



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

**TRAYECTORIAS SEXUALES Y RIESGO DE ITS/VPH
EN MUJERES ADULTAS DE LA DELEGACIÓN
VENUSTIANO CARRANZA EN LA CIUDAD DE
MÉXICO**

Tesis presentada por

NANCY PEDRAZA CORPUS

Para optar por el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Directora de tesis

DRA. FÁTIMA JUÁREZ CARCAÑO



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

Constancia de aprobación

Director de tesis:

Dra. Fátima Juárez Carcaño.

Aprobada por el Jurado Examinador:

Dra. Fátima Juárez Carcaño

Dra. Marta Caballero García

Dr. René Leyva Flores

Dra. Cecilia Inés Gayet

DEDICATORIAS

A mis padres, quienes con su amor y ejemplo me han impulsado a seguir luchando

A mi esposo, compañero de vida y mi gran amor

A mis hermanos, mis primeros y mejores amigos

A mis suegros y cuñado, por su apoyo y compañía

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a las mujeres que me brindaron la oportunidad de escuchar sus experiencias, quienes con sus relatos conformaron la información para llevar a cabo este análisis.

A mi directora de tesis la Dra. Fátima Juárez Carcaño por su invaluable apoyo, guía y comprensión para que esta tesis concluyera exitosamente.

A la Dra. Marta Caballero por su entusiasmo y dedicación para acompañarme en el proceso de la encuesta y de la confección del capítulo de servicios de salud.

Al Dr. René Leyva por sus acertadas recomendaciones sobre la forma de acercarse a la Jurisdicción Sanitaria y la elaboración de la sección que permitió la evaluación de los servicios de salud.

A la Dra. Cecilia Gayet, antes que nada, por su amistad y solidaridad que me han fortalecido en los últimos años, así como por sus valiosos comentarios y su lectura crítica que mejoró la última versión de este trabajo.

A los responsables de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, por darme la oportunidad de conocer su trabajo y permitirme acercarme a población para recabar la información que se requería para el análisis.

A todo el equipo que hizo posible la recolección de los datos, Al personal de salud, médicos y enfermeras, quienes colaboraron de forma entusiasta y comprometida en la selección de la muestra. Así como a las encuestadoras, quienes aportaron mucha dedicación y sensibilidad para acercarse a las mujeres y ganar su confianza.

A mi familia por ser mi fortaleza, mi refugio y mi principal motivación para seguir adelante.

A mi esposo, por su apoyo y amor incondicional, que me impulsa a continuar en la lucha.

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema importante de salud pública, debido al profundo impacto que tienen en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y a la fuerte carga que el tratamiento de sus consecuencias implica para el sistema de salud. El desarrollo de este trabajo tuvo por objetivo ampliar la información sobre los comportamientos sexuales de las mujeres adultas que viven en la Ciudad de México, y la relación que estos guardan con la presencia de la infección por VPH y otras ITS dentro de la historia sexual y de parejas. Se entiende que la presencia o ausencia de la infección y sus consecuencias son producto de un proceso y al mismo tiempo el resultado de la interacción de la pareja.

Debido a que se buscaba una comprensión histórica de la presencia de displasias en la trayectoria de las mujeres, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo que implicó el diseño, levantamiento y análisis de una encuesta retrospectiva que se denominó “*Encuesta de Historias Sexuales en Mujeres Adultas del Distrito Federal, 2010*”¹ que colectó la biografía sexual de las encuestadas, particularmente elementos del contexto de las relaciones de parejas, como la primera pareja sexual, la última, la penúltima y las parejas concurrentes, asimismo recuperó parte del contexto material y personal de la mujer, como autoestima, autocuidado e información sobre infecciones de transmisión sexual. Esta es la primera vez que se obtiene este tipo de información en México y que se puede analizar el contexto de las relaciones de pareja y la trayectoria sexual de las mujeres adultas.

La encuesta recopiló exitosamente 790 cuestionarios de mujeres de 18 a 49 años que acudían a los servicios de Salud de la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza, en dos unidades de Salud, la Clínica de Displasias del C. de Salud T-III Beatriz Velazco de Alemán y el C. de Salud T-III Dr. Juan Duque Estrada. El diseño de la investigación tuvo por objetivo formar dos grupos de mujeres. Las primeras, quienes tenían un diagnóstico positivo de displasia cervical asociada a VPH y las segundas como grupo de comparación, mujeres que acudían a realizarse el

¹ El levantamiento de la Encuesta fue posible gracias a los fondos otorgados por El Colegio de México y The Population Council, este último fue gestionado por la Dra. Fátima Juárez Carcaño en esa fecha.

Papanicolaou, sin un diagnóstico positivo de VPH u otra ITS. La muestra quedó conformada por 385 mujeres de la clínica de displasias y 405 del servicio de consulta general.

El marco teórico utilizado se conformó a partir de la construcción social de la sexualidad y el riesgo, que aportaron elementos para comprender el marco normativo que da sentido a los guiones sexuales que desarrollan las mujeres en la interacción con sus compañeros sexuales, así como la teoría de la interacción sexual, que permitió analizar el contexto de la relación de pareja y la perspectiva de curso de vida que posibilitó la comprensión del desarrollo y sentido de la trayectoria. Las herramientas estadísticas usadas para analizar la información fue el análisis descriptivo con pruebas de Chi cuadrada y la regresión logística.

Entre los resultados más sobresalientes de la investigación, tenemos que se encontró evidencia de que existen diferencias sociodemográficas entre las mujeres con y sin displasias. Esto sugiere que las desventajas asociadas a la pobreza, baja escolaridad y mayor edad, conforman un marco propicio para que las mujeres desarrollen displasias asociadas a VPH. Sin embargo, estas características no son el único factor que favorece la presencia de estas lesiones. Las decisiones individuales y el marco de oportunidad en el que se toman éstas, definen el desarrollo de las trayectorias sexuales. De esta manera la baja utilización de condón, el mayor número de compañeros sexuales y la percepción de que su pareja ha tenido parejas concurrentes incrementa las posibilidades de tener una displasia.

En cuanto a las trayectorias, se identificaron cuatro tipos de trayectorias a partir de la frecuencia de compañeros sexuales. El número de parejas sexuales es el elemento más importante en la acumulación de riesgos relacionados a la presencia de lesiones cervicales. Por lo que las mujeres con una trayectoria de pareja única presentan la menor proporción de casos de displasia. Las trayectorias analizadas estuvieron compuestas principalmente por parejas monógamas seriadas, con compañeros definidos como parejas estables, aunque la formalidad de la relación fue menor conforme aumentó el número de compañeros a lo largo de la historia. La presencia de condón fue relativamente baja en todas las trayectorias y está principalmente utilizado como método anticonceptivo, y conforme incrementó el número de parejas sexuales en las distintas trayectorias, hubo un aumento en su utilización. También a un mayor número de parejas sexuales hubo una mayor diversidad en el tipo de parejas que se elegían como compañeros sexuales,

mostrando una mayor complejidad de cursos de acción en el desarrollo de las trayectorias sexuales.

Para profundizar sobre el contexto, las situaciones y condiciones que dan forma a la interacción y que al mismo tiempo van moldeando su historia sexual, se analizó la primera relación sexual con la primera y la última pareja de la historia, a partir de dos ejes, la edad y la condición de displasia. En cuanto a las diferencias por edad durante la primera relación sexual, se encontró que las mujeres menores de 35 años tuvieron menos dificultades para presentar y mantener sus deseos en la interacción con su compañero. Se iniciaron en relaciones menos formales aunque estables, apartadas del marco de la conyugalidad. Estas mujeres son mejores usuarias de protección y la utilizan como un medio para evitar embarazos e ITS, sugiriendo una mayor percepción de riesgo frente a las infecciones de tipo sexual desde el inicio de la trayectoria. En tanto que las mujeres de 35 años y más se iniciaron en un contexto de tipo romántico estable relacionado a la conyugalidad, con dificultades para plantear sus deseos y necesidades en el plano sexual, así como un menor uso de protección, lo que incrementa su vulnerabilidad a las ITS, principalmente VPH, desde el inicio de su trayectoria.

En cuanto al análisis por condición de displasias, se identificó que las mujeres se iniciaron en un contexto romántico –estable, con una pareja significativa a nivel emocional, pero que las mujeres sin displasia, tienen mejores condiciones para presentar sus deseos en la arena sexual y son mejores usuarias de protección y que ésta, está relacionada con la percepción de riesgo de ITS, planteando un escenario con mejores posibilidades para evitar contraer una infección de tipo sexual. Mientras que las mujeres con displasia en oposición, presentan una mayor vulnerabilidad.

En la primera relación sexual con la última pareja, se encontró que todas mujeres que tuvieron al menos dos parejas sexuales, expresaron cambios en el contexto de la relación, así como mayores posibilidades de participar en el curso de acción de la interacción sexual. Esta mejoría fue más sensible para las mujeres más jóvenes y para el grupo sin displasias.

Respecto de los resultados de la regresión logística, tenemos que la probabilidad de tener una displasia aumenta conforme aumenta la edad de las mujeres, en tanto que, el aumento en la escolaridad actúa como un factor de protección puesto que el tener bachillerato o educación superior reduce la probabilidad de tener una displasia.

En cuanto al comportamiento sexual, se observa que tener tres o más parejas duplica las posibilidades de tener una displasia. En tanto que haber usado condón alguna vez con la primera pareja sexual reduce las posibilidades de presentar esta condición. Al mismo tiempo la percepción de la mujer de que su última pareja sexual le haya sido infiel aumentó la posibilidad de tener una displasia.

Los hallazgos obtenidos en la tesis son relevantes y podría considerarse como punto de partida para hacer análisis posteriores más detallados y profundos sobre algunos temas en particular, como el intervalo de tiempo entre cada pareja; ya que este período está relacionado con la transmisibilidad de las ITS, así como la presencia de parejas concurrentes en la trayectoria de las mujeres, sus características y el efecto del entrecruzamiento con la historia de su pareja, la percepción de riesgo frente a las ITS, la utilización de protección, tipos de parejas, duración en la trayectoria de estas mujeres, investigar si es un fenómeno que se presenta de forma recurrente a lo largo de la biografía o si se presenta de forma única, debido a las circunstancias de las parejas o del momento en el curso de vida.

Índice General

Introducción.....	1
Capítulo 1. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	5
1. <i>Las infecciones de transmisión sexual.....</i>	5
2. <i>La infección por Virus de Papiloma Humano (VPH).....</i>	10
2.1 Definición.....	10
2.2 Patogénesis.....	10
2.3 Prevalencia e incidencia.....	12
2.4 VPH y Cáncer cervicouterino.....	13
3. <i>Prevención y riesgo.....</i>	14
3.1 Prevención: Abstinencia, fidelidad mutua, vacunación y uso de condón.....	14
4. <i>Comportamiento sexual y riesgo.....</i>	18
Capítulo 2. ENCUADRE TEÓRICO.....	23
1. <i>La construcción social del riesgo y la confianza.....</i>	23
2. <i>La sexualidad como construcción social.....</i>	26
3. <i>Normatividad sexual y guiones sexuales.....</i>	29
4. <i>La teoría de la interacción sexual.....</i>	32
5. <i>La perspectiva de curso de vida como herramienta analítica.....</i>	35
Capítulo 3. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA.....	39
1. <i>Preguntas de investigación.....</i>	39
2. <i>Objetivos en hipótesis.....</i>	40
2.1 Objetivo general.....	40
2.2 Objetivos específicos.....	40
2.3 Hipótesis.....	41
3. <i>Tipo y diseño general del estudio.....</i>	42
4. <i>Universo, selección y tamaño de la muestra.....</i>	43
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
4.1.1 Primer grupo: Mujeres con displasia asociada a VPH.....	44
4.1.2 Segundo grupo: Mujeres sin un diagnóstico positivo de VPH y/u otras ITS.....	44
5. <i>Procedimiento para la recolección de la información, instrumento y método para el control de la calidad de los datos.....</i>	45
6. <i>Procedimiento para garantizar los aspectos éticos en la investigación.....</i>	48
6.1 Aspectos éticos en el proceso de la encuesta.....	49
6.2 En el manejo de los datos.....	50
7. <i>Plan de análisis.....</i>	50
7.1 Los modelos de regresión logística.....	51
7.1.1 Regresión logística binomial.....	51
Supuestos.....	52

Interpretación	52
Capítulo 4. DEL CONTEXTO Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA	
VENUSTIANO CARRANZA.....	53
1. <i>Delegación política y jurisdicción sanitaria venustiano carranza</i>	<i>53</i>
2. <i>Los servicios de salud en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza</i>	<i>59</i>
2.1 Programas de Prevención de ITS y VIH/SIDA en los Centros de Salud.....	60
2.2 Programas de Salud Sexual y reproductiva en los Centros de Salud.....	61
2.3 Programa de prevención de VPH y Cáncer Cervicouterino en los Centros de Salud.....	61
2.3.1 La ruta de atención para el Papanicolaou	62
2.4 Centros de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán y Dr. Juan Duque Estrada.....	65
2.4.1 El Centro de Salud T_III Dr. Juan Duque Estrada.....	65
2.4.2 El Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán	69
3. <i>Evaluación de la calidad en la atención médico-clínica en dos niveles: la detección oportuna en el centro de salud Dr. Juan Duque Estrada y la clínica de displasias</i>	<i>72</i>
3.1 Estructura: Organización de los servicios y disponibilidad de materiales y equipo	74
3.2 Procedimiento: Acciones técnicas y Relaciones humanas.....	78
3.3 Provisión de medicamentos en los dos niveles de atención en el programa de prevención y tratamiento de VPH-CaCu	79
Capítulo 5. LAS MUJERES, ¿QUIÉNES SON?	87
1. <i>Perfil sociodemográfico.....</i>	<i>87</i>
1.1 Principales características socio-demográficas de las mujeres con y sin displasias.....	94
2. <i>Una mirada al comportamiento sexual</i>	<i>97</i>
2.1 Características generales del comportamiento sexual de la población	97
2.1.1 La primera relación sexual.....	97
2.1.2 La trayectoria de parejas sexuales	99
2.1.3 La primera relación sexual con la última pareja.....	102
2.2 Características generales del comportamiento sexual según grupo de edad	104
2.2.1 Diferencias en la primera relación sexual según grupo de edad	104
2.2.2 La trayectoria de parejas sexuales según grupo de edad	109
2.2.3 La primera relación sexual con la última pareja según grupo de edad	110
2.3 Características generales del comportamiento sexual según condición de displasia.....	112
2.3.1 Diferencias en la primera relación sexual según condición de displasia.....	112
2.3.2 La trayectoria de parejas sexuales según condición de displasia.....	114
2.3.3 La primera relación sexual con la última pareja según condición de displasia	115
Capítulo 6. EL INICIO DE LA TRAYECTORIA: LA PRIMERA RELACION SEXUAL	121
1. <i>Diferencias y similitudes según grupo de edad.....</i>	<i>123</i>
1.1 El momento del debut sexual por edad	124
1.2 El contexto de la relación en la que ocurrió la primera relación sexual según cohorte de edad	125
1.3 Características de la pareja por cohorte de edad.....	131
1.4 Semejanzas y diferencias en los factores del sistema sexo-género que permean la primera interacción sexual	133
1.5 Uso de protección en la primera relación sexual según cohorte de edad.....	135

2. <i>Semejanzas y disimilitudes en la primera relación sexual según condición de displasias</i>	137
2.1 El momento del inicio de la trayectoria según condición de displasia.....	137
2.2 El contexto de la primera relación sexual según condición de displasia.....	138
2.3 Características de la primera pareja sexual según condición de displasias.....	140
2.4 Factores del sistema sexo-género que permean la primera interacción sexual según condición de displasias.....	142
2.5 Uso de protección en la primera relación sexual de acuerdo a su condición de displasias	144
Capítulo 7. PATRONES COMUNES EN LAS TRAYECTORIAS SEXUALES	149
1. <i>Descripción de las trayectorias</i>	149
2. <i>Características demográficas de las mujeres según sus trayectorias sexuales</i>	151
3. <i>Características de las transiciones de pareja de las mujeres con al menos dos parejas sexuales</i> .	154
3.1 Trayectoria con dos parejas	155
3.2 Trayectoria con tres parejas	155
3.3 Trayectoria con cuatro parejas o más	158
Capítulo 8. EL EVENTO MÁS RECIENTE EN LA TRAYECTORIA SEXUAL: LA ÚLTIMA PAREJA .	161
1. <i>La última pareja sexual según edad</i>	163
1.1 El contexto de la última pareja.....	163
1.2 Características de la última pareja sexual según edad.....	166
1.3 Algunas características de la relación con la última pareja que muestran desigualdades de género	168
1.4 Uso de protección con la última pareja sexual	171
1.4.1 Uso de protección en la última relación sexual con la última pareja.....	173
2. <i>La última pareja sexual según condición de displasia</i>	175
2.1 El contexto de la relación de la última pareja sexual	175
2.2. Las características de la última pareja sexual según condición de displasias	177
2.3 Desigualdades de género que permean la interacción con la última pareja sexual según condición de displasias.....	180
2.4 Uso de protección con la última pareja sexual según condición de displasias	182
2.4.1 Uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de la trayectoria al momento de la encuesta.....	183
3. <i>Factores asociados a la presencia de displasias cervicales</i>	186
3.1 Resultado de la aplicación del modelo	187
Conclusiones	191
<i>Principales hallazgos</i>	191
<i>Limitaciones y alcances</i>	194
<i>Tareas pendientes: retos y posibilidades</i>	195
Bibliografía	199
Índice de Cuadros	216

Introducción

La sexualidad humana y los riesgos que implican algunas prácticas sexuales han sido el tema principal de diversas investigaciones en México. El estudio científico de la sexualidad en los últimos años ha cobrado notoriedad debido a la emergencia de infecciones virales como el VIH/SIDA y los altos niveles de prevalencia de diversas infecciones de transmisión sexual (ITS); por lo que actualmente se dispone de información sobre las prácticas, comportamientos y condiciones en las que transcurre la sexualidad de los adolescentes y de algunos grupos específicos. Sin embargo existe poca información sobre las prácticas sexuales en la etapa adulta del curso de vida.

En la primera parte del siglo XXI, debido a la inercia demográfica, México dispone del mayor número absoluto de personas en edades sexualmente activas, por lo que el número de efectivos en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual será mayor. Las mujeres representan un poco más de la mitad de los efectivos en riesgo, quienes históricamente por cuestiones atribuibles a la diferencia sexual, enfrentan condiciones adversas en el plano sexual, que incrementan su vulnerabilidad para contraerlas, particularmente el virus del papiloma humano (VPH). Esto es particularmente importante debido a la relación que guarda esta infección con el desarrollo de displasias cervicales y el cáncer cervicouterino. Por todo lo anterior esta tesis es un esfuerzo encaminado a aportar evidencia empírica sobre el comportamiento sexual y de prevención de ITS de las mujeres adultas que viven en la Delegación Venustiano Carranza, en el D.F., enfatizando los elementos de la trayectoria que inciden en el riesgo de contraer VPH o tener una displasia asociada a VPH.

Para conseguir este objetivo se desarrolló un estudio cuantitativo bajo una perspectiva biográfica, el cual a través de una encuesta recopiló la historia sexual de las mujeres adultas que acudían a los servicios de Salud de la Delegación Venustiano Carranza. La muestra se formó a partir de la afluencia a dos unidades de salud, la Clínica de Displasias del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán y la consulta externa del Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada, generando dos grupos: mujeres con y sin una displasia asociada a VPH. El

contenido de la tesis se presenta ordenado en ocho capítulos, un apartado para conclusiones, los anexos y un glosario de términos médicos.

El primer capítulo de la tesis está dedicado a presentar un panorama general de las infecciones de transmisión sexual, la definición, epidemiología y principales consecuencias de la infección por VPH, así como las estrategias disponibles para su prevención. También identifica los principales comportamientos sexuales asociados al riesgo de adquirir una ITS.

El segundo capítulo presenta el encuadre teórico y está organizado en cinco secciones. La primera muestra la construcción social del riesgo y de la confianza, en la segunda parte se expone la construcción social de la sexualidad. Estos dos apartados proponen las bases de la construcción de normas que pautan el comportamiento de los individuos, que se desarrollan más ampliamente en el tercer apartado, el cual plantea los guiones sexuales, como pautas de acción en el plano sexual. En el cuarto apartado se propone la teoría de la interacción sexual, para analizar en detalle la interacción de tipo sexual, el contexto y el resultado de la interacción de las parejas, y en el quinto apartado se propone la pertinencia del enfoque de curso de vida para mostrar su utilidad en el análisis biográfico.

El tercer capítulo muestra la metodología que permitió el desarrollo de la investigación. Presenta la articulación de las preguntas de investigación con los objetivos de la tesis, así como las hipótesis que buscaba verificar. También incluye el tipo y diseño del estudio, el universo y el procedimiento que se siguió para completar la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, así como los aspectos éticos que permitieron llevar a cabo la *“Encuesta de Historias Sexuales en Mujeres Adultas del Distrito Federal, 2010”*. Hacia el final del capítulo se expone el plan de análisis, incluyendo el modelo logístico.

El cuarto capítulo propone una descripción del contexto de la Delegación Venustiano Carranza, que permite comprender el escenario donde viven las mujeres encuestadas y la articulación con la Jurisdicción Sanitaria del mismo nombre. Se presentan los servicios de salud que ofrece a la población no derechohabiente, así como una descripción de los programas de prevención de ITS y Salud reproductiva y los servicios que procura para la detección tratamiento y prevención del VPH/Cáncer cervicouterino entre las mujeres usuarias. En la parte final del capítulo se presenta una breve evaluación de los servicios que

ofrecen las dos unidades de salud, para apuntar la importancia que tiene la calidad en los servicios para mitigar el impacto del VPH y de sus más graves consecuencias.

El quinto capítulo contiene la descripción de los temas más importantes en la encuesta, utilizando dos ejes de análisis, la edad y la condición de displasia. Estos ejes atraviesan todo el análisis de la tesis. En el primer apartado se presentan las características sociodemográficas de la población. En el segundo apartado se expone una descripción general del comportamiento sexual según edad y condición de displasia. En este apartado se muestra una visión general de lo que fue la primera experiencia sexual, los patrones de las trayectorias sexuales que desarrollaron las encuestadas, así como un breve panorama de lo ocurrido con su última pareja sexual.

En el sexto capítulo se presenta el análisis con mayor profundidad de la primera experiencia sexual de las mujeres encuestadas por edad y por condición de displasia. Este capítulo tiene dos secciones. En la primera se incluye el análisis por edad y en la segunda, el análisis según condición de displasia. Ambas secciones ahondan en los siguientes tópicos: el momento en el que ocurre su debut sexual, el contexto de la relación, las características de la pareja, las condiciones de la relación que están incluidas por cuestiones de género y la utilización de protección durante el primer encuentro sexual.

El séptimo capítulo ofrece una descripción de los patrones comunes que siguen las trayectorias sexuales, la descripción de la tipología desarrollada, y las características sociodemográficas de las mujeres en cada tipo de trayectoria. También, un breve análisis sobre las transiciones entre las parejas para las mujeres con dos parejas, tres parejas y cuatro y más. Esto con la finalidad de mostrar el curso de acción de las mujeres a lo largo de su biografía, quiénes fueron sus compañeros sexuales, si el involucramiento era formal o no, así como el uso de protección con cada compañero, permitiendo observar la dinámica de riesgo en el desarrollo de la trayectoria.

Hacia el final se presenta el capítulo octavo, el cual muestra, por una parte, las características del evento más reciente en la biografía sexual y, por otra, el modelo de

regresión logística que relaciona distintas características con tener o no displasia. En la sección sobre el primer encuentro sexual con la última pareja se describen las particularidades del compañero, el contexto de la relación, las condiciones relacionadas al género que favorecen desigualdades en la interacción sexual, la utilización de protección durante el primer y el último encuentro con este compañero. Esto con la finalidad de mostrar cambios en el comportamiento sexual y de prevención entre la primera y la última pareja. En la última sección se presentan los resultados del modelo de regresión logística, que muestran las características asociadas a tener una displasia relacionada con la infección por VPH.

El último segmento de la tesis está dedicado a presentar las conclusiones y las reflexiones finales. Se retoman los principales hallazgos, los alcances y limitaciones del estudio, así como los retos y tareas que quedan por realizar al cabo de este trabajo. Los resultados de la investigación constituyen un paso importante en el estudio de la sexualidad adulta femenina y de las biografías que transcurren en riesgo de contraer VPH y la importancia de articular políticas de salud que les permita a las mujeres generar los recursos para gozar plenamente de su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Capítulo 1. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. Las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un conjunto de procesos relacionados a diversos agentes patógenos (parásitos, hongos, bacterias y virus), cuya característica común es que se adquieren a través de las relaciones sexuales (McGough, 2008; Cruz, Ramos y González, 2011). De acuerdo a su biología, cada tipo de patógeno tiene una dinámica de transmisión específica, un tiempo variable de desarrollo en el cuerpo, intervalos distintos entre la adquisición de la infección y la presentación de los síntomas, generando diferentes probabilidades de reinfección, lo que determina su distribución entre una población.

Algunas ITS son curables, con una duración corta, pero que tienen una alta probabilidad de transmitirse y que no crean inmunidad, por lo que los individuos curados, son susceptibles de volverse a infectar, facilitando la persistencia de la infección en la población. Este es el caso de la Clamidia, Gonorrea, Sífilis, Chancro y Tricomonas. Por otra parte, las infecciones virales como la Hepatitis B, VIH, VHS-1, VHS-2 y VPH tienen una larga duración en el individuo, con una baja probabilidad de transmisión, tienen episodios sintomáticos y asintomáticos donde se puede infectar a distintas parejas, y cuyo tratamiento permite la recuperación del sistema inmunológico, pero no son curables (Garnett, 2008; Gayet, 2011) (Cuadro 1.1 y 1.2).

Las ITS y las infecciones del aparato reproductor figuran entre las causas más comunes de enfermedad en todo el mundo. De acuerdo a estimaciones internacionales, cada año se producen 448 millones de nuevos casos de ITS curables, en hombres y mujeres de 15 a 49 años y cuando se suman las infecciones incurables, el número se triplica. Las tasas más elevadas de ITS curables se detectaron en varones y mujeres de entre 15 y 35 años, pertenecientes al contexto urbano, diagnosticándose a edades más precoces en las mujeres (UNFPA, 2004; Ruis *et al.*, 2004; OMS, 2005; UNFPA, 2005; OMS, 2008; OMS, 2011).

Cuadro 1.1: Principales patógenos bacterianos de transmisión sexual y sus principales consecuencias,

Agente patógeno	Manifestaciones clínicas y principales secuelas
<u><i>Neisseria gonorrhoeae</i></u>	<p>BLÉNORRAGIA O GONORREA</p> <p>Hombres: exudado uretral (uretritis), epididimitis, orquitis, infertilidad</p> <p>Mujeres: cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, rotura de aguas prematura, perihepatitis</p> <p>Ambos sexos: proctitis, faringitis, infección gonocócica diseminada</p> <p>Neonatos: conjuntivitis, deformación cicatrizal de la córnea y ceguera</p>
<u><i>Chlamidia trachomatis</i></u>	<p>CLAMIDIASIS</p> <p>Hombres: exudado uretral (uretritis), epididimitis, orquitis, infertilidad</p> <p>Mujeres: cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, rotura de aguas prematura, perihepatitis; normalmente asintomática</p> <p>Ambos sexos: proctitis, faringitis, síndrome de Reiter</p> <p>Neonatos: conjuntivitis, neumonía</p>
<u><i>Treponema pallidum</i></u>	<p>SÍFILIS</p> <p>Ambos sexos: úlcera primaria (chancro) con adenopatía local, erupciones cutáneas, condilomata lata, lesiones óseas, cardiovasculares y neurológicas</p> <p>Mujeres: embarazos malogrados (aborto, muerte prenatal), parto prematuro</p> <p>Neonatos: Muerte prenatal, sífilis congénita</p>
<u><i>Haemophilus ducreyi</i></u>	<p>CHANCROIDE</p> <p>Ambos sexos: úlceras genitales dolorosas; pueden ir acompañadas de bubón</p>
<u><i>Klebsiella</i></u> (<i>Calymmatobacterium</i>) <i>granulomatis</i>	<p>GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)</p> <p>Ambos sexos: inflamaciones ganglionares y lesiones ulcerativas de las zonas inguinal y anogenital</p>
<u><i>Ureaplasma urealyticum</i></u>	<p>Hombres: exudado uretral (uretritis no gonocócica)</p> <p>Mujeres: vaginosis bacteriana, probablemente enfermedad inflamatoria pélvica</p>

Fuente: Modificado de Holmes *et al.* (2008) y de la Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015 de la OMS, (2007).

Cuadro 1.2: Principales agentes patógenos virales, protozoarios y hongos de transmisión sexual y sus principales consecuencias.

Agente patógeno	Manifestaciones clínicas y principales secuelas
<u><i>Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH (tipo 1 y 2)</i></u>	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Ambos sexos: enfermedades asociadas al VIH, SIDA
<u><i>Virus Linfotrófico de células T Humanas (HTLV 1 y 2)</i></u>	Leucemia de células T adultas (ATLL) o linfoma y Paraparesis espástica tropical
<u><i>Virus del herpes simple de tipo 2 y tipo 1 (con menos frecuencia)</i></u>	HERPES GENITAL Ambos sexos: lesiones vesiculares y úlceras anogenitales Neonatos: herpes neonatal (a menudo mortal)
<u><i>Papilomavirus humano (múltiples genotipos)</i></u>	VERRUGAS GENITALES Hombres: verrugas en el pene y el ano; carcinoma del pene. Mujeres: verrugas vulvares, anales y cervicouterinas, carcinoma cervicouterino, carcinoma vulvar, carcinoma anal. Neonatos: papiloma laríngeo
<u><i>Virus de la hepatitis B</i></u>	HEPATITIS VÍRICA Ambos sexos: hepatitis aguda, cirrosis hepática, cáncer de hígado
<u><i>Virus del molluscum contagiosum</i></u>	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM Ambos sexos: pápulas cutáneas duras, umbilicadas, genitales o generalizadas
<u><i>Tricomonas vaginalis</i></u>	TRICOMONIASIS Hombres: exudado uretral (uretritis no gonocócica); a menudo asintomática. Mujeres: vaginosis con flujo vaginal abundante y espumoso; partos prematuros, hijos con insuficiencia ponderal al nacer. Neonatos: insuficiencia ponderal
<u><i>Candida albicans</i></u>	CANDIDIASIS Hombres: infección superficial del glande Mujeres: vulvovaginitis con flujo vaginal espeso y con aspecto de queso blanco, prurito o irritación en la vulva.
<u><i>Phthirus pubis</i></u>	LADILLAS

Fuente: Modificado de Holmes *et al.* (2008) y de la Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015 de la OMS (2007).

En América Latina y el Caribe se estimó que ocurren 38 millones de nuevos casos de ITS curables en hombres y mujeres de 18 a 49 años, y que hay una prevalencia de 71 adultos infectados por cada 1,000 habitantes. La tasa anual de incidencia de casos de gonorrea para América Latina y el Caribe fue de 28.44 y, para sífilis de 5.07; mientras que para la clamidia fue de 40.18 y para la tricomoniasis se calculó una tasa de 70.85 casos por cada 1,000 personas de 15 a 49 años. La carga de la morbilidad es particularmente pesada para los países en desarrollo, como es el caso de América latina y el Caribe, debido a los importantes costos socioeconómicos de estas infecciones y de sus complicaciones; ya que estas figuran en las 10 razones principales de las visitas a los centros de atención de salud, consumiendo importantes recursos de los presupuestos sanitarios y de los ingresos familiares (OMS, 2005; OMS; 2007).

