicial, dos o construcción y en el año 2015 se encontraba ya en el tercer año de la fase de fortalecimiento. La CAMI Mazot Dexi Deetta A.C. es un modelo de intervención que ha planteado estrategias y acciones para incidir en una realidad que afecta a la población indígena en materia de salud sexual y reproductiva.

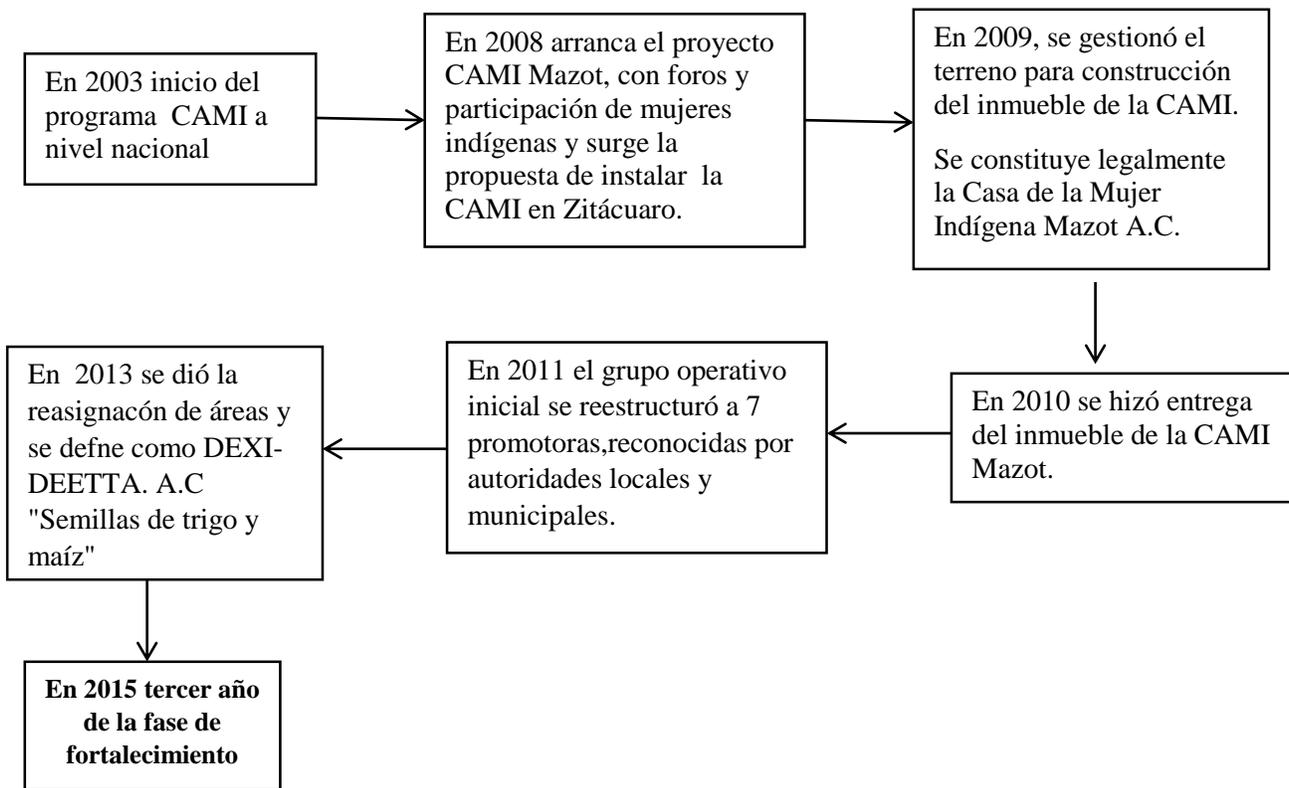


Figura 20. Consolidación por etapas de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C.
Fuente: Trabajo de campo, 2016.

4.10.5.2 Áreas de función de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C.

Para que la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., cumpla con sus objetivos y logre llegar a la población beneficiaria se divide en seis áreas que trabajan de manera conjunta éstas son el área de coordinación, el área temática, el área de trabajo comunitario, área de atención a usuarias, área de administración y finalmente las promotoras que salen a comunidad para convocar a la gente beneficiaria.

Para la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., la organización de la misma y sus diferentes áreas están organizadas de tal manera que todas son importantes, sin jerarquías ya que la CAMI es un conjunto que debe de trabajar a la par en todas las áreas.

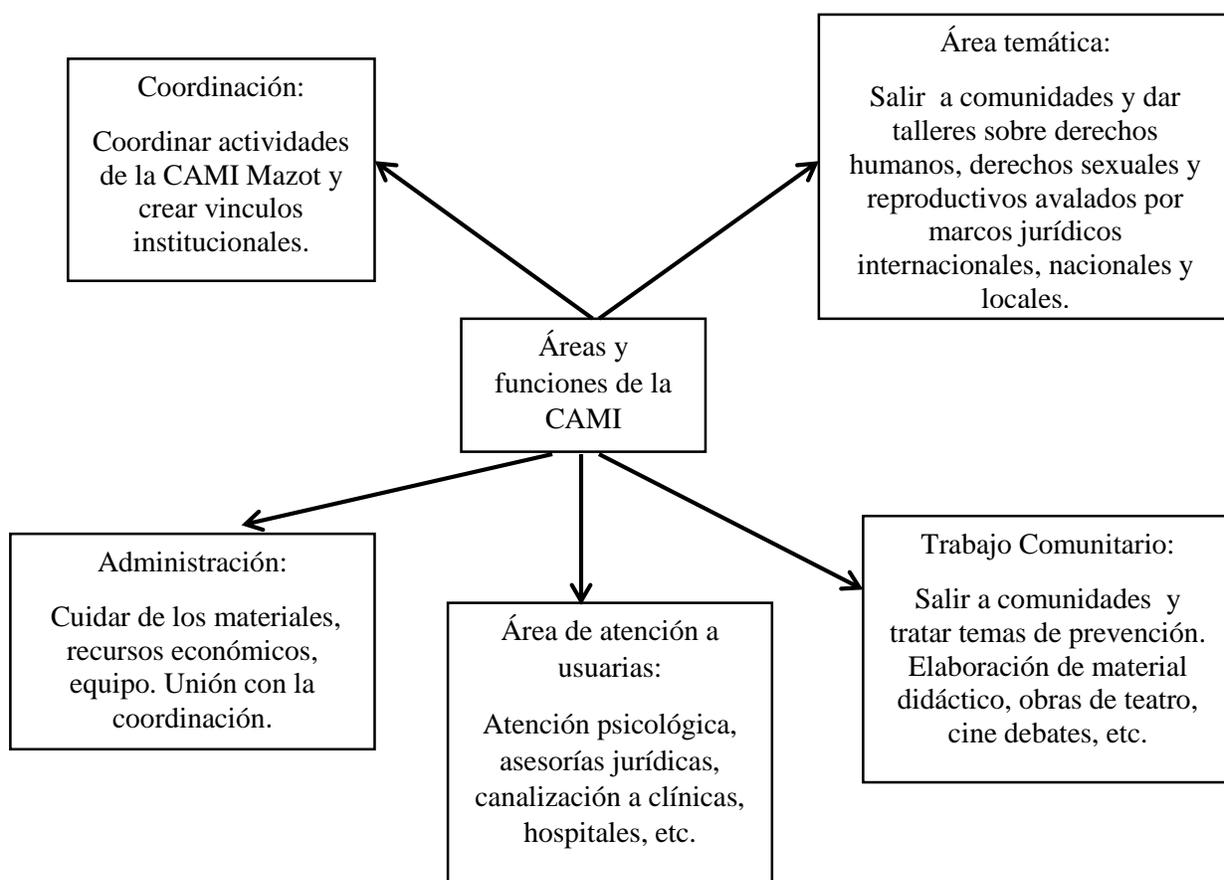


Figura 21. *Áreas y funciones de la CAMI Mazot-Dexi-Deetta A.C.*

Fuente: Trabajo de campo 2016.

Las siguientes tablas muestran la operatividad de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., y la forma en la cual se organiza y estructura para poder realizar capacitaciones a las promotoras y promotores, así como las estrategias y acciones para la intervención comunitaria en la línea de salud sexual y reproductiva.

Tabla 16. *Acciones de fortalecimiento y consolidación organizativa para la formación de redes comunitarias o regionales en los temas de atención de las CAMI*

Meta/Actividad	Cantidad	Beneficiarias (os)	Resultados Esperados	Material Probatorio
Taller de fortalecimiento grupal	1	11	Contar con una población fortalecida, informada y reconocida en la región	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal.
Reunión con autoridades locales y renovación de convenios	5	62	Tener vinculada la CAMI con diversas instituciones de salud y contar con convenios renovados	Carta descriptiva Plan de Trabajo Convenios Fotografías Informe
Reunión RED CAMIS	1	6	Participación activa en las acciones planteadas en la RED de CAMIS para difundir la agenda nacional y empezar a concretar acciones para insertar en políticas públicas	Oficio de comisión Informe con fotografías

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., 2016.

Tabla 17. *Acciones para la asesoría, canalización, acompañamiento a usuarias de la CAMI a las distintas instancias para la atención de sus problemas*

Meta/Actividad	Cantidad	Beneficiarias (os)	Resultados Esperados	Material Probatorio
Atención y canalización local	30	30	Contar con una población atendida respecto a problemáticas de salud sexual y reproductiva	Expediente Oficios de Comisión
Atención y canalización foránea	2	2	Contar con una población atendida respecto a problemáticas de salud sexual y reproductiva	Expediente Oficios de Comisión
Visitas de seguimiento	10	10	Contar con una población atendida respecto a problemáticas de salud sexual y reproductiva	Expediente Oficios de Comisión
Estancia temporal	3	3	Contar con una población atendida respecto a problemáticas de salud sexual y reproductiva	Expediente
Círculos de acompañamiento	5	336	Contar con una población atendida respecto a problemáticas de salud sexual y reproductiva	Carta Descriptiva Registro de asistencia Relatoría con fotografías

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., 2016.

Tabla 18. *Acciones de difusión y sensibilización comunitaria desarrollado por las CAMI sobre los temas del modelo*

Meta/Actividad	Cantidad	Beneficiarias (os)	Resultados Esperados	Material Probatorio
Impartición de taller “salud sexual integral”	5	175	Contar con una población integrada respecto a la salud sexual integral y con estrategias para ejercer su sexualidad de manera sana y segura	Registro de asistencia Carta descriptiva Relatoría con fotografías Oficios de comisión
Cine-Debate	5	175	Sensibilizar a la población sobre la importancia de desarrollar una salud sexual integral que propicie el establecimiento de relaciones sanas y seguras	Plan de trabajo Listas de asistencia Informe con fotografías
Impartición taller “Derechos al ejercicio de la sexualidad”	5	175	Contar con una población informada respecto al ejercicio de la sexualidad	Registro de asistencia Carta Descriptiva Relatoría con fotografías Oficios de comisión
Obra de teatro	5	175	Sensibilizar a la población sobre la prevención VIH y su relación con la violencia que propicie el establecimiento de relaciones sanas y seguras	Plan de trabajo Listas de asistencia Informe con fotografía
Programas de radio	32	33	Sensibilizar a la población en problemáticas de violencia y salud sexual y reproductiva; difundir información respecto a los temas que maneja la CAMI y contar con una población informada que permita prevenir enfermedades y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos	Oficios de comisión Guión de radio Fotografías
Stan Publicitario	4	160	Sensibilizar a la población en problemáticas de violencia y salud sexual y reproductiva; difundir información respecto a los temas que maneja la CAMI y contar con una población informada que permita prevenir enfermedades y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos	Plan de trabajo Listas de asistencia Informe con fotografías

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., 2016.

Tabla 19. Acciones para el fortalecimiento de capacidades de las integrantes de la CAMI

Meta/Actividad	Cantidad	Beneficiarias (os)	Resultados Esperados	Material Probatorio
Taller: “Cómo mejorar nuestra vida emocional”	1	11	Contar con una población fortalecida, informada y con el reconocimiento de su potencial individual y grupal	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Taller: Pensamiento lateral “Soy creativo”	1	11	Contar con una población fortalecida, informada y con el reconocimiento de su potencial individual y grupal	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Taller: “Salud sexual integral”	1	11	Contar con un grupo informado respecto al tema de la salud sexual integral	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Taller: “Violencia VIH/SIDA”	1	11	Contar con un grupo informado sobre Violencia VIH/SIDA	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Taller: “Derecho al ejercicio de la sexualidad”	1	11	Contar con un grupo informado respecto al tema de derechos al ejercicio de la sexualidad	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Reuniones de Trabajo con acompañamiento	8	96	Contar con una población fortalecida, informada y reconocida en la región	Registro de asistencia Acta de compromisos
Reuniones de trabajo mensuales	12	144	Contar con un grupo integrado, informado, organizado, fortalecido y saludable	Registro de asistencia Acta de reunión
Curso de Nñañu	1	7	Contar con un grupo hablante de lengua materna	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Curso de Jñatrjo	1	5	Contar con un grupo hablante de lengua materna	Evaluación diagnóstica y final del grupo con recomendaciones sobre el proceso grupal Carta descriptiva Relatoría
Plan de autocuidado	1	5	Contar con un grupo integrado, informado, organizado, fortalecido y saludable	Plan de trabajo Listas de asistencia Informe con fotografías

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., 2016.

Tabla 20. *Acciones de generación de materiales para la divulgación o capacitación en los temas de derechos humanos de las mujeres indígenas, violencia de género y salud sexual y reproductiva.*

Meta/Actividad	Cantidad	Beneficiarias (os)	Resultados Esperados	Material Probatorio
Diagnóstico	1	11	Contar con información clara y verídica de las problemáticas que se viven en las comunidades que permita diseñar e implementar actividades para disminuir dichas problemáticas	Diagnóstico
Cartillas sobre derechos al ejercicio de la sexualidad	1	1000	Contar con material de información sobre los derechos sexuales y reproductivos que permitan ejercer una sexualidad sana y responsable	Cartilla
Plan estratégico	1	11	Contar con un instrumento que guie la elaboración del plan anual	Plan estratégico

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta A. C., 2016.

4.10.6 Análisis del desarrollo de la experiencia

Para la instalación de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C., en la localidad de Nicolás Romero, municipio de Zitácuaro se tuvo que realizar un diagnóstico social por parte de la CDI, esto permitió visibilizar las diferentes problemáticas por las cuales atraviesa la población indígena Mazahua (Jñatrjo) y Otomí (Nñanu) del Oriente de Michoacán.

A pesar del diagnóstico que se realizó la instalación de la CAMI tuvo algunas complicaciones, ya que la Casa de la Mujer, se llevó primero al municipio de Patzcuáro, Michoacán, esto genera ciertas molestias e incorformidades con las mujeres de Zitácuaro que ya estaban organizadas para recibir la CAMI y comenzar a trabajar.

Fue así como lo expreso Emelia Vázquez, una de las mujeres que trabaja en la CAMI desde su instalación y organizadora para solicitar a la CDI dicha Casa de la Mujer Indígena, como se puede leer en las siguientes viñetas narrativas.

“Mi interés ha sido siempre desde antes de que empezaran estos proyectos, más bien el proyecto de las CAMI, que se empezaron a crear desde el 2007, la CAMI de Zitácuaro se inauguró en el 2009, en el 2007 empezaron a crear en otros estados en Guerrero, en Puebla, en otros estados Casas de la Salud para la Mujer, así se llamaban, cuando nosotras en ese entonces yo trabajaba en la clínica como promotora voluntaria, el trabajo es voluntario y trabajaba en INEA, cuando yo empecé a trabajar en INEA y en la clínica como promotora voluntaria, pues muchas mujeres tuvieron la confianza de decir, mi esposo me pega, empezamos por esa línea de violencia, pero por estrategia se escogió a línea de salud sexual y reproductiva porque la gente de aquí de Crescencio Morales, antes era muy violenta, nosotras veíamos que cada ocho días habían peleas a machetazos y entonces pues ya mataron a tal persona, y era una comunidad muy

violenta, ahorita ya no es tanto, ya como que ha servido eso, porque es bien cierto que la iglesia es radical, muy en sus ideas, pero a veces ha servido como para tranquilizar a la gente”.

...“por esa parte tratamos de cambiar y aquí fue el caso, entonces, pero yo por esa parte veía y me preocupaba como le podíamos hacer y si canalizábamos pues gente a denunciar, nos enteramos por ejemplo de un abuso sexual por parte del hermano, del tío, del papá y nosotros apoyábamos en denunciar ¿no?”.

...“uno a ver con otros ojos la violencia que no es normal y por ahí fue que empezamos a ver que pues que una casa nos podría beneficiar, cuando empezamos a conocer el proyecto de Casas, no iba a llegar a Zitácuaro, iba a llegar a Pátzcuaro una comunidad indígena de los purépechas”.

“Entonces desde ahí empezó mi lucha con los purépechas porque el proyecto Casas se fue para allá, cuando aquí ya se había hecho un diagnóstico de violencia y salió que aquí se presentaba mayor violencia que en Pátzcuaro, que es zona purépecha y cuando les otorgan la Casa, yo si me molesté y les dije a CDI que eran los responsables de las CAMI, les dije no se vale, aquí se hizo el diagnóstico y los resultados dijeron que aquí era mucho más la violencia, porqué se va para allá, y todos los proyectos y todos los apoyos se van para allá y nosotros somos un pueblo olvidado, entonces hicimos un documento en el cual nosotros queríamos nuestra casa y si no la otorgaron, afortunadamente si no la otorgaron, nos dijeron que si queríamos la casa teníamos que gestionar el terreno, que teníamos que gestionar lo necesario para tener nuestra casa y así lo hicimos, cuando ellos nos preguntaron que donde queríamos nuestra casa, nosotros ya teníamos el terreno, entonces ya habíamos gestionado el terreno, logramos que no lo dieran no en donación, pero si no lo dieron como dato, por 50 años, entonces ahorita estamos que se cumpla la fecha para ir a, no cambiamos el dedo del renglón para que sea donación, el terreno y ahí estamos, ahí esta la casa, ya esta funcionando, entonces si nosotras éramos doce mujeres que se hizo una asamblea, como se eligen las autoridades, se hizo una asamblea de todo Crescencio Morales de la tenencia, de las 24 comunidades que forman la tenencia de Crescencio Morales se convocó a mujeres y ellas mismas eligieron quien iba a operar la Casa y entre ellas me eligieron a mí y a Gilberta, y este empezamos a trabajar, se construyó la Casa, se gestionó la construcción de la Casa y se iba a empezar con capacitaciones para empezar a atender a la comunidad, fue cuando yo me enferme y decidí retirarme de la casa, pero iba quedar otro grupo a operar la casa y se quedaron con la casa para seguirla trabajando, no tuvo mayor impacto, en el tiempo que estuvo la asociación como que nada más estas comunidades vas atender, porque es lo que tiene CDI, a veces nos dice eres autónoma, te apoyamos para que te empoderes, y luego dicen, no, no corras, espérate, tranquila, entonces pues yo he sido muy rebelde, entonces a mi como que no me parece, porque yo digo hay que avanzar, hay que buscar otras cosas, porque realmente la Casa es para dar más y pues a veces no todas son como nosotras, que somos así, por ejemplo Gilberta también es una mujer muy inquieta ella fue jefa de tenencia y cuando nosotras nos retiramos de la CAMI, ella se postulo para jefa de tenencia y fue la primera jefa que se puso independientemente porque si ha habido aquí en Crescencio Morales dos jefas de tenencia, pero las han impuesto hombres, dicen vamos aventar a esta mujer para que voten, porque somos más mujeres aquí que hombres, entonces pues ella se aventó como jefa de tenencia y recibió amenazas para que renunciara cuando todavía cuando estaban contabilizando votos la amenazaron y ella dijo no, porque mucha gente me esta apoyando y decir me retiro es como defraudarla, entonces pues quedó, ganó, cuando estuvo en su período, recibió muchas denuncias, mucha gente se atrevió a denunciar, pues muchos casos se resolvieron, muchos están pendientes,

pero hay orden de aprensión, entonces si hubo mucho avance, cuando CDI, pues nunca dejó de observarnos, de vernos ¿no?, nosotros aunque nos salimos de la casa, seguimos trabajando en la comunidad como gestoras, apoyando a canalizar, en todo eso de la denuncia y atendiendo eso de salud sexual y reproductiva, pero sobre todo de violencia, porque eso fue lo que dio origen a la Casa, la violencia que existe en las comunidades, pero por estrategia hay que escoger la línea de salud sexual y reproductiva, es difícil, peligroso, trabajar la línea de violencia, pero es como les comenté a las compañeras, es una realidad que no puedes cerrar los ojos y que si estamos atendiendo, y que nos han llegado casos de violencia que salud sexual y reproductiva, pues hay que entrarle, yo creo que no podemos quedar a parte cuando estamos viendo la situación, pues ahorita se está retomando esa línea, no muy conformemente, porque no a todos nos gusta enfrentarnos a esta situación o creamos un estado de confort y decir no pasa nada cuando, bueno yo lo veo día a día la violencia ¿no?, pues no podemos decir, no existe la violencia y que fue lo que dio origen a la Casa y por eso se luchó, para que estuviera aquí”. (ENT.01/11/16)

Esto fue resultado de la entrevista exploratoria realizada el día 01 de noviembre del 2016, donde se muestra cómo factores como la violencia, abusos sexuales, enfermedades de transmisión sexual fueron elementos que determinaron la solicitud de una Casa de la Mujer para atender los problemas presentados en las comunidades de Zitácuaro Michoacán y cómo a partir de ello las mismas mujeres se organizaron para solicitar un terreno para dar paso a diferentes etapas de operatividad de la CAMI Mazot Dexi Deetta A.C.

4.10.7 Resultados de la experiencia

Los resultados que arrojaron las entrevistas tanto exploratorias como grupal realizadas en trabajo de campo dan muestra del surgimiento de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C, así como la organización de las mujeres para tener una casa que ayude a resolver problemas en materia de salud sexual y reproductiva en la zona Oriente de Michoacán.

Otro de los aspectos que resultaron de éstas entrevistas fueron la visibilización de categorías de análisis que están apropiadas por las mujeres y hombres Mazahuas y Otomíes como género, discriminación, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, así como el reconocimiento de un marco normativo que garantice dichos derechos. A continuación se muestran la sistematización de dichas entrevistas resaltando puntos de interés para la investigación.

