

Entre silencios y violencias: vivencias comunitarias en torno a la salud sexual y reproductiva en Poconichim, Chenalhó

Between silence and violence: community experiences surrounding sexual and reproductive health in Poconichim, Chenalhó

Carmen Sánchez Andrés*

<https://doi.org/10.31644/HT.06.11.2026.A56>

Recibido: 23/09/2025 • Aceptado: 16/12/2025

Publicado: 23/01/2026

Resumen

Este estudio analiza los conocimientos, experiencias e inquietudes en torno a la salud sexual y reproductiva en la comunidad de Poconichim, municipio de Chenalhó, Chiapas, México. La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo que integró técnicas conversacionales, documentales y bibliográficas con diversos/as agentes vinculados/as a la comunidad. Los hallazgos evidencian carencias de información, vivencias negativas y preocupaciones persistentes relacionadas con la sexualidad, la menstruación, el placer femenino, los estereotipos y las desigualdades de género. Se subraya la necesidad, expresada por la propia población, de profundizar en estos temas para comprender sus implicaciones en la vida cotidiana y avanzar en la erradicación de las violencias machistas estructurales que atraviesan la vida de las mujeres de la comunidad.

Palabras clave: violencia de género, estereotipos de género, menstruación, placer femenino, sexualidad femenina.

Abstract

This study analyzes the knowledge, experiences, and concerns related to sexual and reproductive health in the community of Poconichim, municipality of Chenalhó, Chiapas, Mexico. The research was conducted with a qualitative approach that integrated conversational, documentary, and bibliographic techniques, including life stories of various community agents. The findings reveal information gaps, negative experiences, and persistent concerns regarding sexuality, menstruation, female pleasure, as well as gender stereotypes and inequalities. The need, expressed by the population itself, to deepen these



* Máster en Salud Internacional y Cooperación en la Universidad Autónoma de Barcelona. Correo electrónico: carmensanchezandres99@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0354-4400>

topics is emphasized in order to understand their implications in daily life and to advance toward the eradication of structural gender-based violence that affects the lives of women in the community.

Keywords: gender violence, gender stereotypes, menstruation, female pleasure, female sexuality.

Introducción

La salud sexual y reproductiva constituye un ámbito central para comprender las desigualdades de género, las relaciones de poder y las condiciones de vida de las mujeres en contextos comunitarios. Más allá de la dimensión biomédica, involucra experiencias corporales, afectivas y reproductivas que se encuentran atravesadas por mandatos culturales, silencios históricos y violencias estructurales, especialmente en territorios marcados por procesos de colonización, marginación y desigualdad social

En los Altos de Chiapas persisten brechas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas. De este modo, la salud sexual y reproductiva se configura como un campo de tensiones en el que conviven mandatos de género, limitaciones estructurales de acceso a la salud y estrategias comunitarias de cuidado y resistencia (Rodríguez, 2000; Marcos, 2022).

Este artículo se centra en la comunidad de Poconichim, perteneciente al municipio de Chenalhó, Chiapas, con el objetivo de analizar las vivencias, conocimientos, inquietudes y preocupaciones en torno a la salud sexual y reproductiva de sus habitantes.¹ El problema de investigación radica en la escasa comprensión situada de cómo se vive, se significa y se experimenta la salud sexual y reproductiva en estas comunidades y, específicamente, en Poconichim.

De esta forma, se busca comprender las dificultades que enfrentan sus habitantes y las posibilidades de transformación existentes. La investigación pretende contribuir a los debates antropológicos y sociológicos sobre salud sexual y reproductiva en los Altos de Chiapas, así como aportar argumentos para repensar políticas y estrategias públicas y proponer acciones prácticas para la propia comunidad, considerando siempre las demandas de sus habitantes.

A partir de este trabajo se procura abrir camino a futuros análisis de género y territorio que consideren la experiencia de personas, en su mayoría mujeres, de una comunidad de los Altos de Chiapas. Se parte de la premisa de que la salud sexual y reproductiva no debe entenderse de manera universal, sino como un proceso profundamente anclado al territorio y condicionado histórica y culturalmente. El texto aporta un marco teórico que permite

¹ El artículo parte del trabajo final del Máster de Salud Internacional y Cooperación en la Universidad Autónoma de Barcelona cuyo título es: “Estudio cualitativo descriptivo sobre vivencias, conocimientos, inquietudes y percepciones en materia de salud sexual y reproductiva de la población de Poconichim, Chiapas, México”. Para ello se contó con el apoyo de Sanando Heridas A.C.

repensar la forma en que se describen las violencias que atraviesan las mujeres en una comunidad indígena de Chiapas y comprender sus vivencias corporales, afectivas y reproductivas de manera situada.

El presente documento se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta el marco conceptual; posteriormente, la metodología del estudio; a continuación, los principales hallazgos de la investigación y, finalmente, las conclusiones.

El concepto de salud sexual y reproductiva

Para contextualizar este estudio, es necesario entender a qué se refieren los términos salud sexual y reproductiva. Hablar de estos conceptos implica adentrarse en un terreno en el que se entrelazan creencias, violencias, vivencias e incluso silencios que atraviesan la vida de las personas. Se trata de una dimensión de la existencia humana vinculada con el cuerpo, los deseos, las normas culturales y las relaciones de poder. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (s.f.; 2017; 2018), la salud sexual y reproductiva no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que supone un estado integral de bienestar físico, mental y social. Este incluye el derecho a vivir experiencias sexuales seguras, libres de coerción y discriminación, así como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la reproducción: si tener o no hijas e hijos, cuándo y con qué frecuencia.