En México, para estimar la magnitud del problema de las ITS se han realizado investigaciones que miden la incidencia y prevalencia en grupos específicos, principalmente en conjuntos de población que se considera vulnerable a contraerlas, como los adolescentes, mujeres embarazadas, los hombres y mujeres dedicados al trabajo sexual y hombres que tienen sexo con hombres. En 1999, se calculaba que iba del 10 al 20%. La población más afectada se encontraba entre los 18 y 24 años de edad y afectaba principalmente a las mujeres; ya que la relación hombre-mujer era de siete a diez por cada una (Calderón, 1999; Conde, 1999; Uribe-Salas *et al.*, 1996; Uribe-Salas *et al.*, 1997; Valdespino *et al.*, 1995). En fechas más recientes se han hecho estimaciones sobre la prevalencia de la Sífilis a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), la cual mostró una prevalencia total de 3.1%, lo que equivale a 1.6 millones de personas expuestas a la bacteria que causa la Sífilis (Conde *et al.*, 2007). A través de los datos de la Dirección Nacional de Epidemiología en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) se estimó que la incidencia nacional de ITS: para Gonorrea en el 2006 se tuvo una tasa de 1.2, para Sífilis adquirida de 2.4, Sífilis congénita 0.1, de Herpes 1.8, de Linfogranuloma Venéreo 0.2, de Chancro Blando de 0.7 y de VPH de 22.4 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2006; OPS, 2005). A pesar de que esta información no proviene de grupos representativos, ni fue estimada con la misma metodología, permite aproximarse a las posibles condiciones de salud sexual de las mujeres de la población general (Langer, Tolbert y Romero, 1996).

Es importante señalar que en América Latina y el Caribe la estimación de la prevalencia e incidencia de estas infecciones es poco precisa, se considera que la tasa de subnotificación es del 60%, es decir que sólo se registran 40% de los casos atendidos en el sistema de salud (Valderrama, Zacarías y Mazin, 2004). México no escapa a este problema. Aunque el diagnóstico de algunas de ellas en la población está catalogado como de notificación obligatoria, éstas no son reportadas, en algunas ocasiones por deficiencias en el sistema de registro o porque muchas de las infecciones cursan asintomáticas. El 70% de las mujeres que tiene una ITS no presenta sintomatología, en tanto que sólo el 10% de los hombres presentan síntomas, lo que hace el diagnóstico más complejo. En algunos casos, cuando los síntomas se presentan, las mujeres tienden a aceptarlos y no darles importancia, por lo que no acuden al servicio médico de manera oportuna; además de que existen pocas clínicas especializadas para su atención, lo cual dificulta tener información precisa sobre el panorama epidemiológico de estas infecciones (Calderón, 1999; Bernal y Hernández, 1997; Cravioto *et al.*, 2003; Valderrama, Zacarías y Mazin, 2004; UNFPA, 2005; OMS, 2008).

Las ITS constituyen un problema importante de salud pública por su alta prevalencia e incidencia y porque su adquisición puede generar serias complicaciones y secuelas que no sólo afectan la salud sexual y reproductiva de la población, sino que también conllevan profundas consecuencias económicas y sociales. Debido a esto la prevención juega un papel preponderante en los esfuerzos del sector salud, las instituciones académicas y las organizaciones civiles (Cruz, Ramos y González, 2011; OMS, 2005; Cravioto *et al.*, 2003; Berdesquera *et al.*, 2001; Conde, 2000). Otro elemento que incrementa la necesidad de comprender e intervenir en la dinámica de estas infecciones entre la población es que debido a la inercia demográfica, en las primeras décadas del siglo XXI, México dispone del mayor número absoluto de personas en edades sexualmente activas de toda su historia; por lo que el número de efectivos expuesto al riesgo de contraerlas es mayor. Las mujeres representan a más de la mitad de los efectivos en riesgo de contraer ITS, quienes históricamente por cuestiones atribuibles a la diferencia sexual enfrentan mayores dificultades en la arena sexual para presentar sus deseos y necesidades, así como mayores limitaciones para proteger su salud, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a las ITS (Gayet, 2011). En razón de la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres, el estudio de las condiciones en las que se dan las relaciones sexuales, la dinámica de pareja y las prácticas

que le dan sentido al riesgo de contraerlas es de suma importancia para contribuir a generar elementos que les permitan a las mujeres sustraerse del riesgo. Aunque cualquiera de las ITS representa una amenaza importante para la salud sexual y reproductiva, la infección por VPH en los últimos años ha sido ampliamente analizada; principalmente entre las mujeres. Su extensa distribución en la población, la alta probabilidad de detectarla y su vinculación al cáncer cervicouterino enmarcan la relevancia de su estudio. A continuación se presenta un breve análisis sobre la etiología, prevalencia, principales consecuencias y formas de prevención para la infección por VPH.

2. La infección por Virus de Papiloma Humano (VPH)

2.1 Definición

La infección genital por VPH mayormente suele aparecer de forma subclínica y asintomática. Cuando es clínicamente visible, las manifestaciones de VPH incluyen verrugas en la piel de los genitales que pueden ser condilomatosas, papulares, planas o de apariencia queratósicas y lesiones “aceto blancas” en el tejido escamoso epitelial de la mucosa del ano y de la vagina. Aunque ahora se sabe que las manifestaciones citológicas son características de la infección por VPH, se describieron por primera vez en 1956 y no fue sino hasta 1975 cuando se expuso la relación existente entre las infecciones virales y el cáncer. También en esa década se demostró la heterogeneidad genética del virus del papiloma, a través de técnicas de hibridación molecular. A lo largo de los 80’s y 90’s, se realizaron estudios epidemiológicos y moleculares que proporcionaron pruebas firmes que vinculan los tipos específicos de VPH con el desarrollo del cáncer cervical y anal (Koutsky *et al.*, 1992; Schiffman *et al.*, 1993; Muñoz y Bosch, 1996; Lazcano-Ponce *et al.*, 2000; Zur Hausen, 2002; Guiliano *et al.*, 2002; Bauer y Adult, 2006; Winer y Koutsky, 2008).

2.2 Patogénesis

Los *papiloma virus* son del tipo epiteliotropo. Los virus pertenecientes a este subgrupo están dentro del grupo de los papovavirus. El ADN viral se puede encontrar de forma episómica, aislado del genoma celular en las lesiones denominadas de bajo riesgo oncogénico (tipo 6 y 11) o puede encontrarse integrado al genoma de la célula huésped o de

las células neoplásicas, en las lesiones de alto riesgo (tipo 16, 18, 31, y 33). Existen más de 100 tipos virales conocidos de VPH, pero de éstos 38 pueden infectar el tracto genital y sólo dos de estos tipos están vinculados con la aparición de verrugas (tipo 6 y 11). El resto de los tipos está relacionado a las lesiones del tejido escamoso intraepitelial del cérvix, además de jugar un papel importante en la etiología del desarrollo de virtualmente todos los cánceres invasivos cervicales. También se ha relacionado al VPH con cáncer invasivo de vagina, vulva, pene y ano, pero comparado con el de cérvix, estos casos son raros. Aunque la infección por VPH es necesaria para el desarrollo de transformaciones oncogénicas, no es el único factor coadyuvante (Hopkins y Wood, 2013; Peralta *et al.*, 2012; Winer y Koutsky, 2008; Wheeler, 2008; Soto *et al.*, 2007; Berumen, 2006; Manhart y Koutsky, 2002).

En la mayoría de las mujeres la infección se produce antes de los 25 años y suele durar de 8 a 10 meses. En la mayoría de los casos ésta remite, sólo el 10% de las infecciones persisten. El genotipo 16 es el subtipo más persistente. Es importante señalar que el término “persistencia” se refiere a detección de la infección en más de una ocasión, por ejemplo, positividad a VPH en dos visitas consecutivas, en lugar de persistencia viral. Esto favorece que la prevalencia de la infección sea mayor en mujeres menores de 25 años y disminuye paulatinamente hasta llegar a niveles más bajos durante la cuarta y quinta década (Lazcano-Ponce *et al.*, 2000; Winer y Koutsky, 2008; Lipschitz *et al.*, 2013).

La coinfección simultánea de diferentes tipos de VPH es un fenómeno común. En algunos estudios se ha observado que en un mismo individuo hay una variedad de subtipos, pero sólo algunos persisten a lo largo de observaciones subsecuentes, aunque no es claro el mecanismo de este predominio. Así como tampoco se ha demostrado plenamente si se desarrolla algún tipo de inmunidad hacia otros subtipos una vez que se ha dado la infección por alguno (Winer y Koutsky, 2008).

Todos los tipos de VPH están relacionados con el desarrollo de lesiones cervicales de bajo grado, mientras que las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado son generalmente positivas para los tipos oncogénicos de VPH. Se ha estimado que una vez ocurrida la infección tardará en promedio 3 años para producir una lesión de bajo riesgo y que esta tiene una duración media de 5 meses. Los estudios sobre historia natural sugieren que las

lesiones de bajo grado son manifestaciones transitorias de la infección por VPH, mientras que las lesiones de alto grado son las lesiones precursoras de cáncer. Lo anterior apunta a que las lesiones no siguen una progresión lineal, de bajo a alto grado y luego a cáncer. Estudios recientes apuntan a que las lesiones de alto grado son una manifestación relativamente temprana de la infección en mujeres jóvenes, así como que las lesiones de alto grado son comunes después de la infección con los tipos 16 y 18 (Winer y Koutsky, 2008).

Las infecciones genitales por VPH se transmiten principalmente a través de contacto sexual, de piel a piel, por lo que puede transmitirse cuando una zona de piel está infectada y entra en contacto con otra. Aunque ésta es una infección preponderantemente sexual, también existen medios de contacto extrasexual que explican una mínima proporción de casos, como la transmisión vertical durante el parto, la autoinoculación a través de la contaminación de los dedos y manos por tocar zonas infectadas (genitales, accesorios sexuales). También se ha descrito la presencia de ADN viral en espejos, espátulas, pinzas, guantes y las puntas de crioterapia, incluso después de la esterilización y la limpieza con alcohol. Sin embargo, debido a que la cantidad de partículas es escasa, o a la exposición del virus al medio ambiente, estas modalidades de contagio son consideradas muy raras y que requieren mayores esfuerzos de investigación (Winer y Koutsky, 2008).

2.3 Prevalencia e incidencia

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual de tipo viral más frecuente en el mundo. Se calcula que más de 300 millones de mujeres en el mundo portan la infección (Reina, Muñoz y Sánchez, 2008). Se estima, que por lo menos el 75% de la población sexualmente activa puede adquirir la infección durante su vida. Debido a la historia natural de la infección, es difícil hacer estimaciones sobre la prevalencia en la población. Sin embargo, por la relación que algunos tipos VPH tienen con el desarrollo de cáncer, (99% de las tumoraciones malignas en cérvix están asociados a la infección primaria por VPH) se utilizan las tasas de prevalencia de este tipo de cáncer como estimadoras de la prevalencia de la infección por VPH. Adicionalmente, la presencia de este virus se ha empleado como un marcador del comportamiento sexual por su alta eficiencia en la transmisión (Sánchez, Uribe y Conde, 2002; Darus y Mueller, 2013).

En México, las prevalencias en mujeres de población general en una revisión hecha por Gayet en 2011, encontró que la prevalencia iba del 1.1% al 31%, con una media de 14.4% y una mediana de 13.8%. Mientras que en los hombres se reportó una prevalencia del 43%. Los estudios realizados en poblaciones específicas, muestran resultados disímiles, que van del 2% al 48.9%. Esta oscilación puede atribuirse a los diferentes tipos de pruebas que se utilizaron para diagnosticar la presencia del virus (Papanicolaou, amplificación del ADN e hibridación) (Gayet, 2011).

En un meta-análisis sobre la prevalencia de VPH, se identificó que los tipos 16 y 18 son más comunes en las tumoraciones malignas de cérvix, lo que es similar a lo encontrado en el mundo. Sin embargo, al hacer un análisis regional se encontraron diferencias importantes. En la región central y sur de México los tipos 16 y 18 son más prevalentes, mientras que en la región central son los tipos 16 y 58 los más frecuentes. Esta diversidad regional plantea retos importantes para la prevención, ya que las vacunas disponibles no abarcan dos de los subtipos más prevalentes en algunas regiones del país (Peralta *et al.*, 2012; López, Flores, Villalba y Sánchez, 2012; López, Martínez y Sánchez, 2008).

2.4 VPH y Cáncer cervicouterino

La consecuencia más grave de la infección por VPH en las mujeres puede conducir a la muerte, mientras que en los varones, ésta puede cursar asintomática, y aunque la infección se ha asociado al cáncer de pene, la prevalencia en esta población hace que se le considere un tipo de cáncer raro. Sin embargo los pocos estudios realizados en los varones muestran una amplia prevalencia de la infección. En México un estudio realizado en el estado de Morelos mostró una alta prevalencia de tipos virales oncogénicos en un grupo de hombres asintomáticos (Lazcano-Ponce *et al.*, 2000).

El cáncer cervicouterino representa una de las principales causas de muerte en el mundo, convirtiéndolo en un problema importante de salud pública, particularmente para los países en desarrollo donde se presentan 300,000 casos por año (Berumen, 2006; Soto *et al.*, 2007; Lazcano-Ponce *et al.*, 2006; Flores, Gutiérrez, Enríquez *et al.*, 2010; Peralta, 2012; López, Flores, Villalba y Sánchez, 2012). En México, para el 2005, los tumores malignos de útero-cérvix representaban la tercera causa de muerte en la población general y la primera causa de las muertes relacionadas al cáncer entre las mujeres. El comportamiento de la tasa de

incidencia pasó de 9.72 casos por 100,000 mujeres en 1975, a 42.9 casos por cada 100,000 en 1992 y a 48 casos por cada 100,000 en 2001. Las tasas de mortalidad por cáncer cervical han disminuido paulatinamente, aunque esa tendencia permanece alta en mujeres que viven en zonas marginadas respecto de aquellas que viven en zonas con mayor desarrollo económico (Hernández *et al.*, 2005; Lazcano *et al.*, 2006).

En las mujeres mexicanas el cáncer de cuello de la matriz se presenta a partir de los 30 a los 35 años, época en la que la mujer es más productiva, está integrada a un hogar con hijos, por lo que la mortalidad por esta causa suele afectar enormemente al grupo familiar (López-Carrillo *et al.*, 1996).

Los estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo para cáncer cervicouterino apuntan a que su incidencia es más frecuente en mujeres que iniciaron tempranamente su vida sexual, con antecedentes de infecciones genitales especialmente por virus, múltiples parejas sexuales, deficiente higiene genital de la pareja, multiparidad, en mujeres con pobres antecedentes de atención gineco-obstétrica, edad mayor a 35 años, con hábito tabáquico y mala alimentación (López-Carrillo *et al.*, 1996). Sin embargo, más allá de los múltiples factores que conllevan al desarrollo de cáncer cervicouterino, es indispensable retomar la idea sobre la íntima relación que guarda este tipo de cáncer con una infección primaria de tipo sexual, para reformular e intensificar las políticas públicas de prevención que intentan disminuir el riesgo de contagio y contribuir a fortalecer las posibilidades de vivir una vida sexual plena sin riesgos a la salud.

3. Prevención y riesgo

3.1 Prevención: Abstinencia, fidelidad mutua, vacunación y uso de condón

Al igual que otras infecciones que causan significativa morbilidad y mortalidad, la prevención de la propagación del agente infeccioso en la población susceptible es generalmente más costo-efectiva que las aproximaciones que involucran la detección y el tratamiento (Manhart y Koutsky, 2002). Sin embargo, en las estrategias de prevención de lesiones intraepiteliales y del cáncer se ha omitido la prevención primaria de la infección por VPH, aún después de que se tiene evidencia de la necesaria presencia del VPH en el desarrollo de las mismas.

En el caso del VPH, los elementos preventivos primarios que se disponen frente a la infección son: la abstinencia, la fidelidad mutua entre dos personas no infectadas (Del Río y Uribe; 1993; American Cancer Society, 2012), el uso de condón y recientemente la vacunación para algunos tipos virales. El grado de protección de estas estrategias es variable y, en algunos casos, se requiere de mayor investigación para determinar el nivel de protección que ofrecen y por cuánto tiempo.

La abstinencia sexual es el método más eficaz para sustraerse de las infecciones de transmisión sexual, pero la prevalencia de las ITS y los embarazos dan muestra de lo difícil que es para la población dejar de tener actividad sexual.

Por otra parte la emergencia del VIH introdujo en los discursos de prevención de ITS el término “sexo seguro” para hablar de caricias sexuales donde no hay penetración, ni intercambio de fluidos), el cual puede resultar eficiente para las ITS que se transmiten a través de los fluidos como la Sífilis, Gonorrea y el VIH, pero para el caso del VPH, esta estrategia no muestra la misma eficacia ya que esta infección se puede contraer por el contacto de piel a piel o a través de fómites (artículos sexuales, etc.) (Valdespino *et al.*, 1995; Murphy *et al.*, 2006).

Adicionalmente, la promoción de la abstinencia y de la fidelidad mutua entre personas no infectadas como métodos para prevenir las ITS han sido motivo de controversia, debido a que han sido asociadas a posturas conservadoras y religiosas, además de mostrar poca evidencia de efectividad en términos de que las personas cumplan con la práctica de las mismas de forma sistemática (Murphy *et al.*, 2006).

En cuanto a la profilaxis inmunológica activa, la primera vacuna contra el VPH estuvo disponible al mercado en 2006 (Benítez, 2009). En los últimos años se han desarrollado varias vacunas con prometedores resultados para prevenir la infección y la enfermedad (Wang y Roden, 2013). Dos compañías farmacéuticas han desarrollado vacunas contra el VPH a partir de partículas libres de ADN parecidas al virus, Merck and Company, Inc. y GlaxoSmithKline (GSK). Merck desarrolló una vacuna tetravalente contra los tipos virales 6, 11, 16 y 18, mientras que GSK desarrollo una bivalente contra los tipos 16 y 18. Ambas vacunas previenen el 90% de los incidentes y las infecciones persistentes por los tipos de virus específicos incluidos en la vacuna, así como de las lesiones cervicales precancerosas

asociadas a esas infecciones. Además la vacuna tetravalente protege contra las verrugas genitales y otras enfermedades relacionadas al VPH en la vulva y la vagina (Bauer y Ault, 2006; Wang y Roden, 2013).

Las vacunas han demostrado proporcionar protección durante al menos 4 años y muestran un mínimo de efectos adversos. La administración de la vacuna requiere tres dosis durante un período de 6 meses. Se recomienda la aplicación de la vacuna los meses previos al debut sexual; que de acuerdo con Mahart y sus colaboradores (2006) se ha estimado que una proporción muy pequeña de mujeres tiene relaciones sexuales antes de los 13 años; por lo que la edad indicada para la aplicación es entre los 11 y 12 años. Algunos estudios han estimado que si la cobertura de vacunación se mantiene por al menos 10 años aplicándose como mínimo al 30% de la población de esta edad, la prevalencia de los tipos 16 y 18 sería disminuida de forma considerable, reduciendo de forma significativa la mortalidad por cáncer cervicouterino, (Lazcano-Ponce y Allen, 2009; Ribassin, Lounes y Clemenccon, 2013).

Los modelos matemáticos sugieren que la vacunación reducirá la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, principalmente en los países en desarrollo donde el cribado cervical es pobre y rudimentario. Sin embargo, es necesario seguir haciendo estudios de cohorte para verificar la necesidad de refuerzos, su periodicidad y la exploración de complicaciones y consecuencias adversas a largo plazo. Por otra parte las vacunas no protegen contra todos los virus oncogénicos por lo que deben realizarse estudios de ecología viral para determinar si es necesario agregar más tipos virales a la vacuna o ésta muestra eficacia para combatir a otros tipos no incluidos (López, Martínez y Sánchez, 2008).

Es importante señalar que la posibilidad de vacunar a toda la población que lo requiere (niñas entre los 11 y 13 años) es muy baja, debido a los altos costos que el esquema completo de la vacuna implica y que también se desconocen las ventajas de un programa anual de vacunación en esta población a largo plazo, aunque los modelos matemáticos hechos recientemente fortalecen la ventaja de la profilaxis sobre los costos económicos. Los programas y campañas de vacunación deben de incluir esfuerzos para incrementar el tamizaje ya que las mujeres que ya han sido vacunadas deben seguir realizando

papanicolaous, lo que puede causar confusión entre la población sobre la protección ofrecida por la vacuna y la detección oportuna a través del Papanicolaou (Kawana, Adachi, Kojima *et al.*, 2012; Reynales, Rodrigues y Lazcano, 2009).

Por otra parte, el uso correcto y sistemático del condón puede ser una estrategia confiable para prevenir en alguna medida las infecciones (Calderón, 1999; Valdespino *et al.*, 1995). El condón ofrece una limitada protección debido a que su eficacia frente a las ITS varía por las diferencias biológicas entre los agentes patógenos. Este dispositivo ofrecería mayor protección contra infecciones que se transmiten principalmente a través de fluidos del pene (gonorrea, clamidia, trichomoniasis, hepatitis B y VIH), mientras que para las infecciones que se transmiten por contacto con la piel o con zonas mucosas no cubiertas por la superficie del condón se tiene un menor margen de protección (Warner *et al.*, 2006; Winer, Hughes, Feng, et al, 2006 Manhart y Koustky, 2002). Los estudios sobre la protección que ofrece el condón se han centrado en medir su capacidad de protección a partir de la presencia de ADN de VPH en las verrugas genitales, las lesiones intraepiteliales y el cáncer invasor. Esta búsqueda ha tenido resultados en algunos casos contradictorios. Algunos estudios muestran asociación entre el uso regular del condón como factor de protección para los tipos oncogénicos de VPH (Richardson *et al.*, 2000; Manhart y Koustky, 2002). Pero otros lo asocian con altas tasas de infección del virus, debido a que el condón no es usado como medida de prevención de ITS, sino como un método anticonceptivo de barrera, lo que hace probable que las mujeres lo utilicen al final del encuentro, por lo que pueden estar expuestas a la infección a pesar de reportar usar condón de manera frecuente (Richardson *et al.*, 2000; Vaccarella *et al.*, 2006; Kjaer *et al.*, 1997). Estos resultados preliminares muestran la importancia de continuar investigando la eficacia del condón frente a esta infección; y aunque estos trabajos llegan a conclusiones aparentemente diferentes, en ninguno descarta que el condón ofrezca protección en alguna medida.

En cuanto a las verrugas genitales, se dispone de pocas investigaciones respecto a la protección ofrecida por el condón. En un meta-análisis sobre publicaciones al respecto en inglés en el 2002, no se encontró evidencia contundente de la eficacia de este método para prevenir la infección por el tipo de VPH que causa las verrugas (tipo 11/6). Sin embargo, este mismo análisis reporta evidencia de varios estudios que han encontrado que el condón

ofrece un efecto protector para la aparición de lesiones intraepiteliales escamosas de nivel II y III (Manhart y Toustky, 2002).

Aunque el condón es menos eficiente para prevenir la infección por VPH y sus consecuencias, debido a que ésta se transmite a través del contacto con la piel (Gilbert, Alexander, Grosshans, et. al, 2003), se ha estimado que su efectividad del 70% (Winer, Hughes, Feng, et al, 2006). Esto implica que su uso correcto y sistemático ofrezca un margen substancial de protección frente a esta infección, posicionándolo como una estrategia importante para la prevención primaria.

4. Comportamiento sexual y riesgo

El *riesgo* como concepto hace alusión a la relación entre lo real y lo posible, las causas y los potenciales efectos, de tal manera que hablar de riesgo es hacer referencia a un escenario de posibilidades (Ortwin, 1992). El propósito de hacer estudios donde se buscan factores de riesgo es identificar elementos (variables) que permitan establecer una relación positiva o negativa entre las causas y los efectos. En el caso de las ITS, lo que se busca es identificar aquellas variables que favorecen o reducen la probabilidad de contraer una infección de tipo sexual. Esta búsqueda es particularmente útil para diseñar estrategias de prevención sobre los factores que incrementan la probabilidad de contraerla.

El factor de riesgo más consistente para adquirir estas infecciones entre la población femenina es el número de compañeros sexuales (Reina, Muñoz y Sánchez, 2008). A mayor número de compañeros sexuales mayor será el riesgo de adquirir la infección. Sin embargo, se ha documentado que la actividad sexual con un solo compañero que tiene o ha tenido varias parejas sexuales también se asocia con la adquisición de la infección (Urrutia, Concha, Riquelme *et al.*, 2012; Tartaglia, Iafusco, Cocca *et al.*, 2012; Parada, Morales, Giuliano *et al.*, 2010). En un estudio realizado en mujeres universitarias sobre prevalencia de VPH, se encontró que de las mujeres que habían tenido diez o más compañeros sexuales a lo largo de su vida, 69% habían contraído la infección, mientras que en el grupo de mujeres que habían reportado un sólo compañero sexual se encontró un 20%, por lo que un nuevo compañero sexual aumenta 10 veces el riesgo de infección (Moscicki, 2005).

Lo anterior lleva a concluir sobre la importancia que tiene la trayectoria sexual para el riesgo de infección por VPH. Sin embargo, el número de parejas no es suficiente para comprender el por qué las mujeres adquieren la infección; a lo anterior habría que incorporarle la duración de las relaciones de pareja y la frecuencia de la actividad sexual con cada una para considerar de una manera más adecuada y completa las dimensiones de la historia que incrementan o reducen el período de exposición al riesgo. Las diferencias en el comportamiento sexual contribuyen a explicar las diferencias en la prevalencia de VPH en diversos grupos de la población (Malagón, Joumier, Boily *et al.*, 2013; Richardson *et al.*, 2000; Kjaer *et al.*, 1997).

También se ha documentado que las mujeres que “inician su vida sexual de manera temprana y que tienen varias parejas en lapsos cortos son susceptibles de contraerlas” (Calderón, 1999: 334). La inmadurez de los órganos genitales femeninos, así como la ampliación del período de exposición al iniciar más tempranamente la biografía sexual, se relacionan con el riesgo de adquirir alguna ITS (López- Carrillo *et al.*, 1996; Reina, Muñoz y Sánchez, 2008).

Por otra parte se ha identificado que los patrones de emparejamiento en las sociedades donde las mujeres establecen relaciones con hombres de mayor edad, hacen que las mujeres estén expuestas a un mayor riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual debido a que practican sexo desprotegido con hombres de un grupo de edad, donde los niveles de prevalencia de ITS son mayores (Herrera y Campero, 2002). Estas sociedades valoran la experiencia sexual de los hombres y la inexperiencia de las mujeres, lo que implica que los hombres tiene una mayor ventana de exposición, incrementando los riesgos para las mujeres a pesar de tener un sólo compañero sexual (Herrera y Campero, 2002). Adicionalmente se ha argumentado que el comportamiento presente de la pareja de la mujer es un factor importante para la adquisición de VPH (Vaccarella *et al.*, 2006). Sin embargo, la construcción de este dato tiene una debilidad, debido a que se ha edificado a partir de encuestas de comportamiento sexual que se han aplicado para conocer los riesgos asociados al VPH a las mujeres, por lo que sólo tenemos la perspectiva de las mujeres sobre el comportamiento sexual de sus parejas.

También el sistema sexo-género que permea los valores, las creencias y las condiciones sociales de las mujeres, constituye limitaciones estructurales que las coloca en una posición de mayor desventaja para acceder a los medios necesarios para protegerse de las infecciones (Magis y Hernandez, 2008; Allen y Torres, 2008; Herrera y Campero, 2002). Los géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto en el ámbito de las pareja y familia, como en las instituciones y la sociedad en general (Herrera y Campero, 2002). Estos diferenciales reducen las posibilidades de las mujeres para expresar sus deseos o necesidades en la esfera sexual disminuyendo sus posibilidades de prevención.

Otro factor que también se ha identificado que amplía la transmisión de las ITS es el traslape en el tiempo de dos parejas con las que se tienen relaciones sexuales (Drumrigh, Gorbach y Holmes, 2004; Koumans, Farley y Gibson *et al.*, 2001). Esto ha sido estudiado principalmente para la infección por VIH, ya que al ser adquirida con una pareja y transmitida a otra durante el período de simultaneidad de relaciones, se incrementa el riesgo individual más allá del número de parejas sexuales (Gorbach, Drumrigh y Holmes, 2005). La identificación de esta práctica puede ser un buen marcador de las probabilidades de tener una ITS por el alto impacto que tiene para la transmisión (Nelson, Manhart, Gorbach *et al.*, 2007).

Lo anterior puede ser muy relevante en el contexto de sociedades como la mexicana, que valoran y promueven el conocimiento y la experiencia sexual de los varones con varias mujeres, y que tienen una postura de tolerancia hacia la concurrencia de parejas sexuales en los varones (tener dos mujeres al mismo tiempo, como la esposa y la amante por ejemplo), ya que en estas sociedades las mujeres son llevadas a asumir el comportamiento de su pareja sin poder disponer de recursos para protegerse de contraer una ITS (Hirsh *et al.*, 2002). Aunque no se descarta la posibilidad de que las mujeres tengan varias parejas sexuales de forma simultánea, de acuerdo a los discursos normativos dominantes en esas sociedades se considera como un fenómeno raro.

Al conjunto anterior de factores se le deben sumar las dificultades que enfrentan las mujeres para el diagnóstico oportuno y tener atención clínica-médica adecuada. En ese sentido, las mujeres enfrentan los prejuicios en torno al género y las infecciones del tracto

genital femenino, la ignorancia sobre el tratamiento adecuado, la automedicación y la limitada disponibilidad de las pruebas clínicas y tratamiento adecuado en las instancias públicas de salud. Estas situaciones incrementan el grado de complejidad del escenario de vulnerabilidad de las mujeres.

A pesar de la urgencia e importancia que tiene la investigación sobre comportamiento, hábitos y prácticas sexuales de las mujeres, la información que se tiene disponible es muy limitada. Una de las fuentes que aportan mayor información sobre el comportamiento sexual de la población son las encuestas. Los propósitos para generar esta información han ido cambiando conforme se va transformando la sociedad (Ericksen y Steffen, 1999). Sin embargo, en todas las épocas ha sido un tema complejo y espinoso de investigar. Los demógrafos legitimaron la investigación sobre la sexualidad a través de las pautas reproductivas y se incorporaron elementos sobre las infecciones de transmisión sexual como uno de los factores que se relacionaba con la fertilidad, la mortalidad materna y la muerte infantil.

En la década de los ochentas la emergencia del VIH provoca una enorme preocupación por el comportamiento sexual y sus consecuencias (Ericksen y Steffen, 1999). A partir de ahí en varios países se han realizado esfuerzos sustantivos por documentar la frecuencia de las relaciones sexuales relacionadas con el riesgo de infección por VIH, las medidas de prevención adoptadas, la información, las opiniones y las actitudes ante la infección por VIH/SIDA, los mecanismos de transmisión y los medios para prevenirla. Países como España, Francia, Estados Unidos, Bélgica, Noruega, Reino Unido, Italia y Portugal disponen de Encuestas Nacionales sobre Sexualidad, dirigidas a hogares; sin embargo a pesar de los esfuerzos aún en nuestros días, la comprensión de la dinámica de las infecciones en la conducta sexual es limitada.

En México no se dispone de información similar sobre el comportamiento sexual de la población. Ante este vacío de información algunos ejercicios para comprender el comportamiento sexual se han abocado al comportamiento sexual de los adolescentes y sobre uso de condón en poblaciones con prácticas consideradas de riesgo, éstas han permitido visualizar el escenario de la sexualidad en México. Sin embargo estos esfuerzos no permiten conocer con claridad si existen patrones en la población adulta (Gayet, Juárez,

Pedrosa y Magis, 2004), por lo que es necesario desarrollar instrumentos que permitan obtener pautas generales de comportamiento, prácticas, opiniones y actitudes hacia la sexualidad y las condiciones que incrementan el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, a fin de diseñar estrategias adecuadas para la prevención de las ITS, principalmente la infección por VPH.

En el siguiente capítulo se presenta el encuadre teórico bajo el cual se argumenta esta disertación.

Capítulo 2. ENCUADRE TEÓRICO

En este capítulo se presentan las perspectivas teóricas utilizadas para la comprensión de las prácticas y de la dinámica de riesgo en las trayectorias sexuales. Cada una ha sido seleccionada por las bondades que pueden aportar a este propósito. Se retomó la perspectiva construccionista de la sexualidad y del riesgo; ya que ésta contribuye a dar una dimensión tanto de proceso como de contexto histórico-social, a los significados de las prácticas, los símbolos, representaciones, normas y valores que le dan sentido al comportamiento sexual y de prevención. En tanto que la perspectiva teórica de la interacción sexual, permite una aproximación a nivel micro de la forma en la que se da la interacción con el otro, y cómo la experiencia de la interacción transforma el sentido y las prácticas sexuales, posibilitando un conocimiento más dinámico de la configuración del campo de la sexualidad y sus conflictos. Por otra parte, se usa la perspectiva de curso de vida como herramienta analítica para comprender cómo la experiencia es vivida a través de la biografía y al mismo tiempo se conecta con la historia social en la que está inserta esa biografía, permitiendo un análisis más fluido entre lo micro y macro.