Tabla 21. *Participantes de la entrevista grupal*

Género	Etnia	Labor en la CAMI
Femenino	Mazahua	Responsable del área temática
Femenino	Otomí	Apoyo de área de trabajo comunitario
Femenino	Mazahua	Responsable de administración
Masculino	Otomí	Promotor
Masculino	Mazahua	Promotor
Femenino	Mazahua	Promotora
Femenino	Mazahua	Responsable atención a usuarias

Fuente: Trabajo de campo, 2016.

Categoría “Ser mujer”

Virginia (Mazahua):

...“lo que a mí me enseñaron, el ser mujer era dedicarte a la casa, era solo estar en la casa, en un principio de niña era, tú no puedes subirte a los árboles, tú no puedes salir a jugar, tú solo vas jugar con tu hermanita, ahora yo ya pienso que pues yo también puedo hacer otras actividades, también puedo trabajar, también puedo salir a divertirme”.

Epifania (Otomí):

...“tú tienes que hacer o preparar comida para tus hermanos”.

...“debemos estar en casa y nosotros nos debemos al quehacer de la casa”.

...“es que tú no puedes andar vestida como los hombres y todo eso como que es una cultura que ellos nos dejan”.

Emelia (Mazahua):

...“nos etiquetan como tú eres mujer y te visten de rosita, eres más delicada, eres más chillona pero así nos ven”.

...“tú tienes que estar aquí en la casa, este hacer comida, aprender a lavar, hacer los quehaceres de la casa”.

...“el ser mujer me permite hacer ciertas cosas que no me permitían antes y que eso va a servir para abrirle camino a las que vienen atrás de mí”.

Aurelia (Mazahua):

...“así como que se nos permitían cosas, pero a la vez se nos prohibían algunas”.

...“que la mujer era para aprender a cocinar, a quedarse en casa, que para que estudias si al último te casas y te quedas en casa”.

Las personas entrevistadas hacen mención que ser mujer tiene que ver con la parte de enseñanza que les brindaron sus familiares, esto es, dedicarse a la casa, estar en la casa, preparar comida, dedicarse al quehacer de la casa, por ejemplo de niñas no podían subirse

a los árboles, no podían salir a jugar, debían vestirse de color rosa, se les inculcó la idea de que son más delicadas, más “chillonas”, así como la prohibición de estudiar porque al final se casan y se van a vivir con el marido.

Categoría “Mujer indígena”

Emelia (Mazahua):

...“el ser mujer indígena pues nos limita mucho porque somos en primera somos mujeres, en segunda somos mujeres indígenas y en tercera somos pobres, entonces existe mucha discriminación”.

...“no contamos con una propiedad”.

...“a veces la mujer no puede salir a trabajar entre comillas porque trabaja en el campo, pero sin percibir un sueldo”.

...“sufrimos cuando salimos la discriminación porque no hablamos el español”.

...“es la mujer la que trabaja en el campo, en la casa, y a veces esteeee pues en los trabajos comunitarios y quien se reconoce es al hombre, entonces si existe mucha discriminación”.

Virginia (Mazahua):

...“el ser indígena pues nos limita, no debería de ser, pero si la gente lo hace sentir a uno de esa manera”.

...“somos mujeres indígenas tú como mujer solo eres para trabajar y no se reconoce cuando todo el tiempo estamos trabajando”.

Epifania (Otomí):

...“es la discriminación para nosotras las mujeres indígenas de que dicen: es que no saben hacer nada”.

Las personas entrevistadas comentaron que “ser mujer indígena” las limita ya que sufren de triple discriminación, por ser mujeres, por ser indígenas y por ser pobres, también mencionan que no cuentan con propiedad resultado de los usos y costumbres de su comunidad, no pueden salir a trabajar recibiendo algún tipo de remuneración, aunque reconocen que trabajan en el campo, también sufren discriminación porque no hablan al 100 % el español.

Categorías “Mujer indígena/discriminación”

Epifania (Otomí):

“Pues de alguna manera sí, porque pues nos ven ignorantes es que no saben, que ellas no saben, eso”.

“¡De hecho, así fue, de hecho, así fue! Porque, eh, en los pocos años que yo fui a la escuela eh, los mismos maestros se encargaron de...de quitarnos esa...esa vestimenta, porque no nos querían con esa ropa, ellos nos empezaron a discriminar porque supuestamente nosotros éramos indias y que al ir vestidas así pues con mayor razón y... entonces nosotros todos, se puede decir todos empezaron a dejar su vestimenta otomí y así fue la forma en que se fue perdiendo hasta al

hablar, ya, ya casi no se habla, ¿por qué? Por lo mismo, pero los maestros fueron los que hicieron todo eso”.

“Todo mundo desapareció por la escuela, más los que querían estudiar tenían que deshacerse de su raíces, se puede decir de su vestimenta, porque las aceptaban así, porque necesitaban llevar el uniforme que el maestro o la maestra decía, entonces fue el modo de que se fue, se fue... fuimos desapareciendo con la vestimenta”.

Las mujeres entrevistadas comentaron que han sufrido discriminación porque la sociedad considera a las mujeres indígenas como ignorantes, que no saben hacer nada y que en la escuela se les negó el derecho de usar su vestimenta tradicional lo que generó que perdieran su identidad y el uso de su lengua.

Categoría “Empoderamiento”

Emelia (Mazahua):

...“(Otomíes) ellas salen a trabajar fuera de su comunidad y la zona mazahua no, ósea aquí lo que salen son los hombres a trabajar y las mujeres se quedan en casa, muy pocas son las que salen a trabajar fuera y cuando salen a fuera trabajar fuera esteeee son señaladas”.

Epifanía (Otomí):

...“para trabajar esteee.. ya no nos cuestionan a donde van, ni nos preguntan a donde van que en nuestras casas si nos dicen”.

Emelia (Mazahua):

...“nosotros mismos nos empezamos a discriminar ¿no? Por el avance que se tiene, es que “aquellos indios son bien necios, no entienden”.

...“empieza una a ser señalada mucho ¿no? entonces como que ya..... incluso, empiezan como que a apartarnos, ósea, existen ciertas costumbres en que si uno se sale de ese círculo de costumbres y dicen “es que esta ya no es de aquí”, ósea ya no nos aceptan como mazahuas porque entonces ya rompimos ese círculo de costumbres, entonces ya no eres de aquí, ya eres de aquel lado, entonces empiezan así como la discriminación dentro de la comunidad”.

Emelia (Mazahua):

“Las mujeres o los hombres que van avanzando, la diferencia por ejemplo los dos compañeros han sido discriminados por los hombres, ¡ay! es que tú te juntas con puras mujeres y ahí son puras mujeres y ustedes ya son iguales que las mujeres, ¿no? Así les dicen ¿sí o no?

“es que no eres mujer, porque no eres casada y no tienes hijos”, entonces para ser mujer tiene uno que tener hijos y ser casada entonces ¿Qué soy? Ni soy hombre ni soy mujer”.

...“porque si tienes una pareja eres respetada, si tienes hijos eres mujer, y si eres sola pues ya eres una.....qué...”.

Las mujeres comentaron que consideran el empoderamiento como el poder salir a trabajar y recibir un sueldo por su trabajo, con el poder salir de su comunidad a trabajar, para el caso de la comunidad Otomí ya no cuestiona cuando las mujeres salen a trabajar fuera de casa o de la comunidad; sin embargo, para las mujeres mazahuas aún se les cuestiona el salir de casa, salir de comunidad.

Categoría “Salud sexual y reproductiva”

Emelia (Mazahua):

“Pues este cuando uno les va a platicar como que, bueno hablar del tema todavía como que implica problema hablar en las comunidades, hablarles de sexualidad, de los derechos, del ejercicio de su sexualidad, pues implica mucho problema porque de alguna manera es un tema prohibido en las comunidades todavía”.

...“a veces nos encontramos con que no quieren escuchar los temas, porque pues el hablar de condones, o eso es como...,pues eso no se maneja ahí en las comunidades, entonces este a veces nos encontramos que en unas comunidades si aceptan, pero en otras...”.

...“eso no nos va a pasar como en el tema del VIH, ¿no? ¡Es que aquí no pasa, aquí no ha sucedido! entonces este pues esos temas son de prevención”.

...“en otras comunidades son más abiertos y es en el caso de la zona otomí, ¿no? Que aceptan mucho esos temas y les gusta mucho participar, en la zona mazahua no, los usos y costumbres que tenemos muuuy arraigados nos han puesto como barreras”.

...“hay mujeres que nos agreden, entonces, así como que no nos aceptan al 100 por ciento”

Emelia (Mazahua):

“Pues nosotras hemos hecho alianzas con las autoridades, y con... tanto autoridades con civiles como autoridades médicas”.

Para la categoría de salud sexual y reproductiva Emelia comenta que hablar de este tema implica un problema en sus comunidades Mazahuas, es muy difícil hablarles de métodos anticonceptivos, sexualidad, derechos sexuales, temas como el VIH ya que es un tema prohibido o que consideran que en su comunidad no existe y no les gusta hablar porque no se maneja, pero hay otras comunidades como el caso de la Otomí donde si les gusta hablar de estos tema y se acepta por la población en la comunidad.

Categoría “acciones CAMI”

Emelia (Mazahua):

...“hemos hecho estrategias como para llegarles no con el tema “¡Hay esto es condón, úsenlo!” sino de una forma más sutil, que la información sea más sutil pero que se les dé la misma información”.

...“ferias de anticonceptivos, ósea como forma de juego, entonces como que se acepta más, hemos hecho obras de teatro y que de alguna manera va la risa con la información, entonces se va aceptando, les hemos dado cine-debate, proyectamos una película y luego se les hace la reflexión, esteee y luego pues se les da como atención psicológica que de alguna manera pues abre como más puertas para la confianza, ¿no? entonces una que es atendida jala a la otra y así, se van como jalando una tras otra y se va formando como la aceptación y la confianza, ¿no?”

“Entonces a partir de los círculos de apoyo han servido para abrir los caminos de la confianza y pues ahí es lo que ha pasado”.

Lolita (Mazahua):

...“porque ellas se sintieron algo, cada quien este encuentra diferentes formas, pero a la mejor sintieron tranquilidad, a la mejor sintieron paz, a la mejor se sintieron más seguras, y se dan cuenta de lo importante que es estar emocionalmente, mentalmente o espiritualmente bien, que de cierta manera pues la psicología no resuelve tantos problemas que hay como que no haiga

dinero, que no haiga trabajo, pero por lo menos que valoren lo que sí tienen como su salud, el que tienen su familia, el que tienen la vida”.

Virginia (Mazahua):

“Pues yo creo que si es importante que tengamos este.. como este... talleres más sobre cómo ver la parte de prevención, cómo saber cómo llegarles a las personas para que sean conscientes de que una plática les puede salvar a lo mejor la vida”.

...“tomar algún taller con más temas de prevención para poder llegar a la gente y cómo llegarles, en este caso, que estrategias usar para que la gente lo vea así como pues llamativo”

“se van con un médico que todavía esa costumbre, que a veces los esposos, todavía a mi mujer pus no la puede ver nadie porque sólo es mía, entonces yo creo que sí, no sé cómo decir esa palabra de que...pudiéramos como llegarle bien a esa gente y tratar de cambiar esa idea, de que esto no me va a pasar a mí, o aquí no pasa esto, yo creo que para mí eso sería importante”.

Virginia (Mazahua):

...“vamos hablar de una prevención de un cáncer cervico-uterino”.

Emelia (Mazahua):

...“las personas que vienen a capacitarnos de alguna manera lo dan de una forma, este.... con enfoque de género, que es importante, pero también con enfoque intercultural”.

Emelia (Mazahua):

“Y aprendemos de ellas, porque igual, ósea les llegamos como preguntando, ¿no? ¿ya les dieron este tema?, ¿qué conoces de este tema?, ósea primero se empieza a ver este.. los conocimientos que tiene la persona, se rescatan esos conocimientos, aprendemos de ellos, y después le metemos la nueva información ¿no?, entonces es una parte también de aceptación, porque entonces ven que somos iguales a ellas y que también estamos a la mejor sufrimos la misma problemática y que tenemos la misma necesidad, entonces estamos en la misma sintonía, entonces es más fácil decirle a una persona, este pues yo he utilizado esto, pero tú ¿cómo vez?, ¿crees que te ha funcionado?, otra a ti ¿qué te funciona?, ¿no? entonces eso nos ayuda mucho como a ver la confianza también y a aprender mucho de eso”.

Emelia (Mazahua):

“Pues yo de violencia, bueno mira..... la casa no se dedica realmente a la línea de violencia,es nomás a salud sexual y reproductiva, pero es bien cierto que pues va “junto con pegado”, ¿no? porque se han atendido casos de violencia, de hecho se han atendido como más de....pues de ambos de los dos, yo considero que de los dos yes muy difícil que tú llegues a la comunidad y decir: “es que tú sufres violencia”, porque no sabemos realmente que somos violentadas ¿no? lo vemos tan natural, tan acostumbradas que sabemos que si me pegan ¡ahh es que es mi papá, es mi hermano o es mi esposo!, ¿no? Este si somos esteeee, eso insultadas pues decimos ¡ay! pues siempre me han dicho así, ósea lo vemos bien natural como que eso es normal, entonces si no sabemos en primera, qué es la violencia, igual cómo llegarles a decir eres violentada”.

...“con ejemplos ¿no? o como con vivencias, “pues fíjense que sabemos de un caso, que una chica fue golpeada y la maltrataron así, pero no decimos esto fue violencia física, ¿no? simplemente también a veces”.

“todavía no estamos acostumbradas a ver qué es violencia”

Virginia (Mazahua):

...“de violencia..... las mujeres lo ven tan natural”.

“Si yo sé que si es cierto que son violentadas, porque somos vecinas, y nos conocemos y entonces yo les dije no pues yo digo que todas las que estamos aquí, en algún momento hemos sufrido violencia, pero ya... como que.. ahí..., violencia es solamente que las dejen así como moradas, con el ojo ya.. para ellas eso es la violencia, pero el hecho de que las haya este.... dado un aventón o simplemente el hecho de que “tú no sirves para nada”, es algo normal, a la mejor dicen: si, si es cierto “yo no lo hice bien”, y pues él está bien, entonces...esa parte yo la veo todavía que está en la comunidad, el problema está en la comunidad, solo es saber cómo llegarle, yo en lo personal no sé cómo llegaría”.

Epifania (Otomí):

“Pues yo creo que la violencia en todas partes existe, en todas partes existe, porque... con el hecho de que me digan: ehh “tú no hiciste nada bien” o “no sabes hacer nada bien”, esa ya es una violencia, aunque es verbal”.

...“ya lo percibimos un poquito mejor, pero hay gente que no, que es como dijo mi compañera, es natural, para muchas mujeres es natural el que me digan “que no sé hacer nada”, o el que le digan “es que tú no sabes, no sirves para nada” lo ven natural, y si alguien les pregunta ¿sufres de alguna violencia?, no, yo de ninguna, ¿por qué? Porque es natural”.

...“que ser obedientes y es lo que hacen muchas, es que yo no obedecí, por eso me están....me dicen que no sirvo para nada, o yo no hice bien lo que tenía que hacer pero pues si en todas yo sé, y yo pienso que en todas partes hay violencia, que no lo sabemos definir, esa es la cuestión”.

Para la categoría acciones CAMI, las mujeres comentaron que han hecho estrategias para tocar temas como uso de anticonceptivos como el condón, se han hecho ferias, obras de teatro, cine-debate, pero también es importante tocar temas de prevención que pueden salvar la vida de las mujeres o detectar a tiempo el padecimiento de cáncer cervico-uterino, también se hacen círculos de apoyo en los cuales el área de psicología ha jugado un papel importante ya que les habla de la importancia de la tranquilidad, de la paz, estar seguras.

Aunque la CAMI no se enfoca de manera directa en la línea de violencia de género si se han detectado casos en los cuales es necesario intervenir, ya que la violencia es naturalizada en las comunidades por lo que es necesario que las mujeres conozcan los tipos de violencia para identificar si son violentadas de alguna manera para poder tomar acciones en esa línea que les permita reducirla.

**Categorías que surgieron de la entrevista exploratoria realizada a Emelia Vázquez
Salvador el día 31 de Octubre 2016.**

Categoría “derechos humanos”

“Pues tengo derecho al voto, tengo derecho a la educación, tengo derecho a elegir con quien casarme, derecho a elegir cada cuando tener hijos y con quién, tengo derecho al trabajo, a un salario y al respeto, tengo derecho a la propiedad y al voto y a ser elegida y elegir a mis gobernantes”.

Categoría “derechos sexuales y reproductivos”

“Pues yo creo que aquí en la comunidad como que hace falta mucho reconocerlos, porque si no los han dicho, pero a veces como que no, como todavía el derecho, ósea el derecho de la sexualidad, de los derechos reproductivos se confunde”.

...“no podemos hablar de derechos de la sexualidad porque se confunde con derechos reproductivos, entonces si existe todavía mucho miedo, existe como la prohibición, como que la gente no habla abiertamente”.

...“no se los apropian, no se los hacen suyos y por lo mismo de que no se los hacen suyos, pues no los exigen”.

Categoría “cuidados del cuerpo y salud sexual y reproductiva”

...“conozcan su cuerpo, que lo toquen porque a veces, por usos y costumbres pensamos que cuando nos casamos el cuerpo de nosotras le pertenecen al hombre y el hombre puede hacer con nuestro cuerpo lo que a él se le antoje ¿no?, pero que pasa a veces nosotras sentimos dolor, estamos como molestas de que no queremos tener relaciones con el marido ¿no?, entonces a veces si es doloroso, pero es porque no conocemos nuestro cuerpo, entonces es lo que recomendamos, que toquemos y principalmente para conocernos para sentir nosotras, porque ahí es uno de nuestros derechos, el derecho de la sexualidad, sentir placer, entonces si les hemos dicho a algunas compañeros o señoras que también se han acercado a nosotras y en los talleres también se les comenta que se toquen, porque también por ahí se puede detectar el cáncer de mama”.

...“cáncer cervico uterino si hemos tenido muchos casos y que se han mantenido, pues se murió porque ya estaba grande o se murió porque se desangró, pero realmente ha sido cáncer cervico uterino lo que ha ocasionado la muerte de esas mujeres”.

...“entonces les decimos toquen su cuerpo, conozcan, véanse a través de un espejo, vean si tienen una manchita en el seno, una bolita en el seno, explórense y les enseñamos como explorarse y tocarse para que ellas lo hagan, si no quieren ir al doctor porque a veces pues cuando es doctora no es tanta pena y aun así les da pena que las vean desnudas y cuando es un doctor es más”.

Categoría “violencia”

“Pues ahí es otro, de la salud sexual y reproductiva está prohibido hablar de violencia, no está reconocido lo vemos como algo natural, ahorita apenas sabemos que hay violencia, ahorita con los talleres se están viendo los tipos de violencia y las formas que se ejerce violencia ¿no?, entonces pues empiezan a decir, es que yo soy violentada, es que yo si me pegaban ¿entonces eso es violencia?, ¿entonces ese empujón también es violencia?, entonces ellas empiezan ya a reconocer y si ha habido denuncias, incluso denuncias sexuales de abuso sexual y de acoso sexual, cosa que antes no lo había. Ahorita ya se ha abierto un poquito más esto de conocer la violencia, que no es natural, que no es de siempre, entonces pues ya están hablando, las mujeres ya están diciendo, si yo me acuerdo un día que mi esposo me pego y al otro día nos tocaba la cita familiar y resulta que llego con el ojo morado y mi esposo afuera antes de entrar a revisión me dijo, no le vayas a decir a la doctora que te pegue, di que te caíste o que te pegaste porque si no, allá en la casa quien sabe cómo nos vaya a ir, entonces ante esa amenaza la señora se calla,

entonces pues no denuncia, entonces ahorita ya muchas están hablando y rompiendo el silencio y decir, si me pega o sí me grita, entonces vemos que la violencia no se habla, se calla”.

Categoría “discriminación”

...“primera porque somos mujeres, en segunda porque somos pobres y en tercera porque somos indias”.

...“instancias de gobierno pues nos ven de arriba para abajo las mismas empleadas y nos dicen espérate y nos dejan afuera, ni siquiera nos dejan entrar, estar adentro, llega una personas más o menos vestida y dicen pásale y siéntese, y nosotras esperando afuera a que nos atiendan”.

Categoría “acciones CAMI”

...“entonces ahorita la CAMI, ya hablando de la Casa de la Mujer Indígena, ha tomado acuerdos con la doctora y en conjunto han hecho talleres y ya ahorita los talleres ya son diferentes a las platicas que antes nos daban, entonces ahorita los talleres, pues ya es más visual, lo que se ha hecho con los talleres en comunidades con la CAMI, les reparte los condones y que los abran, los sientan, los conozcan, porque no es lo mismo enseñarnoslos, verlos de lejos que tomarlo en las manos y al principio si no decían si nos dieron la plática, pero no como ustedes, porque igual los sacamos, los demostramos, incluso practicamos entre nosotras mismas, a ver ponlo, a ver si ya le entendiste, y después qué se hace, son como talleres pero prácticos, dinámicos”.

...“nosotros somos parte de la CAMI, pero también pertenecemos a la misma comunidad, entendemos la problemática del lenguaje, de las formas de hablar”.

...“como es visual nosotras presentamos obras de teatro y el material que utilizamos pues es material que se distribuye, que lo tocan, que lo sienten y que lo abren y que de alguna manera es experimentar, pues se aprende más, se aprende y se capta mejor y se llevan un mensaje más claro, más directo”.

...“la CAMI al inicio trabajaba igual, pero al empezar a trabajar en la comunidad, nos empezamos a dar cuenta que para que la mujer, porque muchas decían es que a nosotras no las dan y nosotros llegamos y platicamos a nuestros maridos en las casas y nos empiezan a decir ¿quién te enseñó eso?, o ¿Por qué te lo están enseñando?, ¿es que ya quieres salirte del huacal?, ¿no? o ¿quieres andar como aquellas?, entonces empezaban como a tener problemas, entonces era importante trabajar con hombres, empezar a sensibilizar a los hombres, entonces nosotros afortunadamente empezaron a asistir hombres, cosa que no ha pasado con otras CAMIS y nosotras tenemos dos promotores y nos han como señalado mucho, es que esa casa es para mujeres, no es para hombres, en esos lugares deben de estar las mujeres, pero es importante trabajar también con los hombres, sensibilizarlos, entonces es importante que le demos los talleres a las mujeres, pero también a los hombres, para que empiecen a entender la situación de la mujer”.