Desarrollo histórico y sociopolítico de la salud sexual y reproductiva en Chiapas

En los Altos de Chiapas, región donde se ubica Poconichim, la salud sexual y reproductiva se ha configurado como un campo atravesado por una larga historia de tensiones y desigualdades persistentes. Para comprender su estado actual, resulta necesario remontarse a los procesos de colonización de los últimos cinco siglos. Durante este periodo, los colonizadores impusieron estructuras sociales, económicas y religiosas que transformaron las formas de organización comunitaria. El cristianismo consolidó un modelo patriarcal que promovía la castidad, la sumisión y el control del cuerpo de las mujeres (Rodríguez, 2000; Marcos, 2022).

A lo largo del tiempo, estas formas de represión se naturalizaron, generando una cultura de silencios en torno a la sexualidad y al placer femenino. Hablar del deseo o del cuerpo de las mujeres quedó relegado a los márgenes del discurso público. No fue sino hasta la década de 1970 cuando estas cuestiones comenzaron a replantearse con mayor fuerza en la agenda pública mexicana. Un hecho clave fue la celebración en Ciudad de México de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, organizada por Naciones Unidas en 1975, que colocó el tema en el centro del debate social y político (Naciones Unidas, 2022).

Los avances y cuestionamientos de este periodo dieron lugar a la Ley General de Población (1974), que legalizó los servicios de planificación familiar, y a la reforma del artículo 4º constitucional, mediante la cual se reconoció formalmente la igualdad de género en México (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1974). Sin embargo, estos avances legislativos se encontraban ampliamente descontextualizados de las realidades de las mujeres chiapanecas, cuyos contextos distaban de las normativas diseñadas por el Estado.

Investigaciones como *La luz enterrada* (Elu de Lereño, 1993) y *Morir en Chenalhó* (Enciso, 2000) evidenciaron que la mortalidad materna no constituía únicamente un problema de salud, sino una expresión de profundas desigualdades sociales reflejadas en la falta de acceso a servicios sanitarios, la marginación, la discriminación y la violencia estructural contra las mujeres. Frente a este panorama, mujeres indígenas del estado articularon procesos organizativos propios para defender sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la Ley Revolucionaria de Mujeres (Órgano Informativo del EZLN, 1993; Cruz, 2024).

Datos actuales de la salud sexual y reproductiva en Chiapas

A pesar de los avances históricos y legislativos, la situación de la salud sexual y reproductiva en Chiapas continúa siendo crítica. Los datos más recientes reflejan las condiciones desfavorables que enfrentan las mujeres en la entidad. En 2002, el estado registró la mayor tasa de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en México (101,5) (INEGI, 2022), así como la mayor proporción de maternidad adolescente, con un 23,6 % de nacimientos en el grupo de 10 a 17 años (CONAPO, 2018). Asimismo, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares estima que el 48,7 % de las mujeres chiapanecas ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida (INEGI, 2021).

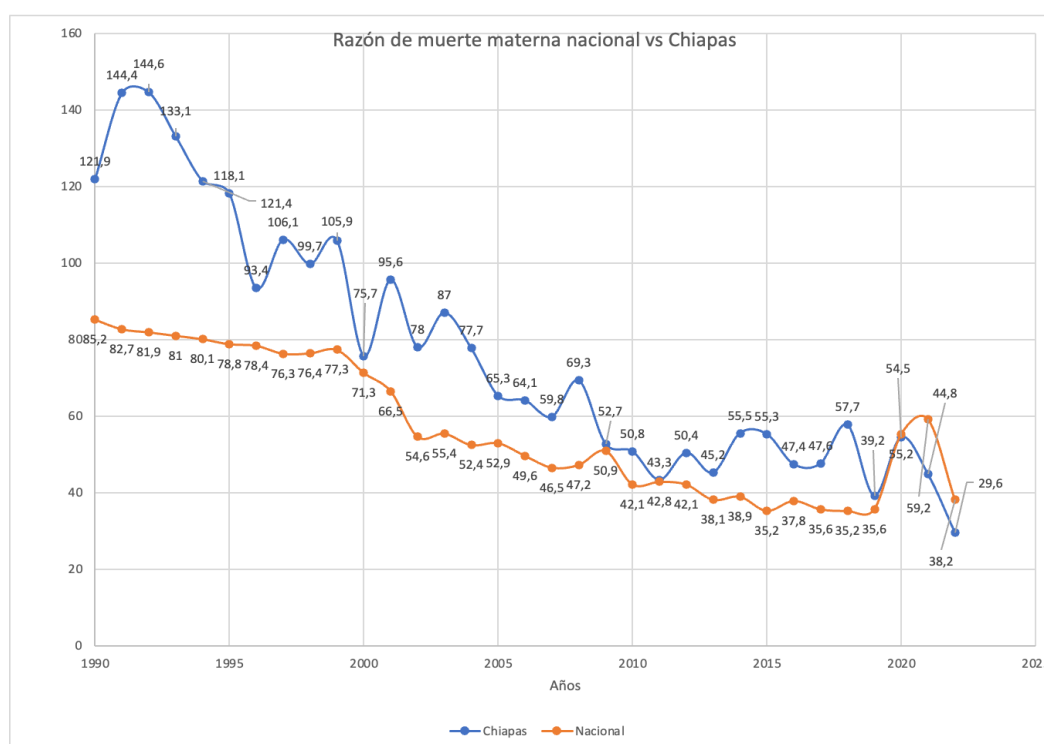
Un indicador particularmente preocupante es la mortalidad materna. Históricamente, Chiapas ha mantenido cifras superiores a la media nacional, lo que evidencia una brecha persistente en el acceso a servicios de salud, en la calidad de la atención y en las condiciones socioeconómicas que afectan a las mujeres del estado.