1. La construcción social del riesgo y la confianza

En la literatura sobre riesgo es posible identificar dos enfoques principales para su abordaje. El primero, llamado realista o materialista, el cual sostiene que el riesgo es una relación de probabilidades con hechos objetivos, donde el riesgo se puede medir, es cuantificable, predecible y busca ser controlado. Este enfoque tiene una fuerte presencia en disciplinas como la actuaría, la economía, la epidemiología, entre otras. En oposición a este enfoque, se encuentra el sociocultural, el cual visualiza el riesgo como una construcción social, como un atributo de los objetos fuertemente vinculado a sistemas de creencias y valores (Bradbury, 1986; Fox, 1999).

La teoría cultural establece que el riesgo es definido, percibido y manejado de acuerdo a los principios de organización social de un determinado grupo. Esta perspectiva asume que los

individuos activamente seleccionan los riesgos que serán atendidos o suprimidos a la vista de acuerdo a ciertos imperativos culturales (Gayet 2011). Mary Douglas enfatiza que la respuesta ante una situación de peligro está vinculada a una norma culturalmente establecida, ya que la cultura es un principio que codifica lo que debe reconocerse como peligro, “la gente vive en un mundo construido a partir de conceptos, dentro de los cuales se incluye el concepto de peligro” (Douglas, 1996: 57), por lo que de acuerdo a estos conceptos los individuos perciben los riesgos.

Cada grupo cultural establece una escala de valoraciones sobre aquellos eventos que pueden representar un peligro para el grupo, qué pérdidas serían más perjudiciales y cuáles daños se pueden prevenir, lo que permite a los individuos tener un marco de referencia sobre las cosas o el comportamiento que hay que observar con mayor cuidado; ya que la comisión de éste puede ameritar ser castigados (Douglas, 1996).

Para Luhmann (1992) el riesgo es un arreglo temporal vinculado a un futuro incierto, basado en las decisiones, sin las cuales podría ocurrir un daño evitable. La valoración que los individuos hacen sobre el riesgo encamina sus decisiones. Sin embargo, éstas no pueden apartarse de las normas sociales, ya que “uno se comporta tal como lo esperan los grupos de referencia relevantes, o tal como ha sido socializado” (Luhmann, 1992: 46). Por lo que no se espera que los miembros de una comunidad reaccionen adversamente frente algo que histórica y socialmente ha sido considerado como inofensivo.

La evaluación y la percepción del riesgo si bien son procesos psíquicos, los elementos con los que se realizan son internalizados en el proceso de socialización, lo cual implica que los individuos aprenden en las interacciones con los demás, qué objetos o situaciones deben considerarse como riesgosas y como protegerse de las mismas. Sin embargo para Luhmann “no existe ninguna conducta libre de riesgos” (Luhmann, 1992: 72). Cuando se toma una decisión, es posible hacer cálculos sobre los mismos, estimar sus posibles consecuencias, pero esta información sólo es un auxiliar en la toma de decisión, no significa que puedan evitarse todos los riesgos y todas sus consecuencias. Lo anterior plantea que la realidad es más compleja de lo que parece, donde existe una multiplicidad de riesgos y no todos pueden ser calculados y atendidos al mismo tiempo. Para explicar cómo los individuos seleccionan esos riesgos, Mary Douglas introduce el concepto inmunidad subjetiva, ésta es

la tendencia a subestimar la probabilidad de los malos resultados cuando se está en una situación controlada, es decir que es una situación familiar, donde se puede anticipar bien lo que sucederá o que es un riesgo poco común. Al minimizar estos eventos, el mundo inmediato parece más seguro de lo que es (Douglas, 1996). Este arreglo les permite a los individuos controlar su mundo cotidiano para evitar preocuparse de una parte importante de los riesgos y sólo tomar acción sobre aquellos que sean importantes de prevenir.

El mundo es abrumadoramente complejo, está lleno de objetos, significados, relaciones, eventos, sistemas, entre otros; por lo que las posibilidades a las que se enfrenta el ser humano exceden a aquellas a las que puede responder. Por eso, como medio de adaptación exitosa al mundo, los individuos seleccionan aquellas posibilidades que deban atender en una escala de prioridades socialmente construida (Gayet, 2011). Uno de los elementos que permite reducir la complejidad a la que se enfrenta el individuo es la confianza (Luhmann, 2005). Sin embargo, esta reducción de la complejidad no debe entenderse como la eliminación de los peligros; cuando se confía, se arriesga a ser defraudado, por lo que la confianza en sí misma es una apuesta hecha en el presente sobre hechos futuros que se basa en el pasado (Rodríguez, 2005).

“La confianza es una relación social con su propio sistema especial de reglas. La confianza se da dentro de un marco de interacción que está influenciado tanto por la personalidad como por el sistema social” (Luhmann, 2005: 9). Es decir que la confianza no se otorga siempre y en todas direcciones. Los individuos pueden reflexionar sobre su entorno y sobre la información que les provee para tomar decisiones. Aunque debido a la complejidad del mundo, esta información siempre es incompleta y parcial, por lo que la confianza les permite dar por sentado la veracidad de esta información y comportarse como si fueran hechos sus consecuencias futuras, por lo que la confianza sólo funciona en la medida de que puede superar la información disponible y generalizar las expectativas del comportamiento (Luhmann, 2005).

La historia es otro mecanismo de la reducción de la complejidad, en ella se concentra la experiencia humana, la de otros y la propia. Al reflexionar, interpretar y estructurar la experiencia vivida de forma simplificada, ésta adopta un rol informativo que al combinarse con la acción presente permite determinar si se otorga confianza. La historia es un

trasfondo necesario para otorgar confianza. Al mismo tiempo la acumulación de experiencias en interacciones previas permite establecer la familiaridad. “La familiaridad hace abrigar expectativas relativamente confiables y como consecuencia también, contener los elementos restantes del riesgo” (Luhmann, 2005: 32). En otras palabras, se puede confiar en que una persona cumplirá una promesa hecha en el presente, basándose en las experiencias que ha tenido en el pasado con esa persona o bien en las experiencias pasadas de otros sobre ese tipo de promesas, aunque ningún horizonte de familiaridad proporciona garantías de que así sea.

El riesgo y la confianza son elementos que están íntimamente relacionados, ambos permiten a los individuos desenvolverse en un mundo lleno de amenazas. Estos mecanismos están presentes en toda interacción social, incluso en las interacciones más íntimas, como la interacción sexual. A continuación se presenta una breve descripción sobre la producción y reproducción de los contenidos de la sexualidad, las pautas de acción en el plano sexual y sus implicaciones en las experiencias sexuales.

2. La sexualidad como construcción social

La conducta sexual humana es un fenómeno complejo. Ésta ocurre en diferentes lugares y contextos sociales, consiste en un rango muy variado de actividades específicas y son percibidas de forma diferente por cada persona, Además la actividad sexual está fundada en un complejo conjunto de motivaciones, factores e influencias tanto internas como externas, por lo que es poco probable que las herramientas y conceptos de una sola disciplina científica pueda dar respuesta a la enorme cantidad de preguntas que se deben responder en torno al comportamiento sexual humano (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994). Una importante proporción de la investigación científica sobre sexualidad ha sido producida desde disciplinas como la biología, medicina o la psicología, donde se ha enfatizado el comportamiento sexual como un fenómeno puramente *individual*. En general esos estudios han definido a la actividad sexual como una forma de actividad física basada en los pensamientos y sentimientos que la persona experimenta, éstos han tratado de explicar el comportamiento en términos de procesos internos, endógenos que tiene lugar en

el individuo (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994). Un ejemplo de esta mirada sobre la sexualidad es la aproximación desde el concepto de instinto o pulsión, donde las diferencias en el comportamiento entre las personas es explicado en términos de la represión de los instintos, traumas, desviaciones, etc.

Sin embargo, los resultados de las investigaciones con este marco de referencia contribuyen a explicar sólo una pequeña parte de los fenómenos, debido a que si bien hay un sustrato biológico relacionado a la reproducción como especie, la mayor parte del comportamiento humano encuentra explicación en el proceso de socialización en un contexto específico, donde las interacciones con otras personas y los contenidos de símbolos y signos configuran el sentido del comportamiento de los individuos. Por lo que las explicaciones sobre la sexualidad humana deben abrazar tanto a lo individual como a lo social.

La sexualidad en la sociología y más aún en la demografía han sido un tema poco explorado, quizás debido a que su definición es compleja y más aún no sea un concepto acabado (Minello, 1998). Sin embargo es posible conceptualizar a la sexualidad como “ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero al mismo tiempo designa relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y comportamientos sexuales” (Szasz, 1998: 11). Es decir que el estudio de la sexualidad comprende un conjunto de relaciones y objetos socialmente construidos en el devenir histórico y cultural, lo cual obliga a situarlos en un momento dado; ya que los significados atribuidos a la sexualidad son aprendidos, por lo que cambian de un contexto a otro a lo largo del tiempo (Minello, 1998).

La sexualidad está incrustada en el devenir social, está sostenida y mantenida en la interacción social, en la forma en la que aprendimos a relacionarnos con los demás, donde se establece lo prohibido y lo permitido, los límites de las acciones en diferentes niveles, el contacto físico, el lenguaje y otros tipos de interacciones, incluyendo la fantasía (Szasz, 1998). Lo anterior implica que los significados atribuidos a los actos sexuales son producidos y reproducidos por la acción de los agentes sociales, lo que configura una matriz cultural en torno a la sexualidad y sus posibilidades, por lo que si bien es reconocida la capacidad de la agencia, ésta se encuentra limitada por los esquemas de interacción

producto de la socialización (Gagnon, 2001). Por lo que sólo es posible entender la conducta sexual en la interacción con los otros y en el contexto social en el que se produce.

La interacción sexual también se encuentra permeada por relaciones de poder que son construidas socialmente. Estas relaciones en términos de distancias y diferencias estructuran las interacciones entre los agentes (Bourdieu en Giménez, 1997). La clase y el género son dos categorías que establecen las relaciones de poder en el campo y permean todas las interacciones sociales. En el caso del género, los conceptos de masculino/femenino se inscriben en un conjunto de relaciones homólogas e interconectadas como arriba/abajo, delante/atrás, duro/blando, pasivo/activo, entre otras, las cuales se apoyan mutuamente a través de metáforas y transferencias prácticas, formando esquemas inmanentes que funcionan como matrices de percepciones, que trascienden históricamente y se imponen a los agentes (Gayet, 2011). De acuerdo con Gayet (2011) la investigación de la construcción de género implica indagar sobre “la forma en que la sociedad, a través de instituciones y productos culturales, formula normas sobre el papel de los hombres y de las mujeres, y las maneras en que en el nivel de la interacción estas normas son interpretadas y actuadas por los sujetos, tanto hombres como mujeres y usadas para evaluar al otro por medio de expectativas” (Gayet, 2011: 38).

La matriz que le da sentido a la interacción social, particularmente la interacción sexual, “expresa la presencia de relaciones desiguales, de imposiciones, de abusos y de limitaciones a las posibilidades de bienestar en la sexualidad” (Bronfman, Gómez y Magis, 1995: 15) tanto para hombres como para las mujeres. Sin embargo en un sistema social donde debido a la diferencia sexual, se tienen discursos, significados, valores y prácticas diferentes para hombres y mujeres, las mujeres, por la forma en la que está construido este sistema, encuentran mayores dificultades para participar del poder y de influencia sobre aspectos importantes del mundo social, así como para reconocer, expresar, satisfacer sus deseos respecto a la sexualidad.

3. Normatividad sexual y guiones sexuales

Los discursos normativos de la sexualidad en las sociedades occidentales se han producido históricamente desde diversas instituciones sociales y a través de diversos productos culturales, configurando el espacio de lo permitido y lo prohibido en el plano sexual. Aunque estos han cambiado a lo largo del tiempo, de forma muy sintética y general, es posible apuntar que las normas sociales sobre sexualidad establecen que ésta debe ser de tipo heterosexual, en matrimonio, monógama, procreadora, no comercial, en pareja, en una relación, en privado, no pornográfica, usando sólo el propio cuerpo y de forma suave y delicada; ya que existen prescripciones contra la sexualidad que rebasa ese encuadre (Rubin, 1989). Sin embargo la conformación de este marco normativo, no indica que éstas hayan sido o sean obedecidas por completo y que no haya formas de trasgresión, evasión, disolución o transformación. Como se ha apuntado antes, la construcción social y cultural implica que los sujetos producen y reproducen los contenidos sociales (Gagnon, 2001). Debido a este proceso activo, la sexualidad aparece como uno de esos contenidos construidos socialmente. Ésta no es lineal, ni homogénea. Está moldeada por una multiplicidad de discursos (iglesia, ciencia, educación formal, políticas públicas, medios de comunicación, entre otros.) que sirven como marcos de referencia para la elaboración de las normas y guiones que le dan sentido a las prácticas sexuales y al riesgo frente a las ITS (Weeks, 2005; Amuchástegui, 2001; Gayet, 2011). Los contenidos de los discursos tampoco son homogéneos, unívocos o libres de contradicciones, estos han ido cambiando al paso del tiempo. La modernidad introdujo cambios importantes en los discursos sobre la sexualidad y la vida íntima, particularmente al introducir como principio del matrimonio el amor romántico, la extensión de las relaciones sexuales prematrimoniales y el divorcio como curso de acción frente a los conflictos de pareja (Benavente y Vergara, 2006; Valdes, Benavente y Gysling, 1999; Gysling y Benavente, 1996).

En la última mitad del siglo XX se dieron vertiginosos cambios sociales que modificaron las actitudes, las instituciones y las normas relacionadas con la vida privada de las mujeres. En los últimos 40 años, la difusión de la tecnología anticonceptiva no sólo ha permitido a las mujeres controlar su fecundidad, sino que ha abierto paso a la separación entre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, modificando no únicamente el tamaño de las

familias sino los fines con los que se establecen y las relaciones interpersonales que las mantienen (Quilodrán, 2008). Al mismo tiempo, hay que considerar que en los últimos años del siglo pasado el promedio de la escolaridad ha aumentado entre la población femenina, se ha agregado de alguna manera la educación sexual y de la biología del cuerpo en el ámbito escolar, así como una mayor incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo remunerado.

Otro evento del tiempo socio-histórico que ha marcado profundamente la construcción de la sexualidad y de la vida en pareja en los últimos 30 años, es la emergencia de VIH/SIDA. Este evento colocó a la sexualidad en el centro de la atención académica, política y social, generando nuevos conocimientos, promoviendo nuevas formas de relación interpersonal y la necesidad de incorporar estrategias de prevención en la arena sexual (Bronfman, Gómez y Magis, 1995). Por lo que la forma de vivir y pensar la sexualidad cambió para las generaciones más jóvenes, quienes iniciaron su vida sexual bajo este escenario.

Los avances acelerados de la tecnología y de los procesos de comunicación han provocado que estos cambios hayan sido vertiginosos en los últimos años. provocando que los discursos normativos sobre la sexualidad de fuentes externas, como la iglesia, hayan perdido fuerza, mientras que el acceso a fuentes de información y la variedad de contenidos se han diversificado enormemente, ampliando las posibilidades de incorporar nuevos elementos en la elaboración de las construcciones simbólicas que le dan sentido a las prácticas sexuales (Bozon, 2004).

Las transformaciones sociales sobre el trabajo femenino, su mayor acceso a la educación, los cambios en el matrimonio y su función social, parecieran apuntar hacia interacciones sociales más equilibradas entre hombres y mujeres, sin embargo se mantiene la representación jerárquica de los roles que hombres y mujeres deben seguir. Esta lógica discursiva permea la interacción sexual favoreciendo el predominio de los varones respecto de las mujeres. Estas normas alientan la exploración de la sexualidad masculina y promueven el control y la dirección de la interacción sexual para los varones. Estos son vistos como sujetos independientes, cuyo deseo sexual reclama satisfacción; mientras que las mujeres tienen que ser modestas y recatadas, cuyo placer responde al deseo de otro, estas deben mostrarse como respondientes a la iniciativa del varón, por lo que la

exploración sexual con varias parejas está proscrita (Bozon, 2009; Magis y Hernández, 2008; Allen y Tollers, 2008; Bozon; 2004; Herrera y Campero, 2002). Estas normas limitan las posibilidades de las mujeres para expresar sus deseos y necesidades en la arena sexual, debido a que la trasgresión de las normas puede tener profundas consecuencias psicológicas y sociales, principalmente para las mujeres, ya que ésta puede generar valoraciones sociales desfavorables de la pareja, comparaciones, rechazo, coerción y hasta violencia, las cuales sólo pueden evitarse o atenuarse cuando existe una razón específica que las salve o repare el daño como el amor y el matrimonio (Rubín, 1989; Bozon, 2005; Bozon, 2009).

Las normas no se reproducen de forma automática en el comportamiento social. Éstas son aprendidas y aprehendidas, lo que implica que estas son procesadas cognitivamente por los individuos, pero al mismo tiempo que las aprende, las hace suyas, al interpretarlas. La interpretación de ese contenido es incluida en un esquema de conducta. Es decir en un guion.

De acuerdo con Goffman, un guion es “un esquema de actos verbales y no verbales por medio de los cuales expresa una visión de la situación y por medio de ella su evaluación de los participantes y de sí mismo” (Goffman, 1970: 14). Sin importar que los individuos quieran o no seguir un guion, éstos adoptarán una posición en la interacción de forma voluntaria, por lo que favorece la generación de expectativas y líneas de acción para los demás en función de esa posición. En tanto que para Simon y Gagnon, los guiones no sólo son guías de comportamiento, sino las sintaxis operativas que definen una secuencia correcta de elementos de conducta que les permite a los individuos moverse en diferentes escenarios (Simon y Gagnon, 1984).

Los escenarios son instruccionales, en otras palabras, cada escenario define el tipo de objetos, los propósitos, las cualidades deseadas de uno mismo y de los otros, tiempos, lugares, gestos, las palabras, y lo más importante, lo que el actor y los coparticipantes (reales o imaginarios) asumen que debe ser sentido. Los escenarios contienen todas las instituciones y arreglos institucionalizados que representan los prejuicios, los estereotipos, entre otros (Simon y Gagnon, 1984). Siguiendo lo anterior, el escenario de la sexualidad, contiene todos los elementos que están relacionados con el deber ser de hombres y mujeres,

así como las expectativas y condiciones establecidas socialmente para que se dé una interacción de este tipo.

Los escenarios son abstractos pero se materializan en escenas concretas, en situaciones de la vida cotidiana; Los guiones también deben serlo, de tal manera que logren aplicarse exitosamente a todas las circunstancias. Aunque dada la complejidad de la vida social, las posibilidades de que se presente una situación concreta en la vida cotidiana a la que se apliquen perfectamente los guiones disponibles son muy bajas. Esta incongruencia debe ser resuelta por los guiones interpersonales.

La falla entre el guion disponible y la situación concreta que enfrenta el sujeto, transforma al “actor” en “escritor” o “adaptador” de los guiones, quien confecciona un guion a medida para esa situación específica. Esto le da un papel activo en la producción social de los guiones y le proporciona un sentido de individualidad; ya que aunque la improvisación sea a partir de un repertorio previo, esta es una creación nueva. Este es el mecanismo por el cual se crean identidades congruentes con las expectativas sociales (Simon y Gagnon, 1984). Esta teoría describe la existencia en los actores de un nivel en el cual se crea la fantasía y el deseo. El nivel intrapsíquico es donde se produce la reorganización simbólica de la realidad, creando y recreando el mundo privado, el cual está vinculado al mundo social, pero va más allá del instinto o el apetito.

Al conceder un papel tan importante a los individuos en el proceso de la creación y recreación de la interacción sexual, es importante contar con un marco que posibilite poner en primer plano la interacción de los sujetos, el contexto y los mecanismos que entran en funcionamiento en el plano sexual.

4. La teoría de la interacción sexual

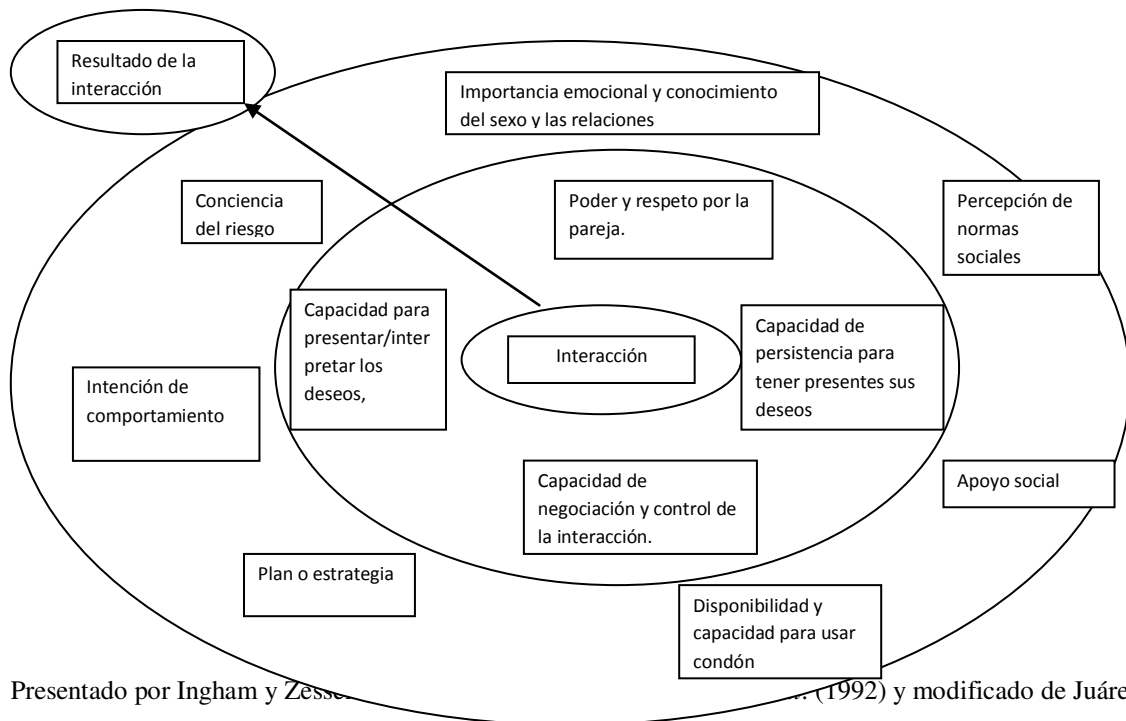
La teoría de la interacción sexual es un marco específico que posibilita la comprensión de las relaciones socio-sexuales en el contexto en el que se producen (Van Campenhoutt y Cohen, 1997). Este encuadre propone enfatizar la interacción misma, para comprender el curso de los acontecimientos. Debido a que los individuos entran a la interacción con todo

tipo de expectativas, planes, deseos, capacidades e historias, éstos deben tomarse en cuenta, ya que afectan el curso de la interacción, así como resultado de la interacción sexual (Juárez y Gayet, 2005).

Esta perspectiva retoma los elementos teóricos de la interacción social, reconociéndoles al individuo la capacidad de agencia en las relaciones sociales, y la incorporación de pautas sociales sobre el deber ser de hombres y mujeres, particularmente en las interacciones de tipo sexual. Otro principio es que la acción de los individuos (ego) está basada en una serie de expectativas o percepciones sobre las respuestas del otro (alter) y que a su vez esas expectativas son condicionadas por el contexto en el que se encuentran insertos los actores y que son construidas socialmente. Por lo que la díada, (la pareja) recibe un particular énfasis, debido a que las interacciones sexuales involucran un ajuste recíproco entre las expectativas sobre el comportamiento del compañero (partner) y las del individuo. Las valoraciones sobre el rol que juega la pareja (partner) y su relevancia en la vida emocional o interna del otro miembro de la interacción afecta el tipo y la secuencia de la interacción (Ahlemeyer y Ludwing, 1997).

Por otra parte reconoce la capacidad de los individuos de reflexionar sobre su propia acción, la cual no sólo es entendida a la luz de la subjetividad sino que reconoce la influencia de las normas, las instituciones y la dinámica de poder, así como también le concede lugar importante al contexto, ya que el tiempo, el lugar y el espacio condicionan la interacción sexual.

El énfasis de este modelo está en la interacción, en lo que sucede en el contexto de la relación y en el resultado de la misma. Está estructurado en capas de proximidad hacia los eventos que afectan esa interacción (Van Campenhoudt, 1997). En la primera capa se sitúan los factores que afectan directamente el funcionamiento interaccional, es decir las competencias, herramientas y habilidades, poder y persistencia; la segunda capa contiene aquellos elementos importantes pero que no se relacionan de manera directa con alguna interacción específica. Además, este modelo analiza por separado los efectos del resultado de la interacción, debido a que esta experiencia afectará las otras variables del modelo (Ingham y Zessen, 1997).



La incorporación de la dimensión de poder y de su balance es fundamental para comprender las capacidades, herramientas y habilidades de las mujeres, debido a que las relaciones sexuales implican que los miembros de la pareja tienen diferentes objetivos y propósitos al momento de la interacción (Ingham y Zessen, 1997), y si alguno de los miembros se encuentra en una condición que le permita imponer sus objetivos al otro miembro, habrá diferencias en la forma en la que se establezcan los acuerdos de la misma.

Para la conformación de la teoría de la interacción sexual los conceptos que se desarrollaron antes son de gran utilidad ya que le dan soporte al estudio de un campo tan particular como es el de la sexualidad. La teoría de la interacción sexual no intenta predecir el comportamiento sexual, sino explicarlo (Ingham y Zessen, 1997). Además, permite visualizar no sólo las carencias en términos de competencias, sino que posibilita ver los recursos que las personas tienen, emplean y buscan en la interacción sexual, lo cual amplía la mirada más allá de la fragilidad, que, si bien está presente, no es un determinante, sino una condición del contexto.

Además, el modelo permite incorporar el tiempo como variable, lo que implica la posibilidad de observar cambios, o las variaciones en el comportamiento durante la interacción sexual. Este modelo incorpora elementos que pueden operacionalizarse más esquemáticamente para hacer un estudio más puntual que permita analizar las prácticas y los contextos o situaciones que incrementan el riesgo de contraer alguna ITS.

5. La perspectiva de curso de vida como herramienta analítica

Existen diferentes conceptualizaciones sobre el tiempo, discusiones en diferentes disciplinas sobre la forma de medirlo y las implicaciones de esos conceptos para el desarrollo de la vida humana. La perspectiva idealista abarca las discusiones sobre la medición y definición del tiempo desde el lenguaje formal de las matemáticas y la lógica de la física teórica. Mientras que la perspectiva relacional, principalmente asociada con Leibniz, sostiene que el tiempo es un orden de sucesiones, donde un evento comienza y termina y comienza otro. Esta visión del tiempo generó el concepto de la relación antes-después y remite a pensar los eventos como procesos y no como estadios, lo que le confiere una importancia significativa al orden de los fenómenos en el análisis del patrón temporal (Zwart, 1976).

El tiempo es un parámetro importante en la vida social. Orienta y da sentido a la vida debido a que establece una relación lógica entre pasado – presente – futuro proporcionando una secuencia validada socialmente para las actividades (Lauer, 1981). Para analizar el patrón temporal socialmente establecido se pueden utilizar cinco elementos básicos: periodicidad, *tempo*, *timing*, duración y secuencia. La periodicidad permite identificar el “ritmo” de la vida social, establecer los ciclos que se repiten para establecer rutinas. El *tempo* se refiere a la identificación de frecuencias, de actividades en alguna edad del tiempo social, el *timing* refiere la sincronización, o el ajuste de dos o más procesos, la duración refiere al intervalo donde suceden los procesos y la secuencia remite al ordenamiento de los eventos, lo que permite identificar hábitos (Lauer, 1981).

El tiempo es una dimensión que permite ubicar los fenómenos en una secuencia a partir de una orientación temporal (Lauer, 1981). La trayectoria es un esquema que refiere la secuencia de las actividades ordenadas a través de redes sociales y el desarrollo de las habilidades personales. Es decir que una trayectoria es una línea equivalente a una historia de vida individual (Elder, 1978). El análisis de la información de tipo biográfico bajo la perspectiva de curso de vida permite analizar el flujo vital de las personas, aprender de las experiencias, apreciar cambios de un estado a otro en distintos ámbitos y bajo diferentes contextos, identificar las etapas y las condiciones sociales en las que ocurren dichos cambios (Tilly, 1978).

El curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el socio-histórico (Hareven, 1978). El tiempo individual se refiere al tiempo biológico o psicológico de los individuos. La edad cronológica en la mayoría de las sociedades estructura el curso de vida (Martínez, 2010). La edad a la que se ingresa a la escuela, la edad a la primera relación sexual, la edad al matrimonio o la unión, la edad al primer hijo, son ejemplos de cómo la edad sirve como marcador de las transiciones y como agente vinculante para el análisis del contexto que rodeaba a los individuos y da sentido a dichas transiciones.

El tiempo familiar es configurado por la ocurrencia de eventos relacionados a la familia, como la paternidad, el matrimonio (Hareven, 1982). Si bien la esfera familiar no puede estar estructurada de forma tan cercana a la edad, ésta contribuye a orientarse en las generaciones que componen la familia, por lo que la experiencia dentro del tiempo familiar es más contingente y menos predecible que el de la esfera individual (Martínez, 2010). En esta esfera se moldea aspectos muy importantes de la personalidad de los individuos, debido a que es la familia la responsable del proceso de socialización primaria.

El tiempo socio-histórico permite dar cuenta de la influencia de eventos históricos en términos del grupo social, como las guerras, crisis económicas, cambios sociales, etc., que influyen en la esfera familiar y en la individual. Estos niveles de organización del tiempo permiten una adecuada comprensión de la relación micro-macro a través de la observación de un proceso a corto plazo (la vida de un individuo) entendida como parte de un proceso de larga duración (cambios sociales, económicos y políticos). Bajo este esquema de tiempo,

es posible identificar los factores que afectan las decisiones de los individuos que influyen en el desarrollo de su trayectoria, por ejemplo, permite comprender las decisiones que una mujer haya tomado a lo largo de su vida (el salir del hogar paterno, el matrimonio, el embarazo o el no usar protección con una pareja, etc.) a partir del contexto previo que tenía cuando estas decisiones tuvieron lugar. Éstas pueden estar afectadas por las limitaciones económicas, los problemas familiares o la experiencia acumulada. En ese sentido, como indica Hareven (1978), para Elder la dinámica del curso de vida está condicionada por la estructura de oportunidad que le impone el contexto histórico-social como un conjunto de expectativas, compromisos y recursos que los individuos ponen en juego para hacer frente a los acontecimientos.

Esta perspectiva permite analizar los roles que van adoptando los individuos a lo largo de la vida, como la entrada y salida de estos roles (casada, divorciada, segundas nupcias), así como los cambios en los significados atribuidos a esos roles tanto en propia trayectoria de las mujeres como en el tiempo familiar y en tiempo socio-histórico.

El desarrollo de un individuo (*Lifelong process*) es un proceso multi-dimensional, debido a que la trayectoria de una persona está atravesada e influida por las trayectorias de otros; esto se evidencia en los riesgos de contraer VPH u otra ITS, ya que la trayectoria sexual de la mujer está atravesada por la de su pareja y ésta a su vez por sus parejas previas. Es pluri-esférico, debido a que las personas pueden adoptar una multiplicidad de roles en cualquier dominio a lo largo de la vida, permanecer en ellos un tiempo variable, salir y volver a entrar (estar casada, duración de la unión, segundas nupcias, etc.); es multi-direccional porque el concepto trayectoria no preestablece la secuencia y velocidad con la que se realizan las transiciones, los actores pueden transitar o no por alguna etapa del curso de vida (permanecer soltera, unirse pero no tener hijos, tener varias uniones) y es un proceso que ocurre hasta la muerte (Elder, 1998).

Este enfoque permite visualizar cómo a lo largo de la trayectoria de su vida las personas experimentan momentos que tienen diferentes significados e importancia en su curso de vida. Es decir, cómo una misma práctica se mantiene a lo largo del curso de vida, va cambiando de significados y de orden en las prioridades de las personas; como en el caso de la actividad sexual que aparece con mucha intensidad en los inicios de la trayectoria

sexual y reproductiva y va cambiando de acuerdo a las experiencias como la maternidad, la menopausia y la prioridad o importancia relativa que le otorgan las mujeres a lo largo de curso de vida.