...“estamos trabajando en esa línea de violencia y empezar con chiquillos, después con jóvenes ósea en el próximo año tenemos pensado trabajar con los niños, jóvenes y posteriormente, bueno en ese mismo año trabajar con los adultos, pero hacer talleres de masculinidad, paternidad responsable, ósea meterles talleres así como en salud, pero también de violencia”.

...“empezamos por esa línea de violencia, pero por estrategia se escogió a línea de salud sexual y reproductiva porque la gente de aquí de Crescencio Morales, antes era muy violenta, nosotras

veíamos que cada ocho días habían peleas a machetazos y entonces pues ya mataron a tal persona, y era una comunidad muy violenta”.

...“nosotras éramos doce mujeres que se hizo una asamblea, como se eligen las autoridades, se hizo una asamblea de todo Crescencio Morales de la tenencia, de las 24 comunidades que forman la tenencia de Crescencio Morales se convocó a mujeres y ellas mismas eligieron quien iba a operar la Casa y entre ellas me eligieron a mí y a Gilberta”.

...“pero por estrategia hay que escoger la línea de salud sexual y reproductiva, es difícil, peligroso, trabajar la línea de violencia, pero es como les comentó a las compañeras, es una realidad que no puedes cerrar los ojos y que si estamos atendiendo, y que nos han llegado casos de violencia que salud sexual y reproductiva, pues hay que entrarle, yo creo que no podemos quedar a parte cuando estamos viendo la situación, pues ahorita se está retomando esa línea, no muy conformemente, porque no a todos nos gusta enfrentarnos a esta situación o creamos un estado de confort y decir no pasa nada cuando, bueno yo lo veo día a día la violencia ¿no?, pues no podemos decir, no existe la violencia y que fue lo que dio origen a la Casa y por eso se luchó, para que estuviera aquí”.

En la entrevista exploratoria realizada a Emelia Vazquez, se reconocieron categorías de análisis que guían esta investigación, así como elementos que guían su propio proceso en la CAMI, existe un amplio reconocimiento de los derechos humanos, el derecho al voto, a la educación, a la propiedad, a la salud sexual y reproductiva, al cuidado del cuerpo, a una sexualidad plena, de igual manera existe un reconocimiento de la violencia que existe en sus comunidades, sin que ésta sea plenamente identificada y reconocida por las mujeres que habitan en las comunidades mazahuas, ya que se ha naturalizado como algo normal dentro del matrimonio. Otra categoría fue la triple dicriminación que han vivido las mujeres indígenas, por ser mujeres, por ser indígenas y por ser pobres. Y finalmente las acciones CAMI que son aquellas estrategias implementadas para intervenir en las comunidades como talleres, pláticas, obras de teatro, círculos de apoyo, cabe mencionar que para ellas el integrar a los hombres en todas estas actividades es fundamental ya que han podido percibir que las mujeres que asisten a los talleres encuentran limitantes en el hogar por parte de los maridos, por lo tanto, para Emelia es fundamental también sensibilizar a los hombres en temas de salud sexual y reproductiva, así como en prevención de la violencia.

4.10.8 Conclusiones de la sistematización

La Casa de la Mujer Indígena como modelo de intervención autogestivo o participativo permite visibilizar la importancia de éstos, ya que a través de la detección de un problema social se puede crear un objetivo y estrategias de intervención que permita incidir en la realidad de la sociedad y buscar cambios planeados que modifiquen de manera paulatina dicha realidad; es así que la CAMI es un claro ejemplo de implementación de modelo con población indígena que se rige bajo dos líneas de acción que son la violencia de género, y la salud sexual y reproductiva y que se le puede considerar un modelo de intervención ya que ha sido replicado en los estados de Baja

California, Chiapas, México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz, Yucatán, con población indígena como Tsosil, Mazahua, Nahua, Mixteca, Tlapaneca, Purépecha, Mixe, Zapoteca, Zoque, Ikood, Totonaca, Otomí, Tenek, Mayo, Maya, incluso con población migrante indígena.

La violencia y la violación de los derechos sexuales y reproductivos que viven las mujeres indígenas son reflejo de patrones culturales normalizados que deben de ser transformados, por ello es necesario incidir en estos escenarios sociales y una forma de hacerlo es vía institucional como lo hace la Casa de la Mujer Indígena que es un espacio de discusión, reflexión y acción en torno a sus realidades comunitarias.

Desde las perspectiva de las mujeres indígenas que trabajan como promotoras en la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. el interés por solicitar una Casa de la Mujer, así como gestionar el terreno, realizar autoevaluaciones al modelo que ya está operando y que se encuentra en su etapa de consolidación les ha permitido proponer diferentes estrategias de intervención con la población Mazahua y Otomí, incluso con mujeres que no pertenecen a ningún grupo étnico, esto les ha generado el reconocimiento de sus derechos humanos, sus derechos sexuales y reproductivos, e identificar los tipos de violencia que existen para seguir incidiendo en estos problemas que se presentan en sus comunidades, éstas estrategias están pensadas para la apropiación de sus derechos y a una vida libre de violencia.

Los datos que arrojaron las entrevistas tanto exploratoria como grupal, permite identificar situaciones que han vivido las mujeres indígenas como la discriminación en espacios educativos como escuelas, y espacios gubernamentales, así como el reconocimiento de una triple discriminación por ser mujeres, por ser indígenas y por su condición de pobreza, también han reconocido que han sido violentadas desde el hogar pasando a espacios comunitarios y que la violencia ha sido manifestada de diferentes formas desde violencia física, verbal, psicológica y emocional, llegando incluso a la violencia sexual en donde se les prohíbe y se les niega el acceso a los servicios de salud.

Las mujeres indígenas promotoras de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C, siguen trabajando para atender los problemas que se presentan en sus comunidades, han identificado que es importante hacer participe a los hombres en temas de violencia y salud sexual y reproductiva, ya que como ellas lo comentan, si sólo asisten las mujeres a los talleres después serán violentadas por los maridos que las cuestionan sobre lo que aprendieron, por lo tanto dentro de

sus planes para los próximos años son ampliar la población con la que intervienen incluyendo niños, adolescentes y hombres en temas de masculinidad, paternidad responsable, salud y temas de violencia, así como fortalecer lazos interinstitucionales que les permitan canalizar a su población.

Esta CAMI tienen como promotores a dos hombres y en su caso han sido violentados y discriminados por sus comunidades ya que relacionan la Casa de la Mujer como un espacio exclusivo para mujeres en la cual los hombres no deben de participar; sin embargo, ellos han encontrado en la CAMI un espacio de aprendizaje que les ha permitido reconocer la inequidad en la que viven mujeres y hombres de sus comunidades.

4.11 Conclusiones capítulo cuatro

El sistematizar la experiencia de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. permitió conocer cómo un modelo de intervención con perspectiva de género, interculturalidad, autonomía y pertinencia cultural permite atender diversos problemas enfocados a la salud sexual y reproductiva, así como de manera indirecta la violencia de género que se presenta en las comunidades indígenas. La aceptación de dichos modelos en temas de salud sexual y reproductiva, así como en violencia de género han sido bien recibidas en la población indígena promoviendo su replicabilidad en diferentes estados de la República Mexicana con diversa población indígena.

Conclusiones del Trabajo Receptional

La teoría feminista a través de la crítica, visibiliza las condiciones y desigualdades por las que vivimos las mujeres en ámbitos públicos y privados de la vida social, así como la desigualdad generica que atraviesa y norma los roles basados en el género, tanto la teoría como el movimiento han estado luchando por posicionar a las mujeres a condiciones igualitarias y equitativas en aspectos como derechos humanos, salud, educación, trabajo, política, salud sexual y reproductiva, entre otros.

Desde la visión del Trabajo Social Feminista es necesario reconocer las necesidades y problemas de las mujeres, esto permite comprender su situación personal, su entorno social y comunitario, por lo tanto comprender su vida, evitando situaciones como la discriminación, segregación que nos violenten en cualquier espacio social. Por ello a partir del Trabajo Social Feminista el acercamiento con las mujeres permitirá que accedan a una mayor libertad, fortaleciendo relaciones de ayuda y los valores igualitarios para desarrollar habilidades, capacidades y confianza que les permita retomar el control de sus propias vidas.

Se pretende transformar las relaciones sociales entre mujeres y hombres logrando la igualdad y equidad de oportunidades, dejando de lado las relaciones de subordinación y privilegio, esto se logrará a través de un proceso de empoderamiento visto como algo colectivo, inclusivo e igualitario, es necesario visibilizar las situaciones de desigualdad que se mantenían en la esfera privada como la violencia doméstica y la violación a los derechos sexuales y reproductivos para así lograr la unidad en la diversidad para lograr la concientización a nivel reflexivo dando paso a la práctica.

Las mujeres indígenas Mazahuas y Otomíes de Zitácuaro, Michoacán son víctimas de una triple discriminación, por ser mujeres, por su condición de pobreza y por su etnicidad, que se ve reflejado en la discriminación que han padecido en el sector salud al no recibir la atención médica adecuada a sus necesidades: lingüísticas, culturales y de cosmovisión ya sea Mazahua u Otomí.

Con respecto a la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C para lograr sus acciones se basan en categorías feministas como el género para visibilizar la desigualdad en todos los espacios como familiares y comunitarios en el cual viven las mujeres indígenas Mazahuas y Otomíes de la región Oriente de Michoacán. Uno de los principales problemas es la baja instrucción escolar de las mujeres en comparación con los hombres que se ve reflejado en otros aspectos de la vida, el

poco acceso a los servicios de salud, que se manifiesta en problemas como los altos índices de cáncer cervicouterino, muertes maternas, infecciones de transmisión sexual, entre otros. De igual manera los diferentes tipos de violencia que padecían y padecen las mujeres indígenas, en un primer paso fueron reconocidos en los cursos y luego en su vida comunitaria; en un segundo momento las promotoras (9 mujeres) y promotores (2 hombres) de salud son los encargados de impartir los talleres a la población objetivo que son en su mayoría mujeres, pero que se han ido incorporando hombres; en el caso de las mujeres el objetivo de los talleres es que puedan identificar y reconocer sus derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia, que pierdan el miedo a denunciar y saber cómo actuar ante casos de violencia.

Sin olvidar la importancia de la salud sexual y reproductiva como eje rector de la CAMI Mazot-Dexi-Deetta A.C., que las mujeres indígenas reconocen como derechos humanos y que a través de la CAMI se atiende este problema que afecta de manera directa a las Mazahuas y Otomíes.

Las intervenciones que realiza la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C en diferentes localidades del municipio de Zitácuaro, se dan bajo la línea de la Salud Sexual y Reproductiva por medio de talleres, pláticas, grupos de acompañamiento, cine-debate, obras de teatro, programas de radio, difusión de información por medio del stand publicitario, todo dirigido por 11 promotores, que se dirigen a las comunidades, invitando a las personas interesadas en conocer los siguientes talleres:

1. Detección oportuna de cáncer de mama
2. Derechos sexuales y reproductivos
3. Derecho de las mujeres indígenas
4. Derechos de la maternidad y de las madres adolescentes
5. Planificación familiar
6. Enfermedades de transmisión sexual
7. Virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino
8. Derechos a la salud/derechos de los pacientes/derecho a la información y prevención
9. Métodos anticonceptivos y consentimiento informado
10. Prevención de cáncer de próstata

Según el proyecto de la Casa de la Mujer Indígena Mazot (2016), los 11 promotores que participan en el proyecto son los beneficiarios directos de los cursos y talleres que les imparte instituciones educativas, de salud y gubernamentales en materia de salud sexual y reproductiva,

para que los beneficiarios indirectos sean aquellas personas que se acerquen a los talleres, a los círculos de acompañamiento, a las ferias de salud, a las obras de teatro y todas aquellas estrategias implementadas para reproducir el conocimiento en materia de salud sexual y reproductiva en la zona oriente de Michoacán, esto se logra por medio de:

1. Acciones de fortalecimiento y consolidación organizativa para la formación de redes comunitarias o regionales en los temas de atención de las CAMI.
2. Acciones para la asesoría, canalización, acompañamiento a usuarias de las CAMI a las distintas instancias para la atención de sus problemáticas.
3. Acciones de difusión y sensibilización comunitaria desarrollado por las CAMI sobre los temas del modelo.
4. Acciones para el fortalecimiento de capacidades de las integrantes de las CAMI.
5. Acciones de generación de materiales para la divulgación o capacitación en los temas de derechos humanos de las mujeres indígenas, violencia de género y salud sexual y reproductiva. (Proyecto CAMI Mazot Dexi-Deetta, 2016: 11-14).

Cabe destacar que los cursos se dan en tres lenguas Mazahua (Jñatrjo), Otomí (Nñañu) y español, otra consideración de importancia es que los talleres se dan de marzo a diciembre, mientras se organizan para convocar a la gente y recibir el apoyo financiero por parte de la CDI.

El trabajo que realizan las mujeres y hombres que laboran en la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C. es viable ya que a partir de lo aprendido con los promotores se busca un cambio en patrones culturales que dañan la integridad de las mujeres como el reconocimiento de los derechos humanos, reconocimiento de los derechos de las mujeres indígenas, violencia de género, violencia marital, el rezago educativo, el descuido de la salud sexual y reproductiva, que en sus peores consecuencias se detectan como cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH-SIDA, virus de papiloma humano, que han llegado a padecer algunas las mujeres en etapas ya avanzadas y que concluye con la muerte de las mismas.

Por su parte la teoría feminista con la categoría de género muestra las condiciones de desigualdad entre mujeres y hombres, por su parte el Trabajo Social Feminista reconoce las necesidades de mujeres en sus diversos ámbitos; en esta línea de investigación vinculada al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de las mujeres indígenas que al no ser aplicados se reflejan en diferentes violaciones de éstos como al no ser atendidas de manera adecuada en las instituciones de salud, al no hacer revisiones periódicas en materia de salud sexual y reproductiva se generan problemas para las mujeres y hombres de las comunidades evitando que se dé la baja maternidad, el bajo uso de métodos anticonceptivos, el descuido del cuerpo en cuanto a revisiones periódicas como las mastografías, el papanicolao, la

salud sexual integral, la detección del VIH-Sida, la violación de los derechos de las mujeres indígenas, los casos de violación y la violencia en el matrimonio.

Todo lo anterior mencionado si no es atendido a tiempo, genera nuevos problemas que conlleva a la violación de los derechos humanos y en específico de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Para la disciplina de Trabajo Social y en específico para la Especialidad en Trabajo Social en Modelos de Intervención con Mujeres, estas instituciones como las CAMI son un área de oportunidad en la cual las especialistas de esta área pueden aportar ideas, sumar esfuerzos, ya que se puede incidir desde la impartición de talleres, capacitaciones en materia de derechos humanos, sexuales y reproductivos, trabajo comunitario, promoción social, que permita reducir las limitantes y acercar a mayor número de mujeres y hombres en temas de salud sexual integral y violencia de género.

La CAMI Mazot Dexi-Detta A.C., no cuentan con un área de Trabajo Social, las promotoras a pesar de que son capacitadas para intervenir, necesitan fortalecer sus estrategias de intervención, así como profundizar en el reconocimiento de una teoría feminista y de manera específica un feminismo comunitario que les permita fortalecer sus estrategias de intervención desde una mirada comunitaria que permita la apropiación de los temas impartidos con las mujeres indígenas receptoras.

Referencias Bibliográficas

- Barrera, L., Garibi, C., Guerrero, Ma. Fernanda., Montoya, Ma. Victoria. (2010). *Las jóvenes: feministas y no, a su manera*, 41 (21), 64-74.
- Bartra, E. (2012). “Acerca de la investigación y la Metodología feminista”. En N. Blazquez, Flores, Ríos (Coords), *Investigación Feminista. Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. México: UNAM-CEIICH, págs.67-77.
- Betrán, A. (1967). *Regiones de Refugio*. México. Universidad Veracruzana, INI, FCE.
- Benhabib, Z. (1999). *El otro generalizado y el otro concreto*. España: Alfons Magnánimo.
- Berrío, L. R. (2015). “Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción y atención de la salud materna en zonas indígenas”. En Freyermuth, G. (Coord). *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. México: CIESAS, OMM, págs. 166-174.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. México. Páidos.
- Díaz-Polanco, H. (1991). Etnia, clase y cuestión nacional. En Díaz-Polanco (Coord), *Etnia y nación en América Latina*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, págs. 53-77.
- CDI, (2007). *Modelo Autogestivo de atención a la violencia y a la salud reproductiva en zonas indígenas. Casas de la Mujer. Resumen*. Kinal Antzetik: México.
- Chávez, J. (2015). Investigación con perspectiva de género. En J. Chávez (Coord), *Perspectiva de género, una mirada de universitarias*. México: ENTS-UNAM, págs 101-117.
- Deere y León. (2002). *Género, Propiedad y Empoderamiento: tierra, Estado y mercado en América Latina*. México: UNAM-PUEG.
- De Dios, D. (2015). “El movimiento feminista y los estudios de género”. En J. Chávez (Coord), *Perspectiva de género, una mirada de universitarias*. México: ENTS-UNAM, págs 63-100.
- Díaz, González, Pérez. (2008). *Modelos y áreas de intervención en Trabajo Social*. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Galeana, P. (1997). *La condición de la mujer indígena y sus derechos fundamentales*. Seminario Internacional. México: CNDH.

- Galeana de la O. (1999). *Promoción Social*. Plaza y Valdés: México
- Galeana de la O y Tello. (2008). *Intervención Social*. Serie de Cuadernos teórico y prácticos desarrollo local y promoción social. Número dos. México: ENTS-UNAM.
- Hierro, G. (2001). *La ética del placer*. México: UNAM-PUEG.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madreposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Langer, A. (2003) Salud sexual y reproductiva: Dónde estamos a casi una década después de El Cairo. En Brunfman y Denman (Eds), *Salud Reproductiva* (24-34). Temas y debates . Instituto de Salud Pública: México.
- López, J. (2016). “El género como herramienta teórico-analítica: perspectivas para analizar su dinamismo”. En M. Jarquín (Coord.), *El campo teórico feminista. Aportes epistemológicos y metodológicos*. México: UNAM-CEIICH.
- Morgan y Quiroz. (1988). Acerca de la sistematización. En Morgan, Quiroz, Osorio, Madariaga, Molina, Zumelzu, Mazzei, Rottier, Menacho, Montes, Oliveira, *La sistematización de la Práctica. Cinco experiencias con sectores populares*. Argentina: HVMANITAS-CELATS, págs 9-16.
- Oehmichen, C. (2005). *Identidad, Género y Relaciones Interétnicas. Mazahuas en la Ciudad de México*. México: UNAM/IIA/PUEG.
- Proyecto Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A. C. (2016). *Prevención y atención de enfermedades de la salud en la población indígena del Oriente de Michoacán (Tercera etapa)*.
- Tepichin, A. (2010). “Política pública, mujeres y género. Un análisis de derechos humanos”. En Tepichin, Tinat, Gutiérrez de Velasio (Coord), *Los grandes problemas de México. Relaciones de género* México: Colegio de México, págs 23-58.
- Torres, M. (2010). “Cultura patriarcal y violencia de género. Un análisis de derechos humanos”. En Tepichin, Tinat, Gutiérrez de Velasio (Coord), *Los grandes problemas de México. Relaciones de género*. México: Colegio de México, págs 59-83.
- Ríos, M. (2012). “Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género”. En N. Blazquez, Flores, Ríos (Coords), *Investigación Feminista. Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. Investigación Feminista. Epistemología, Metodología y Representaciones sociales. México: UNAM-CEIICH, CRIM, págs 179-195.

- Salazar, M. (2013). *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional*. Mujeres, Derechos y Sociedad, año 9, núm. 18.
- Sánchez y Martínez. (2003). *Diagnóstico de la discriminación hacia las mujeres indígenas*. CDI. México.
- Scott, J. (2008). *Género e Historia*. México: FCE-UACM.
- Trigueros, I. (1995). *Manual de prácticas de Trabajo Social con las mujeres*. España: Siglo XXI de España, Editores.
- Viscarret, J. J. (2012). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. España: Alianza Editorial.
- Zolla y Zolla. (2004). *Los pueblos indígenas de México. 100 preguntas*. México: UNAM.