La gráfica 1 compara la razón de muerte materna en Chiapas con la media nacional entre 1990 y 2025, y evidencia una disparidad constante y significativa entre ambas. Asimismo, se observa una tendencia general a la disminución de las tasas tanto a nivel nacional como en Chiapas; sin embargo, la brecha entre ambos niveles se mantiene.

Este patrón indica que, si bien el país en su conjunto ha logrado avances en la reducción de la mortalidad materna, Chiapas continúa rezagada debido a factores como la insuficiente atención médica en áreas rurales, la persecución de parteras y las condiciones estructurales de pobreza, entre otros. Resulta especialmente llamativo el descenso inusual registrado en 2020. De acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna, este comportamiento requiere estudios más profundos para esclarecer sus causas, ya que no necesariamente refleja una mejora sostenible, sino que podría estar asociado a circunstancias excepcionales.

En síntesis, estos datos no representan únicamente cifras, sino que reflejan las múltiples condiciones estructurales que inciden en la vida de las mujeres y limitan su capacidad de decisión en materia de sexualidad y reproducción (INEGI, 1990-2022; Ramírez, 2013).

Gráfica 1: Razón de Muerte Materna Nacional vs Chiapas



Fuente: Elaboración propia a través de Microsoft Excel con los datos obtenidos en Sistema Nacional de Información de Estadística y Geografía (INEGI).

Aparte de los datos cuantitativos, la realidad cotidiana de las comunidades de los Altos de Chiapas muestra diversos obstáculos que limitan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos se encuentran la falta de traductores/as en los servicios sanitarios, la criminalización y persecución de las parteras (Araya, 2011), la ausencia de confidencialidad en las consultas, el escaso acceso gratuito a medicamentos, los matrimonios forzados y la persistencia del conflicto armado (Amoroz, 2011; Hernández et al., 2018).

Situación territorial y cultural de Poconichim

En este entramado se sitúa la comunidad de Poconichim, perteneciente al municipio de Chenalhó y localizada en los Altos de Chiapas, una de las regiones históricamente más marginadas del país. Se trata de una comunidad mayoritariamente indígena y de habla tzotzil (Medina, 2023). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), la población estimada es de 467 habitantes.

La comunidad se caracteriza por altos niveles de pobreza, desigualdad social y limitaciones estructurales en el acceso a servicios básicos (Medina, 2023). Estas condiciones configuran un escenario en el que las mujeres se encuentran atravesadas por múltiples formas de exclusión social, económica y de género.

De acuerdo con Medina (2023) y Fuentes (2021), las condiciones de vida se ven agravadas por la precariedad de los servicios de salud disponibles, la distancia geográfica a los centros médicos, la escasez de personal sanitario, la falta de afiliación a sistemas de seguridad social y la ausencia de atención cultural y lingüísticamente pertinente. Todo ello dificulta el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, escuchar las voces y narrativas de la población resulta fundamental para evidenciar la persistencia de estigmas que rodean la salud sexual y reproductiva. Estos se manifiestan en el desconocimiento sobre la menstruación y los métodos anticonceptivos, en la invisibilización del placer femenino y en la persistencia de la violencia de género. Al mismo tiempo, emergen estrategias comunitarias de resistencia y cuidado que cuestionan las visiones hegemónicas occidentales (Velasco, 2021; Vega y Moshan, 2023).

Metodología

Este estudio se enmarca en una investigación cualitativa descriptiva orientada a comprender las experiencias, inquietudes, conocimientos y percepciones en torno a la salud sexual y reproductiva en la comunidad de Poconichim, municipio de Chenalhó. La elección de una metodología cualitativa respondió a la necesidad de dar voz a la población sin reducir sus realidades a indicadores cuantitativos. La prioridad fue recoger testimonios, vivencias y prácticas cotidianas que permitieran comprender cómo se vive la salud sexual y reproductiva dentro de la comunidad.

La investigación se desarrolló entre octubre de 2023 y abril de 2024. Desde sus inicios, se adoptó una postura reflexiva respecto a la posición de la investigadora: mujer blanca, europea y descendiente de colonizadores, reconociendo los privilegios asociados y la posibilidad de reproducir miradas coloniales. El análisis se orientó desde un enfoque fenomenológico que reconoce el universo simbólico, religioso y la cosmovisión de la comunidad, con el fin de evitar interpretaciones desde una perspectiva occidental hegemónica.

Además, el proceso fue supervisado por una investigadora mexicana y los avances se discutieron con compañeras pertenecientes a distintas comunidades de los Altos de Chiapas. Este acompañamiento colectivo permitió un diálogo intercultural entre perspectivas diversas.

La muestra incluyó a personas vinculadas con la comunidad de Poconichim: seis promotoras y tres promotores de salud locales, dos mujeres de la comunidad y la médica de la organización Sanando Heridas A.C., quien brindaba atención a la población.

Entre las/os promotoras/es se encontraban jóvenes de 16 a 21 años — mayoritariamente artesanas y cafecultores, solteros/as o recién casados/as— y personas adultas de 30 a 48 años con hijas e hijos a su cargo. Las dos mujeres entrevistadas tenían 26 y 30 años, estaban casadas y se desempeñaban como artesanas; una de ellas se encontraba embarazada durante el trabajo de campo. La médica tenía 28 años, era originaria de Comitán y trabajaba con Sanando Heridas A.C.