En esta perspectiva los individuos son analizados en tanto miembros de una cohorte de nacimiento. Los miembros de una cohorte comparten una historia social, conformada por la estructura de oportunidad impuestas por la organización social predominante en un momento determinado (Martínez, 2010).

Por otra parte, la experiencia de cada cohorte es influida no sólo por las condiciones contemporáneas, sino también por la experiencia acumulada de las transiciones más tempranas del curso de vida. Estas transiciones a su vez se ven afectadas por un conjunto de circunstancias históricas específicas de su propio tiempo (Hareven, 1978). Es decir, las trayectorias son marcadas por la ocurrencia, tiempo y secuencia de las transiciones, y estas transiciones son afectadas en su momento por el juego entre lo histórico (individual y colectivo) y las circunstancias específicas (Elder 1974); lo que permite identificar patrones en las condiciones de las personas pertenecientes a la misma cohorte, ya que cada cohorte posee una composición y características distintivas que reflejan las circunstancias de su origen y momento únicos.

Siguiendo a Rodolfo Tuirán, la perspectiva del curso de vida provee un esquema flexible para comprender la interacción de los diferentes tiempos que gobiernan el movimiento de los individuos a través de una sociedad cambiante, además es útil porque quien hace el análisis debe de moverse entre la sincronía y la diacronía, la estructura y el proceso (Tuirán, 2001), tendiendo puentes entre lo micro y lo macro, lo individual y lo colectivo.

Este marco conceptual y herramienta analítica permiten un andamiaje sólido para dar cuenta de los procesos que ocurren en una esfera de la vida de las personas tan íntima pero profundamente sostenida y mantenida en normas y valores sociales que condicionan diferencias importantes entre los individuos que los llevan a enfrentarse a las interacciones con ventajas y desventajas para adquirir una infección de transmisión sexual.

En el siguiente capítulo se abordarán los objetivos e hipótesis de esta disertación doctoral, así como la ruta metodológica para dar respuesta a las preguntas de investigación.

Capítulo 3. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

1. Preguntas de investigación

La sexualidad humana y los riesgos que implican algunas prácticas han sido el tema principal de muchas investigaciones sociológicas, psicológicas, médicas y demográficas en México. Actualmente se dispone de una cantidad importante de información sobre las prácticas, comportamientos y condiciones en las que transcurre la sexualidad de los adolescentes y de algunos grupos específicos (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2004; Szasz, 2008; Szasz y Lerner, 2008; Menkes, 2009; Stern, 2007 y 2012; Mier y Terán, 2009). Sin embargo, existe poca información sobre las prácticas sexuales en la etapa adulta del ciclo de vida, principalmente de las mujeres. Esto último a pesar de que reciben mucha atención como grupo de estudio en cuanto a comportamiento reproductivo, pero insuficiente para describir los comportamientos sexuales. Esta laguna, aunada a la preocupación por la prevención de las infecciones que se transmiten por vía sexual como el VPH, así como la necesidad de identificación de relaciones sexuales en las que puede haber riesgo de infección y de las formas en que las mujeres se sustraen de esos riesgos, constituyen los motivos para reflexionar sobre el riesgo de ITS para las mujeres, planteando algunas preguntas como:

- ¿Qué características tienen las trayectorias sexuales de las mujeres adultas en la ciudad de México?
- ¿Cómo es la dinámica de riesgo y prevención en la historia sexual?
- ¿Cuáles son los factores más relevantes en la biografía sexual de las mujeres que están influyendo para que contraigan o no una ITS?

- ¿Por qué algunas trayectorias sexuales desembocan en la adquisición de una displasia asociada a VPH?
- ¿Cuáles son las principales diferencias sociodemográficas entre las mujeres con y sin displasia asociada a VPH?

Responder estos interrogantes representa una contribución al desarrollo del conocimiento sobre la sexualidad femenina en la etapa adulta, los riesgos que enfrentan y cuáles son los recursos que movilizan para sustraerse de esos riesgos, lo cual es fundamental para diseñar políticas públicas de prevención enfocadas a ese sector de la población.

2. Objetivos en hipótesis

2.1 Objetivo general

Identificar los comportamientos sexuales y de prevención de ITS de las mujeres adultas enfatizando los elementos de la trayectoria que inciden en el riesgo de contraer VPH (o tener una displasia asociada al VPH).

2.2 Objetivos específicos

1. Presentar el perfil sociodemográfico de las mujeres de 18 a 49 años que acuden los servicios de salud de la Delegación Venustiano Carranza.
2. Identificar diferencias en el perfil sociodemográfico de las mujeres que tuvieron una infección sexual que derivó en una displasia² (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, etcétera).

² Se considera que la presencia de displasias en el cuello del útero y vagina son un indicador de la presencia de la infección por VPH, debido a que la prevalencia del virus en las afecciones de este tipo es de 98.7%. (Departamento e epidemiología C. Salud Beatriz Velazco de Alemán;)

3. Analizar el contexto de la primera y la última relación sexual de las mujeres que acuden a los servicios de salud de la Delegación Venustiano Carranza
4. Identificar diferencias y similitudes en la primera y la última relación sexual de las mujeres con y sin displasias.
5. Identificar las variaciones en el contexto de la primera y la última relación sexual de acuerdo a la edad de las mujeres que acuden los servicios de la Delegación.
6. Identificar las principales trayectorias sexuales así como las prácticas de prevención de ITS (particularmente VPH,) presentes en dichas trayectorias.
7. Indagar los factores de la trayectoria que favorecen contraer una ITS. tales como uso de condón, número de parejas, infidelidad, etc.

2.3 Hipótesis

1. Se espera que las mujeres que acuden los servicios de salud de la Delegación Venustiano Carranza sean mayormente casadas, dependientes económicas de sus parejas y con baja escolaridad.
2. Se tiene la expectativa de que las mujeres con Displasia (VPH) tenderán a tener una mayor edad en promedio y menor escolaridad que las mujeres sin displasia.
3. Se prevé que las mujeres inicien su vida sexual de forma temprana, con una pareja emocionalmente significativa como el novio o el esposo, sin usar protección; mientras que en la última pareja se espera que las mujeres fueran mejores usuarias de protección y que pudieran negociar un contexto más satisfactorio de la relación sexual.
4. Se espera que las mujeres con displasia hubieran iniciado sus relaciones sexuales a una edad más temprana y que tengan mayores dificultades para usar protección que las mujeres que no tienen displasias; también se espera que en la última relación las mujeres sin displasia sean mejores usuarias de condón y que tengan menor dificultad para presentar sus deseos en sus interacciones sexuales que las mujeres con displasia.

5. Se tiene la expectativa de que las mujeres más jóvenes tengan un mayor uso de protección desde el inicio de la trayectoria, así como un contexto menos desigual en la interacción con su pareja sexual, que las mujeres de mayor edad.
6. Aunque la historia sexual es fluida y diversa, se considera que se podrán identificar algunos patrones dentro de la trayectoria sexual.
 - a) Trayectoria sexual corta, monogámica y sin uso del condón o con un uso irregular.
 - b) Trayectoria sexual media, con parejas sexuales monogámicas seriadas, sin uso de condón o con un uso irregular.
 - d) Trayectoria sexual larga, con parejas sexuales monogámicas seriadas, sin uso o con uso del condón.
7. A pesar de que en la historia sexual se entretajan un sinnúmero de factores para configurar condiciones de riesgo, es posible identificar los factores más importantes como:
 - a) A mayor edad es mayor la probabilidad de tener displasia.
 - b) A menor escolaridad se incrementa la probabilidad de tener displasia.
 - c) A menor número de parejas sexuales disminuye la probabilidad de tener displasia.
 - d) A mayor percepción de infidelidad de la pareja, mayor probabilidad de tener displasia.
 - e) A mayor protección sexual (uso de condón), menor probabilidad de tener displasia.

3. Tipo y diseño general del estudio

Para responder a los interrogantes y verificar estas hipótesis, se diseñó un estudio de tipo cuantitativo con una encuesta retrospectiva que colectó la biografía sexual de las encuestadas, particularmente algunos elementos del contexto de algunas de las relaciones de parejas, como la primer pareja sexual, la última, la penúltima y las parejas concurrentes,

asimismo recuperó parte del contexto material y personal de la mujer, como autoestima, autocuidado e información sobre infecciones de transmisión sexual.

Una de las bondades más importantes de una encuesta retrospectiva es que brinda información desde una perspectiva histórica de la vida de los sujetos. Entendiendo que la presencia o ausencia de un fenómeno es producto de un proceso, esta perspectiva es particularmente útil cuando se aplica a la sexualidad y al riesgo de contraer una ITS. Sin embargo, las encuestas retrospectivas están afectadas en la calidad de la información por la evocación de la memoria, por lo que las historias pueden verse afectadas por distorsiones en la memoria retrógrada (Baqués, Sáinz y Sáinz, 2003) al ubicar fechas y situaciones. También hay que mencionar que al tratarse de temas sensibles, como las prácticas sexuales, el número de parejas o parejas concurrentes, es posible que algunas encuestadas hayan omitido alguna información. Para superar estos obstáculos existen estrategias de diseño del cuestionario que facilitan la memoria y también incluyen preguntas de verificación.

4. Universo, selección y tamaño de la muestra

La población seleccionada para la muestra fueron mujeres de 18 a 49 años que al menos hubieran tenido una pareja sexual, y que acuden a los centros de Salud de la Jurisdicción Venustiano Carranza. El método de selección de entrevistadas fue un muestreo intencional; se buscó seleccionar una proporción semejante de mujeres para formar dos grupos (Lundberg, 1949): el primero conformado por mujeres con un diagnóstico positivo de VPH de la clínica de Displasias del Centro de Salud Beatriz Velazco, y otro grupo sin reporte de VPH y/o ITS del servicio de consulta general en el Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada de la misma jurisdicción. Para este propósito se seleccionaron para el primer grupo, aquellas mujeres que acudieron a los servicios de colposcopia en la clínica de displasias con un diagnóstico positivo de VPH en una displasia; mientras que el segundo grupo se conformó por las mujeres que solicitaron consulta ginecológica para realizarse el Papanicolaou o bien acudieron para obtener sus resultados de la citología y que no presentaron alteraciones relacionadas con VPH u otras ITS.

4.1 Criterios de inclusión y exclusión

4.1.1 Primer grupo: Mujeres con displasia asociada a VPH

Para este grupo se incluyó a las mujeres que acudieron a la Clínica de Displasias del Centro de Salud Beatriz Velazco y que cumplieran con el requisito de haber tenido al menos una pareja sexual y tener entre 18 y 49 años. Lo anterior debido a que 99.7% de las pacientes que acuden por tratamiento a esta clínica tiene lesiones relacionadas a VPH (Depto. De Epidemiología Centro de Salud T_III Beatriz Velazco Alemán).

4.1.2 Segundo grupo: Mujeres sin un diagnóstico positivo de VPH y/u otras ITS

En este grupo se incluyó a mujeres de población general que acudieron al servicio de consulta en el Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada para realizarse citologías vaginales. Debido a que algunas ITS cursan asintomáticas por largo tiempo, o bien los síntomas pueden confundirse con infecciones endógenas, su identificación por auto-reporte resulta poco eficiente. Para mejorar la correcta selección de las mujeres a entrevistar en el grupo de referencia, se solicitó al personal de salud que realizaba las citologías vaginales que a partir de la observación clínica durante la exploración, identificara a las que no tenían indicios de lesiones relacionadas al VPH u otra infección de transmisión sexual. También se incluyeron mujeres que se habían practicado el tamizaje en un plazo no mayor a 6 meses cuyo resultado no fuera positivo a lesiones relacionadas con VPH u otras ITS.

En ambos grupos se identificó a las mujeres que hubieran tenido parejas simultáneas (concurrentes) alguna vez en la vida.

La muestra quedó conformada de la siguiente manera:

Cuadro3.1. Conformación de la muestra.

Mujeres de 18 a 49 años	Sí diagnóstico de VPH 385	Sí concurrentes 38
		No concurrentes 347
790	No diagnóstico de VPH 405	Sí concurrentes 30
		No concurrentes 375

Se lograron 790 entrevistas completas y se tuvieron dos casos de rechazo, lo que da una tasa de rechazo de 0.3%.

5. Procedimiento para la recolección de la información, instrumento y método para el control de la calidad de los datos

La recolección de los datos se realizó a través de un formato de cuestionario administrado por una encuestadora capacitada para su aplicación. El cuestionario se diseñó con el auxilio de un estudio exploratorio de tipo cualitativo con mujeres de 18 a 49 años que acudieron al Centro de Salud Beatriz Velazco Alemán y al Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada durante el mes de agosto de 2009. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a las mujeres que aguardaban su consulta en la sala de espera. La entrevista pretendía recabar la biografía sexual de las entrevistadas y profundizar sobre algunos aspectos relevantes de acuerdo a las hipótesis de la investigación. La entrevista fue semi-estructurada, ya que, si bien la entrevistada habló libremente sobre su vida sexual, se preparó una guía de entrevista para orientar la misma para cubrir todos los aspectos de interés. Los temas de la guía comprendían:

Historia Familiar: Composición de hogar; Dinámica familiar; Violencia en el hogar; Antecedente de infidelidad entre los padres; Relación de la entrevistada con sus padres; Antecedentes de salud familiar.

Historia de noviazgos: Relaciones con fines románticos; Tipo de relación; Número de novios; Intervalo de tiempo entre cada novio; Violencia e Infidelidades. En esta investigación, el noviazgo fue definido como la estancia en una relación de pareja sin estar casada o cohabitar con el propósito de avanzar en el conocimiento de la pareja. Se definen dos tipos de novios, el formal y el informal. La formalidad del noviazgo se relacionó con el vínculo y el reconocimiento de la familia de la mujer. Es decir, que cuando la mujer hacía del conocimiento de la familia su relación, la pareja se tornaba formal. En este marco, van a las reuniones familiares (bodas, bautizos, aniversarios, etc.) con miras a vivir juntos o casarse. El novio informal se refiere a una relación más casual y usualmente de corta duración.

Historia sexual: Desde la primera relación sexual (Contexto, tipo de pareja; Uso de condón, Anticoncepción; Parejas concurrentes; Riesgo de ITS) hasta la última pareja sexual.

Información y comportamiento sobre ITS: Conocimiento sobre ITS; Transmisión, Diagnóstico y Tratamiento.

Autocuidado de la salud: Practicas de autocuidado general (asistir de manera preventiva al médico, vacunación, ejercicio, dieta, Papanicolaou, exploración de mamas, etc.).

Las biografías recabadas permitieron explorar con mucha amplitud los temas planteados en la guía. En algunas biografías se encontró mayor riqueza y complejidad en algunos tópicos, los cuales se buscaron con más interés en otras entrevistas hasta alcanzar la variedad que se buscaba en las historias de las mujeres. Estas fueron transcritas y codificadas en el programa Atlas el Atlas Ti (Muhr, 1997). Se realizó el análisis a partir de la perspectiva fenomenológica (Schütz, 1974); donde el concepto de situación biográfica fue fundamental para aproximar las dimensiones de la encuesta. Además se buscó recuperar la experiencia de encuestas realizadas en otros países o bien aquellas que incorporaran algunos elementos que abordaran el comportamiento sexual. Los cuestionarios de estas encuestas permitieron perfilar el diseño del cuestionario articulando los resultados del trabajo cualitativo y los objetivos de la investigación.

Las encuestas revisadas fueron:

- Cuestionario diseñado para “Biografías sexuales de los adolescentes varones en las favelas de Recife, Brasil” por Juárez y Castro en (2009).
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 (ENADID 2006). Cuestionario de mujeres etiquetado.
- Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003) Cuestionario individual.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH 2003) Cuestionario de mujeres unidas.
- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 del Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta de Salud y Hábitos sexuales de España 2003 (ESHS 2003)
- La National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (NATSAL 2000) del Reino Unido.
- El cuestionario de la Female Sexual Dysfunction: help-seeking Behaviors Survey 2008. Del Iranian Institute for Health Sciences Research (IHSR)
- Escala de Autoestima de Rosenberg validada para Chile y España.

El diseño del cuestionario fue probado varias veces a fin de que el lenguaje, la lógica de las preguntas, así como las respuestas del instrumento fueran adecuadas para la población y congruentes con la literatura y las preguntas de investigación.

El cuestionario quedó estructurado en 11 secciones: 1) Información sociodemográfica; 2) Antecedentes familiares; 3) Primera pareja sexual; 4) Calendario de parejas; 5) Parejas concurrentes, 6) Última pareja sexual, 7) Penúltima pareja sexual, 8) Información y Comportamiento sobre ITS, 9) Autocuidado de la salud, 10) Autoestima, 11) Evaluación de la calidad de los servicios de salud (Anexo1). Esta última sección se incorporó al cuestionario a solicitud de la Dirección de la Jurisdicción Venustiano Carranza debido a

que la institución deseaba aprovechar la oportunidad que planteaba la aplicación de un cuestionario a la población de forma externa para evaluar la calidad de los servicios.

La aplicación de la encuesta duró 45 minutos en promedio y se realizó en lugares cerrados para ofrecer privacidad y un contexto más íntimo a las participantes, dada la naturaleza de los temas a tratar en el cuestionario. También se buscó desde inicio de la encuesta una buena relación entre la encuestada y encuestadora, así como establecer el encuadre apropiado para la aplicación del cuestionario, donde se explicitaban los objetivos de la encuesta, el tipo de preguntas, la voluntariedad de su participación, la lectura del consentimiento informado y el acuerdo de finalización de la encuesta. Esto con la finalidad de favorecer un contexto de confianza e incrementar la posibilidad de obtener respuestas honestas de las participantes.

Para mejorar la correcta identificación de las mujeres que se entrevistaron para el grupo de referencia, los médicos y enfermeras que realizaron la toma del Papanicolaou en los servicios del Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada utilizaron una solución de ácido acético para identificar la presencia de lesiones *acetoblancas*³ macroscópicas al momento de hacer la toma. La presencia de este tipo de lesiones indicaba que la mujer no era una candidata adecuada para la encuesta.

6. Procedimiento para garantizar los aspectos éticos en la investigación

³ La técnica de tinción con solución de ácido acético forma parte del protocolo de diagnóstico de las lesiones cervicales relacionadas a VPH y Cáncer cervicouterino. Esta técnica permite identificar lesiones que reaccionan de forma positiva al ácido acético mostrando una coloración blanca. Las lesiones que responden acetoblancas pueden ser amplias, complejas que obliteran el orificio cervical externo, las lesiones con contorno irregular y exófilico, las lesiones notoriamente espesas de color blanco yeso con bordes sobreelevados, dehiscentes, enrollados; pueden constituir el primer signo de invasión, por otra parte la acetoblancura definida de vellosidades individuales o fusionadas puede indicar lesiones glandulares (IARC, 2010). Su identificación durante el Papanicolaou contribuye a definir de forma más adecuada el diagnóstico de lesiones intraepiteliales de distinto nivel incluso de lesiones que expresan la presencia de cáncer invasor, por lo que la referencia de estas mujeres a los servicios de segundo nivel antes de tener listo el resultado de la citología representa una ganancia de tiempo para el tratamiento de estas lesiones.

El protocolo de investigación fue avalado por el Comité de Ética nombrado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por medio del oficio Número 024 de 1 de julio del 2009.

6.1 Aspectos éticos en el proceso de la encuesta

Después de invitar a las participantes, las encuestadoras las trasladaban a un consultorio asignado por el Centro de Salud para realizar las entrevistas. Este espacio contaba con el mobiliario adecuado para que las encuestadas se sintieran cómodas durante toda la entrevista. Antes de iniciar la aplicación del cuestionario, la encuestadora le mostraba el formato de consentimiento informado que se encontraba impreso en la carátula del mismo.

El consentimiento explicaba los objetivos de la investigación, los propósitos de la misma, la importancia de la participación de las encuestadas, la solicitud de participación voluntaria, el compromiso de confidencialidad y anonimato, así como el uso de la información y la declaración de que la información proporcionada no afectará los servicios que recibe en el Centro de Salud. Además de la indicación de que podía declinar contestar alguna pregunta, suspender o cancelar la encuesta en cualquier momento y sin declarar motivo alguno.

El consentimiento informado se leía frente a la participante y se le preguntaba si estaba de acuerdo con su contenido o si tenía alguna duda al respecto y si estaba en disposición para comenzar. Cuando respondían afirmativamente las encuestadoras rubricaron el consentimiento para certificar que las encuestadas aceptaron participar. Esto se implementó a solicitud del Comité de Ética para garantizar el pleno anonimato de las encuestadas.

Para la aplicación del cuestionario se buscó formar un equipo de encuestadoras sensibles a los temas de salud, sexualidad y género para que fueran capaces para contener los sentimientos y expresiones de las encuestadas, además que fueran egresadas de la licenciatura de Trabajo Social para que tuvieran formación apropiada para el manejo de entrevistas y solvencia en la administración del instrumento.

Para realizar el cierre de la entrevista se diseñó un formato breve de consejería sobre infecciones de transmisión sexual, formas de transmisión y sus principales consecuencias,

particularmente sobre VPH, sobre las estrategias de prevención, importancia del control anual del Papanicolaou y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino.

6.2 En el manejo de los datos

Los cuestionarios y la base de datos no contienen ningún dato que permita vincular la identidad de la mujer encuestada con la información proporcionada, además está almacenada en un dispositivo que requiere contraseña para proteger el uso de la información.

7. Plan de análisis

Este trabajo incluye análisis descriptivo e inferencial. Se presenta inicialmente una descripción sociodemográfica de la población encuestada y las principales diferencias entre las mujeres del grupo 1 y las del grupo 2, así como una breve mirada al comportamiento sexual, considerando tres puntos de análisis: 1) La primera relación sexual, definida como el primer encuentro sexual heterosexual, 2) Trayectoria sexual y 3) Primera relación sexual con la última pareja. Para realizar las comparaciones se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada. Posteriormente se examinó el inicio de la vida sexual, el contexto de la relación de pareja, el tipo de pareja, duración del cortejo, momento en que ocurren las relaciones sexuales dentro de la dinámica de pareja, relaciones de poder dentro de la pareja, utilización de anticoncepción, protección contra ITS y concurrencia de parejas según grupo de edad y condición de displasia.

Después se estudiaron las trayectorias de las mujeres a partir del calendario de parejas. Se construyó una tipología a partir de los datos, la literatura y las hipótesis, para presentar los principales patrones de las trayectorias descritas por las mujeres encuestadas, así como las implicaciones de esa tipología para la dinámica de riesgo y protección frente a las ITS.

Además se analizó el contexto de la relación de la última pareja sexual, tipo de pareja, duración del cortejo, el periodo de familiarización para el inicio de las relaciones sexuales,

las desigualdades de género que permean las interacciones de los individuos dentro de la pareja, utilización de protección contra ITS y concurrencia de parejas. Esto con el fin de hacer comparaciones entre ambos momentos, a la luz de la perspectiva de curso de vida. A partir de lo anterior se planteó el modelo de regresión logística para explicar los cambios en el comportamiento de la variable dependiente: Tener/No tener displasia/VPH. El procesamiento de la encuesta y los cálculos se realizaron en programa SPSS.

7.1 Los modelos de regresión logística

Para estudiar la asociación de factores se estimó una regresión logística, la cual se presenta a continuación de forma general.

Los modelos de regresión tienen dos objetivos principales: el primero es describir la relación entre un conjunto de variables y segundo predecir cómo se comportará la variable dependiente o explicada a partir de los cambios en las variables independientes o explicativas. La regresión logística es útil para analizar y predecir el comportamiento de variables dependientes de tipo categórico que pueden tomar dos o más valores, dependiendo si se trata de una regresión logística binaria o multinomial (Gujarati, 2004).

A partir de la relación entre las variables se buscan, determinar la probabilidad de que la variable dependiente se comporte de una u otra forma, por lo que los modelos de regresión logística también se les conocen como modelos probabilísticos.

7.1.1 Regresión logística binomial

Como es sabido, la probabilidad matemática muestra valores entre 0 y 1, donde 1 es la probabilidad de éxito en el evento y 0 representa su fracaso. En términos de un modelo de regresión de la forma

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k + U_i$$

La probabilidad de que el evento ocurra será de $P_i = Y_i = 1$, mientras que la probabilidad de que el evento no ocurra está determinada por su complemento, es decir: $1 - P_i = Y_i = 0$

(Gujarati, 2004: 562). Es decir, lo que el modelo explica en la variable dependiente es la razón de cambio entre que el evento ocurra o no, lo cual tiene la forma $Y_i = \frac{P_i}{1 - P_i}$, también conocida como momio (Gujarati, 2004). Sin embargo, para evitar que el resultado

de dicho cociente resulte 1 o 0, se linealiza dicho momio, obteniendo $\ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right)$, expresión que se conoce como el logito del momio. De esta forma, la ecuación del modelo puede expresarse de la siguiente forma:

$$\ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + u_i$$

Finalmente, al aplicar la función exponencial, la ecuación que determina la probabilidad de cambio en la variable independiente es:

$$\frac{P_i}{1 - P_i} = e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + U_i}$$

A diferencia de los modelos de regresión lineal que buscan explicar variables cuantitativas y ajustan los valores observados y estimados de los parámetros del modelo a partir de la técnica de mínimos cuadrados, en el caso de los modelos de regresión logística, la técnica utilizada es la máxima verosimilitud, la cual constituye un buen método para muestras grandes y busca determinar cuál es el valor del parámetro que explica en mayor medida a la muestra (Berenson, Levine y Krehbiel, 2001; Gujarati, 2004).

Supuestos

Contrario a los modelos de regresión lineal, la regresión logística no requiere del cumplimiento exhaustivo de algunos supuestos tales como: la linealidad entre la variable explicada y las explicativas; la distribución normal y homocedasticidad de los residuos; la independencia entre las observaciones y la ausencia de colinealidad entre las variables independientes. Los supuestos relevantes para el caso de la regresión logística son i) la independencia entre la razón de ventajas de cualquier par de categorías con respecto de las demás categorías de respuesta y ii) la existencia de una relación lineal entre el logito de la variable dependiente y cada una de las variables independientes (Silva y Salinas, 2007).

Interpretación

Finalmente, en la interpretación de los resultados de un modelo de regresión logística, los coeficientes de cada variable independiente se analizan en términos de la probabilidad de cambio en el logito de la variable dependiente por cada unidad de cambio en la variable explicativa, manteniendo los valores del resto de las variables constantes (Gujarati, 2004).

Capítulo 4. DEL CONTEXTO Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

En este capítulo se presenta el contexto de las unidades de salud donde se realizó la investigación, enfatizando aquellos aspectos que contribuyen a visualizar el espacio de consulta médica de las mujeres que se encuestaron y comprender la forma en que los servicios de salud trabajan para la detección oportuna de infecciones de transmisión sexual, particularmente VPH y el cáncer cervicouterino. Su elaboración se hizo a partir del análisis de la información de varias fuentes como fueron: la observación participante, los discursos de los informantes claves, los registros de la Jurisdicción Sanitaria *Venustiano Carranza* y el módulo de evaluación de la calidad de los servicios que se aplicó durante el levantamiento de la encuesta de esta investigación.

1. Delegación política y jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza

La Jurisdicción Sanitaria *Venustiano Carranza* es una unidad técnico-administrativa que pertenece al sistema local de salud del Distrito Federal, México, cuyo papel es proveer atención médica a la población no asegurada con el propósito de conducir adecuadamente las acciones de salud en su área de influencia, que corresponde a la región geográfica de la Delegación política *Venustiano Carranza*. Esta Delegación se encuentra al noreste del Distrito Federal y limita al norte con la Delegación *Gustavo A. Madero*, al sur con la Delegación *Iztacalco*, al oeste con la Delegación *Cuauhtémoc*, al este con los municipios de Nezahualcóyotl, Los Reyes Acaquilpan y Valle de Chalco del Estado de México.

La superficie territorial de la Delegación *Venustiano Carranza* es de 3,405.4 hectáreas, lo que representa un 2.3% de la superficie del Distrito Federal, de la cual el 62% está reservada al uso de suelo habitacional y de usos mixtos. Es importante destacar que el 22% del territorio de la Delegación lo ocupa el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (Programa Delegacional de Desarrollo urbano, 1997).

En cuanto a la densidad de población, los habitantes de la Delegación representan el 5.1% (430,978 habitantes) del total de la población total Distrito Federal; de ésta, el 52.6% son mujeres, y de éstas el 51.6% están en el rango de edad de los 15 a 149 años (117,782) (INEGI, 2010). Hay que señalar que a nivel poblacional en esta Delegación en las últimas décadas la población ha disminuido, al pasar de 692,896 en 1980 a 447,459 en 2005 y a 430,978 en 2010. Esto último se ha atribuido a un incremento en el cambio de uso de suelo de habitacional a comercial (Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del D.F., 2006). Entre 1987 y 1997 el suelo destinado al comercio y a los servicios aumentó del 13 al 24%, y el habitacional disminuyó de 59% a 50%, y de cerca de los 60,000 certificados de usos de suelo emitidos en ese período, 41% corresponden a uso comercial, 36% a servicios, y apenas 19% a vivienda, lo que muestra una tendencia a la especialización terciaria en materia de uso de suelo. Por otra parte, casi la mitad de las empresas de servicios y comercio, que equivalen al 90% de las empresas de los sectores secundario y terciario, corresponden a microempresas, muchas de las cuáles se establecen en suelo usado previamente para la vivienda, Lo anterior se suma, a que la construcción de vivienda nueva en la Delegación se frenó en ese mismo lapso y se incrementó la proporción de hectáreas de terreno baldío, lo que contribuye a explicar el proceso de despoblamiento de la delegación.

El proceso de despoblamiento tiene como consecuencias, la degradación de los espacios urbanos debido a la inseguridad generada por los espacios vacíos, la proliferación de predios sin uso, abandonados o que son ocupados para actividades informales, lo que genera expulsión de familias y la atracción de población itinerante, llevando al deterioro de los inmuebles (muchos en áreas de valor patrimonial), el uso intensivo de servicios e infraestructura urbana, y a la congestión de los espacios públicos en algunas zonas. Lo anterior apunta a que los vecinos de la Delegación viven en condiciones de inseguridad que deterioran su calidad de vida, por lo que la inversión en el sector inmobiliario habitacional

es débil, disminuyendo la posibilidad de ocupar los inmuebles, incrementando su deterioro (Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del D.F., 2006).

Por otro lado, y en materia de vivienda y condiciones de la misma, el 98.7% de las viviendas en la Delegación *Venustiano Carranza* disponen de agua entubada en el interior de la vivienda, lo que representa una cobertura mayor a la existente en la Ciudad de México (97.1%); en cuanto al drenaje y la energía eléctrica, la cobertura es del 98.7% y 98.5% respectivamente. Las redes de agua potable de la Delegación representan el 5.8% del total de Distrito Federal. A lo que respecta a educación, sólo el 2% de los mayores de 15 años es analfabeta, por lo que Índice de Marginación del Consejo Nacional para la Población (CONAPO) coloca a la Delegación *Venustiano Carranza* con un nivel muy bajo de marginación.

Sobre la caracterización del contexto de la Jurisdicción *Venustiano Carranza* es importante señalar aspectos de carácter social que no son visibles a los datos censales, pero que afectan de forma significativa a la calidad de vida de sus habitantes y que incrementan la vulnerabilidad social y sanitaria de la población. La inseguridad, las personas en situación de calle y las actividades ligadas al sexo comercial representan características particulares de la Delegación que influyen en la dinámica social de la población.