Referencia Hemerográfica:

- Alcántara, M. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens*. Revista Universitaria de Investigación. Caracas, Venezuela: Redalyc. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Ayuntamiento de Zitácuaro, (2017). Ayuntamiento Constitucional Zitácuaro, Michoacán 2015-2018. Retomado de: http://www.zitacuaro.gob.mx/2015_2018/?seccion=articulo&id=150011
- Barinboim y Maldonado (2010). *Vamos aclarando el panorama. ¿De qué hablamos cuando hablamos de raza india, etnias indígenas, civilizaciones precolombinas, culturas aborígenes o pueblos originarios?* Retomado de: <https://ansenuza.unc.edu.ar/comunidades/bitstream/handle/11086.1/160/Antropolog%C3%ADa%20Barinboim.pdf?sequence=1>
- Batliwala, S (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En León, M. (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. T/M Editores, Santa Fe de Bogotá, pp. 187-211. Retomado de: www.congresoed.org/wpcontent/uploads/2014/10/D4_Batliwala_1997.pdf
- Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión (2006). Conceptos en materia de equidad y género. Retomado de: http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/008_comisioneslx/001_ordinarias/015_equidad_y_genero/001_equidad_y_genero_

- CONAIE, (2009). *Mujeres Indígenas: derechos sexuales y derechos reproductivos*. Retomado de: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/mujeres_indigenas_der_sex_y_rep_final.pdf
- CONAPRED (s,f). *Discriminación e igualdad*. Retomado de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
- Congreso de Michoacán. (2013) *Ley por una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Michoacán*. Retomado de: http://transparencia.congresomich.gob.mx/media/documentos/trabajo_legislativo/ley_por_una_vida_libre_de_violencia_para_las_mujeres_en_el_estado_de_michoac%C3%A1n_.pdf
- Congreso de Michoacán. (2013) *Ley de Salud del Estado de Michoacán*. Retomado de: http://transparencia.congresomich.gob.mx/media/documentos/trabajo_legislativo/ley_de_salud_segunda_ref._28_de_enero_de_2013.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2010). *Derechos Humanos de las Mujeres indígenas*. México. CNDH. Consultado en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/14_Cartilla_DH_Pueblos_Indigenas.pdf
- CDI (2014). *Modelo participativo de atención a la salud sexual y reproductiva y la violencia de género en mujeres indígenas. Proyectos de apoyo a casas de la mujer indígena programa de derechos indígenas tipo de apoyo derecho a la igualdad de género guía mínima*. Retomado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/50087/Mod_Atn_salud_sexual_y_reproductiva_y_viol_g_n_ms_ind_genas.pdf
- CDI (2016). *Atlas de los pueblos indígenas de México*. Retomado de: <http://www.cdi.gob.mx/atlas/#loaderdone>
- CDI (s,f). *Programa acciones para la igualdad de género con población indígena*. Retomado de: <http://www.cdi.gob.mx/focalizada/paigpi/index.php>
- CDI (s,f). *Casas de la Mujer Indígena*. Retomado de: http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/work/models/SecretariadoEjecutivo/Resource/909/1/images/COMI_NAC_DESA_PUEB_INDIGENAS.pdf
- Clima Planeta. (s,f). *Ubicación y características físicas de Michoacán*. Retomado de: http://www.elclima.com.mx/ubicacion_y_caracteristicas_fisicas_de_michoacan.html

- González e Hidalgo (2008). *La población indígena y sus condiciones de vida y salud*. ENSADEMI. Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. INSP-CDI. Retomado de: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp7.pdf
- Freyermuth (s,f). Salud y Derechos Humanos, un enfoque conceptual en *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México, análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Retomado de: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe-Derecho-Proteccion-Salud.pdf>.
- Freyermuth (s,f). Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural en *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México, análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Retomado de: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe-Derecho-Proteccion-Salud.pdf>.
- García, A. (2004). *A vueltas con la etnicidad: ¿de qué sirve el concepto de etnia?* Retomado de: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/106/91>
- Gobierno de Michoacán, (2016). Informe del grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de alerta de género contra las mujeres en el Estado de Michoacán. Retomado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/105433/Informe__Michoac_n_reducido.pdf
- Huacuz y Vargas, (2017). Mujeres indígenas en Michoacán y relaciones de género. En *Estado del Desarrollo Económico y Social de los Pueblos Indígenas de Michoacán*. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad-UNAM. Secretaría de Pueblos Indígenas del Gobierno de Michoacán. Retomado de: <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespimich/wpcontent/uploads/2017/01/C11.pdf>
- INEGI. (2014). *Anuario estadístico y geográfico de Michoacán de Ocampo 2014*. Gobierno del Estado de Michoacán. Retomado de: http://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/MICH_ANUARIO_PDF.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). *Barreras para la atención a la salud reproductiva de mujeres en situación de pobreza en el medio urbano*. Cuadernos de Trabajo. El Colegio

- de México. Retomado de <http://www.inmujeres.gob.mx/biblioteca-digital/cuadernosgenero>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2017). Sistema de indicadores de género. Retomado de: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas_descripcion.php?IDTema=4
- Instituto Nacional de Salud Pública, (s,f). *Modelo Casa de la Mujer Indígena*. Retomado de: http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/videoconferencias/wpcontent/uploads/2011/10/12-Casa-indigena_Dra-Pelcastre.pdf
- Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal. (s,f). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Michoacán de Ocampo*. Retomado de: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM16michoacan/regionalizacion.html>
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. (2017). *Legislación Federal*. Retomado de: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/2.htm?s>
- Lamas, Martha. (2007). *El género es cultura*. Euroamericano. Campus de cooperación cultural. Recuperado de http://www.oei.es/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php
- Lerner & Rodríguez. (2009). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México Retomado de: <http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2010/01/Salrep-Colmex.pdf>
- Ley de Desarrollo y Cultura de los pueblos y Comunidades Indígenas. (s,f). Retomado de: [adsdatabase.ohchr.org/.../Ley%20de%20Derechos%20y%20Cultura%20de%20los%20Pueblos%20y%20Comunidades%20Indígenas%20del%20Estado%20de%20Michoacán%20\(2\).pdf](http://adsdatabase.ohchr.org/.../Ley%20de%20Derechos%20y%20Cultura%20de%20los%20Pueblos%20y%20Comunidades%20Indígenas%20del%20Estado%20de%20Michoacán%20(2).pdf)
- Mora, L. (2006). *Igualdad y equidad de género: Aproximación teórico-conceptual*. América Latina y el Caribe. UNFPA. Retomado de: <http://www.entremundos.org/databases/Herramientas%20de%20trabajo%20en%20genero%20UNFPA.pdf>
- OMS, (2015). Preguntas más frecuentes. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- ONU, (2005). Asamblea General. Retomado de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/60/270>.
- ONU Mujeres, (2011). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. CEDAW*. México. Retomado de:

- <http://www2.unwomen.org//media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2011/convenci%C3%B3n%20pdf.pdf?la=es>
- Petchesky, R. (s,f). *Derechos sexuales. Inventando un concepto, Trazando el mapa de la práctica internacional*. Recuperado de: www.inau.gub.uy/biblioteca/petchesky.pdf
- Ramírez, L. (2002). *Propuesta de ley sobre derechos de los pueblos originarios del estado de Michoacán de Ocampo*. Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. XXIII, (núm. 90), primavera, 161-199. Retomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/137/13709006.pdf>
- Rodríguez, L. (1993). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Retomado de: http://decidiresunderecho.org/index.php?option=com_content&id=103:derechos-sexuales-y-reproductivos-en-el-marco-de-los-derechos-humanos&Itemid=35.
- Salud, (2017). Norma Oficial Mexicana. NOM 005. De los servicios de Planificación Familiar. Retomado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Secretaría de Salud, (s,f). *Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva*. Retomado de: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SSRA/marco_normativo_SRA.html
- Secretaría de Pueblos Indígenas (2016). *Programa Especial para los Pueblos Indígenas de Michoacán*. 2015-2021. Retomado de: http://siplan.michoacan.gob.mx:8080/pbr-sed/Programas%20Especiales/Prog_Esp_Pueblos_Indigenas.pdf
- Secretaría de Pueblos Indígenas, (2016). *Programa Especial para los Pueblos Indígenas de Michoacán*. Gobierno del Estado de Michoacán. Retomado de: http://laipdocs.michoacan.gob.mx/?wpfb_dl=42126
- SEDESOL, (2013). *Unidad de Microregiones. Dirección General Adjunta de Planeación Microregional*. Retomado de: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=16&mun=112>
- SEGOB, (2017). *Índice de Marginación por Entidad Federativa y Municipio 2010*. Retomado de: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio

SEMARNAT (2017). *Los 68 grupos étnicos de México, patrimonio intangible de sabiduría en nuestras Áreas Naturales Protegidas*. Retomado de:
<https://www.gob.mx/semarnat/articulos/los-68-grupos-etnicos-de-mexico-patrimonio-intangible-de-sabiduria-en-nuestras-anp?idiom=es>

Unfpa (2010). *Salud Sexual y reproductiva*. Recuperado de:
<http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>

ANEXOS



ENTS

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Programa de Especializaciones en Trabajo Social
Guía de entrevista exploratoria
Clave: (E01/01-02/11/16)

Crescencio Morales y San Felipe los Alzati, Zitácuaro, Michoacán.

Objetivo: Explorar si las mujeres promotoras de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C conocen cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y su práctica.

- 1.- ¿Conoce cuáles son sus derechos humanos?
- 2.- ¿Cuáles son sus derechos humanos como mujer?
- 3.- ¿En algún momento ha sentido que han sido violentados sus derechos?
- 4.- ¿En algún momento ha hecho valer esos derechos que han sido violados?
- 5.- ¿Sabe cuáles son los derechos sexuales y reproductivos?
- 6.- ¿Tiene acceso a algún servicio de salud? ¿Cuál? ¿En donde?
- 7.- ¿Y esta unidad médica móvil cuenta con el equipamiento y los recursos necesarios para ofrecer servicios relacionados a los derechos sexuales y reproductivos?
- 8.- ¿Qué recomendaría para que otras mujeres cuidaran de su cuerpo en cuanto a salud sexual y reproductiva?
- 9.- ¿Existen prohibiciones para que las mujeres puedan ir al médico, desde una cuestión familiar hasta una cuestión en la comunidad?
- 10.- ¿Se presentaron casos de violencia?
- 11.- ¿Aquí podríamos decir, que es un tipo de discriminación de mujer a mujer por su condición étnica y por cuestión socioeconómica?
- 12.- ¿Considera que las pláticas y talleres que se dan en su comunidad sobre sexualidad y métodos anticonceptivos son acordes a los problemas que se presentan en su comunidad?
- 13.- ¿Cómo ha sido la aceptación por parte de la población con las acciones de la CAMI?
- 14.- ¿Cómo ha sido la participación tanto de mujeres y hombres de esta comunidad con relación a los talleres y pláticas que ustedes han impartido?
- 15.- ¿Más o menos cuántos hombres empiezan a participar en estos talleres?
- 16.- ¿Cómo se pueden fortalecer las acciones de la CAMI, para los próximos años?
- 17.- ¿Cuál fue su interés para iniciar con este proyecto de la CAMI?



Universidad Nacional Autónoma De México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Programa de Especializaciones en Trabajo Social
Guía de Entrevista Grupal
Clave: (E02/05/12/16)



Objetivo: Conocer cómo las y los promotores de la CAMI Mazot Dexi-Deetta A.C viven las relaciones de género en sus comunidades, así como conocer las acciones de la CAMI en la intervención comunitaria, visibilizando obstáculos y aciertos.

- 1.-¿Qué es para ustedes el ser mujer?
- 2.-¿Cómo viven el ser mujeres indígenas?
- 3.-Me podrían platicar si es que las hay, las diferencias entre mujeres mazahuas y otomíes
- 4.-¿Qué es para ustedes ser hombre?
- 5.-¿Cómo viven el ser hombres indígenas?
- 6.-¿Me podrían platicar si es que las hay, las diferencias entre hombres mazahuas y otomíes?
- 7.-¿Qué tan importante dentro de sus comunidades es el tener pareja (hombre/mujer)?
- 8.-¿Cómo es la vida en pareja dentro de su comunidad?
- 9.-¿Cuáles son los obstáculos y preocupaciones al momento de impartir sus talleres sobre salud sexual y reproductiva? Y ¿Cómo los enfrentan?
- 10.-¿Qué hacen como grupo para atender los problemas que llegan a enfrentar como CAMI?
- 11.-¿Qué más necesitan saber ustedes en temas de salud sexual y reproductiva para disminuir el problema?
- 12.-¿En que difieren sobre los temas de salud sexual y reproductiva que no sean acordes a sus vivencias?
- 13.-¿Qué se puede hacer para dar solución a los problemas de violencia y salud sexual y reproductiva de su comunidad?

Entrevista exploratoria realizada el día 1 de noviembre 2016 a Emelia Vázquez Salvador.

1.-Entrevistadora: Está es una entrevista como base, porque se va a reestructurar, posteriormente voy a venir, esto es algo muy básico que nos va a permitir hacer otras preguntas a mayor profundidad, esto nos permitirá tener un panorama del conocimiento de lo que están haciendo las promotoras que trabajan en la CAMI, la visión que tienen y las acciones que está realizando la CAMI.

2.-Entrevistadora: ¿Cuál es su nombre completo?

3.-Emelia: Emelia Vázquez Salvador

4.-Entrevistadora: Vamos a empezar con la entrevista, donde primero hablamos de lo que son los derechos humanos, después pasamos con el tema de discriminación y finalmente con las acciones CAMI.

5.-Entrevistadora: ¿Conoce cuáles son sus derechos humanos?

6.-Emelia: Sí

7.-Entrevistadora: ¿Cuáles son sus derechos humanos como mujer?

8.-Emelia: Pues tengo derecho al voto, tengo derecho a la educación, tengo derecho a elegir con quien casarme, derecho a elegir cada cuando tener hijos y con quién, tengo derecho al trabajo, a un salario y al respeto, tengo derecho a la propiedad y al voto y a ser elegida y elegir a mis gobernantes.

9.-Entrevistadora: ¿En algún momento ha sentido que han sido violentados sus derechos?

10.-Emelia: Sí, este aquí generalmente aquí en la comunidad de Crescencio Morales, las autoridades locales se eligen por usos y costumbres, entonces aquí, si nosotras como mujeres no tenemos una propiedad y generalmente por usos y costumbres a las mujeres no se les hereda una propiedad, entonces no tenemos derecho a elegir a nuestro comisario, que son nuestras autoridades, entonces siento que allí está, que se nos está violentando nuestro derecho al voto ¿no?, porque no nos dejan elegir a nuestros gobernantes.

11.-Entrevistadora: ¿Y actualmente ha cambiado eso o sigue todavía?

Emelia: Sigue todavía, aquí si una mujer o un hombre no es comunero, que es tener una propiedad, entonces este no tiene derecho a votar por el comisario, elegir a la autoridad civil si podemos, porque sería el encargado del orden o al jefe de tenencia que son como las leyes civiles, pero el comisario comunal es quien rige en la comunidad porque él se refiere que son las

tierras, los usos y costumbres del uso y propiedad de tierra, entonces también así como que está dividido nuestro derecho.

12.-Entrevistadora: ¿En algún momento ha hecho valer esos derechos que han sido violados?

13.-Emelia: Si, hace dos años aquí la comunidad no tenía estatutos comunales, entonces cuando se hicieron los estatutos yo manifesté mi inconformidad y le comenté al comisario que en ese entonces estaba, que si era importante como poner en esos estatutos, que integrara a los, como nosotros no podemos ser comuneros, porque ya se hizo como un censo hace años y en ese censo no aparecemos, entonces aunque vivamos aquí, aunque tengamos una propiedad, en ese censo no aparecemos, entonces como no aparecemos, como que somos vecindados aunque seamos originarios de aquí, entonces yo le comenté al comisario que era como importante ver esa parte, que integrara a los que somos vecindados y que viera la forma de que posteriormente se hiciera un censo, que se actualizara el censo que ya esta porque si es bien cierto que existe un censo desde hace mucho tiempo, pero que ese censo necesita estar como actualizado, porque hay muchos que ya fallecieron y qué ha pasado con esa gente y por ejemplo, hay gente que no está y que vive aquí, que es originaria de aquí y que de alguna manera cuando se hizo el censo por X cosa no estuvo, porque estaba trabajando o no se aviso a la gente o también por el miedo de que muchos no se censaron porque pensaron que les iban a quitar sus tierras, entonces por eso muchos no se censaron, se quedaron fuera del censo pero aun aquí, están, aquí existen y son parte de la comunidad.

14.-Entrevistadora: Eso en cuanto a los derechos, hay un conocimiento, reconocimiento, tanto de que existen, de que se han violentado y también esa parte de exigirlos. Entonces creo que esto es un pilar bastante importante para dar paso a hablar de los derechos sexuales y reproductivos.

15.-Entrevistadora: ¿Sabe cuáles son los derechos sexuales y reproductivos?

16.-Emelia: Pues yo creo que aquí en la comunidad como que hace falta mucho reconocerlos, porque si no los han dicho, pero a veces como que no, como todavía el derecho, ósea el derecho de la sexualidad, de los derechos reproductivos se confunde ¿no?, entonces a veces es una palabra todavía como prohibida para aquí, no podemos hablar de derechos de la sexualidad porque se confunde con derechos reproductivos, entonces si existe todavía mucho miedo, existe como la prohibición, como que la gente no habla abiertamente, aunque se les menciona dicen “sí”, pero no se los apropian, no se los hacen suyos y por lo mismo de que no se los hacen suyos, pues no los exigen, de hecho por ejemplo hay un derecho que se ha violentado aquí en muchas

comunidades indígenas, que las mujeres pues les prohíben a veces ya no te embaraces, yo creo que si les explicarán que por su salud es mejor como tener los hijos que uno pueda mantener y atender, pues ellas entenderían ¿no?, pero también está la otra parte de los usos y costumbres que a las mujeres les dicen pues tu eres mujer y si no tienes hijos no eres mujer, ¿no? entonces están esas dos partes que a veces tenemos muy arraigadas las costumbres que nos fueron metiendo desde pequeñas y así como que nos cuesta mucho trabajo decir ya no voy a tener hijos, entonces en la clínica hubo un tiempo en que tenían, por ejemplo, detectaban a una mujer que tenía cinco hijos, y se embarazaba y se aliviaba, entonces bueno tenía a su bebe y lo que hacían era ponerles el dispositivo sin avisarles, entonces es una violencia contra los derechos reproductivos porque una está para elegir el método que mejor le convenga y entonces si no nos avisaban eso era lo menos, porque otras veces las ligaban y sin avisarles, entonces así como que les decían tu firmaste de consentimiento cuando ella estaba con anestesia, recién aliviada o recién parida, pues ella prácticamente no era consciente de decir si autorizo o no, cuando ya se daban cuenta y pues decían tienes el dispositivo por eso es que no te has embarazado, pero es lo que pasaba, entonces es lo que se ha visto, que se ha violentado ese derecho.

17.-Entrevistadora: Aquí en Crescencio Morales ¿existe algún centro de salud?

18.-Emelia: Sí, existe la unidad médica rural, que es la que atiende a la población de aquí, en cada uno de los parajes cuentan con una unidad médica rural y si no cuentan con una unidad médica rural, existe ahorita ya la unidad móvil, que funciona como la unidad médica rural, si, está pero atención así al cien no, porque por ejemplo pues aunque ahí este la unidad médica rural, los fines de semana la doctora no está o el doctor de guardia de planta no está, porque ellos nada más atienden de lunes a viernes, de 9 de la mañana las 3 de la tarde prácticamente, entonces si nosotros nos enfermamos después de las tres de la tarde pues tenemos que irnos a Zitácuaro o aun médico particular porque pues la doctora no está y las unidades móviles que son las que vienen, pues vienen cada determinado tiempo, creo que es cada miércoles de cada mes, entonces igual no está al cien, atiende a la población también pero no está al cien.

19.-Entrevistadora: ¿Y esta unidad médica móvil cuenta con el equipamiento y los recursos necesarios para ofrecer servicios relacionados a los derechos sexuales y reproductivos?

20.-Emelia: No, realmente las pláticas que nos ofrecen, la clínica no son como muy explicativas ¿no?, ni siquiera como visuales, a veces una persona que no sabe leer, porque aquí existe mucho analfabetismo, entonces una persona que no sabe leer pues si le cuesta mucho trabajo pues

entender a veces palabras y palabras, dicen que aprenden más con imágenes, entonces ahorita la CAMI, ya hablando de la Casa de la Mujer Indígena, ha tomado acuerdos con la doctora y en conjunto han hecho talleres y ya ahorita los talleres ya son diferentes a las pláticas que antes nos daban, entonces ahorita los talleres, pues ya es más visual, lo que se ha hecho con los talleres en comunidades con la CAMI, les reparte los condones y que los abran, los sientan, los conozcan, porque no es lo mismo enseñárnoslos, verlos de lejos que tomarlo en las manos y al principio si no decían si nos dieron la plática, pero no como ustedes, porque igual los sacamos, los demostramos, incluso practicamos entre nosotras mismas, a ver ponlo, a ver si ya le entendiste, y después qué se hace, son como talleres pero prácticos, dinámicos.

21.-Entrevistadora: ¿Qué recomendaría para que otras mujeres cuidarán de su cuerpo en cuanto a salud sexual y reproductiva?

22.-Emelia: Les he recomendado a las personas que yo conozco, y que luego platicamos y que se han acercado así como en confianza a pedir un consejo, les hemos dicho que, pues que conozcan su cuerpo, que lo toquen porque a veces, por usos y costumbres pensamos que cuando nos casamos el cuerpo de nosotras le pertenecen al hombre y el hombre puede hacer con nuestro cuerpo lo que a él se le antoje ¿no?, pero que pasa a veces nosotras sentimos dolor, estamos como molestas de que no queremos tener relaciones con el marido ¿no?, entonces a veces si es doloroso, pero es porque no conocemos nuestro cuerpo, entonces es lo que recomendamos, que toquemos y principalmente para conocernos para sentir nosotras, porque ahí es uno de nuestros derechos, el derecho de la sexualidad, sentir placer, entonces si les hemos dicho a algunas compañeros o señoras que también se han acercado a nosotras y en los talleres también se les comenta que se toquen, porque también por ahí se puede detectar el cáncer de mama, que aquí no han sabido que han muerto, pero por ejemplo, cáncer cervicouterino si hemos tenido muchos casos y que se han mantenido, pues se murió porque ya estaba grande o se murió porque se desangró, pero realmente ha sido cáncer cervicouterino lo que ha ocasionado la muerte de esas mujeres que se han muerto, pues nos damos cuenta porque tenía estos síntomas y nosotras lo relacionamos y decíamos pues es cáncer cervicouterino, entonces les decimos toquen su cuerpo, conozcan, véanse a través de un espejo, vean si tienen una manchita en el seno, una bolita en el seno, explórense y les enseñamos como explorarse y tocarse para que ellas lo hagan, si no quieren ir al doctor porque a veces pues cuando es doctora no es tanta pena y aun así les da pena que las vean desnudas y cuando es un doctor es más, entonces por eso si les decimos si ustedes

no quieres, ustedes siéntase, tóquense, conozcan su cuerpo a través de un espejo, párense frente a un espejo y véanse, si hay cambios en su cuerpo y nosotras vamos a ver, porque si no nos vemos, tampoco sabemos si hubo un cambio, entonces desde ahí y si hay cambios, si notamos ahí dolor o bolitas ahí en los senos pues ir a la clínica a que las revisen.

23.-Entrevistadora: ¿Existen prohibiciones para que las mujeres puedan ir al médico, desde una cuestión familiar hasta una cuestión en la comunidad?

24.-Emelia: Sabemos que nadie está exenta de que nos enfermemos o tengamos el cáncer de mama o cáncer cervicouterino, ahorita yo creo que ya no existe edad ni condición ni nada, eso no respeta, simplemente llega, y lo que si hay prohibición es que por ejemplo, cuando una muchacha no está casada a qué vas a ir ¿no?, ¿por qué te vas a revisar?, ¿qué hiciste?, empiezan luego las cuestiones, ósea empiezan a preguntarnos porqué vamos, qué porqué tocamos, si existe todavía eso de la prohibición por usos y costumbres de que no debemos de tocarnos y con relación a las mujeres que son casadas, ahorita como es doctora, no hay tanta prohibición y ellos saben que si no cumplen con sus obligaciones, porque ya tenemos el programa social PROSPERA, entonces por ahí la doctora les dice: tienen que venir a hacerse sus revisiones si no falta, porque así voluntariamente no vamos y entonces por ese lado ya la doctora les dice si no viene falta y ya la les hace la revisión por ejemplo el papanicolaou, la exploración de mamas, entonces pues, aunque les dé pena tienen que ir porque si les dicen, vengar a hacerse el papanicolaou, así como promoción o campaña no van, definitivamente no van y todavía eso existe que no vamos porque nos da pena, pero ahorita con la doctora se ha visto que asisten más mujeres que antes porque hubo un tiempo en que estaba un doctor y pues no, la que hacia la revisión y todo eso era la enfermera, porque los maridos no dejaban a que las mujeres fueran, ¿a qué vas ir?, ¿qué te gusta que te toquen?, o ¿por qué vas?, ¿quieres que te vean?, entonces empezaban las cuestiones, pues los problemas con los maridos.