Esta diversidad de perfiles enriqueció la investigación y permitió obtener una perspectiva amplia de las dinámicas sociales y culturales relacionadas con el tema de estudio (véanse tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1. Promotores/as de salud de Poconichim

Participante s	Sexo	Edad	Localización	Situación Civil	Hijos/As	Trabajo
Participante 1	Femenino	16	Poconichim	Casada	0	Artesana
Participante 2	Femenino	18	Poconichim	Soltera	0	Artesana. Actualmente, trabaja cuidando a un adulto mayor enfermo en San Cristóbal de las Casas
Participante 3	Femenino	18	Poconichim	Soltera	0	Artesana
Participante 4	Masculino	16	Poconichim	Soltero	0	Cafeticultor
Participante 5	Femenino	34	Poconichim	Casada	2	Artesana
Participante 6	Femenino	17	Poconichim	Soltera	0	Artesana
Participante 7	Masculino	21	Poconichim	Soltero	0	Cafeticultor. Actualmente, migró y trabaja de jornalero.
Participante 8	Femenino	34	Poconichim	Casada	0	Artesana
Participante 9	Masculino	48	Poconichim	Casado	5	Cafeticultor y auxiliar del IMSS bienestar.

Fuente: Elaboración propia con información recogida durante la investigación realizada entre los meses de octubre de 2023 y abril de 2024.

Tabla 2: mujeres participantes en entrevistas sobre historia de vida de Poconichim

Participantes	Sexo	Edad	Localización	Situación Civil	Hijos/as	Trabajo
Participante 10	Femenino	26	Poconichim	Casada	1	Artesana
Participante 11	Femenino	30	Poconichim	Casada	2 y embarazada	Artesana

Fuente: Elaboración propia con información recogida durante la investigación realizada entre los meses de octubre de 2023 y abril de 2024.

Tabla 3: Médica y educadores/as de Sanando Heridas

Participantes	Sexo	Edad	Localización	Situación civil	Hijos/as	Trabajo
Participante 12	Femenino	28	Comitán	Casada	0	Hospital en San Cristóbal de las Casas

Fuente: Elaboración propia con información recogida durante la investigación realizada entre los meses de octubre de 2023 y abril de 2024.

Acceso al campo y criterios de inclusión

El acceso a la muestra de estudio se realizó a través de Sanando Heridas A.C., organización con la que la investigadora colaboró en diversas actividades educativas. La participación en estas iniciativas facilitó la construcción de vínculos de confianza con las y los promotores de salud, quienes manifestaron interés en la investigación y aceptaron participar. A partir de este primer contacto se incorporó a la médica de la organización y, mediante la estrategia de bola de nieve, fue posible realizar historias de vida con dos mujeres de la comunidad.

La participación se definió a partir de criterios de inclusión básicos: residir en Poconichim o mantener una relación activa con la comunidad durante al menos un mes. Se priorizó a personas mayores de 16 años, considerando el nivel de madurez asociado a esta edad. Asimismo, dado que la investigación se llevó a cabo en español, se incluyó a quienes podían comprenderlo, incluso si no lo hablaban con fluidez; en estos casos se recurrió a traducciones solidarias dentro de los grupos focales. Se excluyó únicamente a quienes no comprendían el idioma o no deseaban colaborar en el estudio.

Con el fin de garantizar el rigor científico, además de la reflexividad y la revisión por analistas externas, se implementó la triangulación de técnicas cualitativas para la recolección de datos. En consecuencia, se emplearon técnicas conversacionales, específicamente grupos focales, orientados a facilitar el diálogo entre promotoras y promotores sobre sus percepciones en torno a la salud sexual, y entrevistas semiestructuradas. Estas últimas combinaron el uso de una guía temática con la flexibilidad necesaria para dar cabida a temas emergentes.

Asimismo, se integraron historias de vida, lo que permitió visibilizar cómo los problemas relacionados con la salud sexual impactan en la vida de las mujeres de la comunidad. De igual forma, se utilizaron técnicas documentales, entre ellas el ejercicio de “dibujo-diálogo”, mediante el cual las y los promotores de salud expresaron sus conocimientos sobre el aparato reproductor femenino, y un “buzón anónimo” donde registraron sus inquietudes en materia de salud sexual y reproductiva.

El análisis de la información se desarrolló en distintas fases. En primer lugar, se transcribieron las grabaciones y se revisaron reiteradamente para garantizar su fidelidad. Posteriormente, se realizó una lectura exploratoria de las transcripciones y se subrayaron los fragmentos que aportaban información relevante para la temática. La codificación y categorización se llevaron a cabo de manera inductiva: se generaron códigos iniciales a partir de palabras y expresiones de las personas entrevistadas, los cuales se registraron en documentos digitales y posteriormente se agruparon en categorías y subcategorías.

Las categorías emergieron de forma progresiva y no fueron definidas a priori, sino que surgieron durante la lectura de los testimonios. Su selección se basó en la recurrencia y en su relevancia teórica dentro del campo de la salud sexual y reproductiva.

El proceso interpretativo consistió en comparar las categorías entre sí y analizar su articulación con las percepciones, conocimientos e inquietudes expresadas por las personas participantes. Este procedimiento permitió identificar patrones comunes y elaborar una

HorizonTes Territoriales, Vol. 6, Núm. 11, enero-junio 2026. Págs. 1-17. ISSN: 2683-2895.

comprensión situada de sus experiencias. Cabe señalar que no se utilizó software cualitativo para el procesamiento de los datos; se optó por un análisis manual.

La investigación se condujo bajo criterios éticos acordes con el respeto a las personas participantes. Todas firmaron un consentimiento informado que garantizaba la confidencialidad y el resguardo de los datos. Asimismo, el estudio contó con la aprobación interna de la organización Sanando Heridas A.C., lo que aseguró que el trabajo se desarrollara en consonancia con las dinámicas comunitarias y con un compromiso explícito hacia la protección de la población involucrada.

En conjunto, estas decisiones metodológicas permitieron situar a la población participante en el centro del análisis.