En materia de Seguridad Pública las denuncias más frecuentes ante el Ministerio Público de la Delegación son atribuidas a la categoría de robo, 49.2%, el más alto entre las delegaciones, y ligeramente menor al que se presenta en toda la ciudad (52%). En este tema hay que considerar que estas cifras corresponden únicamente a los delitos denunciados, que de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Inseguridad en la Ciudad México (INEGI, 2010b) se estima que sólo 2 de cada 10 delitos se denuncia, lo que muestra una subestimación de los hechos ocurridos en esta demarcación. Así en este sentido, la percepción de riesgo frente a la delincuencia de los habitantes de la zona también quedó expresada entre las preocupaciones del personal de salud que labora en la Jurisdicción. La seguridad personal y de sus pertenencias fueron una preocupación recurrente en los discursos que se recuperaron entre los trabajadores de los Centros de Salud, así como las recomendaciones sobre las precauciones que había que tomar para trabajar en la zona, Expresiones como: “*Si va a salir a desayunar, no se lleve la bolsa [cartera], no le vayan a dar un susto*” (Personal Gestión

de la C.S. Beatriz Velazco Alemán); “*No se vaya por allá, no se venga caminando, esta cerquita, pero... es que es mejor usar el metro, bájese en San Lázaro y se sube a la micro, son tres pesos pero así viene más segura...*” (Personal Médico de la C.S. Beatriz Velazco); “*Hace unos días vino el hijo de la Dra. Morales y como no conocieron el carro, le rompieron el vidrio y le sacaron todo... la compu y sus cosas de la escuela... ahí anda la doctora viendo con Doña Tere [líder de la colonia donde está ubicado el C.S.] si conoce a los que le robaron el carro al muchacho para ver si recupera algo...*” (Dirección del C.S. Ixnahualtongo); o “*E: Aquí no es tan problemático como en la zona de la Merced, ¿Verdad? [Refiriéndose al área de influencia del C.S. Juan Duque Estrada] – R: No haga mucha confianza, la gente de aquí es muy fea... ya nos han tocado varios sustos, incluso se han metido al Centro, por eso tenemos policías en las unidades, porque está difícil... está difícil...*” (Personal Médico del C.S. Dr. Juan Duque Estrada). Este tipo de recomendaciones fueron frecuentes por parte de distintos elementos del personal de salud hacia el equipo de investigación, y van dirigidas principalmente a las encuestadoras, debido a que eran percibidas como más vulnerables por ser mujeres y jóvenes. Afortunadamente durante el trabajo de campo no se reportó ningún incidente.

Asociado al proceso de despoblamiento de la Delegación se ha visibilizado el fenómeno de las personas en situación de calle⁴ (Munive, 1999). Se han identificado corredores en la Ciudad de México donde deambulan las personas en situación de calle, y dos de los más importantes están en la Delegación *Venustiano Carranza*. El primero es el que va desde la calle Pino Suarez hasta Avenida Fray Servando, y el segundo por Ave. Circunvalación conocido como el corredor de la Merced. Además se ha descrito que la mayoría de las personas en esta situación pernocta en las inmediaciones de la Central Camionera,⁵ la cual está ubicada en la Avenida Eduardo Molina frente al Congreso de la Unión en la misma Delegación. En esta ubicación se han registrado grupos numerosos de personas en situación de calle y este aglutinamiento, al parecer, es una preferencia intencional, ya que cuenta con servicios higiénicos, como sanitarios, agua y techo donde protegerse, además de estar abierto 24 horas. Sin embargo las personas en situación de calle también suelen pasar la

⁴ Individuos adultos o menores en una situación que le impide procurarse, alimento, casa, vestido y seguridad, de forma que no puede garantizar su salud y deambula en las calles y pernocta en ellas.

⁵ Terminal de Autobuses de Pasajeros de Oriente.

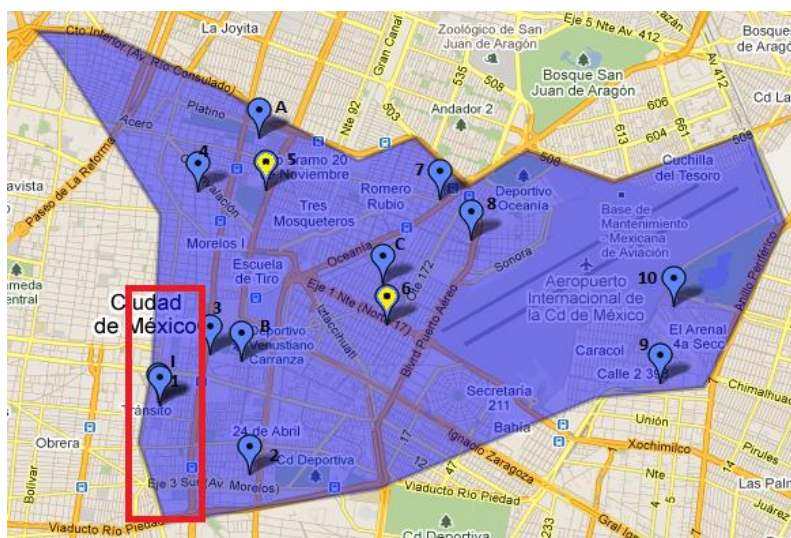
noche en los alrededores de los mercados de la Merced, Sonora y Jamaica, todos ubicados en esta demarcación (Manuive, 1999).

El personal de las unidades de salud refirió dificultades para la atención de las personas en situación de calle, debido a que en la mayoría de ocasiones, estas personas solicitan servicios de emergencia por contusiones, traumas o fracturas, pero no todas las unidades cuentan con equipo de *rayos equis* y radiólogo (sólo 4 de los 10 centros de la Jurisdicción cuentan con ese servicio), por lo que cuando se presenta esa situación, los pacientes son referidos a los hospitales o a los C.S. T-III de la Jurisdicción. Una de las principales dificultades para que los centros de salud hagan seguimiento al paciente de esta población es que no tienen un domicilio fijo, o familiares que se hagan responsables de los procedimientos o tratamientos, ni documentos que prueben su identidad, por lo que no son sujetos de Gratuidad o Seguro Popular, y deben cubrir una cuota determinada por el departamento de trabajo social para la prestación de los servicios.

La abundancia de lugares donde se ofrece trabajo sexual es otro elemento importante en la dinámica de la Jurisdicción Sanitaria *Venustiano Carranza*. Estos espacios se concentran en la zona que abarca desde el Viaducto Rio la Piedad hasta la Ave. Fray Servando formado una franja que va por la Avenida Circunvalación hasta la Ave. Congreso de la Unión. Este sector de la delegación es conocido como la zona de la Merced debido al mercado del mismo nombre. Las delegaciones con mayor porcentaje de trabajo sexual en la capital de México son la Delegación Cuauhtémoc, Tlalpan, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Miguel Hidalgo, y éstas poseen un alto volumen de baños, hoteles y centros nocturnos con espectáculos sexuales en vivo y servicios de diversa índole sexual. Las autoridades delegacionales estiman que en la zona de la Merced hay un poco más de 600 trabajadoras del sexo comercial, de las cuáles la mitad son menores de edad o han iniciado esta actividad siendo adolescentes. En la zona de la Merced existen 17 hoteles y 55 negocios que expenden bebidas alcohólicas, además de estos sitios habría que sumarle los domicilios de las y los trabajadores sexuales y las accesorias que se ubican en la calle de Carretoneros, así como los refugios de indigentes que existen en los callejones de San Pablo y Manzanares, que funcionan como centro de operaciones de algunos grupos de trabajadores sexuales (Penagos, 2008). Este grupo de población acude principalmente al C.S. Luis E. Ruiz, debido de la cercanía del centro con la Zona de la Merced, donde reciben

servicio médico y participan en un programa de prevención sobre ITS y VIH/SIDA que busca distribuir información sobre ITS y condones de forma gratuita.

Gráfico 4.1: Mapa de la Delegación Venustiano Carranza



Zona de la Merced ■	I.- Dir. Jurisdicción	A. H. Inguarán	B. H. Balbuena	C.- H. Moctezuma
1. C.S. Ixnahualtongo	2.-C.S. El Polvorín	3.C.S. Luis E. Ruiz	4.C.S. Morelos	5.-C.S. Beatriz Velazco ■
6.C.S.Dr. Juan Duque ■	7.-C.S. Romero Rubio	8.-C.S. Peñón de	9.-C.S. Cuchilla	10.-C.S. El Arenal

Fuente: Elaboración Propia a través de google.maps.com

En este escenario caracterizado por un proceso de despoblamiento, incremento de la inseguridad y precarización de los espacios urbanos, la jurisdicción Sanitaria *Venustiano Carranza* enfrenta retos muy importantes de salud pública que tienen que articularse con las demandas específicas de la población que atiende y adaptarse a los patrones epidemiológicos que afectan a la ciudad y al país, así como buscar la mejor aplicación de los programas de salud implementados por el gobierno local y federal.

2. Los servicios de salud en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza

La dirección de la Jurisdicción *Venustiano Carranza* trabaja en coordinación con tres hospitales: El Hospital General de Balbuena, El Hospital Pediátrico Moctezuma y el Hospital Pediátrico de Inguarán. Además tiene bajo su responsabilidad técnico-administrativa 10 Centros de Salud: C.S. T-III Beatriz Velazco de Alemán; C.S. T-III Dr. Juan Duque Estrada; C.S. T-III Dr. Luis E. Ruiz ; C.S. T-III Romero Rubio; C.S. T-II Cuchilla-Pantitlán ; C.S. T-II Ixnahualtongo ; C.S. T-II José Ma. Morelos y Pavón; C.S. T-II El Arenal; C.S. T-II Peñón de los Baños; y el C.S. T-II El Polvorín. Estas unidades prestan servicios de salud a la población general, particularmente para quienes no tienen seguridad social, población que representa el 45.1% de la que habita la Delegación *Venustiano Carranza*, de las cuales 227,327 son mujeres, el 58.1% tiene entre 15 y 54 años y de éstas 59,724 mujeres no tienen seguridad social en salud. Estas últimas, representan el conjunto de la población que es precisamente el blanco de las estrategias de prevención y tratamiento en salud sexual y reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria *Venustiano Carranza* (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Población total, población no derechohabiente y proporción de población no derechohabiente según grupo de edad de la Delegación Venustiano Carranza.

Grupos de edad quinquenal	Población Total	No derechohabiente	% de la población no derechohabiente
15-19 años	16,800	8,505	50.6
20-24 años	17,778	9,624	54.1
25-29 años	17,120	8,297	48.5
30-34 años	16,774	7,558	45.1
35-39 años	17,833	7,882	44.2
40-44 años	16,282	6,886	42.3
45-49 años	15,195	5,857	38.5
50-54 años	14,384	5,115	35.6
Total	132,166	59,724	45.2

* La población que se considera no derechohabiente es aquella que no tiene acceso a la seguridad social a través del IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa -Marina y Seguros privados

Fuente: Cálculos propios partir de los datos del Censo de Población 2010.

La organización territorial de los servicios de salud, asigna un conjunto de colonias a cada Centro de Salud, por lo que las personas que viven en ese conjunto de viviendas y que no tiene seguro social en salud, pueden acudir a la unidad de salud que les corresponde para obtener atención médica, Sin embargo no todas las unidades de salud cuentan con el mismo tipo de servicios. Las unidades llamadas T-I sólo disponen de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo, por lo que en caso de que las pacientes requieran un servicio específico o del siguiente nivel de atención, son referidas a unidades más grandes y especializadas llamadas T-III. Estas unidades cuentan con servicios como *rayos equis*, laboratorio, nutriólogo, psicólogo, ginecólogo, y clínicas especializadas en Diabetes, Displasias, Tabaquismo, ITS/VIH/SIDA, entre otras.

2.1 Programas de Prevención de ITS y VIH/SIDA en los Centros de Salud

Respecto a la prevención, control y tratamiento de las ITS, sólo dos de los Centros de Salud de la Jurisdicción tienen un programa enfocado a las infecciones de transmisión sexual: el C.S. T-III Luis E. Ruiz y el C.S. T-III Beatriz Velazco de Alemán. En el primer centro, este programa está completamente abocado a las tareas de prevención con grupos de personas que tienen prácticas sexuales de riesgo, como las trabajadoras y los trabajadores del sexo comercial; mientras que en el segundo, este programa sólo da seguimiento a las personas que solicitan la prueba de detección de VIH/SIDA, donde se les brinda consejería antes y después de la prueba, y los solicitantes pueden ir del área de influencia del Centro o bien de otras unidades dentro de la Jurisdicción.

Fuera de estos esfuerzos, el resto de las unidades no tenían un programa articulado de prevención, control y tratamiento de ITS en la comunidad que le corresponde. De forma ocasional las trabajadoras sociales realizaban algunas pláticas informativas sobre prevención de ITS y el uso correcto de condón para la población adolescente que acude a las escuelas secundarias y preparatorias que pertenecen al área de influencia del Centro de Salud. La carencia de actividades de prevención enfocadas a la población sexualmente activa en los centros de salud, favorece que hombres y mujeres no dispongan de

información necesaria para generar los medios para sustraerse del riesgo de contraer alguna infección de tipo sexual.

2.2 Programas de Salud Sexual y reproductiva en los Centros de Salud

El Programa de Salud Reproductiva vigente al momento de la encuesta para esta investigación, estaba centrado en la oferta de alternativas de anticoncepción hacia las mujeres adultas. La mayor parte de los esfuerzos de oferta se concentraban en las mujeres casadas o unidas que la solicitaban. La afiliación al Programa es muy baja, debido principalmente a que no existe una promoción e invitación sistemática de parte del personal de salud para promover su uso entre las mujeres adultas. Por otra parte, la oferta de métodos anticonceptivos entre las usuarias no está articulada con un modelo de salud sexual que integre la prevención de las ITS, por lo que en este escenario, las mujeres de todas las edades con vida sexual activa que están expuestas al riesgo de contraer una ITS, no son sujetos de las acciones de prevención de las unidades de salud, lo que contribuye a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres que viven en esas comunidades por la falta de esfuerzos sistemáticos dirigidos a incrementar los conocimientos, los recursos y las capacidades de las mujeres para sustraerse del riesgo de contraer una ITS y/o un embarazo no planeado.

2.3 Programa de prevención de VPH y Cáncer Cervicouterino en los Centros de Salud

En cuanto a la prevención del VPH y cáncer cervicouterino, existen esfuerzos institucionalizados a través de la NOM-014-SSA2-1994 (1994) para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino (CACU). Sin embargo las estrategias contra el VPH y el CACU sólo se han centrado en la realización del tamizaje, y de forma muy reciente, se ha incorporado la vacunación y la tipificación de los virus de alto riesgo (Captura de híbridos), dejando fuera las estrategias enfocadas a la prevención de la infección primaria que da origen a este

padecimiento. Esta última, representa una omisión importante, que se suma a la falta de estrategias generales para prevenir las ITS entre la población femenina, disminuyendo las posibilidades de prevención frente a las ITS y sus consecuencias.

En los Centros de Salud de la Jurisdicción estudiada, el Programa de Prevención de CACU se enfoca principalmente a la toma del Papanicolaou a la población solicitante. Este servicio es completamente gratuito, y no es preciso estar afiliada al Seguro Popular o al esquema de Gratuidad del D.F. para realizarlo. Sin embargo, la demanda del servicio es muy baja respecto a la cantidad de población a la que están dirigidos estos servicios. Esta baja afluencia de mujeres que solicitan hacerse el tamiz cervical se ha relacionado con la presencia de barreras económicas, sociales, culturales, geográficas, políticas y psicológicas que interfieren en la decisión de practicarse el examen. Aunque también se han señalado barreras institucionales como la falta de integración de la estrategia a otros programas de prevención, así como al trabajo de los profesionales de la salud, debido a que no proporcionan la información necesaria a las usuarias que les permita ampliar las posibilidades de realizarse la prueba (Loreto *et al.*, 2007).

2.3.1 La ruta de atención para el Papanicolaou

En las unidades de salud de la Jurisdicción el mecanismo para tomar el Papanicolaou establece que las mujeres deben hacer una cita con el médico familiar para que se les practique el examen. Sin embargo, el personal médico se muestra reticente a realizar el examen, argumentando principalmente, la falta de tiempo por el volumen de las consultas diarias, la poca disponibilidad de batas para la exploración ginecológica para la paciente, o la dificultad de que durante la toma lo asista una enfermera. Ante esta situación, es el personal de enfermería, quien se encarga de realizar la citología y el llenado de los formatos correspondientes, así como de invitar a las mujeres que están en la sala de espera a realizarse el examen, esto lo hacen, debido a la presión institucional por lograr una meta de Papanicolaou al mes. Este número mensual de citologías sólo es alcanzado y en muchos casos superado por el Centro de salud T-III Dr. Juan Duque Estrada. En este sentido, ocasionalmente las trabajadoras sociales de las unidades de salud llevan a cabo campañas de promoción para invitar a las mujeres a realizarse el examen, sin embargo estas campañas

no son una estrategia permanente, ni tampoco tienen una cobertura amplia entre la población.

En todas las salas de espera de los centros de salud, se observaron posters, y material de promoción de la prueba, así como sobre los requisitos que las mujeres deben cumplir para realizarla: 1) Al menos 24 horas sin tener relaciones sexuales, 2) Presentarse entre 4 y 7 días después de que se termina la menstruación y, 3) no haberse aplicado algún tipo de medicamento en la zona (óvulos, geles o pomadas). Las enfermeras expresan que cuando invitan a las mujeres que están en la sala de espera a realizarse el Papanicolaou, las pacientes rechazan la invitación bajo el argumento de que no cumplen con alguno de estos requisitos. Hay que señalar que dichos requisitos se han institucionalizado en la práctica de los prestadores de servicios de salud, aunque el único requisito establecido en la Norma Oficial Mexicana, es la ausencia de sangrado para la toma del Papanicolaou, por lo que las exigencias de los prestadores de los servicios de salud aparecen como un obstáculo para que las mujeres puedan realizarse el examen.

Una vez que las mujeres solicitan el examen o bien acceden a realizárselo, pasan al consultorio, donde la enfermera llena el formato del examen, pone el número de identificación y los datos de la paciente en la *laminilla* de la muestra, y dispone el material para el examen (*espátula de aire* o *citobrush*, *espejo vaginal*, guantes, *laminilla*, la *gradilla* de las muestras y la lámpara). En algunas unidades, ciertos consultorios cuentan con biombos o accesorias donde las mujeres dejan sus pertenencias y su ropa, para colocarse una bata de manera privada. En este sentido hay que señalar que esta bata no es desechable y se cambia con poca frecuencia debido a que no hay muchas batas disponibles, por lo que las mujeres prefieren hacer el examen con su propia ropa. Se observó que la mayoría de pacientes acude con falda larga para poder quitarse la ropa interior y colocarse más cómodamente en la mesa de exploración. Acto seguido, las mujeres se colocan en posición ginecológica, aproximando su cadera hacia el extremo de la mesa y sitúan sus piernas en los soportes. La enfermera introduce el *espejo vaginal* y ajusta la luz para tomar la muestra, y raspa ligeramente el cuello uterino para tomar las células epiteliales que deposita en la *laminilla*. Una vez tomada la muestra, se retira el *espejo* y la mujer puede dejar la mesa de exploración. Si en la observación se identifica alguna anomalía, la enfermera lo anota en el expediente de la paciente y se la invita a acudir a la consulta lo

antes posible. Una vez que se ha hecho la toma, ésta se coloca en una solución para preservar y fijar las células obtenidas. Al final de la jornada se reúnen todas las muestras y se envían diariamente a las oficinas de la Jurisdicción Sanitaria, quienes a su vez las llevan al Laboratorio Central para su procesamiento.

El tratamiento de la muestra en el Laboratorio Central tiene varias etapas. En la primera etapa se descartan aquellas muestras que tengan datos truncados en la hoja de control de Papanicolaou y sólo se reciben aquéllas que estén completas. Después, las muestras se exponen a una serie de fijadores y tinturas para determinar si la muestra cumple con la cantidad de células necesarias para el análisis o si éstas corresponden a la zona del *exocervix* y el *endocervix*. Posterior a esto, se pasan a la sala donde son asignados lotes de muestras a los *citotecnólogos*; éstos realizan la clasificación de las células y determinan si hay alguna anomalía en la muestra. Además el supervisor de la sala hace un muestreo al azar de los lotes y de las muestras para validar lo que el *citotecnólogo* determinó. En caso de haber discrepancias entre las impresiones del supervisor y las del *citotecnólogo*, hay un comité en la sala que determina cual será el resultado de la muestra. Una vez que los lotes de muestras salen de la sala de *citotecnólogos*, el Sistema Integral de Calidad del laboratorio toma muestras de los lotes para validar nuevamente el resultado de la muestra. Cuando los resultados muestran anomalías relacionadas a cáncer *in situ* o *cáncer invasor*, son revisadas nuevamente por un equipo especializado antes de entregar el resultado a la Jurisdicción con una indicación de “urgente notificación”. En los casos donde hay este tipo de evidencia, las mujeres son localizadas en sus domicilios directamente o por vía telefónica por las trabajadoras sociales para indicarles que deben acudir de forma urgente por su resultado; al acudir las pacientes ya son referidas al tercer nivel de atención inmediatamente. En general, el tiempo promedio de espera para el resultado es de dos meses. Transcurrido ese tiempo, si el resultado muestra transformaciones en las células, la paciente es remitida al siguiente nivel de atención, que corresponde a la Clínica de Displasias donde se le practicará una *colposcopia* y una *biopsia*, las cuales determinaran el tipo de lesión, extensión y tratamiento. Aunque ésta es la ruta general de abordaje en los centros de salud, existen variaciones que afectan de forma considerable el margen de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones relacionadas al VPH.

2.4 Centros de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán y Dr. Juan Duque Estrada

La caracterización, organización y estructura de los Centros de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán y Dr. Juan Duque Estrada es de destacar en este capítulo ya que ambos centros están alejados de la zona de la Merced, por lo que las mujeres que acuden a realizarse el Papanicolaou no tienen relación específica con el trabajo sexual. Son los centros más competitivos de la Jurisdicción en indicadores y servicios, sin embargo presentan profundas diferencias en la organización de los servicios y en los resultados de sus intervenciones respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, particularmente VPH y su consecuencia más importante, el cáncer cervicouterino.

2.4.1 El Centro de Salud T_III Dr. Juan Duque Estrada

El Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada está ubicado en la calle Oriente 170, en la Colonia Moctezuma 2° Sección en la Delegación *Venustiano Carranza*. Este centro cuenta con Servicios especializados de Laboratorio, *rayos equis*, nutriología, psicología, Clínica de Diabetes, Grupo de Ayuda mutua contra la Obesidad, Clínica del Adulto Mayor, Clínica de Tabaquismo, así como Servicio de vacunación y esterilización veterinaria.

En el primer nivel de atención para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, el modelo formal de atención para el tamiz cervical en toda la Jurisdicción es a través de la consulta general, es decir, que médicos y enfermeras de los consultorios ofrecen el examen. Este modelo también opera en el Centro de salud Dr. Juan Duque Estrada, sin embargo, este centro, adicionalmente cuentan con un módulo de Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino (D.O.C). El módulo es atendido por una enfermera que tiene 15 años de experiencia en la toma del Papanicolaou y una *médico colposcopista*. Esta enfermera es una referencia para la población femenina que acude al centro de salud, debido a que las mujeres se sienten cómodas con que ella les practique el examen como lo apuntan estos testimonios:

“M- ¿No está Tere? [Enfermera encargada del módulo de D.O.C]

Enf- No. Está de incapacidad, regresa el martes. Vienes por resultados o ...

M- No, venía a lo del examen, pero mejor regreso cuando este ella.” (Mujer 30 años, Duque Estrada)

“M- Estoy buscando a la señorita Tere, me dijeron que pasara con ella para lo del papanicolaou...” (Mujer 43 años, Duque Estrada)

Este centro de salud tiene el primer lugar en toma de Papanicolaou en la Jurisdicción, y la afluencia de mujeres para el examen está directamente relacionada con el mecanismo interno para la realización del estudio. En este Centro, las mujeres que solicitan el servicio no requieren hacer cita con el médico para hacerse el Papanicolaou, sino que pasan directamente al módulo de D.O.C., el cual está abierto desde las 7:00 am hasta las 3:00 pm. El tiempo de espera para la toma de la muestra es de aproximadamente 20 minutos, dependiendo del número de mujeres que esperen a ser atendidas. Este mecanismo ha estimulado a los médicos del mismo Centro a derivar a las mujeres de su consulta al módulo, cuando ellas solicitan el examen, limitando su responsabilidad en el modelo de salud. Este fenómeno se ha extendido a otras unidades de salud debido a la comunicación informal entre el personal y las pacientes, quiénes aunque no pertenezcan al área de influencia del Centro, acuden a realizarse la toma.

Adicionalmente, este centro realiza campañas de detección oportuna de cáncer en mercados, escuelas y centros de trabajo en el área de influencia del Centro. Estas acciones incluyen pláticas informativas y la oferta del servicio de forma inmediata cuando las condiciones del lugar lo permiten. Una enfermera y una trabajadora social instalan un módulo de atención donde les practican la prueba a las mujeres que estén en condiciones de realizársela. La entrega de resultados se hace en el centro de salud y en algunas ocasiones para los lugares de trabajo (empresas y algunas instancias de gobierno), se vuelve a instalar un módulo de entrega de resultados para favorecer la entrega oportuna a las mujeres que no tiene tiempo para ir por él.

Las mujeres que acuden a esta unidad pasan al módulo, donde se encuentran carteles informativos sobre los requisitos y la importancia de la prueba, además la enfermera proporciona información sobre el horario de atención, y las condiciones para el examen. Entre las sugerencias para el día de la toma está la indicación de: “presentarse con falda o falda larga de preferencia”; dicha sugerencia se ha implementado de manera informal, para suplir la carencia regular de batas desechables o de tela para hacer el examen. Durante la

observación, la mayoría de las mujeres que se acercó al módulo tenía conocimiento de los requisitos y no mostraron incomodidad o rechazo por alguno, incluso algunas pacientes manifestaron sentirse más cómodas con realizar el examen en su propia ropa como lo muestran estos testimonios:

“Enf.-Tiene que presentarse con estos requisitos: (muestra una hojita con la lista de requisitos para el examen) bañada, sin medicamentos, óvulos, pomadas, dos días sin relaciones y tres días después de que acabó de reglar y de preferencia en falda larga. M- Muy bien, gracias señorita. Y los resultados cuando se entregan?” (Mujer 23 años, Duque Estrada).

“-Con la falda esta mejor, no´mas te bajas tu interior y te acomodas, no que con la otra cosa, es más difícil encuerarse y luego volverse a vestir” (Mujer 45 años, Duque Estrada).

“E-¿Había bata para cambiarse la ropa para el examen? – No sé, la verdad no me fijé, como me vine en falda, ni la busqué... ora sí, que ni cuenta me di...pero está mejor, uno no sabe si las cambian, o las lavan... (Mujer 37 años, Duque Estrada).

Una vez que llega su turno, pasan al módulo para realizar el examen, se les indica la fecha probable de la entrega de resultado y que deben pasar con la médico del módulo para que se los entregue y les dé consulta.

Por otra parte, desde enero de 2010 a sugerencia de la tratante del Módulo, se realizan las muestras con *citobrush*⁶ y se hace la tinción de la superficie del cuello cervical con solución de ácido acético con el fin de mejorar el valor predictivo de la prueba, debido a que el *citobrush* recupera una mayor cantidad de células menos superficiales para el análisis y la solución permite identificar lesiones *acetoblancas* al momento de la prueba. Aunque la literatura disponible menciona que ésto incrementa las posibilidades de un adecuado diagnóstico (Martínez y Marzullo, 2003), el Centro de Salud y el Laboratorio Central no han realizado estudios formales para verificar la eficacia de estas técnicas, ni tampoco se ha planteado extenderlas a otras unidades.

Durante el período de observación y de *trabajo de campo* de la presente investigación, se implementó en todas las unidades de salud la aplicación de la prueba de *Captura de*

⁶ Cepillo citológico empleado para realizar un raspado de las células escamosas del epitelio del cuello del cérvix durante el Papanicolaou.

*híbridos*⁷ como una estrategia para detectar la presencia de ADN viral de alto riesgo en las mujeres entre los 34 y 65 años. Esta prueba es complementaria al Papanicolaou, ya que identifica la presencia del virus de VPH de alto riesgo en las células cervicales, incluso antes de que la infección cause algún tipo de displasia. Dadas las condiciones del Módulo de D.O.C., durante este período, se realizaron ambos exámenes en las mujeres de este grupo de edad. En aquellas pacientes que se identificó algún tipo viral de alto riesgo, se buscó motivarlas para mantener un mejor control de vigilancia con el fin de prevenir la aparición de displasias y cáncer cervical, invitándoles a realizarse el Papanicolaou con mayor frecuencia.

La introducción de técnicas que mejoran la precisión del diagnóstico y la amplia experiencia clínica del personal, aumentan las posibilidades de brindar tratamiento adecuado, ya que si la paciente presenta lesiones *acetoblancas* o transformaciones *macroscópicas*, ésta es referida a la Clínica de Displasias, incluso antes de que llegue el resultado de la Citología. Esto amplifica las posibilidades de tratamiento temprano de las lesiones. En este sentido, debido al alto volumen de exámenes que realiza este Centro de salud, es la unidad de salud que mayor número de referencias realiza a las Clínicas de Displasias de la Jurisdicción Sanitaria

En la Jurisdicción hay dos clínicas especializadas en la atención de displasias, una de ellas esta ubicada en el Hospital Inguarán, y otra en el Centro de Salud T-III Beatriz Velazco Alemán. Estas clínicas ofrecen atención de segundo nivel a las mujeres que presentan algún tipo de lesión *intraepitelial*. Las unidades brindan servicios clínico-médicos como *colposcopia* y *biopsias* así como tratamiento a través de *crioterapia*, *electrocirugía* y *conos quirúrgicos*. La clínica del *Hospital Inguarán* atiende principalmente a mujeres que se derivan de la consulta del hospital, de interconsultas con otros hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y las referencias de los Centros de salud de la Jurisdicción. Esta clínica, como parte de un protocolo especial, dedica un día a la semana a atender a varones que presentan lesiones relacionadas a VPH.

⁷ La captura de híbridos es una metodología basada en biología molecular relativamente nueva, que busca identificar ADN del virus de alto riesgo, se toma de forma parecida al Papanicolaou, por lo que se puede realizar en una misma visita.

2.4.2 El Centro de Salud T-III Beatriz Velazco de Alemán

Este Centro de Salud está ubicado en la avenida Eduardo Molina, esquina Peluqueros en la Colonia “20 de Noviembre” de la Delegación *Venustiano Carranza*. Cuenta con servicios especializados de Laboratorio, *rayos equis*, nutriología, psicología, Clínica de diabetes, Clínica de ITS/VIH, Clínica de Displasias y Clínica para la Interrupción Legal del Embarazo. El perfil de la clínica se orienta a la salud sexual y reproductiva, sin embargo, los programas de salud sexual y reproductiva como la oferta de anticonceptivos, prevención de VIH/ITS, y la detección oportuna de CaCu no se llevan a cabo de forma sistemática en los consultorios de la unidad. El Papanicolaou es ofrecido por las enfermeras de los consultorios de Consulta General, con el procedimiento estándar (*espátula de aire y espejo vaginal*); hay que señalar al respecto que en la mayoría de los casos los médicos se resisten a practicar el examen argumentando el exceso de consultas y la falta de tiempo. Bajo el mismo discurso, el personal de enfermería no realiza la promoción del examen en la sala de espera y sólo hacen el Papanicolaou cuando las mujeres lo solicitan, por lo que este Centro tiene un número muy bajo de citologías mensuales respecto a la capacidad instalada que dispone para hacer la prueba.

Por otra parte, la Clínica de Displasias de este Centro corresponde al segundo nivel de atención en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del CACU. Esta clínica es la primera instancia de referencia para la población que presenta alteraciones relacionadas a displasias y VPH para los centros de salud de la Jurisdicción. El volumen de la afluencia a la Clínica de displasias está determinado por la referencia que se haga de las pacientes en el primer nivel de atención, de tal forma, que la productividad de la Clínica se ve afectada en gran medida por el trabajo de promoción y de educación para la salud que se realiza en los Centros de salud de la Jurisdicción alrededor de la prueba. La Clínica presta servicio de control y tratamiento a las mujeres con algún tipo de alteración de acuerdo a la norma NOM-014-SSA2-1994, que establece para este nivel de atención, los resultados de Imagen de infección viral (IVPH) como: 1) Displasia leve (I), 2) Displasia moderada (II) y 3) Displasia grave (III), remitiendo para su tratamiento especializado al Instituto de Cancerología a aquellas mujeres con resultados citológicos: Positivo a ***cáncer, In situ, Microinvasor, Invasor, Adenocarcinoma y Maligno no especificado***.