25.-Entrevistadora: ¿Se presentaron casos de violencia?

26.-Emelia: Pues ahí es otro, de la salud sexual y reproductiva esta prohibido hablar de violencia, no está reconocido lo vemos como algo natural, ahorita apenas sabemos que hay violencia, ahorita con los talleres se están viendo los tipos de violencia y las formas que se ejerce violencia ¿no?, entonces pues empiezan a decir, es que yo soy violentada, es que yo si me pegaban ¿entonces eso es violencia?, ¿entonces ese empujón también es violencia?, entonces ellas empiezan ya a reconocer y si ha habido denuncias, incluso denuncias sexuales de abuso sexual y

de acoso sexual, cosa que antes no lo había. Ahorita ya se ha abierto un poquito más esto de conocer la violencia, que no es natural, que no es de siempre, entonces pues ya están hablando, las mujeres ya están diciendo, si yo me acuerdo un día que mi esposo me pego y al otro día nos tocaba la cita familiar y resulta que llego con el ojo morado y mi esposo afuera antes de entrar a revisión me dijo, no le vayas a decir a la doctora que te pegue, di que te caíste o que te pegaste porque si no, allá en la casa quien sabe cómo nos vaya a ir, entonces ante esa amenaza la señora se calla, entonces pues no denuncia, entonces ahorita ya muchas están hablando y rompiendo el silencio y decir, si me pega o sí me grita, entonces vemos que la violencia no se habla, se calla.

27.-Entrevistadora: ¿Ha sufrido discriminación por parte de alguna autoridad sanitaria?

28.-Emelia: Este, bueno yo no, pero yo he visto que sí, me tocado que cuando me toca mi cita familiar llegan igual a consulta y este, y luego la doctora se dirige a ellas muy discriminatoriamente, les decía ¿y te bañaste? Ay, se ve que vienes sucia, pero pues por aquí las carreteras principales ya están empavimentadas, pero hay brechas por donde la gente camina y hay polvo, entonces viniéndose desde allá, aunque caminen despacito o con mucho cuidado o que se acaben de bañar, pues llegan sucias de las pies, no hay pavimentación son caminos sin pavimentar, entonces pues si he visto que la doctora se expresa así, o que llegaban doctoras que necesito que me resuelva un asunto alguna duda, te esperas hasta las tres, porque a esa hora tengo tiempo entonces hay formas de decirlas ¿no?, entonces a veces su forma de dirigirse o expresarse no es tan adecuada.

29.-Entrevistadora: ¿Aquí podríamos decir, que es un tipo de discriminación de mujer a mujer por su condición étnica y por cuestión socioeconómica?

30.-Emelia: Pues aquí, sufrimos más discriminación, en primera porque somos mujeres, en segunda porque somos pobres y en tercera porque somos indias, ¿no? como nos dicen, de una comunidad indígena, pues eso en cuestión de salubridad, ya no hablemos de la institucional, cuando una va a las instancias de gobierno pues nos ven de arriba para abajo las mismas empleadas y nos dicen espérate y nos dejan afuera, ni siquiera nos dejan entrar, estar adentro, llega una personas más o menos vestida y dicen pásale y siéntese, y nosotras esperando afuera a que nos atiendan ¿no?, eso, a veces hay mujeres que no saben hablar el español, que hablan solamente el dialecto, entonces esa es otra cuestión, porque a veces que ha tocado que vienen las señoras a la clínica y dicen es que a la doctora no le entendí, con sus palabras o medias palabras o palabras mochas, y la otra es que no te entiendo, porque a las señoras les es más fácil hablar en

el dialecto, en mazahua y entonces ellas hablarían mejor, explicarían mejor lo que quieren o lo que necesitan en la lengua materna y pues la doctora como es de otro lado pues nada más habla el español y no les entiende, entonces pues ella les dice, espérate tantito a que venga “Chave” ósea la enfermera y pues igual viene la otra discriminación “espérate porque no te entiendo”, cuando sería al contrario, sería problema de la doctora de que no entienda, porque está es una comunidad mazahua, entonces ese también, es otro problema.

31.-Entrevistadora: Pues pasamos ahora concretamente con lo que son las acciones CAMI y usted como integrante, nos puede brindar mucha información.

32.-Entrevistadora: ¿Considera que las platicas y talleres que se dan en su comunidad sobre sexualidad y métodos anticonceptivos son acordes a los problemas que se presentan en su comunidad?

33.-Emelia: ¿Hablando de la CAMI, de los talleres que damos?

34.-Entrevistadora: Ajá, ya directamente en la comunidad.

35.-Emelia: Pues yo considero que sí, porque nosotros somos parte de la CAMI, pero también pertenecemos a la misma comunidad, entendemos la problemática del lenguaje, de las formas de hablar y que se debe de manejar un lenguaje sencillo, incluso hay ocasiones en que una señora ya grande no entendió, manejamos el lenguaje materno, el mazahua, entonces le explicamos con la lengua, entonces yo siento que los talleres están adecuados a las comunidades, porque es bien cierto que estamos trabajando las comunidades Otomí y Mazahua, entonces tenemos personas que también hablan el Otomí y también hablan el Mazahua, lo hablan y lo entienden entonces es mucho más fácil explicarle a las personas que no hablan español, porque si las hay, explicarles en qué consiste el taller, a parte también como es visual nosotras presentamos obras de teatro y el material que utilizamos pues es material que se distribuye, que lo tocan, que lo sienten y que lo abren y que de alguna manera es experimentar, pues se aprende más, se aprende y se capta mejor y se llevan un mensaje más claro, más directo.

36.-Entrevistadora: ¿Cómo ha sido la aceptación por parte de la población con las acciones de la CAMI?

37.-Emelia: Yo siento que las han aceptado muy bien, porque incluso ahorita ya nos identifican, a ella trabaja en la CAMI o la CAMI está allá, ósea ya ubican y yo creo que se está abriendo más el quehacer de la CAMI, porque antes había comunidades nada más así, nada más eran ciertas comunidades donde nada más trabajábamos y ahorita ya nos están como invitando a dar talleres

a otras comunidades donde nosotras no trabajábamos, entonces si siento que se ha aceptado el trabajo.

38.-Entrevistadora: ¿Cómo ha sido la participación tanto de mujeres y hombres de esta comunidad con relación a los talleres y pláticas que ustedes han impartido?

39.-Emelia: Bueno, a nosotras cuando empezamos la CAMI, al inicio que se inicio la CAMI, nos dijeron que era una casa para mujeres, pero nosotros a través de la experiencia hemos visto que para que las mujeres estén bien debemos de trabajar también con los hombres, a lo mejor no juntos pero si debemos de trabajar también con los hombres porque generalmente en los programas sociales se citan a las mujeres y les dan las pláticas y talleres solamente a las mujeres, la CAMI al inicio trabajaba igual, pero al empezar a trabajar en la comunidad, nos empezamos a dar cuenta que para que la mujer, porque muchas decían es que a nosotras no las dan y nosotros llegamos y platicamos a nuestros maridos en las casas y nos empiezan a decir ¿quién te enseñó eso?, o ¿Por qué te lo están enseñando?, ¿es que ya quieres salirte del huacal?, ¿no? o ¿quieres andar como aquellas?, entonces empezaban como a tener problemas, entonces era importante trabajar con hombres, empezar a sensibilizar a los hombres, entonces nosotros afortunadamente empezaron a asistir hombres, cosa que no ha pasado con otras CAMIS y nosotras tenemos dos promotores y nos han como señalado mucho, es que esa casa es para mujeres, no es para hombres, en esos lugares deben de estar las mujeres, pero es importante trabajar también con los hombres, sensibilizarlos, entonces es importante que le demos los talleres a las mujeres, pero también a los hombres, para que empiecen a entender la situación de la mujer, entonces si ha habido participación a lo mejor es poca, pero si ha empezado a participar y ahorita con las autoridades con las que se han hecho convenio se ha tratado de que sean únicamente talleres de hombres, porque de mujeres yo creo que no hay problema, siempre asisten, se dan su tiempo, cosa que los hombres no quieren asistir y ahorita ya por lo menos están asistiendo.

40.-Entrevistadora: ¿Más o menos cuántos hombres empiezan a participar en estos talleres?

41.-Emelia: Pues es que depende de la comunidad, por ejemplo en la comunidad de Otomí si son cinco, son muchos, se puede hablar de un grupo de 50 mujeres, asisten dos, por ejemplo, en cambio en la comunidad mazahua si asisten un grupo de 50, asisten cinco, es mayor el número y cada vez se ve más, porque si en un taller asistieron cinco, en el siguiente asisten siete, y así, entonces si ha habido más respuesta de este lado, a parte de que ahorita estamos trabajando con

jóvenes, cosa que si se trabajo en un momento con jóvenes, pero ahorita se volvió a retomar, entonces ahorita tenemos a un grupo de caso 150 jóvenes entre hombres, la mitad y la mitad 75 hombres y 75 mujeres, estamos hablando de un buen número.

42.-Entrevistadora: ¿Cómo se pueden fortalecer las acciones de la CAMI, para los próximos años?

43.-Emelia: Antes se les manejaba mucho, nosotros en la Casa se maneja la línea de salud sexual y reproductiva y realmente a lo que es violencia no se ha entrado, entonces ahorita estamos entrándole como ha violencia, como darle el plus precisamente de entrarle con obras de teatro, ósea que las mismas personas le entren a participar en las obras de teatro, que se involucren, ir fortaleciendo a las personas que ya tomaron los talleres pues que sean ellas mismas que se integren a dar un taller aquí, bueno eso es lo que se ha pensado, otra cosa es de que agarrar la línea de violencia, pero en si no tiene la línea de violencia, hemos atendido muchos casos de violencia, pues entrarle a la prevención de violencia ¿no?, que ahorita esta muy fuerte en Michoacán y sobre todo en Zitácuaro, por eso se proclamo la alerta de género, porque si han existido muchos feminicidios, entonces pues si existía, sabemos que si existía aquí en la comunidad, a cuántas mujeres no machetearon, a cuántas mujeres no mataron sus esposos, pero no se denunciaba, ahorita ya se denuncia, por eso ya se sabe que hay muchos feminicidios, pero realmente antes no se existía, entonces por ahí estamos trabajando en esa línea de violencia y empezar con chiquillos, después con jóvenes ósea en el próximo año tenemos pensado trabajar con los niños, jóvenes y posteriormente, buen en ese mismo año trabajar con los adultos, pero hacer talleres de masculinidad, paternidad responsable, ósea meterles talleres así como en salud, pero también de violencia.

44.-Entrevistadora: Tengo entendido que usted fue una de las primeras que inició con este proyecto. ¿Cuál fue su interés para iniciar con este proyecto de la CAMI?

45.-Emelia: Mi interés ha sido siempre desde antes de que empezaran estos proyectos, más bien el proyecto de las CAMI, que se empezaron a crear desde el 2007, la CAMI de Zitácuaro se inauguró en el 2009, en el 2007 empezaron a crear en otros estados en Guerrero, en Puebla, en otros estados Casas de la Salud para la Mujer, así se llamaban, cuando nosotras en ese entonces yo trabajaba en la clínica como promotora voluntaria, el trabajo es voluntario y trabajaba en INEA, cuando yo empecé a trabajar en INEA y en la clínica como promotora voluntaria, pues muchas mujeres tuvieron a confianza de decir, mi esposo me pega, empezamos por esa línea de

violencia, pero por estrategia se escogió a línea de salud sexual y reproductiva porque la gente de aquí de Crescencio Morales, antes era muy violenta, nosotras veíamos que cada ocho días habían peleas a machetazos y entonces pues ya mataron a tal persona, y era una comunidad muy violenta, ahorita ya no es tanto, ya como que ha servido eso, porque es bien cierto que la iglesia es radical, muy en sus ideas, pero a veces ha servido como para tranquilizar a la gente por la evangelización, ha ayudado eso para que la gente sea menos violenta, porque las comunidades indígenas somos 100% católicas y por esa parte tratamos de cambiar y aquí fue el caso, entonces, pero yo por esa parte veía y me preocupaba como le podíamos hacer y si canalizábamos pues gente a denunciar, nos enteramos por ejemplo de un abuso sexual por parte del hermano, del tío, del papá y nosotros apoyábamos en denunciar ¿no?, y a mí si me preocupaba mucho y más porque en la familia, mi papá era muy violento con mi mamá, a nosotras nunca nos pegó pero a mis hermanos si les pegaba muy feo, a mi mamá le pegaba muy feo, entonces por esa parte pues uno ve y sufre la violencia, viéndola, observándola, y entonces yo dije pues esto no debe de ser, esto no es vida y de alguna manera nos afecta, por ejemplo, yo no me casé y siento feo que siempre veía en un hombre la figura de mi papá, decía yo no quiero sufrir lo que sufrió mi mamá, entonces por eso yo decidí no casarme y entonces empieza uno a ver con otros ojos la violencia que no es normal y por ahí fue que empezamos a ver que pues que una casa nos podría beneficiar, cuando empezamos a conocer el proyecto de Casas, no iba a llegar a Zitácuaro, iba a llegar a Pátzcuaro una comunidad indígena de los purépechas, entonces también ha sido mi bronca con ellos, ahorita ya no es tanto, porque conociendo a los purépechas veo que defienden su casta, defienden sus tierras y aquí nos falta mucha organización, porque están reconocidos los mazahuas del estado de México, pero de Zitácuaro no, entonces yo siempre como he platicado con las autoridades o con representantes de la comunidad, que hay que hacer algo ¿no?, para que se reconozca esta parte de que nosotros somos mazahuas y que somos pueblo indígena también, al final de cuentas. Entonces desde ahí empezó mi lucha con los purépechas porque el proyecto Casas se fue para allá, cuando aquí ya se había hecho un diagnóstico de violencia y salió que aquí se presentaba mayor violencia que en Pátzcuaro, que es zona purépecha y cuando les otorgan la Casa, yo si me molesté y les dije a CDI que eran los responsables de las CAMI, les dije no se vale, aquí se hizo el diagnóstico y los resultados dijeron que aquí era mucho más la violencia, porqué se va para allá, y todos los proyectos y todos los apoyos se van para allá y nosotros somos un pueblo olvidado, entonces hicimos un documento en el cual nosotros

queríamos nuestra casa y si no la otorgaron, afortunadamente si no la otorgaron, nos dijeron que si queríamos la casa teníamos que gestionar el terreno, que teníamos que gestionar lo necesario para tener nuestra casa y así lo hicimos, cuando ellos nos preguntaron que donde queríamos nuestra casa, nosotros ya teníamos el terreno, entonces ya habíamos gestionado el terreno, logramos que no lo dieran no en donación, pero si no lo dieron como dato, por 50 años, entonces ahorita estamos que se cumpla la fecha para ir a, no cambiamos el dedo del renglón para que sea donación, el terreno y ahí estamos, ahí esta la casa, ya esta funcionando, entonces si nosotras éramos doce mujeres que se hizo una asamblea, como se eligen las autoridades, se hizo una asamblea de todo Crescencio Morales de la tenencia, de las 24 comunidades que forman la tenencia de Crescencio Morales se convocó a mujeres y ellas mismas eligieron quien iba a operar la Casa y entre ellas me eligieron a mí y a Gilberta, y este empezamos a trabajar, se construyó la Casa, se gestionó la construcción de la Casa y se iba a empezar con capacitaciones para empezar a atender a la comunidad, fue cuando yo me enferme y decidí retirarme de la casa, pero iba quedar otro grupo a operar la casa y se quedaron con la casa para seguirla trabajando, no tuvo mayor impacto, en el tiempo que estuvo la asociación como que nada más estas comunidades vas atender, porque es lo que tiene CDI, a veces nos dice eres autónoma, te apoyamos para que te empoderes, y luego dicen, no, no corras, espérate, tranquila, entonces pues yo he sido muy rebelde, entonces a mi como que no me parece, porque yo digo hay que avanzar, hay que buscar otras cosas, porque realmente la Casa es para dar más y pues a veces no todas son como nosotras, que somos así, por ejemplo Gilberta también es una mujer muy inquieta ella fue jefa de tenencia y cuando nosotras nos retiramos de la CAMI, ella se postulo para jefa de tenencia y fue la primera jefa que se puso independientemente porque si ha habido aquí en Crescencio Morales dos jefas de tenencia, pero las han impuesto hombres, dicen vamos aventar a esta mujer para que voten, porque somos más mujeres aquí que hombres, entonces pues ella se aventó como jefa de tenencia y recibió amenazas para que renunciara cuando todavía cuando estaban contabilizando votos la amenazaron y ella dijo no, porque mucha gente me esta apoyando y decir me retiro es como defraudarla, entonces pues quedó, ganó, cuando estuvo en su período, recibió muchas denuncias, mucha gente se atrevió a denunciar, pues muchos casos se resolvieron, muchos están pendientes, pero hay orden de aprensión, entonces si hubo mucho avance, cuando CDI, pues nunca dejó de observarnos, de vernos ¿no?, nosotros aunque nos salimos de la casa, seguimos trabajando en la comunidad como gestoras, apoyando a canalizar, en todo eso de la denuncia y

atendiendo eso de salud sexual y reproductiva, pero sobre todo de violencia, porque eso fue lo que dio origen a la Casa, la violencia que existe en las comunidades, pero por estrategia hay que escoger la línea de salud sexual y reproductiva, es difícil, peligroso, trabajar la línea de violencia, pero es como les comenté a las compañeras, es una realidad que no puedes cerrar los ojos y que si estamos atendiendo, y que nos han llegado casos de violencia que salud sexual y reproductiva, pues hay que entrarle, yo creo que no podemos quedar a parte cuando estamos viendo la situación, pues ahorita se está retomando esa línea, no muy conformemente, porque no a todos nos gusta enfrentarnos a esta situación o creamos un estado de confort y decir no pasa nada cuando, bueno yo lo veo día a día la violencia ¿no?, pues no podemos decir, no existe la violencia y que fue lo que dio origen a la Casa y por eso se luchó, para que estuviera aquí.

46.-Entrevistadora: Finalmente, serviría el feminismo comunitario para darle un plus a la CAMI.

47.-Emelia: No entiendo, esos términos.

48.-Entrevistadora: Toda esa parte que hemos hablado tiene que ver con lo que se conoce como la teoría feminista, el empoderamiento de las mujeres, el reconocimiento de sus cuerpos,

49.-Emelia: Yo creo, más que nada, yo siento, que tal como feminismo no lo conocemos, pero si sabemos que son acciones feministas para mejorar la situación de la mujer y que si es cierto, vemos muy diferente al trabajo que han hecho en la ciudad a como se trabaja aquí en la comunidad indígena y de hecho lo hemos visto y hemos seguido muy de cerca el trabajo de otras lideres, de Guerrero, incluso de los movimientos que han hecho y yo creo que ahí ha servido para que nosotras podamos abrir brechas, abrir caminos, pero si es bien diferente el pensamiento que tenemos porque a veces he escuchado a unas feministas muy, muy, radicales y que a veces mis ideas no coinciden con ella, yo no puedo odiar a los hombres, tuve un papá y a lo mejor tengo una pareja, entonces qué quiero, respeto, pero también quiero que él me respete, me valore; entonces eso es lo que nosotras buscamos, la equidad, ósea que seamos igual, no físicamente porque no podemos ser físicamente, pero si en oportunidades, ósea que si o salgo a trabajar pues él que me ayude en la casa, que si yo tengo a mis hijos pues él que me ayude a cuidar a mis hijos, que si yo siento placer y el siente placer, igual los dos, entonces yo creo que ese pensamiento lo tenemos en las comunidades indígenas, cosa que a veces en las ciudades yo con los hombres ya no quiero nada, son como muy tajantes, muy cortantes, muy radicales, cosa que aquí no y que algunas hemos cambiado, hemos visto que de alguna manera pues si estamos cambiando algunos pensamientos, he visto a algunas lideres que empiezan con estos

pensamientos de comunidad, comunitario, porque realmente comunidad significa todos, aquí hemos pensado que si tenemos agua, sea para todos, no nada más para uno solo, entonces eso es la comunidad, es feminismo comunitario, así lo entiendo, que si esto va a ser una lucha para estar bien las mujeres, pero para todas las mujeres, pero todo lo que encierra su entorno, la pareja, ósea todo lo que lo rodea, para eso yo creo significa el feminismo comunitario, así hemos estado luchando y peleando ese derecho de estar bien y si nosotras sabemos que estamos bien, pues todo lo demás va a estar bien, todo nuestro entorno, porque a veces hemos visto que por ejemplo, una mujer esta siendo violentada y denuncia y luego, luego, le dicen déjalo, cuando una mujer de comunidad no puede dejar a su marido, ni su esposo, ni su casa, ni nada, es como bien diferentes los pensamientos ¿no?, entonces la visión que nosotras tenemos como indígenas es muy diferente que la tiene una persona en la ciudad y a la mejor para una persona que esa en ciudad es más fácil decir lo dejo, no me interesa y acá en la comunidad no, por que tenemos tan metida en la piel algunas cosas, es bien difícil romperlas.

Entrevista grupal realizada el 05 de diciembre 2016 en la CAMI (Casa de la Mujer Indígena) ubicada en Nicolás Romero, Zitácuaro Michoacán.

Esta entrevista grupal se realizó el 05 de Diciembre que fue la última reunión del grupo del año 2016, siendo las 2:30 concluyendo a las 4:00 de la tarde, bajo una orden de día se realizaron diversas actividades en las cuales se contemplaba la autoevaluación de dichas actividades que ellas realizaron a lo largo del año, la orden del día que las mujeres siguieron fue la siguiente:

- 1.-Registro de asistencia
- 2.-Actividad de inicio
- 3.-Lectura del acta anterior
- 4.-Evaluación de actividades
- 5.- Revisión de pendientes
- 6.- Dx (Diagnóstico)
- 7.- Becas
- 8.- Asuntos Generales
- 9.- Realización de entrevista grupal por parte de Berenice Sandoval de Robles

Por otra parte cabe mencionar que la entrevista grupal se realizó al concluir la orden del día de las actividades establecidas por ellas, cabe puntualizar que se detectaron ciertos roces interétnicos entre mazahuas y otomíes que sesgaron la información, resultado de opiniones diferenciales, lo que llevo a que por su parte las mujeres otomíes fueran más limitadas en dar respuestas al cuestionamiento, la negativa de una de ella al contestar y la limitada participación de dos mujeres más así como y la limitada participación por parte de los hombres, otra de las limitantes fue la preocupación por organizarse en la velación de una de sus compañeras fallecidas recientemente, una semana antes de realizar la entrevista grupal, lo cual les preocupaba porque tenían que organizarse para el levantamiento de la cruz en la casa de la finada; y que era promotora en la CAMI, otra limitante era la preocupación para organizarse y cumplir con su participación en sus comunidades de origen ante el avenimiento del 12 de Diciembre, ya que son mayordomas en las fiestas religiosas y finalmente el apoyo a otra de sus compañeras que se encontraba en descanso absoluto, por prescripción medica.