Desarrollo de argumentos y resultados

Los hallazgos de esta investigación revelan conocimientos, vivencias e inquietudes en torno a la salud sexual y reproductiva en Poconichim. Estos resultados, sustentados en los testimonios recogidos, dan cuenta de un proceso histórico y social atravesado por silencios persistentes y desigualdades de género de carácter intergeneracional. No obstante, también se encuentran atravesados por deseos de cambio y por diversas formas de resistencia.

En este sentido, más que presentar datos en un sentido estrictamente cuantitativo, este apartado propone un recorrido analítico por los cinco temas que emergieron con mayor recurrencia a lo largo de la investigación.

Menstruación que refleja miedos ante el desconocimiento

En la comunidad de Poconichim, hablar de la menstruación y, más aún, del aparato reproductor de las personas con vulva, no resulta sencillo. Una de las mujeres entrevistadas relató una infancia marcada por silencios y por la ausencia de conversaciones sobre el aparato sexual. Lo que podría interpretarse como una experiencia aislada se ve desmentido por los resultados del ejercicio de dibujo-diálogo, en el que emergieron confusiones al momento de nombrar el aparato reproductor femenino. Así, los ovarios fueron identificados como «testículos» y el útero como «colchón de sangre».

Estas confusiones no parecen constituir errores fortuitos, sino más bien formas de nombrar aquello que nunca fue enseñado con claridad: un sistema de referencias metafóricas que alude al cuerpo sin explicarlo y que contribuye a perpetuar un conocimiento parcial del mismo.

De igual manera, la menstruación se encuentra rodeada de incertidumbre. La menarquia suele interpretarse en clave de amenaza: «me asusté cuando me llegó la menstruación, pensé que me moría, me enfermé» (mujer de Poconichim, 26 años). En la misma línea, otra mujer reconocía no saber qué utilizar para contener el sangrado: «cuando empezó mi menstruación... no sé qué utilizar, es que no me enseñaron» (mujer de Poconichim, 30 años). Estos relatos de miedo durante la primera menstruación refuerzan la

idea de que el sangrado no se percibe como un proceso fisiológico natural, sino como un evento que pone en riesgo la integridad corporal.

No obstante, la posibilidad de hablar sobre la menstruación varía según el estado civil de las mujeres. Durante un grupo focal, un promotor señaló: «si está casada, igual a su esposo le dice que está menstruando, pero si la muchacha tiene trece o catorce años... es privado» (promotor, 48 años).

Los cuidados transmitidos generacionalmente también emergieron en los grupos focales. Estos se centran en evitar cargar objetos pesados, no saltar y no consumir bebidas frías. La médica interpreta estas prácticas como cuidados culturalmente válidos, aunque con escasa vinculación con la salud fisiológica de las mujeres.

A pesar de estas limitaciones, el trabajo de campo también revela un interés explícito por aprender. En el buzón de dudas y sugerencias se registraron preguntas como: «¿Por qué la menstruación está relacionada con el sexo?» y «¿Por qué la menstruación es irregular?, ¿es una enfermedad o es normal?» (anónimos).

En consonancia con estos hallazgos, lo observado en Poconichim se conecta con lo documentado en otras comunidades de los Altos de Chiapas. Velasco Domínguez (2021) señala que la menstruación se encuentra rodeada de tabúes en estos contextos, lo que conduce a que muchas niñas enfrenten la menarquia con miedo y aislamiento. Asimismo, un diagnóstico participativo realizado por Sanando Heridas en nueve escuelas de la región determinó que el 18 % de las niñas y el 15 % de los niños consideran la menstruación una enfermedad (Vega y Moshan, 2023).

Cabe destacar que esta problemática trasciende el ámbito local. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022) advirtió que en México solo el 15 % de las niñas y adolescentes accede a información adecuada sobre la menstruación. Esto refuerza la idea de que la falta de educación menstrual es un problema de alcance nacional y no un fenómeno exclusivo de las comunidades indígenas.

Infecciones de transmisión sexual vistas como una amenaza lejana y la anticoncepción como urgencia inmediata

El conocimiento de las y los promotores de Poconichim sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) se concentra principalmente en el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que fue la única infección abordada durante sus capacitaciones en salud. En este contexto, la percepción generalizada presenta a las ITS como un problema distante, algo que «no ocurre» en la comunidad o que, en caso de ocurrir, permanece invisible. Por su parte, la médica reconoce la posibilidad de su existencia, aunque subraya su baja detección: «...las ITS, fíjate que sí las he tenido, no lo he visto en consulta... seguramente existen personas con VIH, pero no lo sabemos».

En consonancia con lo anterior, esta percepción de lejanía no es exclusiva de Poconichim. Diversas investigaciones en comunidades indígenas de México han documentado la misma tendencia: el VIH se percibe como una amenaza distante, lo que

debilita la percepción del riesgo (Juárez Moreno et al., 2021). Asimismo, un estudio realizado en los Altos de Chiapas evidencia que la falta de información sobre infecciones de transmisión sexual representa un problema recurrente en comunidades indígenas del país (Reartes, 2021). La convergencia entre estos hallazgos y lo observado en campo sugiere que la limitada información disponible, junto con el escaso acceso a pruebas diagnósticas, puede diluir la percepción de la necesidad de prevención en la población.

Frente a esta distancia percibida respecto a las ITS, la anticoncepción emerge como una preocupación inmediata. En el buzón anónimo, varias preguntas se centraron en cómo evitar embarazos no deseados: «¿qué puede hacer una mujer para tener relaciones sexuales sin quedar embarazada?» y «¿puede quedar embarazada una mujer al usar preservativo?» (anónimos). No resulta sorprendente que el énfasis comunitario recaiga en la prevención de embarazos tempranos en un estado como Chiapas, que históricamente presenta tasas elevadas de fecundidad y maternidad adolescente (INEGI, 2022; CONAPO, 2018), cuyas consecuencias son palpables en las trayectorias educativas, laborales y de movilidad de las mujeres jóvenes.