La Clínica atiende exclusivamente población femenina y cuenta con una *médico colposcopista* especializada, un ginecólogo, dos enfermeras y una secretaria. Ofrece diariamente sesiones informativas sobre VPH y CACU a las pacientes de la sala de espera y a sus familiares, así como aconsejaría a las pacientes que acuden por primera vez. Estas acciones están encaminadas a disminuir la ansiedad y la vergüenza relacionada con los padecimientos del tracto genital femenino, así como desmitificar algunos aspectos de la sexualidad y la salud, como los riesgos de infecciones de transmisión sexual y el sexo protegido.

El proceso para recibir atención en la clínica, se inicia con la solicitud de una cita de primera vez; ésta puede realizarse vía telefónica o bien, al acudir a personalmente. Al acudir a la cita deben llevar consigo los resultados del Papanicolaou y el formato de referencia del médico del centro de salud. Durante la primera consulta, el médico revisa los resultados de la citología, pregunta sobre aspectos de su vida sexual y número de embarazos, infecciones genitourinarias y estilo de vida. Se realiza la historia clínica y le explican el resultado y la etiología del mismo, así como el motivo de la referencia a la clínica de Displasias. Esta última parte, es la más extensa de la consulta, ya que la mayoría de las mujeres acuden angustiadas, debido a que los médicos que las refieren, no les explican adecuadamente cuál fue el resultado de su examen, ni la necesidad de acudir a la Clínica de Displasias, por lo que el imaginario sobre el cáncer ligado a la prueba, las llevan a pensar que tienen cáncer y que su vida está en peligro. Los médicos de la Clínica de Displasia dedican especial atención para que las mujeres comprendan que es el VPH, como se adquiere y la relación que tiene con las displasias y el cáncer cervicouterino, y la diferencia entre las lesiones *intraepiteliales* y el desarrollo probable de cáncer, esto con la finalidad de disminuir la angustia y transmitir la importancia de la detección oportuna. Como se muestra en los discursos de los médicos y de las mujeres que acuden a este servicio:

“E-¿Es muy larga la consulta de primera vez? La secretaria me comentó que cuando agendan mujeres de primera vez, está todo más tranquilo porque hay menos consultas...”

MCB- Son más tranquilos porque sólo citamos 10 o 12 pacientes, para poder llenar el expediente, hacer la historia clínica y explicarle a la paciente el por qué esta aquí. Nos ha pasado, que de pronto en la consulta se sueltan llorando porque piensan que ya se van a morir...” (Médico colposcopista, Clínica de Displasias, Centro de Salud Beatriz Velazco)

“Hubiera venido ayer [dirigiéndose a la entrevistadora] entró una señora con la doctora, de rato que sale y empieza a gritarle a su esposo que estaba en la sala de espera... hubiera visto, le pegó con la bolsa, le dijo de cosas... salió la doctora, el doctor y hasta el del laboratorio para calmarla...” (Enfermera, Clínica de Displasias, Centro de Salud Beatriz Velazco)

“Yo venía muy asustada, porque en el centro no’mas me dijo la doctora que había salido mal el estudio y que tenía que venir al Beatriz... pero ya me dijo la doctora de acá, que salí con displasias... E- Displasias... –M- Si, gracias a Dios que no es cáncer, yo estaba preocupada porque un tío mío murió de cáncer y como dicen que eso se hereda, yo ya estaba muy apurada” (Mujer de 36 años, Clínica de Displasias, Centro de Salud Beatriz Velazco).

Una vez concluida la consulta de primera vez, se agenda una cita subsecuente para realizar una *colposcopia*⁸ y de ser necesario una *biopsia*. Con los resultados de la *biopsia* y la *colposcopia* se determina el tipo y extensión de lesión, así como las posibilidades de tratamiento. El 98.7% de las pacientes que acuden por tratamiento a esta Clínica tienen lesiones relacionadas a VPH de tipo I, II y II (Depto. De Epidemiología Centro de Salud T_III Beatriz Velazco Alemán). La alta prevalencia entre las mujeres que acuden a la clínica de displasias con este tipo de lesiones, se relaciona con los esfuerzos que se realizan para mejorar la utilidad predictiva del Papanicolaou así como la eficiencia del Laboratorio Central para analizar las muestras. En el Laboratorio Central los *citotecnólogos* tienen una alta exposición a las imágenes histológicas, lo que mejora su capacidad de identificar anomalías en el tejido, tiene mayores posibilidades de capacitación y de acceso a nuevas tecnologías al estar en el Distrito Federal, así como la aplicación del procedimiento de triple criterio de calidad para la evaluación de muestras.

La descripción de las rutinas y procedimientos en las unidades de salud a partir del trabajo etnográfico realizada para esta investigación en cada institución, muestra el contexto de interacción de diversos actores dentro del sistema de salud, así como las posibilidades de atención eficaz; sin embargo el cuadro no estaría completo si no se presenta la perspectiva

⁸ Es un procedimiento ginecológico, en el que se introduce el colposcopio (un microscopio especial), que permite visualizar las paredes de la vagina y del cuello uterino para identificar lesiones en esa zona. Este procedimiento permite tomar una muestra del tejido local para realizar una biopsia y mejorar la impresión diagnóstica, sobre el tipo y extensión de la lesión.

de las usuarias, ya que es, en estos actores, en quiénes recaen las principales consecuencias de la interacción dentro del sistema de salud, por lo que, incorporar su perspectiva al análisis de la funcionalidad y calidad de los servicios de salud, permite recuperar la experiencia y las construcciones alrededor de la prestación de los servicios que facilitan o dificultan el cuidado de la salud (Loreto *et al.*, 2007; Aranda, 2010).

3. Evaluación de la calidad en la atención médico-clínica en dos niveles: la detección oportuna en el centro de salud Dr. Juan Duque Estrada y la clínica de displasias

Las investigaciones sobre evaluación de calidad presentan controversias sobre la definición de lo que es “evaluación”. En la presente investigación se entiende “evaluación de los servicios de salud” como un proceso comparativo entre los resultados obtenidos y las expectativas de los usuarios y que incorpora la apreciación del estado estructural y funcional de la organización de los servicios, con la finalidad de promover el perfeccionamiento de la atención médico-clínica mediante la optimización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y la aplicación de la normatividad vigente sobre esta práctica (Rosas, 2008).

La percepción sobre uso de los servicios de salud en los pacientes es altamente utilizada en los estudios sobre calidad debido a que la evaluación que se hacen de los servicios es producto de sus expectativas y experiencias, y no está mediada por los prestadores de servicios de salud o prestadores de un programa de salud. Aquí cobra entonces relevancia la percepción de las usuarias que participaron en nuestro estudio, ya que lo consideramos como un indicador para medir la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (Loreto *et al.*, 2007). Siguiendo lo anterior, se diseñó un módulo de preguntas que mostrara la percepción general de la calidad de los servicios a partir de las dimensiones de estructura y proceso de la atención médica (Cuadro 4.2). Adicionalmente se revisó la normatividad de la práctica médica-clínica vigente al momento de la encuesta y los criterios de la Dirección General de Calidad y Educación en la Secretaría de Salud del gobierno federal a través del

Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD)⁹, así como los indicadores que se utilizan para la evaluación. El módulo incluye así treinta preguntas respondiendo a las variables operacionalizadas en cuatro áreas de análisis. Éste se aplicó hacia el final de la encuesta, recordando brevemente la confidencialidad y el anonimato de la información a cada mujer encuestada, así como la libertad de rehusar o suspender el cuestionario en cualquier momento. La proporción de mujeres que reusó responder esta sección fue del 2.6%.

El modelo de Donabedian (1988) plantea el análisis de la calidad de la atención a partir de la percepción del usuario/a en relación a tres dimensiones: estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1974, Donabedian, 1988; Ramírez, Nájera y Nigenda, 1998). Para nuestro cuestionario, en la dimensión de “estructura” se incluyeron elementos de la organización de los servicios como: tiempo de espera y medio para la obtención de citas, así como la disponibilidad de materiales y equipo; para dimensionar el “proceso” se observaron las acciones técnicas para el diagnóstico y tratamiento, así como las relaciones humanas entre el prestador de servicios de salud y la paciente. Caso a parte fue la dimensión de “resultado” ya que no fue posible incorporar ningún elemento de análisis debido a que al momento en que se aplicó el cuestionario, una parte importante de las usuarias no podían identificar todavía un resultado específico de la atención recibida, ya que no era posible identificar *a priori* en qué punto del tratamiento se encontraban las mujeres de la Clínica de Displasias para evaluar el resultado del tratamiento que estaban recibiendo en ese servicio (ver Cuadro 4.2).

Los servicios de salud que analizamos pertenecen a distintos niveles de atención dentro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el marco de la norma NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. El primer nivel de atención corresponde a los servicios de prevención, detección y diagnóstico oportuno que presta el Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada, y el segundo nivel atañe a la Clínica de displasias en el Centro de Salud Beatriz Velasco Alemán que presta servicios de tratamiento, control y vigilancia. Para contextualizar el tipo de servicios y la percepción de las mujeres encuestadas sobre la

⁹ Programa de índole federal que evalúa la calidad de los servicios de salud a partir de cuatro líneas de acción: la calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, calidad en la gestión de los servicios de salud y proyectos de apoyo y financiamiento.

percepción de calidad de los mismos, se seleccionaron algunas variables que fueran significativas estadísticamente en las cuatro áreas de análisis de las dos dimensiones de la encuesta que a continuación analizamos.

Cuadro. 4.2 Estructura del Módulo de Evaluación de la Calidad de los Servicios

<i>Dimensiones del modelo</i>	<i>Áreas de análisis</i>	<i>Variables</i>
Estructura	Organización de los servicios	Tiempo de espera y Método para obtener citas
	Materiales y equipo	Disponibilidad de materiales: batas, espejos vaginales, guantes, espacio privado para realizar el examen y provisión de medicamento.
Proceso	Acciones técnicas	Toma de examen, si explicó claramente el resultado, diagnóstico y tratamiento, proporcionó información adicional y explicó cuidados y recomendaciones.
	Relaciones humanas	Trato digno del médico y trato digno de la enfermera*

*Trato digno de acuerdo a los artículos 51 y 89 de la Ley General de Salud y a los art. 25 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; Fuente: Elaboración propia para el diseño del Módulo de Evaluación de la Calidad de los Servicios.

3.1 Estructura: Organización de los servicios y disponibilidad de materiales y equipo

Para mostrar la organización de los servicios, se eligió la variable del “tiempo de espera” debido a que tradicionalmente en estudios sobre uso y percepción de los servicios de salud en México, las largas esperas para recibir atención son uno de los factores más importantes que pueden desalentar a los usuarios potenciales a solicitar servicios en los Programas de Planificación Familiar (The Family Planning Manager, 1992), y en la atención en general. En ambos servicios “el tiempo de espera” fue percibido como “bueno” por las mujeres

encuestadas ya que la mayoría de ellas dijo que le pareció bien el tiempo de espera para recibir atención: el 44.9% en el centro de primer nivel y el 68.3% en la Clínica de displasias (ver Cuadro 4.3). Lo anterior se puede atribuir a que la Clínica de Displasias tiene implementado el mecanismo de cita previa, que permite a las pacientes presentarse con al menos 10 minutos de anticipación a su cita, lo que reduce el tiempo de espera de forma sensible, mientras que en el primer nivel de atención la espera está en función del flujo de usuarias que acudan a solicitar el servicio.

En el primer nivel de atención, la mayoría de las mujeres se presenta el día que quiere recibir el servicio sin hacer cita (31.0%) o bien cuando acude a la consulta (43.8%) (ver Cuadro 4.3), lo que incrementa las posibilidades de que la espera para obtener el servicio sea más larga, ya que el flujo de usuarias no es constante y organizado, lo que produce atrasos y saturación del servicio durante algunas horas del día y en algunos días. Estas dificultades se podrían evitar si el Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada implementara un programa de cita previa telefónica, que acompañara la actual operación del Módulo de D.O.C. para mantener un flujo más estable de usuarias. En tanto, en el segundo nivel, una de las condiciones que afecta la evaluación del tiempo de espera, es que la mayoría de las mujeres agenda su cita al asistir a la consulta, lo que favorece que las mujeres que acuden por primera vez a la Clínica de Displasias deben hacer al menos dos visitas para obtener el servicio: la primera para hacer la cita y la segunda para atenderse. Esto ocasiona una demora en el tratamiento y además requiere de un mayor gasto y esfuerzo para las pacientes ya que éstas deben pagar los costos de transporte para trasladarse a la Clínica, y para quienes trabajan supone no acudir a su centro de trabajo y perder esos días de salario, o quienes tienen hijos, se le puede complicar las estrategias familiares para “encargar a los hijos”, lo que se ha identificado como un obstáculo para que las mujeres acudan oportunamente a atenderse (Aranda, 2010). Aunque este nivel de atención presentó una mayor proporción de uso de la cita telefónica, la implementación sistemática de este mecanismo en ambos niveles contribuiría a reducir las barreras en la atención.

En cuanto los materiales y equipo, se seleccionó la variable sobre “la disponibilidad de batas para la exploración ginecológica” debido a que esta prenda permite garantizar la privacidad y la higiene durante el procedimiento. En el primer nivel de atención, la mayoría de las mujeres encuestadas no recordaba si había batas disponibles para realizarse el

examen, mientras que el 34.9% dijo que sí había y sólo el 13% dijo que no (ver Cuadro 4.3). Esto se relaciona con que el servicio implementó como indicación informal que las mujeres se presentaran al examen con falda larga, como una estrategia frente a la merma en la disponibilidad de batas desechables o de tela para realizar el Papanicolaou, por lo que las mismas mujeres ya no solicitan este material para realizarse la prueba, y en muchos casos, no notan su presencia o ausencia. Por otra parte, en la Clínica de Displasias, seis de cada 10 mujeres encuestadas dijo que no había batas disponibles cuando acudió a su cita (ver Cuadro 4.3). Esto representa un problema, ya que las mujeres que no acudan con falda el día de su cita, deberán regresar en otro momento, reprogramar su cita y hacer todas las gestiones dentro de su hogar para acudir al servicio, lo que incrementa los obstáculos para la atención y retrasa el tratamiento oportuno.

Cuadro. 4.3 Selección de algunas características de la calidad del servicio según tipo de nivel de atención.

	Primer nivel		Segundo nivel	
	N=390	%=100	N=379	%=100
<u><i>Cómo le pareció la espera</i></u> ***				
Muy bien	10	2.6	36	9.5
Bien	175	44.9	259	68.3
Regular	133	34.1	64	16.9
Mal	50	12.8	13	3.4
Muy mal	22	5.6	7	1.8
<u><i>Regularmente, cómo obtiene sus citas</i></u> ***				
Al acudir a consulta	171	43.8	188	49.5
Vía telefónica	12	3.1	84	22.1
El médico la indica	86	22.1	101	26.6
No hago cita	121	31	6	1.8
<u><i>El medico le explicó los cuidados a seguir</i></u> **				
Si	345	88.5	301	79.2
No	41	10.5	71	18.7
NR	4	1	8	2.1
<u><i>Cómo la trató el médico en la consulta</i></u> ***				
Muy bien	80	21	126	34.1
Bien	264	69.3	218	59.1
Regular	26	6.8	14	3.8
Mal	9	2.4	11	3
Muy mal	2	0.5	0	0
<u><i>Cómo fue el trato de la enfermera</i></u> ***				
Muy bien	62	15.9	105	27.6
Bien	256	65.8	241	63.4
Regular	35	9	10	2.6
Mal	31	8	24	6.3
Muy mal	5	1.3	0	0
<u><i>Había batas disponibles para la toma</i></u> ***				
Si	136	34.9	127	33.4
No	54	13.8	233	61.3
NR	200	51.3	20	5.3

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.01) y * al 10% (p<0.10)

Nota: Cálculos propios.

3.2 Procedimiento: Acciones técnicas y Relaciones humanas

El artículo 32 de la Ley General de Salud establece que las “acciones técnicas” son el conjunto de acciones del personal de salud que proporcionan al individuo con el fin de promover y restaurar su salud. Si bien típicamente las realiza el médico, también pueden ser hechas por otro tipo de profesional de la salud, como odontólogo, obstetras, enfermeros/as, técnicos, promotores de la salud, entre otros. De acuerdo al Reglamento General de Atención Médica éstas comprenden toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico con fines de protección a la salud, e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, todas ellas acciones llevadas a cabo por el personal de salud bajo su responsabilidad. El tipo de acciones técnicas, así como la forma en la que el personal de salud las lleva a cabo, tiene un profundo impacto en el proceso de recuperación de la salud de los pacientes. La información que proveen los prestadores de servicios de salud a los usuarios, antes, durante y posterior a su intervención permite reducir la ansiedad y el estrés, así como favorecer la adherencia terapéutica. En general en nuestro estudio, las mujeres encuestadas señalaron que el personal de salud que las atendió o con quien tuvieron contacto, realizó las acciones técnicas relacionadas el motivo de consulta. Sin embargo, una de las áreas que aparecen como una oportunidad de mejora, es la de proporcionarle a la paciente una explicación clara de los cuidados a seguir. El 18.1% de las mujeres encuestadas en el primer nivel de atención señalaron que no les explicaron los cuidados a seguir cuando fueron atendidas, mientras que esta proporción es menor en la Clínica de Displasias, donde el 10.5% de las pacientes dijeron que no habían recibido información sobre los cuidados a seguir (ver Cuadro 4.3).

Para evaluar “las relaciones humanas” durante la interacción de las usuarias con el sistema de salud, se indagó sobre su percepción sobre el trato del personal. El “trato digno” es un derecho legítimo de los/las usuarios/as a ser tratados/as como personas en toda la extensión de la palabra, más que solo como pacientes, lo que requiere de un esfuerzo adicional debido a la relación asimétrica que la enfermedad o la discapacidad pueden establecer. Además esto involucra el derecho a la libertad de movimiento, de opinión, respeto a la privacidad e

intimidad de las personas, y a ser tratado cordialmente por todo el personal de salud (Ley General de Salud, 1984).

En respuesta a la pregunta sobre “cómo la trató el médico”, la mayoría de las mujeres encuestadas señaló que “bien”, sin embargo el 34.1% de las mujeres en la Clínica de Displasias mencionó que la trataron “muy bien” durante la consulta, mientras que esta proporción fue menor en el primer nivel con un 21.0% (ver Cuadro 4.3). Esta distribución también se observó en el trato de la enfermera, la mayoría señaló que la habían tratado bien en ambos servicios; sin embargo la proporción de mujeres que indicó que la habían tratado “muy bien” fue superior en el segundo nivel de atención. En general, la evaluación favoreció la atención recibida en el segundo nivel de atención, aunque ésta es un área de oportunidad importante para ambos niveles de servicio desde la perspectiva de las usuarias.

Otro elemento que debe ser considerado en la evaluación de la calidad de los servicios es la “provisión de medicamentos”, ya que la provisión adecuada de éstos aumenta las posibilidades de adherencia terapéutica y de tratamiento adecuado, lo que repercute en una mejora en el estado de la salud de las usuarias y en la prevención de consecuencias más graves atribuibles al progreso de la enfermedad. Esto último es de suma importancia cuando se trata del control y tratamiento de lesiones que pueden transformarse eventualmente en lesiones precancerosas o cancerosas que de no tratarse en tiempo y forma, podrían derivar en consecuencias mortales.

3.3 Provisión de medicamentos en los dos niveles de atención en el programa de prevención y tratamiento de VPH-CaCu

Para garantizar una buena atención médica es indispensable contar de forma oportuna y en cantidad adecuada con medicamentos. La carencia de los mismos en las unidades de salud públicas limita las opciones terapéuticas y pone en riesgo la salud de los pacientes (Garrido, Hernández, y Gómez, 2008). En ese sentido en nuestro estudio encontramos existen diferencias significativas en la provisión de los medicamentos en ambos niveles de atención. Inicialmente se les preguntó a las usuarias, si durante su más reciente visita se les había prescrito algún medicamento, en el primer nivel, el 75.1% de las encuestadas su respuesta fue positiva, y en el segundo nivel solo el 40.6% respondió afirmativamente

(Cuadro 4.4.), lo que sugiere que en el primer nivel existe una mayor demanda de medicamentos para el tratamiento de las pacientes.

La prescripción adecuada, la dotación de todos los medicamentos y la apropiada adherencia terapéutica garantizan que la recuperación de la salud sea más exitosa. La prescripción y la dotación de medicamentos son elementos que están bajo el dominio de acción de los servicios de salud, por lo que los mecanismos para asegurar la calidad técnica de la prescripción y de su contenido son su responsabilidad (González Robledo *et al.*, 2009). Siguiendo lo anterior, se indagó sobre el suministro de la receta y de los recursos que las pacientes emplearon para ello. La mayoría de las pacientes a quienes se les recetó algo en su más reciente visita, no pudieron conseguir todos los medicamento: sólo el 44.2% y el 28.6%, del primer y segundo nivel respectivamente surtieron su receta completa. Esto sugiere que las mujeres que acuden al segundo nivel de atención y que les prescriben algún medicamento, tienen menos posibilidades de conseguirlos todos ya que siete de cada 10 de estas mujeres salen sin su tratamiento completo (ver Cuadro 4.4).

Para completar su receta, las mujeres encuestadas mayormente tuvieron que comprar algún medicamento: el 85.1% de las mujeres a quienes se les recetó medicamento en la Clínica de Displasias tuvieron que comprar alguno; mientras que en el primer nivel de atención, el 65.1% tuvo que hacerlo (ver Cuadro 4.5).

Cuadro. 4.4 Selección de algunas características de la provisión de medicamentos según nivel de servicio.

	Primer nivel		Segundo nivel	
	N=390	%=100	N=379	%=100
<i><u>Le recetó algo</u> ***</i>				
Si	292	75.1	154	40.6
No	94	23.9	225	59.4
NR	4	1	0	0
<i><u>Pudo conseguir todos los medicamentos</u> ***</i>				
No le recetó nada	94	23.9	226	59.8
Si	170	44.2	108	28.6
No	112	29.1	43	11.1
NR	8	2.1	2	0.5
<i><u>Tuvo que comprar algún medicamento</u> ***</i>				
No recetó nada	94	23.9	225	60.3
Si	190	49	131	33.9
No	93	24.1	22	5.6
No recuerda	9	2.3	1	0.3

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.01) y * al 10% (p<0.10)

Nota: Cálculos propios.

Cuadro. 4.5 Distribución de mujeres que les percibieron algún medicamento, según nivel de atención

	Primer nivel		Segundo nivel	
	N=292	%=100	N=154	%=100
<i><u>Pudo conseguir todos los medicamentos</u></i>				
No	170	58.2	108	70.1
Si	112	38.4	43	27.9
No Recuerda	8	2.7	2	1.3
<i><u>Tuvo que comprar algún medicamento</u></i>				
Si	190	65.1	131	85.1
No	93	31.8	22	14.3
No Recuerda	9	3.1	1	0.6

Nota: Cálculos propios.

El tener que aportar una cantidad de dinero para completar el tratamiento médico, puede representar para las mujeres y para la mayoría de los hogares un gasto muy difícil de solventar, incluso, dependiendo del tipo de medicamento, puede ser una carga financiera que puede llegar a representar un “gastos catastróficos” o empobrecimiento de las pacientes y sus familias.

En general, la provisión de medicamentos en las dos unidades de salud estudiadas es deficiente, pero se acentúa en el segundo nivel, donde enfrentan una mayor demanda de medicinas y donde la dotación de las mismas juega un papel preponderante en la salud, ya que la adecuada intervención y tratamiento podrían reducir las posibilidades de que los casos tratados en esa instancia requieran atención en un tercer nivel, aumentando los costos de los servicios para atender a estas pacientes. Además la inmensa mayoría de estas mujeres tuvo que pagar por algún medicamento, lo que implica que para quiénes no puedan costearlo, aumente el riesgo de que suspendan su tratamiento, y ya no regresen a la consulta o que su tratamiento se vea retrasado hasta que puedan comprarlo, lo que puede complicar su estado de salud. Lo anterior refleja una deficiencia en la organización y cobertura de los servicios, la cual se agrava debido a que en los servicios de salud pública del Distrito Federal operan dos programas que buscan garantizar el acceso a servicio médico y la adecuada provisión de medicamentos.

A partir de la reforma a la Ley General de Salud en el 2004, se formó el Sistema de Protección Social en Salud, que estructura un “sistema de aseguramiento dirigido a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social, que tiene como fin garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud y proteger financieramente al hogar reduciendo el gasto de bolsillo” (González Robledo *et al.*, 2009: s417). A partir de la creación de este sistema, se genera el Seguro Popular a nivel federal, y en el ámbito local se crea en el 2007 el Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. Ambos programas buscan dar certeza a las familias que ante la enfermedad de alguno de sus miembros no tendrán que desembolsar dinero para cubrir los servicios médicos y los medicamentos prescritos (González Robledo *et al.*, 2009). Bajo este marco de política pública opera el sistema de salud en el Distrito Federal. Sin embargo en los dos niveles de atención esta cobertura es incompleta.

En este sentido y entre las mujeres encuestadas, en el primer nivel de atención, el 34.6% de las mujeres no tenía ningún tipo de protección social para la salud; mientras que para el segundo nivel se reduce al 15.3%. Las mujeres inscritas en el Programa de Gratuidad del Distrito Federal, representan la mayor proporción con seguridad social con el 29.6% y el 55.1%, en segundo lugar se ubica el Seguro Popular con el 27.2%, y el 21.8% en el primer y segundo nivel respectivamente. La disminución significativa de mujeres no aseguradas en el segundo nivel puede atribuirse a las intensas campañas que ha habido al interior de los centros de salud para invitar a sus usuarias a afiliarse a alguno de estos programas (Gratuidad o Seguro Popular), según cubran los requisitos y sus necesidades de cobertura (ver Cuadro 4.6). Cerca del 85% de las mujeres del segundo nivel tiene algún tipo de seguridad social en salud, sin embargo esto no garantiza el que las mujeres obtengan todos los medicamentos cuando se les prescribe algo durante la consulta, como se señaló antes.

Cuadro. 4.6 Distribución de la Seguridad Social en Salud según nivel de atención.

<i>Tipo de seguro</i> ***	Primer Nivel		Segundo Nivel	
	N=405	%=100	N=385	%=100
No tiene	140	34.6	59	15.3
Gratuidad	120	29.6	212	55.1
Seguro Popular	110	27.2	84	21.8
Otros	35	8.6	30	7.8

* IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina y Defensa y Privados

Nota: Cálculos propios.

A manera de conclusión, es posible decir que el contexto de la Jurisdicción Sanitaria analizada se caracteriza por un paulatino proceso de despoblamiento relacionado con la proliferación de negocios, así como el aumento en los últimos años de la inseguridad relacionada con corredores de personas en situación de calle y de comercio sexual. La población sin seguridad social laboral recibe atención médica en las unidades de los servicios de salud de la Jurisdicción sanitaria, en diez centros de salud y tres hospitales. Las mujeres que viven en la zona de influencia de los diferentes centros de salud reciben atención médica general, prestación de servicios especializados de maternidad, atención neonatal, vacunación y de salud sexual y reproductiva.

Respecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, éste se enfoca principalmente a la detección, tratamiento y control del cáncer cervicouterino y a una limitada oferta de anticonceptivos. Recientemente ha incorporado la prevención de la infección por VPH a través de la vacunación en mujeres púberes o prepúberes. Esta detección se realiza a través del tamizaje cervical y por medio de la prueba de captura de híbridos. El tratamiento y el control se lleva a cabo en las Clínicas de Displasias de la Jurisdicción y estas acciones corresponden al primer y segundo nivel de atención.

En el Centro de salud T-III Dr. Juan Duque Estrada se realiza el mayor volumen de citologías cervicales en la Jurisdicción debido a que dispone de un módulo con personal femenino para realizar exclusivamente citologías. Además se realizan activamente campañas de detección fuera del Centro de Salud como oficinas gubernamentales y empresas privadas. El personal del módulo tiene amplia experiencia en la toma del Papanicolaou y han implementado técnicas adicionales para aumentar las posibilidades de diagnóstico oportuno (*tinción* con solución de ácido acético y *citobrush*). Las mujeres que presentan algún tipo de alteración relacionada a la presencia de displasias o la de VPH son referidas al segundo nivel de atención, principalmente a la Clínica de Displasias del Centro de Salud T_III Beatriz Velazco de Alemán. Las pacientes que acuden a esta instancia, reciben atención médica especializada para realizar el diagnóstico y tratamiento de las lesiones relacionadas a VPH, así como consejería y orientación sobre las causas de las lesiones y de la infección.

La percepción de las usuarias sobre la calidad de los servicios que reciben en estas unidades de salud en general es buena. La mayoría de las mujeres en ambos servicios dijo que el trato que recibió del personal, tanto médicos como enfermeras fue satisfactoria ("bien"). Las principales áreas de oportunidad se ubicaron en los aspectos de estructura, como la provisión de materiales para la exploración ginecológica, tales como, la disponibilidad de batas para las pacientes y provisión de medicamentos. El personal de salud ha generado estrategias para seguir realizando sus actividades, sugiriendo a las mujeres el uso de ropa que les permita realizar la exploración aun cuando no hay batas disponibles. Sin embargo, la falta de medicamentos representa un obstáculo importante para garantizar el adecuado tratamiento y la pronta recuperación de la salud de las usuarias. Lo anterior representa una deficiencia en la administración y cobertura de los servicios de salud. A pesar de que la

mayoría de las usuarias está afiliada a alguno de los programas de seguridad social en salud, lo que deberían garantizar no sólo la atención recibida, sino los medicamentos que requieren para su adecuado tratamiento. La deficiencia es sensible en ambos niveles de atención, pero es particularmente importante en el segundo nivel de atención, ya que las mujeres enfrentan el tratamiento de lesiones, que de no tratarse de forma adecuada, pueden generar complicaciones que podrían derivar en la pérdida de un órgano o de la vida.

Podemos decir que la población femenina enfrenta barreras importantes frente a la prevención de las ITS, particularmente VPH, debido a que no hay esfuerzos sistemáticos de prevención de la infección que es precursora de las transformaciones epiteliales en el cérvix. Por lo que no disponen de información o estrategias que les permitan sustraerse del riesgo de infección. Por otra parte, los obstáculos relacionados al género y a las cuestiones culturales sobre el cuerpo y la sexualidad femenina están presentes en las resistencias de las mujeres frente al examen del Papanicolaou y en quiénes lo practican, ya que uno de los elementos que favorecen la afluencia de la población al Centro de Salud Dr. Juan Duque Estrada es la presencia de personal femenino para realizar la prueba, así como la sensibilidad y accesibilidad que muestra el personal femenino en la clínica de displasias para proporcionar información relacionada a las ITS y sobre la sexualidad frente a las displasias y el cáncer cervicouterino.

Las barreras institucionales se caracterizan por la falta de material y recursos para la atención médica de la población femenina, lo que puede contribuir a desalentar el diagnóstico oportuno y el tratamiento exitoso. Sin embargo, hay que señalar que la interacción de las unidades de salud con este segmento de la población, representa un espacio privilegiado para desplegar campañas de prevención que les permita a las mujeres adquirir información para disfrutar su derecho a una sexualidad plena y segura.

Capítulo 5. LAS MUJERES, ¿QUIÉNES SON?

En este capítulo se presenta el perfil socio-demográfico de la población en estudio, una breve descripción de su comportamiento sexual, así como las principales diferencias entre las mujeres según edad y condición de displasia.

1. Perfil sociodemográfico

Dentro de las etapas del curso de vida, la comprendida entre los 18 y los 49 años se ha identificado como el periodo en el que se ubican las experiencias relacionadas con la vida sexual y la vida reproductiva. Debido a esto la población fue seleccionada intencionalmente en este intervalo de tiempo. En cuanto a la actividad sexual, ocho de cada diez mujeres declaró que tenía una pareja sexual activa, lo que implica que estas mujeres estaban expuestas al riesgo de tener relaciones sexuales al momento de la encuesta, por lo tanto al riesgo de contraer una ITS.

El 65.2% de las encuestadas tenía entre 20 y 39 años al momento de la encuesta, el 22.2% expresó que tenía 40 años y más; en tanto el 12.7% de las entrevistadas dijo tener menos de 20 años (Cuadro 5.1). Es importante señalar que debido a las características de la historia natural de la infección por VPH y las dificultades de acceso a los servicios de salud que enfrentan los adolescentes, se esperaba que la proporción de mujeres menores de 20 años fuera menor a lo obtenido.