La intención de realizar esta entrevista grupal con las mujeres de la CAMI, fue retomar sus vivencias y perspectivas a partir del conocimiento que ellas han adquirido a lo largo del tiempo

que han estado como promotoras en este lugar, así mismo como parte del ejercicio en el cual ellas como promotoras, talleristas que van a las comunidades con el tema de “Salud Sexual y Reproductiva”, retomar sus experiencias y sus vivencias desde lo que ellas han aprendido, como lo viven, lo perciben y de igual manera, como lo transmiten a otras mujeres, a adolescentes y hombres de las diferentes comunidades en las que intervienen, en las cuales han encontrado aceptación y negativas en los temas que se imparten.

A continuación, se describe la entrevista grupal:

1.-Entrevistadora: ¿Qué es para ustedes el ser mujer, cómo se los han inculcado, cómo lo han aprendido, cómo viven el ser mujer?

2.-Virginia (Mazahua): Bueno, para mí lo que a mí, lo que a mi me enseñaron, el ser mujer era dedicarte a la casa, era solo estar en la casa, en un principio de niña era, tú no puedes subirte a los árboles, tú no puedes salir a jugar, tú solo vas jugar con tu hermanita, tú no puedes jugar con los niños y con el paso del tiempo pues hemos yo digo, hemos evolucionado, ahora es diferente, ahora pensamos diferente, ahora yo ya pienso que pues yo también puedo hacer otras actividades, también puedo trabajar, también puedo salir a divertirme, y bueno como que yo he cambiado en esa parte.

3.-Epifania (Otomí): Ehh, bueno como lo acaba de decir mi compañera, ehh, cuando uno crece, cuando uno es niño todo le prohíben, porque el hecho de que uno es mujer dicen es que tú no puedes andar con tus hermanos porque tú tienes que hacer o preparar comida para tus hermanos, uno va creciendo y eso es lo que nos van inculcando que nosotros debemos estar en casa y nosotros nos debemos al quehacer de la casa, más no al quehacer de los hombres, pero al paso del tiempo uno este va este evolucionando su forma de ser por el hecho de que ya uno puede trabajar, ehh.... se puede decir que hasta uno se siente independiente de los demás, que no al 100%, ¿Por qué? porque todavía tenemos ese... ese..., ¿cómo le podría decir? Ese arraigo que traemos desde niños de que nos dicen es que tú no eres igual que los hombres, es que tú no puedes andar vestida como los hombres y todo eso como que es una cultura que ellos nos dejan porque es una prohibición que nosotros tenemos que no podemos desarrollar supuestamente, pero al estar aquí en CAMI para mí ha sido muy bonito he aprendido algo que yo no sabía, algo como en los talleres, como yo no sabía que cosa era un síndrome ¿verdad? como el del VIH SIDA, como el, pues tantas, tantas enfermedades que hay, en cambio ahora si las sé y puedo

llevárselas a mi comunidad, que de hecho en mi comunidad han sido bien recibidas y les ha gustado, a mis hijos principalmente porque yo lo comparto con mis hijos y ya mis hijos por lo menos ya sé decirles se pueden cuidar con esto, esto, esto y esto otro para que no adquieran ninguna enfermedad, para mí eso ha sido lo más bonito.

4.-Entrevistadora: ¿Quién más para la pregunta de qué es para ustedes el ser mujer, Lolita, doña Chave, Eme?

5.-Emelia (Mazahua): Bueno, yo siento que para mí el ser mujer este como lo comentaron las compañeras ¿no? A veces cuando uno va creciendo, nace, pues igual como que nos etiquetan como tú eres mujer y te visten de rosita, eres más delicada, eres más chillona pero así nos ven ¿no?, pero la realidad es que yo creo que por eso estamos aquí, porque somos diferentes, ¿no? ósea, a lo mejor a mí me decían no te subas al árbol, pero pues yo me subía ¿no? A mí me decían no te subas a la bicicleta y sin embargo, yo aprendí a andar en bicicleta, aunque a escondidas porque si es bien es cierto que nos prohibían todo eso ¿no? Este yo tuve ahora sí que siete hermanos y aprendí muchas cosas de ellos, de los hombres ehh, ellos eran como muy toscos entonces yo tuve que aprender para defenderme, tuve que aprender de ellos, luego ellos jugaban muy brusco y pues yo tenía que aguantarme, entonces yo no era chillona, entonces si era muy cierto que a veces me limitaban en mis acciones porque este me decían pues tú no tienes que salirte ¿no? tú tienes que estar aquí en la casa, este hacer comida, aprender a lavar, hacer los quehaceres de la casa, pero yo creo que eso a mí también me sirvió para ser diferente ¿no? a hacer, a ver las cosas de otra forma yo dije yo no quiero ser así siempre, entonces este incluso a mí yo cuando estudie la primaria y la secundaria ya no me querían mandar a estudiar la secundaria ¿no? Y sin embargo afortunadamente mis hermanos si lo hicieron, si ella quiere estudiar pues mándala a la escuela, entonces mis hermanos en ese aspecto si me apoyaron, le dijeron a mi mamá mándala porque ella quiere aprender ¿no? Entonces yo sentía como también esa carga ¿no? Esa carga de ser mujer, pero también corresponderles a los hombres ¿no? de decir pues ellos están diciendo que si puedo pues lo tengo que hacer ¿no? Entonces era como una carga para mí responderle a esa confianza que tuvieron y estudiar ¿no? Entonces, este pues si como fue diferente en mi forma a la mejor de educación de las compañeras porque pues soy una generación más atrás que ellas ¿no? Entonces a lo mejor lo que ellas abrieron como camino sirvió para que a mí permitieron hacer otras cosas que a ellas no les permitían, entonces ahora yo

lo siento así, el ser mujer me permite hacer ciertas cosas que no me permitían antes y que eso va a servir para abrirle camino a las que vienen atrás de mí ¿no? Entonces yo comparto esta experiencia con otras mujeres, el ser mujer va a ser diferente a como yo viví ser mujer, entonces esa es la gran diferencia.

6.-Entrevistadora: ¿Quieres aportar algo Aurelia?

7.-Aurelia (Mazahua): Pues sí, a mí también este pues el ser mujer es algo único, el hecho de poder este, yo crecí entre puras mujeres y pues, así como que se nos permitían cosas, pero a la vez se nos prohibían algunas, por ejemplo a nosotras si nos mandaron a la escuela porque algunas de nosotras si queríamos ir a la escuela otras no querían, pero si se nos dió la oportunidad pero a la vez también se nos limitaba y pues.....

8.-Entrevistadora: ¿Cuáles eran esas limitantes que tú percibiste?

9.-Aurelia (Mazahua): Que no podíamos ir a los bailes, que la mujer era para aprender a cocinar, a quedarse en casa, que para que estudias si al último te casas y te quedas en casa, pero aún así bueno yo estudié y pues de alguna manera fue diferente.

10.-Entrevistadora: Pues bueno ahora pasamos con los hombres, desde su visión, desde su perspectiva qué es y cómo viven el ser hombres a ustedes cómo les educaron, que les enseñaron bajo esta responsabilidad de ser hombres, ¿qué es para ustedes el vivir ser hombres?

11.-Florentino (Otomí): Pues ser hombre ...no es...el ser hombre no es ser..., te puedo hablar, el ser hombre no es porque.... sea uno hombre porque trae otras cosas diferentes a la mujer, el ser hombre es comprender que la mujer también vale, la mujer.... yo le comentaba a unos amigos yo respeto mucho a las mujeres porque de ahí nací, yo de una mujer, entonces ese es el valor que me inculcaron a mí y eso es lo que puedo aportar a otros.

12.-Entrevistadora: Y a aquí esa cuestión que usted aporte hacia otros ¿cómo entiende la otra forma en la cual se expresan los otros hombres en una cuestión tanto ofensiva? ¿Qué escucha de los otros que comentan en la desvalorización de la mujer?

13.-Florentino (Otomí): Porque las....¿cómo le diría?, el ser más querido que yo he tenido es mi madre porque de ahí nací y mi padre fue muy recio también porque golpeaba mucho a mi mamá

y todo eso fue creciendo en mí el respeto y el valor a las mujeres entonces son valores que a través de la vida encontramos, nos inculcaron.

14.-Bruno (Mazahua): Si este, ya lo decía a mi compañero, bueno a mí en lo personal en la comunidad anteriormente pues es muy difícil para estar en esta reunión este yo porque lo he vivido y he venido trabajando desde antes y me ha gustado participar, el respeto hacia la mujer, porque la mujer es nuestra madre ya lo dijo el compañero y yo no le veo nada de diferencia, nada más el sexo, los genitales es un poquito diferente, pero los mismos sentimientos, es lo mismo, el mismo valor de la mujer sabiéndola valorar es lo mismo, también la mujer, nomás que en nuestra comunidad pues existe el machismo ¿qué son los machismos? Pues que soy muy hombre, ósea no permitían eso, en mi comunidad a las mujeres no se les permitía estudiar ¿qué por qué? que porque se van a casar y hasta ahí iban a quedar en la casa como decía la compañera, hasta ahí ese es su límite de ellas, ajá y muchos papás no hacían ese encargo, nada más los hombres son los que quedaban en el estudio y ya las mujeres no ehh, entonces poco a poco se fue abriendo ese a base, (no se entiende) a base de las pláticas que llegaban poco a poco, los doctores fueron este promoviendo y ahora también aquí las compañeras ya estamos en ese vía por decir, en ese canal que también ya lo estamos promoviendo poco a poco en nuestra comunidad, que no es el 100% pero un 70% más o menos ahí vamos este porque no se permitía hablar de sexo, para el sexo era una palabra grosería para la comunidad, nada más escuchándonos hablar lo que es todo tipo de sexo a ellos no les gustaba eso y sin embargo, hoy en día ya solitos buscan la información, empiezan ya los adolescentes también ya les dan esa explicación en la escuela si y son límites pero así es la creencia de la comunidad, así nos limitan y hasta hoy en día pues vamos poco a poco pero ahí vamos conociendo pero todavía no alcanzamos bien a conocer nuestro cuerpo.

15.-Entrevistadora: ¿Y qué limitantes encontró usted de manera personal y con su comunidad al acceder aquí en la CAMI?

16.- Bruno (Mazahua): La traba de caer aquí, pues, desde las críticas, es que andamos en mujeres, ¿qué ustedes son mujeres? Y yo he pasado esas críticas contamos con nuestros compañeros que viven dentro de la comunidad ¿a poco también son mujeres ustedes? No, no somos mujeres, pero nos gusta aprender este a las pláticas no estamos ahí porque estamos, a la mejor usted lo ve así, pues diga lo que quiera, pero yo le voy a seguir adelante ajá, eso es lo que más trabas, ósea como una crítica para que uno se aleje, si estuviéramos débil, pues claro que si

nos puede limitar, pero pues no son cosas que en mi parte pues me gustan pues, esteee conocer un poquito más adelante, si, esa es mi participación.

17.-Entrevistadora: Y bueno en esta parte de identidad que ustedes viven ¿Cómo se vive ahora el ser mujeres indígenas? ¿Creen que hay diferencia en ser mujer que vive en la ciudad, mujer que vive en el campo, mujer rural a mujer urbana? ¿Cómo viven el ser mujeres indígenas?

18.-Emelia (Mazahua): Pues yo si he notado mucha diferencia, porque el ser mujer indígena pues nos limita mucho porque somos en primera somos mujeres, en segunda somos mujeres indígenas y en tercera somos pobres, entonces existe mucha discriminación, porque por lo menos este algunas tuvimos la fortuna de estudiar, pero el ser indígenas no nos da la oportunidad a veces de estudiar en primera como comentaba al principio nuestra compañera existen muchooo, muchas creencias y muchas este formas de crianza que van de generación en generación, entonces eso no nos ha permitido este salir adelante porque no contamos con una propiedad, generalmente las propiedades son de los hombres porque tradicionalmente se le deja la propiedad al hombre y una tierra no la tenemos a nuestro nombre entonces siempre se le deja por ejemplo, si existe en una familia existe un hijo varón y una hija pues que es mujer, pues de alguna manera se le deja la propiedad al hijo varón y la mujer no ¿por qué? porque se va a casar ¿y si no se casa? Pues se queda sin propiedad y nada más está ahí como deee pues ahí viviendo ahí en la casa de sus papás ¿no? no de ella, esa es una, entonces la otra es de que a veces ahí en la comunidad en una comunidad indígena se rigen por usos y costumbres, entonces, a veces la mujer no puede salir a trabajar entre comillas porque trabaja en el campo, pero sin percibir un sueldo, entonces no cuenta con un sueldo, entonces aunque trabaja a la par del hombre, no tiene un sueldo, entonces este es esa. Y luego si defendemos nuestra identidad que no hablamos este el español, pues sufrimos cuando salimos la discriminación porque no hablamos el español entonces, esa es otra parte que se vive, entonces aquí la que trabaja a veces es la mujer bueno más bien es la mujer la que trabaja en el campo, en la casa, y a veces esteee pues en los trabajos comunitarios y quien se reconoce es al hombre, entonces si existe mucha discriminación.

19.-Entrevistadora: ¿Alguien más?

20.-Virginia (Mazahua): Pues ya lo decía mi compañera ¿verda? estee el ser indígena pues nos limita, no debería de ser, pero si la gente lo hace sentir a uno de esa manera porque por ejemplo tú como mujer indígena pues no sabes ni siquiera estee emmm este hablar bien, si te... a la mejor

lo que uno siente que quiere decir a la mejor la otra persona en el caso de las personas de la ciudad pues como que tú no sabes, esta no sabe nada, son ignorantes, entonces yo creo que eso nos limita y luego la otra parte ¿verda?. Como decía, eh, somos mujeres indígenas tú como mujer solo eres para trabajar y no se reconoce cuando todo el tiempo estamos trabajando yo creo que más, no sin antes darle lo que a cada quien lo que le corresponde pero si yo comentaba la otra vez en una ocasión en un taller ¿verda??. eh si se pudiera trabajamos hasta las 11 de la noche y todavía seguiríamos trabajando y todavía nos pregunta la gente ¿trabajas? Y nosotras no, yo no trabajo yo estoy en casa entonces yo creo que solo se le reconoce al hombre el trabajo y a nosotras como mujeres pues no, solamente estas en la casa y yo creo que hacemos el trabajo igual y también igual pesado como los hombres porque por ejemplo, decimos nosotras: el hombre en las comunidades indígenas, el hombre, pues no es bien visto, ver a un hombre recogiendo la casa, que este lavando los trastes, más sin en cambio la mujer si le puede ayudar al hombre a cortar la leña, a cultivar el campo, ah, toda esa parte de eso y entonces pues si se nos como que toda esa parte no es todavía tan visible en las comunidades indígenas...

21.-Epifania (Otomí): Y nunca va a ser reconocido el trabajo de la mujer ¿por qué? Por el hecho de que todo el tiempo él, va uno y pide trabajo en algún estee, en la ciudad vamos a suponer y lo que dicen.. ahí viene esa india, esa india ni sabe nada porque somos de pueblos indígenas o porque somos indígenas, ni sabe nada porque ni estudios tienen, no le podemos dar trabajo ¿por qué? pues no sabemos cómo vaya a salir, muchas veces esa es la discriminación para nosotras las mujeres indígenas de que dicen: es que no saben hacer nada, ¿qué pueden saber esas indias?, porque de esa forma es como nos tratan, cuando...yo le podría decir que la mujer indígena sabe más que una mujer de la ciudad, que aunque nos traten deeeee indias y todo eso, pero muchas veces, yo conocí a varias, que no saben ni como se hacen, ni cómo se cosen unos frijoles, pero siempre nosotras somos las indias, las que no sabemos nada, cuando son... cuando es la sociedad la que no sabe, pero en fin a si son las cosas.

22.-Entrevistadora: Entonces esta parte en la cual han percibido la discriminación de categorización, de decir, pues es que son indias, no saben, no aportan, se desconoce el trabajo del hogar....

23.-Epifania (Otomí): Si, de todo, se puede decir de todo, se puede decir se nos limita.

24.-Entrevistadora: Alguien más ¿cómo viven el ser mujeres indígenas?

25.-Doña Chave: Ahorita no tengo cabeza.

26.-Aurelia (Mazahua): No pues no...yo no.

27.-Entrevistadora: ¿Te ha tocado que en algún momento te hayan discriminado por ser mujer indígena?

28.-Aurelia (Mazahua): Pues de alguna manera sí, porque pues nos ven ignorantes es que no saben, que ellas no saben, eso.

29.-Entrevistadora: ¿ A ti Lolita?

30.- Entrevistadora: A los hombres, ¿cómo lo viven, el ser hombres, con esta herencia indígena que ha sido desvalorizada y si han sufrido discriminación?

31.-Bruno (Mazahua): Pues si nos han discriminado también por, se supone que cuando viene INEGI, a veces nosotros somos los que no sabemos dar los datos, nos preguntan que si somos indígenas y les decimos que no y entonces desde ahí ya les estamos dando mal la información porque a veces no sabemos nosotros dar nuestros datos, dar informe, porque le preguntan: ¿tú eres indígena? No, entonces el INEGI así lo lleva la información y así cuando nosotros queremos un apoyo, cuando queremos un apoyo ya no..... no podemos o no nos pueden bajar ..ehh... después en las comunidades a veces llega también el apoyo, el gobierno lo manda de allá pero, de por medio esteee... ya no llega lo que es el apoyo según para el pueblo indígena, pero ya lo que llega es una miseria... ¿porque? Porque pues no lo sabemos pedirlo o entre medios se va desbaratando ese apoyo... ajá.. y esa es una discriminación para nosotros... porque si hay apoyos para el indígena, inclusive creo que está en el membrete que aparece en las facturas, ese membrete es parte del indígena y mucha gente no lo sabemos que es para el indígena, lo sacado para los pueblos indígenas y... pero mucha gente no, no lo sabemos, esteee, ese conocimiento no lo tenemos, entonces ahí es donde nosotros si conocemos poquito, pero hay unos que saben más y se desvía el recurso y cuando dice: a tal pueblo ya mandamos tantas apoyo, mentira, nos llegó el puro mensaje porque el apoyo no llegó, se debía a donde estaba más estudiante para mí, eso es lo que veo. Si.

32.-Entrevistadora: Bueno, otra pregunta es ¿existe o no entre ustedes mazahuas y otomíes, notan alguna diferencia ya sea entre mujeres o entre hombres? ¿Existe alguna diferencia entre mujeres mazahuas y mujeres otomíes?

33.-Emelia (Mazahua): Pues este...hay muchas muchas..... igualdades más bien, tanto, en tanto en la cultura a la mejor hay poca diferencia en costumbres que tienen, pero lo que he notado aquí en la comunidad otomí es que..... mientras que nosotros los mazahuas conservamos todavía nuestra lengua, nuestra identidad, mmm... nuestra vestimenta, en la zona otomí se está perdiendo, no digo que al 100, pero si este... he notado que ellos van como un paso más, este.... no sé si adelante, no lo puedo decir si adelante o hacia atrás, porque nosotros estamos como nos hemos dado cuenta que si nosotros no conservamos nuestra lengua, nosotros principalmente no luchamos por conservar nuestra identidad pues nadie lo va hacer, entonces nosotros y nosotras tenemos que hacer este...pues de conservarlo ese es el trabajo, no es trabajo sino más bien es como luchar que se conserve nuestra identidad, porque como bien lo dijo el compañero Bruno, no si esteee... vienen de afuera y si nosotros queremos seguir recibiendo apoyos o ser vistos tenemos que conservar nuestra identidad.... Pero si bien es cierto como él lo dice, que a veces nosotros perdemos nuestra identidad porque hemos sufrido mucha discriminación, entonces si hablábamos la lengua materna, pues... desde que llegaron los evangelizadores ¿no? Ellos cambiaron nuestras creencias, antes nosotros adorábamos otros dioses ¿no? Entonces ahorita llegan y nos imponen a un Dios ¿no? Entonces ese es una, bueno ya nos acostumbramos a los Dioses, queremos hacer nuestras costumbres como este.... con lo que conocíamos a lo que nos enseñaron, ¿no? Entonces empiezan como a querer quitarnos nuestra cultura que, pues nosotros adorábamos como que al sol, a la naturaleza, el aire y todo eso, entonces si vemos mucha diferencia, en la.... de los otomíes, ¿no? De alguna manera ellos ya perdieron esa forma..... como No sé si ya perdieron la cosmovisión o su identidad no sé, porque ya no visten, y ya no hablan y ya esteee... su forma de ... ver las cosas es bien diferente a como nosotros los mazahuas pero ya los mazahuas nosotros estee..como que adoramos a la tierra tenemos como que un día y decimos “gracias porque nos das el fruto de la tierra”, entonces acá ellos no lo veo, hay costumbres que ya no se siguen se están perdiendo, pero por lo que he platicado con algunas señoras o señores que son pues desde, pues ya viejitos, veo que eran iguales, ósea las culturas o las formas de llevar las tradiciones eran similares pero si se está perdiendo más acá en la zona otomí que en la zona mazahua.

34.-Virginia (Mazahua): No pues yo no...estee,, pues así como lo único que he visto más así si es el la vestimenta ósea que si he visto que.... no hay muchos muchas personas que, porque por ejemplo, en la zona mazahua, yo soy mazahua y todavía la gente, hay gente que, queee lo porta, que lo trae y lo trae no por quererlo rescatar, sino que todavía son gente que en realidad es su vestimenta y en la zona, en la zona otomí pues yo casi no, no, no he visto, lo he visto porque hemos estee... hemos tenido como que contacto con mujeres que de alguna manera trabajamos a la mejor un proyecto y es así que lo conozco, pero así en la calle, así que yo lo vea en una persona con ese traje pues no, y en la zona mazahua pue si, laaa, las muchas mujeres mayores traen así su vestido como lo que es su vestimenta diaria, entonces si se ve esa parte yo si la veo más en esta zona mazahua.