Sexualidad y placer encubierto entre sombras, mitos y violencias

El placer femenino suele quedar relegado a un segundo plano en las conversaciones de las personas de la comunidad. En los grupos focales se reconocen órganos vinculados al placer, como el clítoris y la vagina; sin embargo, rápidamente emerge un vacío en la experiencia y en la educación sexual. Este silencio refleja la ausencia de diálogo tanto en el ámbito familiar como en el escolar en torno a estos temas.

En el mismo grupo focal se señala que el consentimiento es necesario para la vivencia del placer: «El placer depende de cómo se siente uno... si es obligatorio creo que no hay... cuando uno lo agarra por la fuerza o tipo violación» (grupo focal). No obstante, se naturaliza que la primera relación sexual ocurra en la noche de bodas, sin preparación ni diálogo previo, lo que deriva en experiencias dolorosas y desconcertantes: «La primera relación sexual fue en la boda. Fue mala porque no sabía [...] fue dolorosa, mucho... no nos enseñan qué hacer en la relación sexual. Tenía miedo en la noche de bodas» (mujer de Poconichim, 30 años).

A esta falta de información se suman creencias locales que conceptualizan el deseo femenino como una anomalía. Una de ellas es la del «ojo»: «Cuando una mujer tiene deseo y no lo satisface [...] en la mujer empieza a salir el ojo por no tener una relación sexual» (promotor, 21 años). Esta creencia muestra cómo, en ausencia de educación sexual, se construyen explicaciones que refuerzan la idea de que el deseo femenino es peligroso si no se controla, sustituyendo el derecho al placer por el temor a la enfermedad. En consonancia con ello, otras investigaciones en los Altos de Chiapas subrayan la existencia de prohibiciones para hablar o incluso pensar la sexualidad, lo que limita la expresión del deseo erótico de las mujeres (Velasco, 2021).

En este escenario de silencios, la pornografía aparece como una de las principales fuentes de información para niñas, niños y adolescentes: «Los niños entran en internet y ven videos... entran en esa parte de pornografía. Y ellos aprenden esa parte» (promotor, 21 años). Este hallazgo no resulta aislado si se considera que México se ubica entre los países con

mayor consumo de pornografía (Rodríguez, 2023). La exposición temprana a contenidos que cosifican a las mujeres, sin mediación pedagógica ni comprensión crítica de la sexualidad, puede contribuir a la distorsión de las expectativas sexuales. Así lo expresa un promotor de Poconichim: «la gente observa que si ven ese niño tal vez cuando sea adulto va a ser un fanático sexual o un violador, porque esa información que recibe... no tiene capacitación, sino que entra directamente» (promotor, 21 años).

En relación con lo anterior, los resultados de otro proyecto de investigación muestran que jóvenes entrevistados perciben posibles efectos negativos del consumo de pornografía tanto en el desarrollo físico como en el cognitivo (Amortegui et al., 2023).

Mandatos de género que se heredan

La división sexual del trabajo se presenta como un sentido común naturalizado: «trabajo en la costura porque es fácil, el campo es difícil, así me dijo mi papá, así quiso mi papá» (mujer, 26 años). Esta naturalización organiza la distribución del trabajo y las trayectorias de vida: ellas se sitúan en el ámbito doméstico y ellos en el agrícola, con el añadido de que el trabajo masculino se asocia con prestigio y poder, mientras que el femenino tiende a invisibilizarse.

La misma lógica atraviesa la herencia de la tierra: «Creo que la repartición de tierras no es igual, mi papá no nos dio igual. A los hombres les dieron el doble y a las mujeres la mitad» (mujer, 30 años), así como las oportunidades educativas: «mi papá llevó a estudiar a mi hermano y no quiso. A él sí le dio oportunidad» (mujer, 30 años).

Estos patrones no son exclusivos de Poconichim. Estudios realizados en comunidades cercanas, como Zinacantán, muestran que estos mandatos de género se reproducen de manera persistente (Penagos et al., 2021). Asimismo, investigaciones sobre derechos sexuales y reproductivos advierten que no se trata simplemente de prácticas culturales o tradiciones, sino de estereotipos de género que reproducen desigualdades con gran eficacia al instalarse en la vida cotidiana y legitimarse como un orden natural (Hernández et al., 2018).

Estructuras sociales que perpetúan la violencia de género

La violencia contra las mujeres ha sido el eje que con mayor fuerza atraviesa esta investigación. Los testimonios recogidos dan cuenta de un amplio abanico de violencias; físicas, sexuales, psicológicas y estructurales, que se manifiestan en prácticas como los golpes en el ámbito doméstico, la imposición de relaciones sexuales bajo la figura de la «obligación conyugal», el control de la movilidad, de las amistades y de la educación, así como la presión para forzar embarazos sucesivos con el fin de «parir un varón».

Las consecuencias de estas violencias se expresan tanto en malestares físicos como emocionales (cefaleas, gastritis, tristeza, cansancio) y en pensamientos marcados por la desesperanza: «Creo que, si no hubiera nacido, el mundo sería mejor» (mujer, 26 años). Este panorama se articula con los datos del INEGI (2021), que indican que casi la mitad de las mujeres en Chiapas ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida.

El estudio muestra, además, cómo estas violencias se normalizan desde edades tempranas. Una mujer relató que su padre maltrataba a su madre, mientras que otra afirmaba: «En la comunidad golpean a las mujeres, sí. Pero a veces las mujeres no dicen nada... lo aguantan» (mujer, 30 años). A estas formas de violencia física se suman las sexuales, en las que se evidencia la ausencia de consentimiento. En los grupos focales se expresó que «cuando el hombre dice que sí, se tiene la relación sexual, aunque la mujer no quiera porque es su obligación» (promotores/as), lo que refleja cómo la “obligación conyugal” prevalece sobre el derecho de las mujeres a decidir.