Respecto al estado civil, el 24.9% de las encuestadas dijo estar soltera, y el 9.6% estaba separada o divorciada al momento de la encuesta, la mayoría mencionó estar casada o unida (Cuadro 5.1). De acuerdo al contexto mexicano, las mujeres que viven con su pareja en

unión libre, para efectos culturales y legales, tienen derechos y obligaciones semejantes¹⁰ a las mujeres que han establecido un matrimonio de forma civil. Por lo que en términos de interacciones sociales el matrimonio y la unión son condiciones parecidas, aunque la disolución voluntaria es más fácil en la unión, ya que en el matrimonio se requiere de trámites formales para romper el vínculo existente (Quilodrán, 2008).

**Cuadro 5.1 Características socio-demográficas.
Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.**

	N=790	%=100
<i>Edad</i>		
Menores de 20 años	100	12.7
De 20-29 años	261	33.0
De 30 a 39 años	254	32.2
De 40 años y más	175	22.2
<i>Pareja sexual activa</i>		
Sí	642	82.2
No	148	17.8
<i>Estado Civil</i>		
Soltera	196	24.9
Casada/Unida	518	65.5
Divorciada/Separada	76	9.6
<i>Escolaridad</i>		
Sin escolaridad	8	1.0
Primaria incompleta	31	3.9
Primaria completa	94	12.0
Secundaria incompleta	60	7.6
Secundaria completa	234	29.5
Prepa/equiv incompleta	108	13.6
Prepa/equiv completa	162	20.5
Lic. incompleta	26	3.3
Lic. completa y más	67	8.5

Nota: Cálculos propios.

¹⁰ En el caso del concubinato, las mujeres pueden tener acceso a los bienes, patrimonio, seguro y pensiones de la pareja con la que ha mantenido concubinato por un tiempo acreditado de al menos 5 años (Código de Procedimientos en materia civil del Distrito Federal)

En términos de la escolaridad, el 29.5 % completó la secundaria o el equivalente a nueve años de escolaridad y el 45% de ellas tiene al menos diez años de escolaridad, ligeramente menor a la escolaridad de 11.4 años en promedio alcanzada en el Distrito Federal por la población femenina (Cálculos propios a partir del Censo, 2010).

Cinco de cada diez mujeres declararon como ocupación principal ser ama de casa, el 19% tiene alguna ocupación relacionada a las ventas y a los servicios, el 17.8% es empleada y sólo el 2% tiene una ocupación de nivel profesional o técnico (Cuadro 5.2). La motivación para indagar sobre la ocupación de las mujeres estaba centrada en conocer si las mujeres podían tener acceso a recursos propios que les permitieran una mayor participación en la toma de las decisiones, al menos en la esfera económica, bajo el supuesto de que si las mujeres tienen capital económico, éstas adquieren algún poder (en función del capital acumulado) para entrar en ese campo (Bourdieu, 1972). En ese sentido, el 38% dijo tener algún ingreso producto de su ocupación. Sin embargo la literatura disponible en género y trabajo extradoméstico ha documentado que las mujeres tienden a subestimar su contribución a la esfera productiva (García, Blanco y Pacheco, 2000), por lo se preguntó a quienes declararon ser amas de casa, estudiantes o desempleadas; si tenían alguna actividad que les permitiera tener un ingreso. Un poco más del 13% del total de las mujeres declaró que realizaba alguna actividad informal (cuidar niños, vender por catálogo o vender algún producto en su domicilio) como una estrategia para generar ingresos. Aunque esta alternativa de trabajo tiene algunas desventajas (no hay horarios, ni prestaciones, ni seguridad social), les permite tener un ingreso que controlan y que las hace menos dependientes de otros miembros del hogar (García, Blanco y Pacheco, 2000).

Al generar una variable que permite visualizar a las mujeres que tiene algún ingreso propio, se encontró que la mitad de las mujeres tiene alguna actividad económica que les permite tener recursos propios (Cuadro 5.2). Sin embargo, derivadas de las condiciones del mercado de trabajo formal y la valoración del trabajo femenino en la sociedad, las mujeres realizan una suerte de combinación de tareas domésticas y extra-domésticas, las cuales tienen como consecuencia una doble jornada particularmente intensa y poco reconocida.

Respecto del ingreso que las mujeres perciben, el 49% de las mujeres no tiene ningún ingreso, lo que las coloca como dependientes económicas del jefe del hogar (Cuadro 5.2).

Entre las mujeres que reportaron algún tipo de actividad económica la mayoría recibe un ingreso por debajo de los 3000 pesos mensuales (55%) y sólo el 17% declaró más de 5000 pesos al mes (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.2 Características económicas de la población. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

	N=790	%=100
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	424	53.7
Desempleada/ Estudiante	59	7.5
Ventas/ Servicios	150	19.0
Empleada	141	17.8
Profesional/Técnico	16	2.0
<i>Actividad Económica</i>		
Sin alguna actividad	375	47.4
Con alguna actividad	415	52.5
<i>Ingreso Mensual en pesos Mujer</i>		
Menos de 3,000	218	27.6
3,000 – 5,000	114	14.4
5,000 y más	67	8.5
No reciben ingreso	391	49.5
<i>Servicio Médico</i>		
No tiene	199	25.2
Seguro Popular	194	24.6
Gratuidad Gob. D. F.	332	42.0
Otros+	65	8.2

+IMSS, ISSSTE, Pemex y Seguro privado.

Nota: Cálculos propios.

Las mujeres que tienen algún ingreso propio, gastan principalmente su dinero en alimentos, las necesidades de sus hijos, en otros familiares, como sus padres; mientras que los tipos de gastos que plantean elementos de uso personal fueron menos comunes entre las encuestadas (Cuadro 5.3). Esto puede relacionarse con las valoraciones sociales del comportamiento femenino vinculadas con el cuidado a los otros y el lugar que tiene la propia mujer en las prioridades del gasto (Herrera y Campero, 2002). Estas valoraciones pueden afectar de

forma negativa la salud de la mujer ya que posterga su atención médica, la compra de medicamentos o cuidados específicos en pos de otras prioridades dentro de su hogar.

Cuadro 5.3 Distribución del ingreso de las mujeres según tipo de gasto. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de gasto</i>	N	%
Alimentación	269	67.4
Hijos (Ropa, etc.)	239	59.9
Otros familiares	165	41.4
Escuela de los hijos	80	20.1
Mantenimiento y servicios de la casa	62	15.5
Diversiones para ella	16	4.0
Otros+	15	3.8

+Gastos personales, transporte, entre otros.

La variable tipo de gasto es de respuesta múltiple por lo que las respuestas no suma el 100%.

Nota: Cálculos propios.

Con el objetivo de indagar un poco más sobre la pareja de las encuestadas, se les preguntó algunos aspectos relacionados con el ingreso de su pareja y el gasto para el hogar. El 95% de las mujeres que declararon vivir con una pareja expresó, que ésta realiza alguna actividad económica remunerada (Cuadro 5.4). El monto del ingreso para estos varones está por encima de lo que perciben las mujeres que también trabajan de forma extra-doméstica.

En la encuesta se reflejan las desiguales de género relacionadas con el empleo y el ingreso, al encontrar que hay una brecha importante entre la remuneración de los hombres y la de las mujeres, la cual se agudiza en la categoría para los menores ingresos, un 20% de los varones percibe menos de 3 mil pesos al mes, mientras que un 54% de las mujeres tiene los mismos ingresos (Cuadro 5.4 y 5.2); lo que coincide con el papel secundario que la sociedad confiere a la fuerza de trabajo femenina.

Cuadro 5.4 Características económicas de la pareja actual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

	N	%
<i><u>Pareja tiene actividad remunerada</u></i>		
Sí	498	95.0
No	26	5.0
<i><u>Ingreso Mensual de Pareja en pesos</u></i>		
Menos de 3,000	92	18.5
3,000 - 5,000	187	37.6
5,000 y más	168	33.7
No sabe cuánto gana	51	10.2
<i><u>Gasto Mensual que la mujer recibe de su pareja en pesos+</u></i>		
Menos de 3,000	326	65.5
3,000 - 5,000	136	27.3
5,000 y más	36	7.2

+Subvención mensual que le da la pareja para los gastos del hogar.

Nota: Cálculos propios.

Las diferentes condiciones sociales que definen las posibilidades para generar ingresos tanto para hombres como para mujeres condicionan un desequilibrio entre los sexos que permea hasta las interacciones sociales más íntimas. La condición social inferior de la mujer a nivel micro y macro puede encontrar sentido en lo que Bourdieu llama la economía del capital y el poder (Bourdieu, 1972). En el campo económico la acumulación de dinero (el tipo de capital en juego) legitima el ejercicio del poder y afirma la masculinidad. En ese sentido, quienes tienen el dinero, tienen el poder; por lo que quien esté imposibilitado para conseguir dinero está a su vez privado de poder. Siguiendo lo anterior, el poder es entendido como la capacidad o el modo de dirigir las acciones de otros, por lo que el poder es un modo de acción sobre los otros (Foucault, 1988). El hombre al poseer el dinero de forma exclusiva (cuando él es el proveedor y ella no tiene algún ingreso) o acumular mayor cantidad de éste (cuando ambos tienen ingresos y él gana más), tiene el predominio sobre las acciones de la mujer. Bajo esta lógica, las posibilidades interacción y negociación al interior de la pareja aparecen limitadas para las mujeres.

El predominio de los varones sobre las mujeres también puede mostrarse en el conocimiento y/o control de las acciones de la pareja. Es de llamar la atención que 10% de las mujeres que vivían con su pareja al momento de la encuesta hayan expresado que no sabía cuánto gana su pareja, pero que sí les dispensaba “gasto”.¹¹ A pesar de que los hombres tienen un mayor ingreso, los porcentajes dedicados al gasto del hogar que administra la mujer son proporcionalmente más bajos. El 65.5% de las mujeres que reciben dinero para el gasto, acceden a un monto menor a 3 mil pesos mensuales. Esto representa un acceso limitado al ingreso familiar, aunque es probable que los compañeros retengan una mayor proporción del ingreso para pagar otros gastos relacionados a la vivienda, como la hipoteca, cuentas bancarias, los servicios públicos, etc.

Otra forma de control que sus parejas ejercen es el acceso limitado a la información de la economía del hogar, de la misma forma que lo es la vigilancia sobre la forma en que se ejerce el gasto. Estos mecanismos de control pueden tener una mayor fuerza sobre las mujeres que son dependientes económicos de su pareja, lo que limita sus posibilidades de acción a lo que su pareja determine (en qué se gasta y cómo se gasta); que derivado de las circunstancias económicas y del control legitimado socialmente sobre las mujeres, las posibilidades de maniobra para ellas dentro de esos márgenes pueden ser muy limitadas o casi nulas.

Las condiciones en las que las mujeres participan de las decisiones económicas del hogar afectan la salud, ya que bajo estas condiciones es muy complejo que éstas puedan destinar parte de sus recursos o del hogar para atender sus necesidades de salud; por lo que los sistemas de salud y los programas de protección social en salud cobran una mayor relevancia.

Las mujeres encuestadas mayormente son casadas, entre la tercera y cuarta década, con una escolaridad promedio a las condiciones de la capital del país, con bajos ingresos o nulos, lo que implica que requieren el ingreso de su pareja para la subsistencia diaria. Las limitaciones en el campo económico que enfrentan estas mujeres incrementa la posibilidad

¹¹ El Gasto en términos económicos es descrito como la acción por la que se entrega dinero a cambio de bienes y servicios. En la administración del hogar, los varones dispensan una cantidad de dinero para la manutención de su familia y para los bienes y servicios que él y su familia requieren.

de que no puedan participar activamente de las decisiones en la economía familiar incluyendo gastos en sus necesidades personales y de salud. Esto se corresponde con las hipótesis planteadas sobre el perfil sociodemográfico de la población en estudio.

1.1 Principales características socio-demográficas de las mujeres con y sin displasias

En esta sección se presenta el análisis de las principales diferencias sociodemográficas entre las mujeres sin displasias y con displasia asociada a VPH. En el primer grupo se encuestaron 405 mujeres, mientras que en el segundo se captaron 385. El 82% de las mujeres en ambos grupos declaró tener una pareja activa al momento de la encuesta, por lo que una proporción semejante de mujeres en ambos grupos estaba expuesta al riesgo de tener relaciones sexuales (Cuadro 5.5). Respecto del estado civil, tampoco se observan diferencias significativas entre las mujeres sin y con displasias, la mayoría de las mujeres en ambos grupos está casada o unida al momento de la encuesta.

Las mujeres sin displasia son en promedio 4.5 años más jóvenes que las mujeres con displasia. Las mujeres sin displasia son significativamente más jóvenes, más de la mitad (52.9%) se concentran en los dos grupos de edad inferior (menores de 30 años). En cambio, el 61.8% de las mujeres con displasia se encuentra en los dos grupos de edad superiores (Cuadro 5.5). Esta diferencia de edades entre los grupos sigue la relación esperada debido a la evolución natural de la enfermedad, ya que la infección por VPH permanece latente por un tiempo variable de acuerdo al tipo de sistema inmune y se expresa clínicamente años después. Por lo que se espera encontrar signos clínicos de transformaciones epiteliales en mujeres de mayor edad (Lazcano *et al.*, 1995; Lazcano, Herrero y Muñoz, 2000; Cruz *et al.*, 2000; Hernández, Smith, Lorincz, Lazcano *et al.*, 2005).

Por otra parte las mujeres sin displasia tienen significativamente más escolaridad que las mujeres con displasia. Como se observa, hay una mayor proporción de mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta entre las mujeres con displasia. Al mismo tiempo, las mujeres sin displasia tienen una mayor proporción en la categoría de educación superior (licenciatura incompleta o completa) con un 14.4% versus un 8.6% de las mujeres con displasia (Cuadro 5.5).

Otra diferencia significativa entre los grupos es la actividad económica. Aunque la mayoría de las mujeres en ambos grupos no tiene actividad económica, una mayor proporción de mujeres con displasia (43.6%) realiza alguna actividad económica que le permite ganar un ingreso propio (Cuadro 5.5). Esto resulta interesante debido a que se esperaba que las mujeres sin actividad económica representaran una proporción más grande en el grupo de mujeres con displasia, debido a que la pobreza y la dependencia económica se ha asociado a la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales (Hernández, Smith, Lorincz, Lazcano *et al.*, 2005).

Las diferencias entre las mujeres sin y con displasias se acentúan aún más cuando se recodifican estas variables. Es posible observar más claramente que las mujeres con displasia son significativamente menos educadas que las mujeres sin displasia, al tener una mayor proporción de mujeres con algún grado de primaria o secundaria, lo que comprende la educación básica en México; mientras una mayor parte de mujeres sin displasia alcanzó algún grado de educación Media o Superior, (preparatoria o su equivalente o licenciatura) (Cuadro 5.6). Esta variable se retomará más adelante como un factor a considerar en la probabilidad para tener una displasia.

Las diferencias significativas encontradas en la edad y la escolaridad entre las mujeres sin y con displasia fortalecen la hipótesis de que las mujeres con displasia tienden a tener una mayor edad y una menor escolaridad que las mujeres sin displasia. Por otra parte la edad se transformó en dos categorías para formar dos cohortes de edad: menores de 35 y mujeres de 35 años y más¹². Estas dos cohortes permiten observar los cambios en los comportamientos sexuales de las mujeres producto de las profundas transformaciones sociales que han ocurrido en los últimos 35 años y que han permeado en el comportamiento sexual de hombres y mujeres, influyendo en el riesgo de adquirir una ITS y de tratarla adecuadamente.

¹² Esta variable se utilizará en el análisis subsecuente para la comparación por edad.

Cuadro 5.5 Características socio-demográficas según condición de displasia asociada a VPH. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

	Sin Displasias		Con Displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Edad***</i>				
Menores de 20 años	72	17.8	28	7.3
De 20-29 años	142	35.1	119	30.9
De 30 a 39 años	115	28.4	139	36.1
De 40 años y más	76	18.8	99	25.7
<i>Pareja Activa</i>				
Sí	333	82.2	316	82.1
No	72	17.8	69	17.9
<i>Estado Civil</i>				
Soltera	107	26.4	89	23.1
Casada/Unida	260	64.2	258	67.0
Divorciadas/Separadas	38	9.4	38	9.9
<i>Escolaridad **</i>				
Sin escolaridad	3	0.7	5	1.3
Primaria incompleta	10	2.5	21	5.5
Primaria completa	38	9.4	56	14.5
Secundaria incompleta	32	7.9	28	7.3
Secundaria completa	115	28.4	119	30.9
Prepa/equiv incompleta	65	16.0	44	11.4
Prepa/equiv completa	82	20.2	79	20.5
Licenciatura incompleta	18	4.4	8	2.1
Licenciatura completa y más	42	10.4	25	6.5
<i>Actividad económica**</i>				
Sin alguna actividad	261	64.4	217	56.4
Con alguna actividad	144	35.6	168	43.6

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

Cuadro 5.6 Edad y escolaridad según condición de displasia asociado a VPH. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

	Sin Displasias		Con Displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Edad</i> ***				
Menores de 35 años	251	62.0	189	49.1
35 años y más	154	38.0	196	50.9
<i>Escolaridad</i> ***				
Primaria/Secundaria	198	48.9	229	59.5
Media/Superior	207	51.1	156	40.5

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

2. Una mirada al comportamiento sexual

Esta sección presenta un esquema general del comportamiento sexual de las mujeres encuestadas, utilizando la edad y la condición de displasia como ejes de análisis. En la primera parte se exponen las principales características del comportamiento sexual de la población encuestada en tres puntos de observación; la primera relación sexual, la trayectoria de parejas y la primera relación sexual con la última pareja; mientras que en la segunda parte se apuntarán las diferencias al interior de la población según edad y condición de displasias en estos tres puntos.

2.1 Características generales del comportamiento sexual de la población

2.1.1 La primera relación sexual

De acuerdo con la perspectiva de curso de vida, el inicio de la actividad sexual es una transición que da comienzo a la trayectoria sexual de los individuos (Bozon, 1998; Jones, 2010). La edad y las circunstancias que rodearon el debut sexual tendrán un impacto

profundo en el desarrollo de la trayectoria sexual, debido a que las experiencias acumuladas van moldeando el comportamiento subsecuente de los individuos (Elder, 2002; Elder *et al.*, 2003; Juárez y Castro Martín, 2009). En esta investigación se utilizó la variable *Con quién tuvo relaciones sexuales*, para identificar el tipo de relación bajo la cual se dio la primera interacción sexual. El 36.2% se inició sexualmente con el novio formal y el 52.8% lo hizo con su esposo o pareja conviviente; mientras que las parejas menos formales tienen una proporción del 11% (Cuadro 5.7). Esto sugiere que las mujeres mayormente inician su vida sexual con un compañero formal, significativo a nivel emocional y bajo un contexto de familiaridad y confianza mayormente permeado por la conyugalidad.

En cuanto al uso de protección durante la primera relación sexual, el 64.7% no usó protección durante su primer encuentro sexual (Cuadro 5.7). El uso bajo de protección expone la salud sexual de las mujeres a las infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados desde el comienzo de la vida sexual.

Por otra parte se utilizó la variable *Disfrutó la primera relación sexual* para dar cuenta de la percepción de las mujeres sobre sus interacciones sexuales, en ese sentido se encontró que la primera experiencia sexual no tuvo una evaluación satisfactoria para el 44.9% de las mujeres. Esta percepción sobre el disfrute sexual puede relacionarse con la disonancia entre las expectativas sobre la primera relación sexual y la experiencia. Las ideas románticas sobre el primer encuentro sexual y la falta de información sobre su propio cuerpo y el acto sexual que promueve la cultura, fomenta que las mujeres generen expectativas que resultan contrarias a la experiencia vivida. En tanto, el 37.5% de las mujeres mantiene relaciones sexuales con su primera pareja sexual al momento de la encuesta, lo que apunta a que estas mujeres tienen una trayectoria sexual menos vasta en términos de diversidad de parejas.

Cuadro 5.7 Características de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010

	N=790	%=100
<u>Con quién tuvo la primera relación sexual</u>		
Esposo	255	32.3
Pareja/Unión consensuada	162	20.5
Novio formal	286	36.2
Novio informal	64	8.1
Amigo	18	2.3
Compañero	1	0.1
Vecino	1	0.1
Otro +	3	0.4
<u>Usó protección en la primera relación sexual</u>		
Sí	279	35.3
No	511	64.7
<u>Disfrutó la primera relación sexual</u>		
Sí	430	54.4
No	355	44.9
NR	5	0.6
<u>Actualmente mantiene relaciones sexuales con esta pareja</u>		
Sí	296	37.5
No	494	62.4

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

2.1.2 La trayectoria de parejas sexuales

Esta sección presenta un esquema de la trayectoria sexual de la población en estudio. Para su elaboración se utilizó el calendario de parejas del cuestionario.¹³ Esta sección permite

¹³ El calendario de parejas es un formato que captura el calendario y la duración de las parejas más relevantes de la trayectoria sexual de las mujeres. Cada pareja se registra como un evento. Se utiliza la edad en años de la mujer al momento de iniciar o terminar con cada pareja, así como el mes en el que ocurrió el evento. Esto ubica a las parejas en una serie de tiempo que permite identificar la secuencia, duración y traslapes entre las parejas reportadas.

identificar el número de parejas relevantes y la presencia de parejas concurrentes en la trayectoria. La importancia del análisis de la trayectoria sexual radica en que el factor de riesgo más consistente para adquirir ITS entre la población femenina es el número de compañeros sexuales. Es decir que a mayor número de compañeros sexuales, mayor será el riesgo de adquirir la infección cuando no se utiliza protección; por lo que las mujeres que tienen una trayectoria más larga están más expuestas al riesgo de contraer una ITS cuando no utilizan protección de forma sistemática con cada compañero (López-Carrillo *et al.*, 1996; Moscicki, 2005). Por otra parte también se ha documentado que las mujeres que tienen actividad sexual con una sola pareja sin protección, que tiene o ha tenido varias parejas sexuales están en riesgo de adquirirlas (Moscicki, 2005; Reina, Muñoz y Sánchez, 2008) lo que identifica a la concurrencia de parejas como otro factor de riesgo para las mujeres.

Aunque la trayectoria sexual podría ser muy fluida y diversa en prácticas y experiencias, la mayoría de las mujeres tiene menos de tres parejas sexuales, lo que coincide con las expectativas sobre el comportamiento sexual en un país con tradiciones conservadoras como México. Sin embargo, el 39.9% de las mujeres declararon más parejas sexuales, mostrando una mayor diversidad de experiencias (Cuadro 5.8). A partir de la distribución porcentual de parejas en la trayectoria, es posible identificar al menos tres tipos de trayectoria. El primer tipo, está constituido por las mujeres que tenían una sola pareja sexual al momento de la encuesta con un 39.6%. El segundo, con una proporción del 28.5%, está formado por las mujeres con sólo dos parejas y el tercero compuesto por mujeres con tres y más parejas, con una proporción del 39.9% (Cuadro 5.8). Esta primera clasificación será posteriormente ampliada cuando se analicen a detalle cada tipo de trayectoria.

Cuadro 5.8 Características de las trayectorias sexuales de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

	N=790	%=100
<i>Número de parejas</i>		
1	313	39.6
2	225	28.5
3	131	16.6
4	57	7.2
5	31	3.9
6	16	2.0
7	12	1.5
8 o +	5	0.6
<i>Parejas concurrentes</i>		
Sin pareja concurrente	722	91.4
Con pareja concurrente	68	8.6

Nota: Cálculos propios.

Las parejas concurrentes se definen como parejas sexuales que se superponen en el tiempo. La presencia de este tipo de parejas en la trayectoria se ha asociado a un mayor riesgo de adquisición de ITS y VIH/SIDA, cuando se tienen relaciones sexuales no protegidas; debido a que el traslape en el tiempo de dos o más parejas con las que se tienen relaciones sexuales incrementa el riesgo individual más allá del número de parejas, porque al adquirir una infección con una pareja puede ser transmitida a la otra durante el período de simultaneidad (Watts y May, 1992; Morris y Kretzschmar, 1997; Drumrigh, Gorbach y Holmes, 2004; Koumans, Farley y Gibson *et al.*, 2001).

Este comportamiento se ha identificado en las encuestas mayormente entre los varones, mientras que en las mujeres se ha encontrado en proporciones muy bajas. Algunos trabajos en poblaciones específicas han identificado este tipo de parejas en mujeres en una proporción menor al 2% (Halperín y Epstein, 2004; Halperín y Epstein, 2007; Vinod y Bignami-Van Assche, 2009). La presencia de parejas concurrentes en el 8.6% de las encuestadas es un hallazgo, aunque hay que considerar que esta población es una muestra intencional y que no puede ser generalizada.

2.1.3 La primera relación sexual con la última pareja

En esta sección se muestran algunas de las características de la primera relación con la última pareja sexual. Esto permite visualizar algunos elementos del contexto de la pareja sexual más reciente al momento de la encuesta y, al mismo tiempo, hacer algunas comparaciones entre la primera experiencia sexual con la primera pareja y la última para identificar cambios o continuidades en el comportamiento sexual de las mujeres encuestadas.

El orden de la última pareja sexual permite visualizar la intensidad de la trayectoria. Debido a que el calendario de parejas se diseñó para captar las parejas más significativas de la trayectoria, el número de pareja identifica el punto en que se encuentra esa pareja en la historia sexual. Para la mayoría, la pareja actual era la primera, segunda o tercera del orden. Sin embargo existe una proporción del 14.6% (Cuadro 5.9) que reportó que la última pareja sobrepasa este rango, mostrando mayor diversidad de experiencias acumuladas.

Respecto a quién es la última pareja con la que tuvieron relaciones sexuales, el 36.5% de las mujeres señaló que fue con su esposo, lo que sugiere que se mantiene un compañero formal y significativo a nivel emocional. Existe una mayor proporción de relaciones menos formales comparado con la primera pareja sexual, ya que el 30.1% dijo que era su novio y el 29.1% su amigo (Cuadro 5.7 y Cuadro 5.9). Lo anterior sugiere que algunas mujeres experimentan una transición de una pareja formal al inicio de su vida sexual hacia una menos formal en la última pareja sexual.

Cuadro 5.9 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010.

N=790 %=100		
<i>Orden de la última pareja en la historia sexual</i>		
1	333	42.2
2	220	27.8
3	121	15.3
4	53	6.7
5	32	4.1
6	12	1.5
7	12	1.5
8	3	0.4
19	1	0.1
20	1	0.1
22	1	0.1
38	1	0.1
<i>Primera relacion sexual con la última pareja</i>		
Esposo/pareja conviviente	288	36.5
Novio	238	30.1
Amigo	230	29.1
Familiar	1	0.1
Conocido	11	1.4
Otro+	22	2.8
<i>Usó protección</i>		
Sí	326	41.3
No	464	58.7
<i>Disfrutó la relación esa vez</i>		
Sí	602	76.2
No	176	22.3
NR	12	1.5

+. "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

El 58.7% de las mujeres no usó protección durante la primera relación con su última pareja (Cuadro 5.9). Esta proporción es semejante menor a la que reportaron las mujeres durante su debut sexual.

Por otra parte, la proporción de mujeres que declaró que disfrutó las relaciones sexuales con esta pareja, es del 76.2% (Cuadro 5.9). Esta cifra es un 20% mayor a la que declararon en la primera relación (Cuadro 5.7 y Cuadro 5.9), lo que sugiere que la acumulación de experiencia mejora la percepción sobre las relaciones sexuales. Es probable que al paso del tiempo y de las interacciones sexuales con la misma pareja, en el caso de quienes tuvieron sólo una pareja, o de las interacciones con otras parejas, las mujeres adquieran una mayor claridad sobre los guiones sexuales que deben desempeñar; así como expectativas más adecuadas sobre su actuación y la de su compañero, generando una evaluación más satisfactoria del primer encuentro sexual con la pareja más reciente en su biografía.

2.2 Características generales del comportamiento sexual según grupo de edad

2.2.1 Diferencias en la primera relación sexual según grupo de edad

La población de mujeres encuestadas está formada por mujeres de distintas edades, lo que implica que aunque hayan compartido el mismo evento a la misma edad, como el haber tenido relaciones sexuales a una edad “x”, este evento no ocurrió en el mismo tiempo socio-histórico. Es decir, el comportamiento sexual de las diferentes generaciones comprendidas en determinado grupo ha sido afectado por los diversos cambios sociales, económicos y políticos que han ocurrido a lo largo del tiempo, moldeando su estructura de oportunidad, particularmente haciendo que las ideas, actitudes, guiones y normas sean diferentes para cada generación, dándole un sentido histórico particular a ese evento dentro de la biografía individual (Hareven, 1978; Hareven, 1982; Caballero y García Guevara, 2007).

En la última mitad del siglo XX se dieron vertiginosos cambios sociales que cambiaron las actitudes, las instituciones y las normas relacionadas con la vida privada de las mujeres. En los últimos 40 años, la difusión de la tecnología anticonceptiva no sólo ha permitido a las

mujeres controlar su fecundidad, sino que ha abierto paso a la separación entre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, modificando no únicamente el tamaño de las familias sino los fines con los que se establecen las relaciones interpersonales que las mantienen (Quilodrán, 2008).

Otro evento del tiempo socio-histórico que ha marcado profundamente la construcción de la sexualidad y de la vida en pareja en los últimos 30 años, es la emergencia de VIH/SIDA. Este evento colocó a la sexualidad en el centro de la atención académica, política y social, generando nuevos conocimientos, promoviendo nuevas formas de relación interpersonal y la necesidad de incorporar estrategias de prevención en la arena sexual (Bronfman, Gómez y Magis, 1995). Por lo que la forma de vivir y pensar la sexualidad cambió para las generaciones más jóvenes, quienes iniciaron su vida sexual bajo este escenario.

También hay que considerar que en los últimos años del siglo pasado el promedio de la escolaridad ha aumentado entre la población femenina, se ha agregado de alguna manera la educación sexual y de la biología del cuerpo en el ámbito escolar, así como una mayor incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo remunerado. Además existe una mayor presencia de discursos relacionados a la sexualidad, provenientes de la psicología, sociología y antropología en los medios de comunicación, como el radio y la televisión. Estos discursos llegan a los individuos no sólo a través de mensajes directos implementados en políticas públicas, como campañas de prevención, sino a través de mensajes indirectos en los roles y actuaciones de los personajes de las series y programas. Asimismo el internet ha incrementado la velocidad con la que se puede difundir la información, haciendo que el mundo parezca más accesible como nunca antes. Todos estos cambios han propiciado que hoy sea más habitual hablar de sexualidad que en otras décadas, por lo que la proximidad de los individuos a esos temas y la posibilidad de incorporar estos elementos a sus guiones sexuales es mucho mayor (Gayet y Solís, 2007).

Cuadro 5.10 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 y antes de los 25 años según edad. ENHISEX, 2010.

Edad a la primera relación sexual	25-35 años		35 años y más		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Total</i>	244	100	350	100	594	100
<i>Antes de los 20 años</i>	173	70.9	217	62.0	390	65.7
<i>Antes de los 25 años</i>	233	95.5	310	88.6	543	91.4

Nota: Cálculos propios.

Los estudios demográficos han señalado la importancia que tiene la edad a la que ocurren diversos eventos. El calendario ha sido fundamental para la comprensión de muchos fenómenos y su impacto en la trayectoria de los individuos. La edad a la que ocurre la transición a la vida sexual activa resulta fundamental ya que ésta marca el inicio de la exposición a nuevos riesgos y diversas experiencias, como el embarazo y las ITS.

En esta población el 70.9% de las mujeres de 25 años y más que pertenecen al grupo de menores de 35 años tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años, mientras que el 62.0% de las mujeres de 25 años y más que se ubicaron en el grupo de 35 años y más se iniciaron sexualmente antes de los 20 años (Cuadro 5.10). La diferencia entre las proporciones de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 25 años se mantiene, lo que apunta a que una mayor proporción de mujeres de la cohorte de menor edad se está iniciando sexualmente antes que las de la cohorte de mayor edad. Este ligero rejuvenecimiento en la edad al debut sexual, puede relacionarse con las características de la muestra, conformada únicamente por mujeres sexualmente activas.