35.-Entrevistadora: Acá, mujeres otomíes qué me pueden decir desde su visión, desde su sentir, que han percibido con respeto a su identidad, esto que está sucediendo dentro de sus comunidades o si consideran que la discriminación ha sido el motivo por el cual también se haya.....

36.-Epifania: ¡De hecho, así fue, de hecho, así fue! Porque, eh, en los pocos años que yo fui a la escuela eh, los mismos maestros se encargaron de...de quitarnos esa...esa vestimenta, porque no nos querían con esa ropa, ellos nos empezaron a discriminar porque supuestamente nosotros éramos indias y que al ir vestidas así pues con mayor razón y.... entonces nosotros todos, se puede decir todos empezaron a dejar su vestimenta otomí y así fue la forma en que se fue perdiendo hasta al hablar, ya, ya casi no se habla, ¿por qué? Por lo mismo, pero los maestros fueron los que hicieron todo eso.

37.-Entrevistadora: ¿Esta forma en la cual usted me lo dice, lo puedo interpretar como una experiencia que, usted tuvo o alguien muy cercano?

38.- Epifania: Mmmmm, eh no, a la mejor como una experiencia que yo viví, ¿por qué? Porque eso lo que nosotros, a nosotros, a mí si me vestían con mi traje regional, pero la escuela se encargó, los maestros se encargaron en decir que definitivamente no querían eso, porque éramos unos indios y nosotros no cabíamos en la escuela por ser indios y en la zona mazahua como acaban de decir mis compañeras, ellas si portan el traje mazahua, porque a la mejor todavía tienen a la mejor esa....tienen gente de más años y no quieren perder sus raíces y nosotros pues ya de los que, de lo que... estee...portadores de esas, de esas vestimentas ya casi no viven ya

son muy poquitos, ya es muy poca generación que queda, ya no queda, entonces se dio a base de la escuela. Todo mundo desapareció por la escuela, más los que querían estudiar tenían que deshacerse de su raíces, se puede decir de su vestimenta, porque las aceptaban así, porque necesitaban llevar el uniforme que el maestro o la maestra decía, entonces fue el modo de que se fue, se fue... fuimos desapareciendo con la vestimenta... inclusive el que no llevaba zapatos: Hay viene ese... ¿cómo le dicen?... Hay viene ese..... “pata rajada”, ese “indio pata rajada”, así nos decían porque ese era la vestimenta que uno así andaba con el traje, pero sin zapatos....

39.-Entrevistadora: Ahora, acá con los hombres, ¿qué diferencias han encontrado entre hombres mazahuas y otomíes? En su forma de vivir, en ser hombres entre la comunidad mazahua y la otomí, en su forma de vestir, ¿existe el machismo en sus comunidades, desde su percepción?

40.- Florentino (Otomí): Pues este un poco de diferencia, (no se escucha) con otras letras diferentes. (no se escucha) Pues de vestir, es un poco diferente pues bueno somos vecinos cercanos, estee, pero hay una siempre diferencia hasta en hablar, ellos como son esteeee otomí, nosotros somos mazahuas estee por decir ehh, para saludar nosotros decimos “ SO KUAHIM” y no sé cómo ellos

41.-Epifania: “HE NINSU”

42.- Bruno: Ajá, esa la diferencia, nosotros decimos “SO KUAHIM” el saludo “MAX CO” adiós y.....

43.- Entrevistadora: Entonces ahí podemos percibir esta diferencia cultural, esa diferencia en el vestir, esa diferencia en la lengua, pero... de cierta manera esta diferencia lo podemos decir como algo que les ha permitido estar aquí en la CAMI o algo que les ha beneficiado estas diferencias se dirige hacia un mismo fin que les ha permitido atender la problemática.

44.-Epifania (Otomí): Ha sido bonito, porque hemos intercambiado este....ehh a la mejor, pero es bonito lo que a mí me gusta como hablan ellos y yo quisiera aprender... que a la mejor es diferente a como yo hablo el otomí, que siempre va a diferenciar en eso, pero es muy bonito y para mí con ellos con los compañeros mazahuas ha sido bonito porque aunque no sepa todo lo que me dicen cuando hablan ellos estee en otomí....en este en mazahua, pero más o menos unas dos tres palabritas si se me ha pegado y eso me gusta.

45.-Emelia (Mazahua): Pero realmente si hay mucha diferencia, porque pues sí, mmm pues si hemos visto que se ha perdido un poco la identidad de la zona otomí, pero también han tenido mucho avance las mujeres, porque lo que yo he observado es de que (Otomiés) ellas salen a trabajar fuera de su comunidad y la zona mazahua no, ósea aquí lo que salen son los hombres a trabajar y las mujeres se quedan en casa, muy pocas son las que salen a trabajar fuera y cuando salen a fuera trabajar fuera esteeee son señaladas, por ejemplo el hecho de que estemos aquí algunas estemos aquí...algunas de nosotras si nos ha marcado como ciertas cosas, bueno a mí en lo personal, ¿no? Me dicen, pues ¿quién sabe a dónde va? Y luego cuando me ven salir con una maleta, pues peor ¿no? ¿Quién sabe en donde se quede y con quien se quede? Y cuando yo les platico a algunas compañeras ooooo..... por ejemplo, con a algunos parientes hombres, me dicen: ¿y dónde vas tanto?, pues es que me mandan a capacitación fueras y ¿dónde te quedas? en un hotel. ¿Y a poco en un hotel?!, o sea, como que se van con que va uno de viaje y va a hacer otras cosas, ¿no? Y luego tantos días y luego en donde nos quedamos, en un hotel, como que ya ven un hotel como haciendo otra cosa ¿no? Y entonces pues si como que nos van señalando, ósea son como formas que nos discriminan la misma comunidad porque estamos saliendo ¿no? Entones si hay mucha diferencia porque yo lo veo de la zona otomí que de alguna manera se les ha permitido hacer otras cosas que en la zona mazahua todavía no se les permite todavía a las mujeres y por ejemplo en la zona otomí, aunque tengan el cargo y las fiestas son religiosas tanto en la zona otomí como en la zona mazahua aquí estee... yo creo que si se le reconoce un poco a la mujer el trabajo que hace y yo veo que por ejemplo que en las comunidades... en las clínicas ¿no? que, luego generalmente el trabajo de promotoras o asistentes rural se les da el reconocimiento, cosa que en la zona mazahua no, ósea el trabajo lo hace la mujer pero el que se lleva el reconocimiento es el hombre, entonces si es una gran diferencia, siento que la zona otomí en ese paso del avance con sobre los derechos de la mujer a avanzado más que en la zona mazahua.

46.-Entrevistadora: ¿Cómo lo perciben ustedes que son otomíes?

47.-Epifania (Otomí): Pues sí, un poquito como dijo mi compañera si se ha avanzado un poquito pero también hemos perdido nuestras culturas, nuestras costumbres ¿por qué? Porque ahí ya no para trabajar estee.. ya no nos cuestionan a donde van, ni nos preguntan a donde van que en nuestras casas si nos dicen ¿que van ir a hacer? Pero es lo mismo con que me encuentre a un

vecino y me diga ¿a dónde vas? No, ya no como que..... pues ya se da eso, que uno puede trabajar, como que ya no es tan.....no es como que para dar explicaciones a los demás, es más ni siquiera nos preguntan a qué lugar vas y hay otras comunidades en que todavía lo hacen, todavía se percibe eso de que sii, a fuerza uno tiene que decir a donde voy.

48.-Entrevistadora: ¿Y esta parte exactamente como un señalamiento, pues bueno que tanto ha limitado su trabajo y qué tanto se ha podido hacer cambios con lo que ustedes han hecho?

49.-Emelia (Mazahua): Pues es que si, es como acá en la zona mazahua es complicado todavía, bueno es que como que aquí la zona mazahua hay una parte donde es rural todavía ya hay otras partes como que se empieza a hacer más urbano ¿no? Más de ciudad, incluso ya se empieza a diferenciar, pues es que “nosotras somos más de razón”, así dicen ¿verdad? Es que nosotras somos más de razón que aquellos, y aquellos, ósea que nosotros mismos nos empezamos a discriminar ¿no? Por el avance que se tiene, es que “aquellos indios son bien necios, no entienden” ¿no? Porque todavía tienen ciertas formas de vivir, pues que siguen tradición tras tradición, entonces acá se rompe aunque sea en las zonas mazahuas se rompen ciertas tradiciones y costumbres, entonces a veces, este... entre nosotros nos vamos discriminando y así se ven los hombres o se ven las mujeres, porque a veces los hombres pues si dan la oportunidad que la mujer ya entre a trabajar, empiece a salir a..... pues a trabajar fuera de la comunidad y no es señalada, pero en otra parte donde las costumbres todavía están muy muy arraigadas pues si se sufre como que todavía la discriminación y lejos de avanzar como que uno dice ¡híjoles! pues me detengo porque, pues aunque uno quisiera y conozca y empiece como a prepararse, empieza uno como a dar como un pasito hacia atrás porque, estee... empieza una a ser señalada mucho ¿no? entonces como que ya..... incluso, empiezan como que a apartarnos, ósea, existen ciertas costumbres en que si uno se sale de ese círculo de costumbres y dicen “es que esta ya no es de aquí”, ósea ya no nos aceptan como mazahuas porque entonces ya rompimos ese círculo de costumbres, entonces ya no eres de aquí, ya eres de aquel lado, entonces empiezan así como la discriminación dentro de la comunidad.

50.-Entrevistadora: Bueno, entonces eso se vería reflejado como en el hecho de irse o irlos alejando de la demás gente y ser excluidas de eventos, lugares, fiestas patronales. Ese señalamiento también se ve reflejado en quién les habla o no.

51.-Emelia (Mazahua): Las mujeres o los hombres que van avanzando, la diferencia por ejemplo los dos compañeros han sido discriminados por los hombres, ¡ay! es que tú te juntas con puras mujeres y ahí son puras mujeres y ustedes ya son iguales que las mujeres, ¿no? Así les dicen ¿sí o no? Porque yo he escuchado, entonces a veces como los mismos hombres empiezan como a discriminar porque ya no son iguales que los otros hombres ¿no? es que nosotros nos apartamos ya no nos juntamos con las otras mujeres si nos juntamos con las mujeres, pero no nos juntamos a chismear con las mujeres, entonces es algo que empieza a marcar diferencias entre que uno va siendo diferente, ¿no? Entonces el hecho de que uno salga a trabajar fuera es diferente a la mujer que se queda y no es mujer, porque las mismas mujeres nos dicen ¿no? Me preguntan yo no soy casada, no tengo hijos, entonces me empiezan a decir “es que no eres mujer, porque no eres casada y no tienes hijos”, entonces para ser mujer tiene uno que tener hijos y ser casada entonces ¿Qué soy? Ni soy hombre ni soy mujer, (ja ja ja ja ja ja ja risas de todos).

52.-Entrevistadora: Ahora, exacto es a lo que quería llegar también. ¿Qué tan importante es dentro de sus comunidades el tener una pareja y efectivamente estar casados, tener hijos?

53.-Emelia (Mazahua): De hecho, pues si es muy fuerte, yo en lo personal porque nunca me casé y no tengo hijos y me pregunto qué tal si llegara a tener hijos igual me discriminan porque soy madre soltera, ósea al final de cuentas igual me hubieran discriminado, pero si es muy cierto porque pues yo desde, cuando estuve viviendo con mis papás aun siendo grande, ya siendo mayor, yo trabaja y yo me mantenía, pues tenía que pedir permiso para salir y decir a dónde iba y tenía que llegar a dormir a mi casa y mi hermana que era más chica que yo, que estaba casada, ella pues se iba y no llegaba a la casa y no pasaba nada ¿no? Pero yo si tenía que llegar a mi casa aunque era más grande que ella, aunque ya trabajaba, entonces si se veía marcada la diferencia, yo por ser soltera tenía que, todavía como que estaba esteee.. como a la sombra de mis papás y mi hermana como tenía una pareja ya no, el hecho de tener pareja y ella ya podía hacer ciertas cosas que a mí no me dejaban, entonces si como que...el, el. Y ahorita lo viví también, ósea, hace un momento, muy chistoso, porque el señor me estaba esperando a mí, ¿no? el padre de familia ¿verdad? para informarme sobre el internet y sin embargo espero a que saliera Don Flor para que me dijera , entonces nos vemos, yo me dirijo a él, yo le hablo, y todo, ósea como que el ser hombre este... y no es nada personal ¿no? simplemente lo sentí ¿no?, lo percibí, como que dije ¡ayy! como que todavía.....(silencio)

54.-Epifania (Ortomí): queda ese arraigo

55.-Emelia (Mazahua): Queda ese arraigo de que el hombre es el que manda, entonces dije, bueno ya se respeta ¿verdad?, pero si nos cuesta más trabajo porque ya de alguna manera ya estamos viviendo otras cosas que antes no lo vivíamos y si se ve como muy marcadas ciertas cosas, porque si tienes una pareja eres respetada, si tienes hijos eres mujer, y si eres sola pues ya eres una.....qué.....(ja ja ja ja ja risas de todos) y entonces el hecho de que te vean platicando con una mujer cuando eres soltera pues ya te empiezan a poner etiquetas ¿no? Que eres esto, que tú andas con tal persona, que no nada más andas con él que andas con otro y así ¿no? Entonces este por ser soltera piensan que andas con todos los hombres casados y cuando eres casada pues ya no se acerca nadie pues porque eres casada, eres parte de.... o tienes dueño porque así dicen “es que es mi mujer” respétala ¿no? y ella ahhh es mi cuñada no..... (ja ja ja ja risas de todos)

56.-Entrevistadora: Desde su sentir, cómo lo viven esta parte Doña Vicky su experiencia ¿es casada, soltera, tiene hijos?

57.-Virginia (Mazahua): Bueno yo soy casada, tengo 6 hijos, bueno tuve 7 mi primer niño, bebé murió y de ahí pues tengo cuatro mujeres y dos hombres

58.-Entrevistadora: ¿Cómo vive el ser madre usted?

59 Virginia (Mazahua): Bueno, pues el ser madre pues es algo maravilloso, desde el momento en que, en que nace el bebé pues es algo.... algo hermoso, claro que con la.... el tiempo, esto que en algún momento fue bonito ya se va conformando en algo que ya es preocupante porque los hijos van creciendo. A veces yo digo hójole, ojalá estuviera chiquito y todo el tiempo lo trajera de la mano, pero ya llega el momento en que son grandes y que tienen que salir y yo creo que es algo que viene como dice Meli, desde atrás pensamos que tal vez que las cosas sean como a nosotros nos enseñaron, que los hijos hay que cuidarlos y esto, cuando no sabemos que ellos también ahora si como dijeran hay que darles que crezcan sus alas y empiecen a volar ellos y a darse cuenta de todo y ellos mismos pondrán lo mejor de lo mejor, pero el ser madre pues es algo maravilloso.

60.-Epifania (Otomí): Pues para mí el ser madre, es algo maravilloso porque sé que pude dar vida a 10 hijos y de esos 10 hijos tengo 8 que para mí son maravillosos, que como dijo mi compañera, son muchos compromisos el hecho de traer hijos al mundo ¿por qué? Porque no

acaba nomás en que ya tuve tantos hijos y ya soy madre, no, eso no acaba ahí, eh, conforme va pasando el tiempo son más las responsabilidades, aunque ellos ya sean grandes porqueeee, bueno para mí, el que no esté uno de mis hijos en casa, esa ya es una preocupación para mí, ¿dónde estará?, ¿dónde estará? en cambio cuando y están todos ahí cada quien en su casa, pues es una tranquilidad porque ya los veo ahí y, aunque ya sean grandes siempre va haber responsabilidades, ¡siempre! nunca uno deja de ser madre para ellos y yo creo que eso es lo más bonito, para mí eso es lo más bonito, porque el día en que no estoy ya mis hijos me están hablando ¿en dónde andas, como estas? incluso ¿a qué hora llegas?, ese es para mí ese es lo más hermoso, de que pude dar vida y ahí los tengo, esa es mi vivencia, como pareja pues qué bueno que yo me encontré un hombre, que a la mejor todo matrimonio tiene, estee diferencias, que nunca va haber un matrimonio especialmente feliz, ¿verdad? Porque todo el tiempo hay cualquier problemita, pero lo hay, pero sabiendo sobrellevar ese lado, todo se arregla, todo va de la mano, para mí ha sido la vivencia, para mí con mis hijos, y mi hija que tengo una sola y como dijo mi compañera a los hijos los criamos, pero los formamos para que ellos puedan volar como ellos puedan, hay que darles esa oportunidad de que ellos elijan y no elegir nosotros por ellos.

61.-Entrevistadora: ¿Algo más que quiera agregar?

62.-Epifania (Otomí): No, es todo.

63.-Entrevistadora: Por acá ¿alguien que nos quiera compartir su experiencia? Vamos a escuchar la visión de los hombres, se me hace interesante, ¿son casados, tienen hijos? ¿cuál es su visión del ser padre, tener pareja?, ¿cómo se vive la experiencia de la paternidad, el ser padres?

64.- Bruno (Mazahua): Este pues el ser padre es una gran responsabilidad, no nomás es estee.. así como pensábamos cuando estábamos jóvenes, que el ser padre era fácil; ¡No! Este muchos si queremos ser padre pero a la mera hora le corremos, este.. porque no es fácil, es difícil, es una responsabilidad pa' cuidarlos, este.. mantenerlos y más que nada para darles la educación que ellos merecen, entonces estee, pensamos en las comunidades nos juntamos muy chicos, bueno yo me junté a los 18 años y unos este.. he visto jóvenes de 12 años, señoritas de 12 años y ya son papás y ya que está el bebé pus.. no saben ni que hacer y si no hay apoyo de los papás de los abuelos pior todavía, mmmm, este pues en mi caso pus fue mi historia muy larga, primero mi esposa no podía tener hijos, cinco años sin hijos y después ya que pudo tener pus ya se buscó (no se entiende) ya tuvo 4 y ya de ahí hasta ya ahí parale por eso le digo (no se escucha)

primero queremos y después ya mejor hay que pararle también porque no, de plano no alcanza, y hoy día pues poquito ¿no?, lo que Dios me socorrió le he compartido a ellos, ósea, antes hablaban de la creencia hace rato y en mi comunidad pues, yo creo que soy único que estoy haciendo esas cosas y estoy muy criticado en la comunidad, porque tengo dos hombres y dos mujeres y a los cuatro se les repartió por iguales, ósea un sitio por los hombres por iguales y las mujeres pues si se vale por iguales y estoy muy criticado por mi propio familia, mi suegro, me dice este hombre está loco dice.. ¿para qué le da a la mujer?, si la mujer tiene su esposo, pues que se vaya con él, pero esa es mi decisión y yo lo decidí así y para mí así siento bien, pero para la gente de la comunidad no, estoy muy criticado sobre de eso ajá, pero este...pues no hasta ahorita lo he superado pues y yo así me siento contento, por partes iguales, no nomás la mujer este que sea discriminada, sino hay que tenerlos por igual, esa es mi esperanza.

65.-Entrevistadora: Algo de su visión, que nos pueda compartir, su experiencia como hombre.

66.-Negativa por parte del señor Florentino a contestar.

67.-Entrevistadora: Pasamos a la otra parte que tiene que ver con salud sexual y reproductiva, en la cual ustedes han presentado sus talleres, ¿con que obstáculos se han enfrentado, qué problemas se encuentran más frecuentemente en la temática de salud sexual y reproductiva?

68.-Emelia (Mazahua): Pues este cuando uno les va a platicar como que, bueno hablar del tema todavía como que implica problema hablar en las comunidades, hablarles de sexualidad, de los derechos, del ejercicio de su sexualidad, pues implica mucho problema porque de alguna manera es un tema prohibido en las comunidades todavía, así como que..... como que no quieren, no aceptan hablar de esos temas y cuando ya los aceptan, este, empiezan a decirnos y bueno ¿tú porque vienes? Como le decía hace momento una de las compañeras ¿no? vienes ¿y tú qué sabes si eres de aquí? ¿no? Ósea defienden como a otra persona que venga y aunque este menos capacitada, este a que les den los temas, porque como ellos son de la misma comunidad entonces nos ven como que nosotros no estamos preparados y luego esteeee, a veces nos encontramos con que no quieren escuchar los temas, porque pues el hablar de condones, o eso es como...pues eso no se maneja ahí en las comunidades, entonces este a veces nos encontramos que en unas comunidades si aceptan, pero en otras(no se escucha) no queremos escuchar eso ¿no? entonces pues así, o eso no nos va a pasar como en el tema del VIH, ¿no? ¡Es que aquí no pasa, aquí no ha sucedido! entonces este pues esos temas son de prevención, pero de alguna manera

ellos ven como que ya está pasado, entonces este pues hemos encontrado que la gente no quiere escuchar los temas ¿no? en otras comunidades son más abiertos y es en el caso de la zona otomí, ¿no? Que aceptan mucho esos temas y les gusta mucho participar, en la zona mazahua no, los usos y costumbres que tenemos muuuy arraigados nos han puesto como barreras...para poner... este pues el dar ese tipo de talleres, ¿no? entonces si a veces hay mujeres que nos agreden, entonces, así como que no nos aceptan al 100 por ciento.

69.-Entrevistadora: Entonces ante estos obstáculos y preocupaciones ¿cómo se han logrado enfrentar y dar solución a todo esto?

70.-Emelia (Mazahua): Pues nosotras hemos hecho alianzas con las autoridades, y con... tanto autoridades con civiles como autoridades médicas ¿no? entonces ha servido para que nos acepten, y luego pues hemos hecho estrategias como para llegarles no con el tema “¡Hay esto es condón, úsenlo!” sino de una forma más sutil, que la información sea más sutil pero que se les dé la misma información entonces se han utilizado estrategias como pues ferias de anticonceptivos, ósea como forma de juego, entonces como que se acepta más, hemos hecho obras de teatro y que de alguna manera va la risa con la información, entonces se va aceptando, les hemos dado cine-debate, proyectamos una película y luego se les hace la reflexión, esteee y luego pues se les da como atención psicológica que de alguna manera pues abre como más puertas para la confianza, ¿no? entonces una que es atendida jala a la otra y así, se van como jalando una tras otra y se va formando como la aceptación y la confianza, ¿no? Entonces a partir de los círculos de apoyo han servido para abrir los caminos de la confianza y pues ahí es lo que ha pasado.