Otra forma de violencia emerge en la presión masculina por tener hijos varones. En Poconichim se narran casos de mujeres obligadas repetidamente a embarazarse hasta el nacimiento de un hijo hombre. La médica lo ilustra del siguiente modo: «una señora que llevaba diez hijos estaba esperando al hombre... tuvo al varón y por alguna razón él murió. Probablemente la van a forzar a tener otro y, si sale niña, pues va a seguir y ella no tiene decisión» (médica, 28 años). Más que un caso aislado, esta dinámica responde a mandatos comunitarios que sitúan a las mujeres en posiciones de subordinación.

El control masculino también se expresa en la restricción de la movilidad y del acceso a la salud. Algunas mujeres señalaron que sus esposos les prohíben acudir a consulta, lo que limita el acompañamiento médico en temas críticos de salud sexual y reproductiva. Del mismo modo, se reportaron restricciones en las amistades «Algunos esposos ya no quieren que tengas amigos, lo prohíben» (mujer, 26 años) y en la continuidad educativa «No se puede casarte y seguir estudiando... hay que atender al marido» (mujer, 30 años). Estas prácticas de aislamiento refuerzan la dependencia y reducen las posibilidades de las mujeres de construir redes de apoyo. Otros dispositivos de violencia mencionados incluyen la poliginia «mi padre tenía dos mujeres, me dolía mucho tener dos madres» (mujer, 26 años) y el matrimonio tradicional sin consentimiento pleno de la mujer.

Los efectos de estas violencias se reflejan de manera directa en la salud física y mental. Una mujer vinculaba sus malestares al trato recibido por su esposo: «sí, tengo gastritis, náuseas, dolor de cabeza... porque mi marido no me trata bien», junto con procesos de autoatribución del sufrimiento: «yo estoy un poco floja, cuando me maltrataban me enojaba mucho» (mujer, 26 años). Estos relatos coinciden con la literatura existente sobre violencia de género, que documenta sus efectos devastadores en el bienestar emocional, la autoestima y la salud integral de las mujeres (Floriano, 2022).

En Poconichim también emerge una conciencia crítica sobre la jerarquía de género predominante: «En la comunidad es así, que los hombres tienen mayor valor que las mujeres... ellos creen, pero creo que no es así. Todos tenemos derechos, sí, hombres y mujeres» (mujer, 30 años). Al mismo tiempo, se expresa el anhelo de un mundo sin feminicidios: «El mundo sería mejor sin la violencia... como matan a muchas mujeres en las calles, si no hubiera así hombres malos, estaría mejor el mundo... porque hay muchas mujeres que se pierden, que las matan» (mujer, 30 años).

Estas voces muestran que la problemática no se percibe únicamente como violencia en el ámbito doméstico, sino como parte de un entramado más amplio de violencias estructurales que atraviesan la vida de las mujeres. Por ello, la población considera importante impulsar procesos educativos desde la infancia. Según la médica, esta formación debe involucrar tanto a hombres como a mujeres con el fin de generar conciencia sobre el consentimiento y los derechos individuales en las relaciones sexuales.

Incluso en los márgenes de la desigualdad emerge una conciencia sobre la necesidad de transformación, que sitúa la educación en igualdad y la construcción de relaciones libres de violencia como horizontes prioritarios.

Conclusiones

El estudio realizado en Poconichim permitió explorar las necesidades, percepciones, prácticas y vivencias en torno a la salud sexual y reproductiva desde una mirada situada y anclada al territorio. Más que ofrecer respuestas concluyentes, esta investigación se centró en dar voz a las personas participantes, identificando vacíos de información, miedos y resistencias, pero también deseos de aprendizaje y de transformación de la realidad.

Los resultados muestran que los silencios en torno a la menstruación, la sexualidad y el placer, así como la normalización de los mandatos de género y de la violencia, no son fenómenos aislados, sino que se sostienen en estructuras sociales que inciden profundamente en la vida de las y los habitantes. En este sentido, la validez de los hallazgos se apoya en la consistencia entre lo observado en campo y la evidencia bibliográfica revisada, lo que permite afirmar que se trata de dinámicas compartidas en los Altos de Chiapas y no de situaciones excepcionales de la comunidad estudiada.

Asimismo, el trabajo con voces y técnicas diversas posibilitó una triangulación que refuerza la fiabilidad de los resultados: los relatos de mujeres de la comunidad, las percepciones de promotoras y promotores de salud y las observaciones de la médica se entrelazaron para ofrecer un panorama amplio y situado.

No obstante, el estudio presenta limitaciones metodológicas que deben ser consideradas, entre ellas el tiempo restringido de trabajo de campo, las barreras lingüísticas y culturales, las interrupciones durante las entrevistas y la ausencia de informantes clave, como la partera comunitaria.

Igualmente, la escasez de investigaciones previas en Poconichim obligó a contrastar los hallazgos con estudios de comunidades vecinas, lo que aporta un marco de comprensión regional, aunque no estrictamente comunitario. A ello se suma que el contexto de violencia asociada al narcotráfico en Chiapas interfirió en los desplazamientos y obligó a modificar parte del plan de trabajo. Estas condiciones delimitan el alcance del estudio y recuerdan que toda investigación en terreno se construye en contextos de incertidumbre.

Las aportaciones de este trabajo trascienden el ámbito académico. Su principal consecuencia práctica fue contribuir a los procesos de capacitación en salud sexual y reproductiva en la comunidad mediante el diseño de materiales pedagógicos y de una guía educativa. Estos insumos fueron presentados a las y los educadores de Sanando Heridas A.C.,

quienes posteriormente adaptaron los talleres a la lengua tzotzil con el objetivo de implementarlos junto con promotoras y promotores comunitarios y con las mujeres participantes en las historias de vida.

En este sentido, la aplicabilidad del estudio se refleja en su capacidad para impulsar procesos formativos que responden a las necesidades expresadas por la comunidad, evitando la imposición de programas externos homogéneos y descontextualizados. Asimismo, la experiencia abre la posibilidad de expandir este tipo de iniciativas a otras comunidades de la región, integrando de manera central la perspectiva intercultural y de género.

En suma, el trabajo no solo documenta las realidades de Poconichim, sino que también aporta insumos para la acción, al mostrar que la investigación cualitativa, cuando se ancla al territorio y se construye de forma colaborativa, puede convertirse en un motor para procesos de reflexión crítica y transformación comunitaria.

Bibliografía citada

- Amoroz Solaegui, I. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. *Pueblos y fronteras digital*, 6(11), 8-37.
- Amortegui Prada, L. F., Ríos Aguirre, S., y López, A. S. (2023). *El impacto de la pornografía en el desarrollo juvenil*. [Tesis de maestría]. Institución Educativa Madre María Mazzarello. Recuperado de <http://netboardme-cf1.s3.amazonaws.com/published/171899/files/8f44192f131f16ad96eb53fb3a3f82ec.pdf>
- Araya, M. J. (2011). *Parteras indígenas: Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2009). *Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. Gobierno Federal. Recuperado de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Estrategia-Integral-para-Acelerar-la-Reducción-de-la-Mortalidad-Materna-en-México.pdf>
- Consejo Nacional de Población (2018). *Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas, por características a nivel nacional y entidad federativa, 2014 y 2018*. Ciudad de México: CONAPO.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1974, 31 de diciembre). Artículo 4. *Diario Oficial de la Federación*.
- Cruz, M. L. (2024). *Las mujeres en los movimientos indígenas de México: Nuevas rutas para transformar el poder*. AWID. Recuperado de https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/cambiando_el_mundo_-_mujeres_en_los_movimientos_indigenas_de_mexico.pdf
- Ela de Lereño, M. C. (1993). *La luz enterrada: Estudio antropológico de la muerte materna en Tlaxcala*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Enciso, G. F. (2000). *Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Floriano Valerio, L. A. (2022). *Conducta suicida en mujeres víctimas de violencia de género: Revisión sistemática* [Tesis de licenciatura en Psicología]. Universidad César Vallejo. Recuperado

- de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/84113/Floriano_VLA-Reyes_VJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fuentes Saavedra, N. (2021). *Reporte final de servicio social: Plaza en Sanando Heridas, A.C. en la región de los Altos de Chiapas, México (enero–diciembre 2021)* [Reporte no publicado]. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Licenciatura en Medicina.
- Hernández López, M. F., Ramírez Frago, M., Muradás Troitino, M. C., y Mejía Paillés, G. (2018). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020: Área geográfica*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=070260036>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. Chiapas: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2022). *Estadística de nacimientos registrados 1990-2022*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx>
- Juárez Moreno, M., López Pérez, O., Raesfeld, J., y Durán González, R. E. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde e Sociedade*, 30(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/m9JtffssN4CpZRmk3mcdpTq>
- Marcos, S. (2009). *Curas, diosas y erotismo*. Recuperado de <https://sabiduriadelasdiosas.wordpress.com>
- Marcos, S. (2022). *Mujeres indígenas, rebeldes y zapatistas*. Ciudad de México: Ediciones y Gráficos Eón.
- Medina Murillo, C. (2023). *Reporte final de servicio social: Sanando Heridas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas (1 de agosto de 2022–31 de julio de 2023)* [Reporte no publicado]. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Licenciatura en Medicina.
- Naciones Unidas (2022). *Las mujeres en México luchan para que la menstruación deje de ser un tabú*. Noticias ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2022/01/1502512>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud sexual*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Órgano informativo del EZLN (1993). *El despertador mexicano*. Edición Perenne. Recuperado de <https://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/7CRumbo/1993EDM.html>
- Penagos Aguilar, G., Miranda Juárez, S., Ramírez Iñiguez, A. A., y Martínez Ortega, J. I. (2021). Construcción de mandatos de género en niñas de preescolar en Zinacantan, HorizonTes Territoriales, Vol. 6, Núm. 11, enero-junio 2026. Págs. 1-17. ISSN: 2683-2895.

- Chiapas. *Sociedad e Infancias*, 5(2), 99–110. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/77811>
- Ramírez Rojas, M. G., y Freyermuth Enciso, M. G. (2013). Atención de emergencias obstétricas a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional: Entrevistas a usuarias beneficiadas. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 18(3), 100–103.
- Reartes, L. D. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, 35, 93–112. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n35/n35a5.pdf>
- Rodríguez Shadow, M. J. (2000). *La mujer azteca* (4ª ed.). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Rodríguez, A. (2023, 14 de febrero). México, el quinto país del mundo que más porno consumió en 2022. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/mexico/2023-02-14/mexico-el-quinto-pais-del-mundo-que-mas-porno-consumio-en-2022.html>
- Sanando Heridas (2024). *Unidos preservando la salud*. Recuperado de <https://www.sanandoheridas.org.mx/public/donaciones/index.html>
- Vega, M., De la Torre, M., y Moshan, T. (2023). *Diagnóstico participativo: Salud e higiene menstrual para niñas y adolescentes indígenas*. Sanando Heridas.
- Velasco Domínguez, M. L. (2021). Cambios y permanencias en las experiencias sexuales de tres generaciones de mujeres indígenas de los Altos de Chiapas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 1–20. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S239591852016000200154&script=sci_arttext