71.-Entrevistadora: Elena tú que estas en los círculos de apoyo, ¿qué has notado? ¿nos podrías platicar tu experiencia? Tú que hasta cierto punto has estado abriendo brecha.

72.-Lolita (Mazahua): Si pues así ha sido, porque no es lo mismo que digan ¡ahh va a venir el doctor!, porque el doctor todos saben lo que hace o va a venir un maestro, porque un maestro saben todo lo que hace, pero ¿qué hacen los psicólogos?, ósea cómo lo explicas con palabras, entonces es algo que ahora este, pues a la mejor ya dicen, ahh es la psicóloga, como que a la gente ya le empieza a interesar por las primeras personas que en algún momento se dieron la oportunidad de conocer el trabajo y esas personas le recomendaron a otras personas, ¿por qué?, porque ellas se sintieron algo, cada quien este encuentra diferentes formas, pero a la mejor sintieron tranquilidad, a la mejor sintieron paz, a la mejor se sintieron más seguras, y se dan

cuenta de lo importante que es estar emocionalmente, mentalmente o espiritualmente bien, que de cierta manera pues la psicología no resuelve tantos problemas que hay como que no haiga dinero, que no haiga trabajo, pero por lo menos que valoren lo que sí tienen como su salud, el que tienen su familia, el que tienen la vida, porque pasa muchas veces queque a veces nos preguntamos que ¿qué es la felicidad? o ¿qué se necesita para que uno sea feliz? y resulta que hay personas que tienen hijos, que tienen un esposo, que tienen un trabajo y no se sienten felices, entonces ¿qué es lo que pasa?, pues que cada persona tiene que buscar en sí misma para encontrar eso, y cuando lo encuentra pues entonces empieza a valorar todas las cosas que tiene, y bueno como decía mi compañera hay en lugares donde es más fácil, hay lugares donde las personas al principio pues están renuentes, y ósea, y llegan así como y ¿usted que me va a enseñar? y ¿eso para qué sirve?, y yo no puedo este decir que estoy bien porque yo no me siento bien, pero con el paso del tiempo ósea, van cambiando, van cambiando tanto que después dicen , esteee y ¿cuándo va a volver a venir?, o ¿si va a volver a venir? es que nosotros queremos que siga viniendo, y bueno pues esas son las cosas que, pues a la mejor motivan a seguir, a la mejor uno no puede solucionar el mundo y a veces si es un poco frustrante ver que se hace mucho trabajo y también ver que hay muchas cosas a donde uno no ha llegado, pero bueno voy a poner mi granito de arena y eso es lo que me toca a mí.

73.-Entrevistadora: Bueno y ahora pasando a estos temas ya más en concretos sobre lo que ustedes hacen, sobre salud sexual y reproductiva ¿Qué más necesitan saber para ir disminuyendo estos problemas en los cuales ustedes se enfrentan en sus comunidades?

74.-Virginia (Mazahua): Pues yo creo que si es importante que tengamos este.. como este... talleres más sobre cómo ver la parte de prevención, cómo saber cómo llegarles a las personas para que sean conscientes de que una plática les puede salvar a lo mejor la vida, porque me puedo prevenir, me puedo atender antes de, porque eh... la gente ehh... es la costumbre que venimos pensando, vamos a una revisión sólo cuando ya estamos enfermos, cuando ehh...en esa plática podemos como aprender que me debo de cuidar, que me debo de explorar, que me debo de hacer un papanicolado, que..... diferentes cosas de prevención, donde si estee.. podemos ser...bueno yo, para mí, pues si como que tomar algún taller con más temas de prevención para poder llegar a la gente y cómo llegarles, en este caso, que estrategias usar para que la gente lo vea así como pues llamativo, que no lo vea como, porque como ya lo decía Laura, hay veces

que....pus...y ¿eso para qué? Ahorita que lo decía, cuando eso nos puede prevenir, ¿cuántas y cuántas personas se han salvado la vida por el hecho de haberse realizado un papanicolado a tiempo?, ¡muchas! y cuántas se han ido por haber... por sólo esa vergüenza, esa pena, en la que se van con un médico que todavía esa costumbre, que a veces los esposos, todavía a mi mujer pus no la puede ver nadie porque sólo es mía, entonces yo creo que sí, no sé cómo decir esa palabra de que...pudiéramos como llegarle bien a esa gente y tratar de cambiar esa idea, de que esto no me va a pasar a mí, o aquí no pasa esto, yo creo que para mí eso sería importante.

75.-Entrevistadora: ¿Alguien más? bueno aquí ¿serían más cuestiones de prevención en salud sexual o en salud reproductiva o en ambas?

76.-Virginia (Mazahua): Yo creo que en ambas porque todo ya viene ahí, todo viene este....porque la salud sexual a la mejor por ejemplo, vamos hablar de una prevención de un cáncer cervico-uterino, por ejemplo, pues ahí a la mejor viene de la salud sexual ¿no? de ahí, pero también puede ser este... importante que detecten a tiempo esa parte pues que no debería ser, porque yo a veces le digo a la gente, el gobierno se ha preocupado a la mejor en dar esos temas, en que la gente tome esos temas por sus programas sociales que da, pero la gente sólo se va como por el lado de la parte a mi interesa ir porque me pongan asistencia y así me van a dar un recurso y lo demás no es tomado en cuenta, entonces, yo creo que todo es importante las dos partes conjuntas.

77.-Entrevistadora: ¿Han notado en estas capacitaciones que les dan sobre salud sexual y reproductiva algo que choque con lo que ustedes estén acorde a sus vivencias o efectivamente algo que choque con la cuestión de la costumbre en la comunidad?

78.-Emelia (Mazahua): Pues este... yo veo, bueno, lo que pasa es de que aquí, este.... las personas que vienen a capacitarnos de alguna manera lo dan de una forma, este.... con enfoque de género, que es importante, pero también con enfoque intercultural, que de alguna manera lo dan como pues nosotros sabemos que ustedes es importante este... a veces lo espiritual, ¿no? entonces el no nada más vemos la forma de la salud física, sino también la espiritual, la emocional, entonces ellos de alguna manera las personas que han venido a capacitarnos, este entienden que esa parte de nosotros, lo que es nuestra cosmovisión, nuestra forma de ver la vida y la salud y la enfermedad, este pues es importante también con el espíritu y lo emocional ¿no?, entonces a veces si nosotros como..... a veces físicamente nos sentimos mal, pero a veces la

medicina no no la cura, porque a veces es... es emocionalmente lo que tenemos, entonces por eso esta como la otra parte ¿no? que es ver lo emocional y ver lo que es también lo espiritual ¿no? estar bien en las tres formas, entonces yo siento que si chocaba a la mejor al principio, porque a la mejor no entiendan la forma de ver, la forma en que nosotros veíamos este... todo eso, ¿verdad? la forma de vivir en la comunidad, ahora ya es diferente en las personas que vienen pues de alguna manera ven esa parte y es importante porque nos están reconociendo como gente indígena ¿no? y que de alguna manera, incluso que a veces no nos funciona a la mejor un medicamento o para prevenir alguna enfermedad, pero si, por ejemplo, el hacer ciertas cosas ¿no? como el hacer ciertas cosas como una limpia que nosotros la hacemos, ¿vea? el tomarte un tesito de una hierba, eh...a veces hay formas de prevenir naturales, ¿no? entonces si eso funciona, pues eso también es importante respetarla, ¿no?, y a veces en las clínicas las imponen, ósea esa es la diferencia que existe entre nosotros, entre el grupo y la clínica, ¿no? ahí les dan una plática, pero nada más tal y cual, te tienes que controlar, te tienes que tomar este método anticonceptivo, nosotras no, vemos la parte de ¿cómo te sientes?, ¿qué te gustaría?, ¿cómo ves esto?, entonces de alguna manera nosotros vemos los sentimientos y el sentir de la persona.

79.-Entrevistadora: Entonces en esta parte de sensibilización que ya tienen, esta parte de entender a la otra como igual, esta parte en la cual si te reconozco igual como mujer y que tenemos ciertas características similares, o diferentes pues bueno entran en una cuestión pues más sutil, de preguntar, de cuestionar, mira esto, esto pero tú cuál consideras que te puede servir, ese tacto más sutil de utilizar los métodos anticonceptivos, no en una cuestión impositiva, pero si en una cuestión explicativa, ahí cómo llegan también en este tema?

80.-Emelia (Mazahua): Y aprendemos de ellas, porque igual, ósea les llegamos como preguntando, ¿no? ¿ya les dieron este tema?, ¿qué conoces de este tema?, ósea primero se empieza a ver este.. los conocimientos que tiene la persona, se rescatan esos conocimientos, aprendemos de ellos, y después le metemos la nueva información ¿no?, entonces es una parte también de aceptación, porque entonces ven que somos iguales a ellas y que también estamos a la mejor sufrimos la misma problemática y que tenemos la misma necesidad, entonces estamos en la misma sintonía, entonces es más fácil decirle a una persona, este pues yo he utilizado esto, pero tú ¿cómo vez?, ¿crees que te ha funcionado?, otra a ti ¿qué te funciona?, ¿no? entonces eso nos ayuda mucho como a ver la confianza también y a aprender mucho de eso.

81.-Entrevistadora: Y bueno es una de las últimas preguntas: ¿Qué se puede hacer para dar solución a los problemas de violencia y salud sexual y reproductiva que ustedes han detectado?

82.-Emelia (Mazahua): Pues yo de violencia, bueno mira..... la casa no se dedica realmente a la línea de violencia,es nomás a salud sexual y reproductiva, pero es bien cierto que pues va “junto con pegado”, ¿no? porque se han atendido casos de violencia, de hecho se han atendido como más de....pues de ambos de los dos, yo considero que de los dos yes muy difícil que tú llegues a la comunidad y decir: “es que tú sufres violencia”, porque no sabemos realmente que somos violentadas ¿no? lo vemos tan natural, tan acostumbradas que sabemos que si me pegan ¡ahh es que es mi papá, es mi hermano o es mi esposo!, ¿no? Este si somos esteeee, eso insultadas pues decimos ¡ay! pues siempre me han dicho así, ósea lo vemos bien natural como que eso es normal, entonces si no sabemos en primera, qué es la violencia, igual cómo llegarles a decir eres violentada, ¿no? yo creo que primero tenemos que este como ver, de hecho, ya se empezaron a dar como esos temas de violencia, pero este, como.... no decirle es pues esto es violencia, si no comooooo, con ejemplos ¿no? o como con vivencias, “pues fíjense que sabemos de un caso, que una chica fue golpeada y la maltrataron así, pero no decimos esto fue violencia física, ¿no? simplemente también a veces..... (no se escucha) entonces a veces justificamos la violencia, porque todavía no estamos acostumbradas a ver qué es violencia, entonces si es como muy complicado, esteee entrarle a ese tema, si le hemos entrado, pero no al 100, estamos como con salud sexual y reproductiva, y pues como prevención, como esteee ahora si se les da las pláticas, se les ha atendido también y se les canaliza, pero cuando ya(no se escucha) pero así como que decirles, “tú necesitas”, pues no, no aconsejamos.

83.- Virginia (Mazahua): Pues como decía Meli, nosotros este... de violencia pus la verdad no y creo que es este....pues si complicado porqueee.... como que no, yo en lo personal no encontraría todavía las palabras para cómo llegarles, porque por ejemplo, las mujeres lo ven tan natural, hasta yo misma todavía en algunos casos ta, ta,..., porque por ejemplo, yo la otra vez estuve viendo en una entrevista que les hacían a unas mujeres y donde había la pregunta este.. ¿sufres algún tipo de violencia? ¿ha sufrido algún tipo de violencia? ¡Y todas! había como unas ¿que sería? como unas 20 y todas dijeron que no, no pues no, nosotros no, y yo ya un poquito más abierta en esa parte, dije pero ¿cómo? Si yo sé que si es cierto que son violentadas, porque somos vecinas, y nos conocemos y entonces yo les dije no pues yo digo que todas las que

estamos aquí, en algún momento hemos sufrido violencia, pero ya... como que.. ahí..., violencia es solamente que las dejen así como moradas, con el ojo ya.. para ellas eso es la violencia, pero el hecho de que las haya este.... dado un aventón o simplemente el hecho de que “tú no sirves para nada”, es algo normal, a la mejor dicen: si, si es cierto “yo no lo hice bien”, y pues él está bien, entonces...esa parte yo la veo todavía que está en la comunidad, el problema está en la comunidad, solo es saber cómo llegarle, yo en lo personal no sé cómo llegaría.

84.-Epifania (Otomí): Pues yo creo que la violencia en todas partes existe, en todas partes existe, porque... con el hecho de que me digan: ehh “tú no hiciste nada bien” o “no sabes hacer nada bien”, esa ya es una violencia, aunque es verbal, pero ya es una violencia, y pues de todo tipo hay violencia, que a la mejor nosotras ya sabemos, o nosotras ya lo percibimos un poquito mejor, pero hay gente que no, que es como dijo mi compañera, es natural, para muchas mujeres es natural el que me digan “que no sé hacer nada”, o el que le digan “es que tú no sabes, no sirves para nada” lo ven natural, y si alguien les pregunta ¿sufres de alguna violencia?, no, yo de ninguna, ¿porqué? Porque es natural, porque asíehhhh así esa fue la creencia que nos dejaron desde antes que teníamos que ser obedientes y es lo que hacen muchas, es que yo no obedecí, por eso me están....me dicen que no sirvo para nada, o yo no hice bien lo que tenía que hacer pero pues si en todas yo sé, y yo pienso que en todas partes hay violencia, que no lo sabemos definir, esa es la cuestión.

85.-Bruno (Mazahua): Este pues para nosotros la violencia, ejercemos este tanto como los hombres y las mujeres también, ¿por qué? Porque a veces no se entienden entre la pareja y esto, si hay algunas mujeres que dicen, no pues denuncia a tu esposo, no, porque es mi cruz, así se maneja en las comunidades, que porque bueno su cruz se refiere a que ya se casaron y que no puede hacer esa denuncia, ajá, entonces este.. varios se cuentan los problemas así, pero así como pus ya se casaron, porqué lo voy a denunciar y no solamente ellos, sino también ya está escrito, buscar (no se escucha) manejan ellos en su control, y así dice, entonces, pues aunque lo quieran llevar estos temas, denúnciala, y luego este se le da la denuncia y nosotros allá le llevamos, te queman luego, luego, porque primero te piden el apoyo y después te dejan con el problema y ellos están felices, como si no pasó nada, regresan otra vez así a reconciliarse, se quedaron, todos los problemas se quedan en nosotros, como los promotores, como psicóloga, en

el caso de Lolilita, este pues todo eso hemos vivido pues, yo como promotor, (no se escucha) me quedo con ese problema.

86.-Entrevistadora: Y han detectado, ¿casos en que se haya presentado la violencia, se denuncia y regresan a estar juntos y nuevamente se haya presentado la violencia? Y ustedes ¿qué hacen, intervienen, ayudan, denuncian?

87.-Bruno (Mazahua): En este caso, pues si ella es la perjudicada y regresa a las misma, ¿qué hacemos nosotros? pues mejor ya no nos metemos porque nos deja ciertos problemas, por ejemplo, si es un hombre que lo denuncia, pues ese hombre agarra rencor con nosotros ajá, y ellos o la pareja pues, ella está feliz de la vida, y quien se queda ese rencor de problemas, ósea son bien rencorosos pues, y a nosotros nos queda eso, ya nomás nos cuidamos pues, entonces a veces como si quiere uno prevenir, pero como que no, porque si es muy duro en el camino, y como siempre nosotros siempre como promotor nos metemos en todos lados, buscar el apoyo, ya sea este.. por ejemplo, si le puso una herida, pues tenemos que buscar apoyo de económica o para un medicamento, de eso, todas esas cosas, a buscar ese apoyo, pero si no le da continuación también nosotros acá nos juzgan en la institución ¿por qué no cumplen? ¡Ajá! ¿por qué dejaron? pues ya se reconciliaron ¿qué quiere que haga? Y hasta ahí queda el problema ósea no hay una decisión fija, y no solamente en nosotros, en todo, en todo el país..... digamos ósea hemos sufrido en esos casos, es lo que está a mi alcance de lo poquito que he participado, eso es lo que visto en el camino, uno trata de enfocarse, pero también este.. pues le va mal, pues mejor hazte a un lado, no en todas, pero en algunos si, la gente.....(no se escucha) esa es mi participación.

88.-Entrevistadora: Bueno para concluir ¿Cómo cerraríamos desde nuestra percepción de manera muy personal, esta parte sobre sexualidad y cómo ha impactado en ustedes, en su vida, y cómo ha venido a modificarla, todo este conocimiento, que ustedes ahora ya conocen?

89.-Lolita (Mazahua): Pues para mí ha sido como....como ir sanando muchas cosas, este como el cada día sentirme mejor, y cada día este pues darme cuenta que voy superando algunas cosas y que me falta superar otras y que algunas cosas ya sanaron y que otras están por sanar, pero que en el camino así vamos, un día resolvemos una cosa y de pronto aparece otra, entonces siempre estamos como en ese constante crecimiento.

90.-Bruno (Mazahua): Si pues, en el camino es muy difícil, nos ponen una cerca y alcanzamos a brincar esa y nos vuelven a poner otra cerca, y pus.. es el camino de la vida que... que nos hace

crecer pues si podemos brincar la brincamos, y si no podemos pus.. nos quedamos atorados un buen rato, lo que dice la compañera en lo que se sana eso, ya se está presentando otros detalle y pero pues, es nuestra vida, no nos queda más que darle a delante y por eso se busca toda la información, en poquito en poquito se va este, pues superado pues de darle bien una solución no se puede.....si, en algunas si y en algunas no.

91.-Alberta (Mazahua): Ha sido un cambio que he empezado de conocimiento, de valoración, y como comentan los compañeros de sanar, pero también a la vez encontrar cosas que aun están por sanar, y pues es eso, reconocermme y valorarme.

92.-Epifania (Otomí): Ya ni sé que decir.

93.-Entrevistadora: Lo que salga de su corazón.

94.-Epifania (Otomí): Bueno, el camino ha sido difícil, pero no imposible, porque así como es difícil lo podemos hacer llevadero, que... hablando de lo imposible a la mejor se nos hace imposible, bueno, al menos a mí, se me hacía imposible, cuando yo entre aquí, ehhh en que cómo iba a reunir a mi grupo, porque no fue...a la mejor no fue nada fácil o la mejor fue fácil, pero uno tiene que saber sobrellevar las cosas y.... respecto a mí, pues he aprendido algo que yo no sabía, algo que nunca pensé en que yo iba llegar a darme cuenta o a saber que había alguien quien que me podía enseñar y con todas las compañeras pues he aprendido un poquito de cada quien, que a la mejor o todo, que ellas tienen una sabiduría más grande y yo no la tengo pero poquito y hay que dejar lo que no es para nosotros y quedarnos con lo que es para nosotros. Para mí, es eso.

95.-Virginia (Mazahua): Ya hasta me perdí, bueno yo a mí en lo personal siento que... pues a mí me ha servido bastante, porque he aprendido por ejemplo, a... en la parte emocional, en esa parte a mí, es una de las partes que pues me ha gustado mucho, he aprendido como a la mejor a manejar un poco más mis emociones y eso me ha ayudado en mi salud también porque esteee.. cuando yo pensaba que no era tan importante, ahora veo que de ahí derivan muchas cosas y estoy mentalmente bien esa parte; en lo sexual bueno, pues yo creo que también he aprendido a pues, pues que a veces, aunque no lo he llevado a la práctica tanto, pues que debemos atendernos nuestra salud, también primeramente para poder este... llegar a otras personas, antes tengo que ir yo, estar pensando, desgraciadamente siempre estamos pensando como en otra parte y luego

nosotros nos vamos quedando al último y bueno pues también como para llevarle a mi familia, el cómo debe ir aprendiendo a cuidarte, porque esto es importante para ti, entonces es la parte a mí en lo personal me ha servido bastante.

96.-Emelia (Mazahua): Esteee, pues yo coincido mucho con Lolita ¿no? yo creo que este, el estar aquí me ha servido mucho para poder sanar ciertas cosas que tenía, porque pues a veces me daba mucha pena hablar de sexualidad, incluso tener una relación con un hombre, ¿no? ósea de alguna manera tener, pues tenía muchos amigos, amistades, pero no es lo mismo tener una amistad que una pareja, entonces a veces este, pues si me costaba mucho trabajo, entonces he estado sanando cosas que yo no sabía que estaba mal, entonces el ir en los talleres, el ir aprendiendo pues ahorita ya me permite como hablar de ciertas cosas y sobre todo disfrutarlas, ¿no? a veces me daba pena y pues hablarlas y pues practicarlas mucho más, entonces ahorita pues estoy sanando ciertas cosas, estoy aprendiendo muchas cosas y pues como también lo comenta doña Vicky ¿no? si yo no estoy bien, cómo puedo enseñarle a las otras personas lo que yo veo mal, ¿no? entonces a veces hablar de... sexualidad o sexo pues me daba pena, pues yo como poder hablar a las demás personas, a las demás mujeres cuando a mí me daba pena hablar de esos temas, entonces pues ir sanado, ¿no? ir viendo que me falta para poder sanar eso y poder empezar a ver las formas de poder transmitir lo que yo sé a otras personas, pero también respetando sus creencias, entonces si este, si he aprendido, si he sanado muchas cosas, el estar aquí, el aprender otras cosas que no sabía y aceptarlas también y entonces eso es importante para mí.

Fotos de la Casa de la Mujer Indígena Mazot Dexi-Deetta A.C.

Foto 1. Casa de la Mujer Indígena.



B S de R, 2016

Foto 2. Interior de la CAMI.



B S de R, 2016

Foto 3. Interior de la CAMI.



B S de R, 2016

Foto 4. Mapa de actores locales.



B S de R, 2016

Foto 5. Forma de organización CAMI.



B S de R, 2016

Foto 6. Decálogo de autocuidado



B S de R, 2016

Foto 7. Reunión de inicio de año.



B S de R, 2016

Foto 8. Reunión inicio de año



B S de R, 2016

Foto 9. Talleres de acompañamiento.



B S de R, 2016

Foto 10. Taller de acompañamiento



B S de R, 2016

Foto 11. Talleres de acompañamiento



B S de R, 2016

Foto 12. Talleres de acompañamiento



B S de R, 2016

Foto 13. Firma de convenio CAMI-IMZ



B S de R, 2016

Foto 14. Recorrido de área



B S de R, 2016

Foto 15. Recorrido por la CAMI



B S de R, 2016

Foto 16. Equipo CAMI



B S de R, 2016