Debido a diversos factores sociales y culturales, las mujeres en México no se acercan a los servicios de salud para consulta ginecológica hasta que se inicia la vida sexual o se presenta el embarazo. Por lo que todas las mujeres que participaron en el estudio ya habían iniciado su vida sexual y algunas ya habían estado embarazadas o lo estaban al momento de entrevistarlas, dejando fuera del análisis a las mujeres de la misma edad que no han experimentado estos fenómenos. Por lo que no es posible atribuir el rejuvenecimiento de la

edad a la primera relación sexual observada a cambios en las pautas de iniciación sexual entre la población más joven.

El aumento de la proporción de mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 20 años en el grupo de las mujeres más jóvenes, apunta a que este grupo ha incrementado el riesgo de contraer una ITS, debido a que el inicio temprano de la vida sexual aumenta el tiempo que las mujeres están expuestas a tener relaciones sexuales y, en consecuencia, el riesgo de contraer una ITS si no se usa protección. Esta situación se hace más riesgosa cuando las mujeres son más jóvenes y no cuentan con la capacidad para evaluar los riesgos que enfrentan y tomar decisiones más informadas sobre el uso de protección temprano (López-Carrillo *et al.*, 1996; Reina, Muñoz y Sánchez, 2008).

Los intensos cambios sociales de las últimas décadas configuran diferentes condiciones para el ejercicio de la sexualidad en las dos cohortes en análisis. Esto se puede observar en el contexto en el que ocurre la primera relación sexual en ambos grupos. Las diferencias entre el tipo de relación en la que se gesta el primer encuentro sexual son significativas estadísticamente. Por un lado el 67.7% de las mujeres de la cohorte de mayor edad tuvo relaciones por primera vez con su esposo o pareja conviviente (Cuadro 5.11), lo que sugiere que la pareja con la que se inician sexualmente las mujeres de este grupo está permeada por la conyugalidad. En cambio, las mujeres más jóvenes debutaron mayormente en un contexto menos formal, ya que el 40.9% inició relaciones con su esposo o con una pareja conviviente (Cuadro 5.11), indicando una mayor presencia de sexo prematrimonial. El ejercicio de la sexualidad en la mayoría de mujeres jóvenes parece alejarse del matrimonio, lo que representa un cambio en las interacciones sexuales de las generaciones ya que anteriormente el matrimonio representaba el elemento distintivo de las relaciones de pareja, en la medida que otorgaba el derecho a ejercer la sexualidad, y hoy, entre las jóvenes, ese papel ha perdido cierta vigencia, aunque se mantiene el contexto de formalidad y compromiso emocional con la pareja (Bozon, 2005; Barrientos, 2006).

En cuanto al uso de protección durante la primera relación sexual, la diferencia entre los grupos de edad fue significativa. Por un lado el 20.9% las mujeres de 35 y más usaron protección durante el primer encuentro sexual, en oposición al 46.8% de las menores de 35 que lo usaron (Cuadro 5.11). Esta diferencia se puede explicar debido a que las mujeres de

la cohorte de mayor edad iniciaron su vida sexual sin el imaginario de letalidad por una infección sexual y sin campañas públicas de educación y difusión de uso de condón, por lo que la incorporación de uso de protección durante su primer encuentro puede relacionarse principalmente con el deseo de evitar un embarazo. En tanto que para las más jóvenes, la mayoría se inició sexualmente en un momento socio-histórico donde los discursos sobre la sexualidad incluían la idea de riesgo y protección del VIH/SIDA, por lo que la incorporación de estrategias de protección a la vida sexual es una idea más difundida.

Cuadro 5.11 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i>Con quién tuvo la primera relación sexual***</i>				
Esposo	82	18.6	173	49.4
Pareja/Unión consensuada	98	22.3	64	18.3
Novio formal	202	45.9	84	24.0
Novio informal	43	9.8	21	6.0
Amigo	12	2.7	6	1.7
Compañero	1	0.2	0	0.0
Vecino	1	0.2	0	0.0
Otro +	1	0.2	2	0.6
<i>Usó protección***</i>				
Sí	206	46.8	73	20.9
No	234	53.2	277	79.1
<i>Disfrutó la primera relación sexual**</i>				
Sí	254	57.7	176	50.3
No	184	41.8	171	48.9
NR	2	0.5	3	0.9

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10)

+. "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

Respecto a si las mujeres disfrutaron su primera relación sexual, aunque la diferencia es significativa, sólo un 7% más de mujeres menores de 35 años declararon haber disfrutado las relaciones respecto de las mujeres de 35 y más. Quizás este ligero cambio pueda relacionarse con la mayor diversidad y acceso a fuentes de información sobre sexualidad y los discursos sobre el placer a los que están expuestas las mujeres más jóvenes.

2.2.2 La trayectoria de parejas sexuales según grupo de edad

La historia de parejas sexuales recuperada en el calendario de parejas muestra algunos aspectos interesantes en el análisis por grupo de edad. Las proporciones del número de parejas significativas en las trayectorias de las mujeres en ambos grupos son muy semejantes. La mayoría se mantiene en el rango de 1 a 3 parejas (Cuadro 5.12). Un aspecto que hay que señalar es que aunque las trayectorias sean muy parecidas, el tiempo de exposición de las mujeres más jóvenes al riesgo de tener parejas sexuales es menor que el de las mujeres de 35 y más, por lo que las trayectorias de las mujeres más jóvenes experimentan mayor intensidad de eventos en un tiempo menor; además por efecto del truncamiento, no es posible saber si estas mujeres habrán acumulado más parejas cuando tengan la misma edad de las mujeres del grupo de mayor edad.

Cuadro 5.12 Características de la trayectoria sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i>Número de parejas +</i>				
1	169	38.4	144	41.1
2	131	29.8	94	26.9
3	70	15.9	61	17.4
4	33	7.5	24	6.9
5	18	4.1	13	3.7
6	9	2.0	7	2.0
7	7	1.6	5	1.4
8 o +	3	.7	2	0.6
<i>Parejas concurrentes</i>				
Sin pareja concurrente	398	90.5	324	92.6
Con pareja concurrente	42	9.5	26	7.4

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10)

+ Parejas significativas

Nota: Cálculos propios.

En cuanto a la presencia de parejas concurrentes en la trayectoria de las mujeres, tenemos que la proporción es muy semejante entre ambos grupos, por lo que no se puede afirmar que sea un fenómeno relacionado con la edad.

2.2.3 La primera relación sexual con la última pareja según grupo de edad

En lo que corresponde al orden de la última pareja sexual, las mujeres en ambos grupos reportan un orden semejante. El 41.6% de las mujeres menores de 35 y el 42.9% de las de 35 años y más reportó como su última pareja sexual a su primer compañero, la proporción es ligeramente mayor a lo reportado en la trayectoria de parejas debido a que algunas mujeres después de tener otras parejas regresan con su primer compañero sexual, y éste es la más reciente pareja al momento de la encuesta.

Cuadro 5.13 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i><u>Orden de la última pareja en la historia sexual</u></i>				
1	183	41.6	150	42.9
2	129	29.3	91	26.0
3	64	14.5	57	16.3
4	29	6.6	24	6.9
5	19	4.3	13	3.7
6	6	1.4	6	1.7
7	7	1.6	5	1.4
8	2	0.5	1	0.3
19	1	0.2	0	0.0
20	0	0.0	1	0.3
22	0	0.0	1	0.3
38	0	0.0	1	0.3
<i><u>Con quién tuvo esa relación sexual</u></i>				
Esposo/Unión concensuada	139	31.6	149	42.6
Novio formal/informal	143	32.5	95	27.1
Amigo	138	31.4	92	26.3
Familiar	0	0.0	1	0.3
Conocido	9	2.0	2	0.6
Otro+	11	2.5	11	3.1
<i><u>Usó protección</u>***</i>				
Sí	218	49.5	108	30.9
No	222	50.5	242	69.1
<i><u>Disfrutó la relación esa vez</u></i>				
Sí	349	79.3	265	75.7
No	91	20.7	85	24.3
NR	0	0.0	0	0.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10)

+. "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

El último compañero sexual que las mujeres de 35 años y más reportaron fue mayormente su esposo o pareja conviviente, lo que sugiere que el tipo de compañero formal y conyugal se mantiene a lo largo de la trayectoria; mientras que entre las mujeres menores de 35 años hubo una mayor diversidad de parejas, el 31.6% declaró que su última pareja sexual fue su esposo, el 32.5% que fue su novio y el 31.4% que fue su amigo (Cuadro 5.13).

El uso de protección fue significativamente mayor entre las mujeres más jóvenes que entre las mujeres de 35 años y más. El 49.5% de las mujeres menores de 35 utilizaron protección cuando tuvieron su primera relación sexual con esta pareja, mientras que sólo el 30.9% del grupo de mayor edad la usó (Cuadro 5.13). La proporción de mujeres jóvenes que utilizaron protección se mantiene entre la primera pareja y la última. Por otra parte, la proporción de mujeres de 35 años y más que dijeron haber usado protección la primera vez con su última pareja, aumentó cerca de un 10% respecto de la primer pareja sexual (Cuadro 5.11 y Cuadro 5.13).

En cuanto a si las mujeres disfrutaron la primera relación con la última pareja, no existen diferencias significativas entre ambos grupos. La mayoría dijo haber disfrutado su primer encuentro sexual con esta pareja (Cuadro 5.13), sin embargo la proporción de mujeres que declararon que disfrutaron la primera relación sexual con la última pareja aumentó en ambos grupos de edad respecto de la primera relación con la primera pareja sexual (Cuadro 5.11 y Cuadro 5.13).

2.3 Características generales del comportamiento sexual según condición de displasia

2.3.1 Diferencias en la primera relación sexual según condición de displasia

Para identificar si había diferencias en el calendario del inicio en la vida sexual de las mujeres encuestadas, se utilizó la proporción de mujeres que habían tenido relaciones sexuales a cierta edad. Esto permite comparar las diferentes trayectorias en un mismo punto del tiempo. A partir de este cálculo se encontró que hay una proporción mayor de mujeres en el grupo de displasias que tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años respecto de las mujeres sin displasia (Cuadro 5.14). Esto es congruente con lo que se esperaba en este

grupo, ya que se ha documentado que el inicio temprano de la vida sexual amplía el riesgo de adquirir una ITS, porque se aumenta el periodo de exposición al riesgo (Bosch y Muñoz, 1989; Herrero *et al.*, 1990; Lazcano-Ponce *et al.*, 1993, 1995; López- Carrillo *et al.*, 1996; Calderón, 1999; Palacio, 2002; Reina, Muñoz y Sánchez, 2008).

Cuadro 5.14 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 y antes de los 25 años según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

Edad a la primera relación sexual	25 años y más				Total	
	Sin Displasias		Con Displasias			
	N	%	N	%	N	%
<i>Total</i>	279	100	315	100	594	100
<i>Antes de los 20 años</i>	168	60.2	222	70.5	390	65.7
<i>Antes de los 25 años</i>	250	89.6	293	93.0	543	91.4

Nota: Cálculos propios.

Respecto de con quién tuvieron la primera relación sexual, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con y sin displasia. La mayoría de las mujeres dijo que su compañero fue su esposo o pareja conviviente, 51.6% de las mujeres sin displasia y 53.9% entre las mujeres con displasia. Sin embargo, existen diferencias significativas en el uso de protección. Las mujeres sin displasia usaron significativamente mayor protección que las mujeres con displasia (Cuadro 5.15).

Cuadro 5.15 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Con quién tuvo la primera relación sexual</i>				
Esposo	137	33.8	118	30.6
Pareja/Unión consensuada	72	17.8	90	23.3
Novio formal/informal	180	44.4	170	44.2
Amigo	13	3.2	5	1.3
Compañero	0	0.0	1	0.3
Vecino	1	0.2	0	0.0
Otro +	2	0.5	1	0.3
<i>Usó protección ***</i>				
Sí	165	40.7	114	29.6
No	240	59.3	271	70.4
<i>Disfrutó la primera relación sexual **</i>				
Sí	234	57.8	196	50.9
No	167	41.2	188	48.8
NR	4	1.0	1	0.3

*** Significativo al 1% ($p < 0.01$); ** al 5% ($p < 0.05$) y * al 10% ($p < 0.10$)

+. "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

Respecto a si las mujeres disfrutaron su primera relación sexual, se observa que el 57.8% de las mujeres sin displasia dijo haberlas disfrutado, mientras que el 50.9% de las mujeres con displasia dio la misma respuesta. Esta diferencia entre los grupos es significativa, lo que sugiere una mayor presencia de evaluaciones positivas de esa experiencia entre las mujeres sin displasia.

2.3.2 La trayectoria de parejas sexuales según condición de displasia

El análisis de las trayectorias, como se había apuntado antes, es de suma importancia debido al número de compañeros. Al observar la trayectoria de las mujeres en ambos grupos, podemos observar que las mujeres sin displasia tienen proporciones más altas en la

declaración de una pareja y dos parejas, 44.7% y 30.1% respectivamente, mientras una mayor proporción de mujeres con displasia declaró más de dos parejas (Cuadro 5.16). Esta diferencia en el número de parejas en la trayectoria es significativa, lo que fortalece la importancia del número de parejas en la trayectoria para la adquisición de ITS.

Cuadro 5.16 Características de la trayectoria sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasias. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Número de parejas</i> *** +				
1	181	44.7	132	34.3
2	122	30.1	103	26.8
3	52	12.8	79	20.5
4	21	5.2	36	9.4
5	14	3.5	17	4.4
6	6	1.5	10	2.6
7	6	1.5	6	1.6
8 o +	3	0.7	2	0.5
<i>Parejas concurrentes</i>				
Sin pareja concurrente	375	92.6	347	90.1
Con pareja concurrente	30	7.4	38	9.9

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10)

+ Parejas significativas

Nota: Cálculos propios.

Respecto de las parejas concurrentes, se observa un ligero aumento en la proporción de parejas concurrentes en las mujeres con displasia (Cuadro 5.16), aunque esta diferencia no es significativa estadísticamente.

2.3.3 La primera relación sexual con la última pareja según condición de displasia

En cuanto a la primera experiencia sexual con la última pareja sexual de las mujeres analizadas, se observa que en ambos grupos la mayoría de las mujeres se mantiene con su primer compañero sexual, sin embargo la proporción es significativamente mayor entre el

grupo de mujeres sin displasia, con un 46.7% frente a un 37.4% de las mujeres con displasia (Cuadro 5.17). Al mismo tiempo una mayor proporción de mujeres con displasia han acumulado un mayor número de parejas en la trayectoria, de tal forma que el 38.5% de las mujeres con displasia declararon que su último compañero había sido del tercero en adelante, mientras que sólo el 23.9% de las mujeres sin displasia dijo lo mismo (Cuadro 5.17). Lo anterior apunta que las mujeres con displasia tienden a tener mayor número de parejas sexuales al menos hasta este punto de observación en sus biografías.

Por otra parte no hubo diferencias significativas al analizar quien fue su última pareja sexual. La mayoría de las mujeres en ambos grupos mencionó que fue su esposo/pareja conviviente, manteniendo el tipo de pareja formal y conyugal; aunque hay una mayor diversidad de compañeros en ambos grupos respecto de la primera pareja sexual (Cuadro 5.17 y Cuadro 5.15).

En cuanto al uso de protección, las diferencias entre los grupos no son significativas. El uso de protección es bajo en ambos grupo; pero es importante señalar que respecto de la primera pareja sexual, la proporción de mujeres con displasia que dijo haber usado protección aumentó un 7%, mientras que la protección cayó ligeramente un 2% entre las mujeres sin displasia (Cuadro 5.17 y Cuadro 5.15).

En relación a la declaración sobre si disfrutaron la primera relación con esta pareja, siete de cada diez mujeres dijeron que sí disfrutaron la relación en ambos grupos. La proporción de mujeres que disfrutaron la primera experiencia con esta pareja fue mayor respecto de la primera vez con el primer compañero sexual (Cuadro 5.15 y Cuadro 5.17).

La primera relación sexual, la trayectoria de parejas y la primera relación sexual con la última pareja son puntos en la historia sexual que permiten identificar cambios en el comportamiento de las mujeres. Sin embargo estos cambios son diferentes entre las mujeres de acuerdo a su grupo de edad y condición de displasia.

Cuadro 5.17 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasias. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<u>Orden de la última pareja en la historia sexual</u> **				
1	189	46.7	144	37.4
2	119	29.4	101	26.2
3	45	11.1	76	19.7
4	21	5.2	32	8.3
5	16	4.0	16	4.2
6	5	1.2	7	1.8
7	6	1.5	6	1.6
8	2	0.5	1	0.3
19	1	0.2	0	0.0
20	0	0.0	1	0.3
22	1	0.2	0	0.0
38	0	0.0	1	0.3
<u>Con quién tuvo esa relación sexual</u>				
Esposo/Pareja concensuada	159	39.3	129	33.5
Novio formal/informal	122	30.1	116	30.1
Amigo	108	26.7	122	31.7
Familiar	0	0.0	1	0.3
Conocido	5	1.2	6	1.6
Otro +	11	2.7	11	2.9
<u>Usó protección</u>				
Sí	176	43.5	150	39.0
No	229	56.5	235	59.5
<u>Disfrutó la relación esa vez</u>				
Sí	315	77.8	291	75.6
No	90	22.2	94	24.4

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10)

+. "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

En general, las mujeres se inician sexualmente con un compañero formal y significativo a nivel emocional, representado por figuras conyugales como esposo o concubino. Muestran

un bajo uso de protección y con una evaluación de poco disfrute durante este encuentro sexual. La mayor parte de las mujeres tenían entre 1 y 3 parejas en su trayectoria sexual. Sin embargo una tercera parte declaró más de tres parejas, dando cuenta de una sexualidad más diversa en experiencias, al menos para estas mujeres. También se registró una baja proporción de parejas concurrentes en la trayectoria.

Un poco más de la tercera parte de las mujeres mantiene relaciones con su primera pareja sexual, en consecuencia un poco más del 60% ha tenido al menos dos parejas sexuales, lo que implica que para la mayoría de las mujeres su última pareja sexual es diferente de la primera. Esto fortalece la idea de un cambio en el tipo de parejas, que se observa en la diversidad de compañeros declarados como última pareja sexual, donde se visibilizan categorías como amigo. La protección es baja con la última pareja, aunque no menor que con la primera pareja. En general la proporción de mujeres que dijo haber disfrutado el primer sexo con la última pareja fue mayor respecto de la primera vez con la primera pareja, quizás asociado a una mayor adecuación a los guiones y expectativas en la interacción sexual de las mujeres y de su compañero. Este panorama sobre el comportamiento sexual de la población, enmascara importantes diferencias al interior de la misma, que deben analizarse con mayor detenimiento para comprender mejor sus implicaciones.

Se identificaron importantes diferencias y algunas similitudes en el comportamiento sexual de las mujeres según el grupo de edad. Por un lado, las mujeres de 35 años y más inician su vida sexual con un compañero de tipo formal significativo a nivel emocional y fuertemente ligado a la conyugalidad, con un bajo uso de protección y una proporción baja de mujeres que dijeron haber disfrutado su primera experiencia sexual. Las mujeres de este grupo de edad tienen una trayectoria semejante a las mujeres más jóvenes, con un número similar de parejas y una baja presencia de parejas concurrentes. Una constante en la trayectoria de estas mujeres, es que en la última pareja se mantiene el tipo de compañero formal y conyugal, aunque se visibilizan otras categorías como novio formal y amigo. Esta constante sugiere que para las mujeres que no se quedan con su esposo o concubino de la primera relación transitan a parejas menos formales diversificando las posibilidades de la interacción sexual con otro tipo de compañeros que implican un contexto diferente de relación. La experiencia en interacciones previas con la misma pareja o con otras parece

afectar la evaluación sobre el disfrute vivido en la primera relación con la última pareja en comparación con la primera, al mismo tiempo que parece incrementarse ligeramente el uso de protección con esta última pareja.

En cuanto a las más jóvenes, éstas tienen su debut sexual con un compañero formal y significativamente emocional pero cada vez más lejos del marco de la conyugalidad, al tener mayormente como primera pareja sexual al novio formal. El uso de protección es mayor entre las mujeres jóvenes, muy probablemente ligado a los discursos modernos de anticoncepción y prevención de VIH/SIDA. Aunado a las posibilidades de información y los discursos modernos sobre la sexualidad, una mayor proporción de mujeres jóvenes declaró que disfrutó su primer encuentro sexual. Las mujeres menores de 35 tienen una trayectoria semejante en número y tipo de parejas a las de las mujeres de más edad; sin embargo estas trayectorias son más cortas en términos de exposición al riesgo de tener relaciones sexuales, ya que estas mujeres son más jóvenes, lo que implica que presentan una mayor intensidad de eventos en un intervalo menor de tiempo.

Respecto de la última pareja sexual, las mujeres menores de 35 muestran una mayor diversidad de compañeros, respecto de la primera pareja sexual. Emerge la figura del esposo o concubino, lo que sugiere que algunas mujeres transitan hacia relaciones con compañeros formales y conyugales, mientras que otras se mantienen con novios formales y otras se mueven hacia relaciones menos formales con compañeros sexuales declarados como amigos. El uso de protección entre las mujeres más jóvenes es significativamente mayor que entre las mujeres de 35 y más, aunque la proporción de mujeres jóvenes que declararon usarlo en la primera y en la última pareja es muy semejante.

En relación a las mujeres con displasia, una proporción mayor de mujeres tienen su primera relación sexual antes de los 20 años en comparación con las mujeres sin displasia. Aunque el tipo de compañero en la primera relación sexual es muy parecido, las mujeres con displasia usan significativamente menos protección durante su primer encuentro sexual, lo que las vuelve más vulnerables frente al riesgo de adquirir una ITS. También muestran trayectorias con mayor número de parejas sexuales que las mujeres sin displasia y aunque no sea significativo estadísticamente, también tienen una mayor proporción de parejas

concurrentes. Lo anterior es muy importante en términos de riesgo de infección para este grupo de mujeres.

En la última pareja sexual, las mujeres con displasia tienen una mayor diversidad de parejas, aunque prevalece el contexto conyugal; una mayor proporción de mujeres utilizan protección que en la primera relación sexual, pero su uso se mantiene bajo. Como se esperaba en las hipótesis, la trayectoria de las mujeres con displasia tiende a acumular mayores riesgos principalmente el uso bajo de protección y una mayor acumulación de parejas en la trayectoria.

Este retrato sobre el comportamiento sexual de las mujeres es un esquema que requiere de un análisis más detallado para profundizar en aquellos elementos del contexto que permitan visualizar cuáles son los rasgos de la vida sexual de estas mujeres, lo que se analizará en capítulos posteriores.

Capítulo 6. EL INICIO DE LA TRAYECTORIA: LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Estudiar el momento, las características de la pareja, el tipo de relación y el contexto que influyeron en la primera experiencia sexual, son fundamentales para la comprensión del desarrollo de la trayectoria, ya que estas condiciones iniciales generarán el encuadre de las subsecuentes experiencias y afectarán el rumbo de la trayectoria sexual (Juárez y Castro Martín, 2009). Este capítulo presenta el contexto de la primera relación, las características de la pareja y algunos factores relacionados con las normas de género que permean la interacción sexual a partir de dos dimensiones analíticas: cohorte de edad y condición de displasia cervical asociada a VPH.

El contexto de la relación de pareja está configurado por el momento, la trama de significados asociados al vínculo erótico-afectivo, así como las circunstancias de la relación de pareja en los que se da la relación sexual. Para analizar el contexto de la relación en el primer encuentro sexual se emplearon seis variables: 1) El lugar donde tuvieron relaciones, debido a que las características del lugar influyen en el marco de oportunidad para tener relaciones sexuales y la disponibilidad de protección; 2) El tiempo transcurrido entre que se conocieron e iniciaron la relación de pareja se utilizó para dimensionar el período de cortejo, el cual está relacionado con el desarrollo de la confianza y la intimidad emocional; 3) La variable del tiempo entre que inició la relación de pareja y tuvieron sexo, permite medir el periodo de familiaridad en la relación, que está estrechamente ligado con el afianzamiento de la confianza y la implicación emocional; 4) la variable con quién tuvo relaciones sexuales se empleó para identificar el tipo de pareja y la posibilidad de protección, ya que la literatura muestra el uso de protección es variable según el tipo de pareja; 5) El tipo de relación posibilita identificar la percepción de estabilidad y durabilidad de la relación y, finalmente, 6) la motivación para tener relaciones sexuales señala la razón por la que tuvo su primera relación sexual con esa pareja específicamente.

Las características individuales de la pareja con la que se tienen relaciones sexuales influye en el tipo de relación en la que se dan esas relaciones sexuales, el sentido de éstas en la trayectoria y en la percepción de riesgo, así como las situaciones en las que se implementa la protección. De allí que la caracterización de la pareja se hizo a partir de tres variables: 1) La diferencia de edad entre la pareja, que permite identificar el tipo de emparejamiento y su relación con el posible mayor riesgo de ITS en cohortes de varones de mayor edad, debido a que es más probable que los hombres de mayor edad tengan más experiencia sexual, así como también brinda información de las desigualdades de género al interior de la relación, favoreciendo el predominio del varón sobre las mujeres (Herrera y Campero, 2002; Allen y Torres; 2008); 2) la variable de concurrencia (si mientras estaba con ella, él tuvo otras parejas sexuales), identifica la percepción de riesgo asociada a parejas concurrentes del compañero sexual durante la trayectoria y 3) la variable cuántas parejas sexuales cree que ha tenido su pareja, nos aproxima a la percepción de la mujer sobre la longitud de la trayectoria de su compañero sexual.

Para la identificación de algunos elementos de las normas de género que permean la interacción sexual y que afectan el interjuego de roles y guiones en la relación de pareja, se utilizaron algunas variables que permiten observar las posibilidades de las mujeres de presentar sus deseos y expectativas en la interacción sexual, así como las probabilidades que tenían para utilizar protección. Estas variables que se emplearon fueron: 1) Si su pareja ejerció algún tipo de presión para tener relaciones sexuales y 2) Quién inició las caricias sexuales.

Respecto de las dimensiones de análisis, la primera es la cohorte de edad de las mujeres. El análisis comparativo entre los grupos de edad busca identificar diferencias en las condiciones que permearon el primer encuentro sexual, las prácticas sexuales y de prevención de las mujeres. La segunda dimensión de análisis es la expresión clínica de displasia cervical. Esta dimensión permite ver desde el inicio de la trayectoria sexual, el efecto de estas prácticas sobre un resultado específico, enfatizando aquellos elementos que incrementan o disminuyen el riesgo de adquirir una ITS, como la infección por VPH.

1. Diferencias y similitudes según grupo de edad

La construcción social y cultural de la sexualidad no es lineal, ni homogénea. Está moldeada por una multiplicidad de discursos (iglesia, ciencia, educación formal, políticas públicas, medios de comunicación, entre otros.) que sirven como marcos de referencia para la elaboración de las normas y guiones que le dan sentido a las prácticas sexuales y al riesgo frente a las ITS (Weeks, 2005; Amuchástegui, 2001; Gayet, 2011). Los contenidos de los discursos tampoco son homogéneos, unívocos o libres de contradicciones, estos han ido cambiando al paso del tiempo. La modernidad introdujo cambios importantes en los discursos sobre la sexualidad y la vida íntima, particularmente al introducir como principio del matrimonio el amor romántico, la extensión de las relaciones sexuales prematrimoniales y el divorcio como curso de acción frente a los conflictos de pareja (Benavente y Vergara, 2006; Valdes, Gysling y Benavente, 1999; Gysling y Benavente, 1996).

Los avances acelerados de la tecnología y de los procesos de comunicación han provocado que estos cambios hayan sido vertiginosos en los últimos treinta años. El acceso a fuentes de información y la variedad de contenidos se han diversificado enormemente, ampliando las posibilidades de incorporar nuevos elementos en la elaboración de las construcciones simbólicas que le dan sentido a las prácticas sexuales (Bozon, 2004). Lo que lleva a plantear que la matriz simbólica que le da sentido a las vivencias en el plano sexual es diferente de acuerdo al tiempo socio-histórico en el que se produce. El contexto de la relación, que estructura y contiene la primera relación, abarca posibilidades diferentes de acuerdo al momento histórico que vivieron las mujeres durante su primera relación sexual; por lo que es importante explorar el momento en que tiene lugar, así como el contexto de la relación, las características de la pareja y los comportamientos de las mujeres según la cohorte de edad para mostrar la compleja urdimbre en que se dio la primera relación sexual y el lugar que tuvo en la biografía sexual.

1.1 El momento del debut sexual por edad

El momento en que ocurre la primera relación sexual marca una transición única en el ciclo de vida de las personas. Si bien no todos los individuos experimentarían esta transición, la mayoría de las veces ocurre en algún punto durante la etapa de la adolescencia. Esta etapa del curso de vida se caracteriza por una multiplicidad de cambios físicos, psicológicos y sociales, que desembocan en la consolidación de la vida adulta. La transición a la vida sexual forma parte del conjunto de transiciones que se espera que ocurran durante este periodo hacia la vida adulta. El momento en el que ocurre la iniciación sexual durante esta etapa de la vida, cobra un papel importante debido a que si sucede a una edad temprana es más probable que las jóvenes no cuenten con la información o los recursos que les permitan vivir esta experiencia en un marco de responsabilidad y tengan que enfrentar consecuencias adversas no buscadas como embarazos y la adquisición de ITS.

La mayoría de las mujeres en estudio vivieron esta transición antes de los 20 años. Sin embargo, se observa un ligero aumento de la proporción de mujeres del grupo de menores de 35 años que experimentaron su primera relación sexual antes de los 15, los 18 y de los 20, lo que indica que una proporción mayor de mujeres más jóvenes experimentaron esta transición ligeramente más rápido que las mujeres de más de 35 años. Es bueno recordar que esta diferencia en el calendario de inicio entre los dos grupos de edad está afectada por la selección de la muestra, que de forma intencionada buscó que todas las mujeres fueran sexualmente activas. Eso implica que las mujeres de mayor edad pudieron haber iniciado a una edad mayor, mientras que en el grupo de jóvenes todas tienen que haber iniciado a edades tempranas.

Cuadro 6.1 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18 y 20 según cohorte de edad. ENHISEX, 2010.

Edad a la primera relación sexual	25-35 años		35 años y más		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Total</i>	244	100	350	100	594	100
<i>Antes de los 15 años</i>	16	6.6	15	4.30	31	5.2
<i>Antes de los 18 años</i>	112	45.9	126	36.0	238	40.1
<i>Antes de los 20 años</i>	173	70.9	217	62.00	390	65.7

Nota: Cálculos propios.

1.2 El contexto de la relación en la que ocurrió la primera relación sexual según cohorte de edad

En la teoría de la interacción sexual, el contexto de la pareja abarca las características y el interjuego¹⁴ de la relación de pareja. El contexto de cómo se da la relación de pareja estructura y contiene la interacción entre los miembros de la pareja (Juárez y Castro Martín, 2006). Para caracterizar el contexto de la relación se seleccionaron algunas variables que identificaran el tipo de relación, percepción de estabilidad, tiempo de desarrollo de la relación y el lugar dónde tuvieron relaciones sexuales. Analizar el contexto por grupo de edad permite identificar cambios y/o continuidades de los comportamientos sexuales y de prevención entre las generaciones.

Existen diferencias significativas entre las cohortes de edad respecto de con quién tuvieron la primera relación sexual. Por un lado, la mayoría de las mujeres de 35 años y más tuvo su primera relación dentro de un contexto de mayor formalidad, ya que el 49.4% y el 18.3% tuvieron esta experiencia con su esposo o pareja conviviente respectivamente. Mientras que las mujeres más jóvenes mayormente tuvieron su primera relación con su novio formal (45.9%) (Cuadro 6.2). Esta diferencia puede relacionarse a la paulatina separación entre la vida sexual y el contexto de la conyugalidad que se ha observado en los últimos años, particularmente entre las generaciones más jóvenes. La formación de parejas está más relacionada con la experiencia de la intimidad emocional y sexual, y no con el establecimiento de relaciones formales de emparejamiento como el matrimonio y la unión consensual (Bozon, 2004; Barrientos, 2006).

La inmensa mayoría de las mujeres en ambos grupos definió a su primera pareja sexual como una pareja estable. La percepción sobre la estabilidad y el tipo de pareja pueden asociarse a un contexto romántico, semejante al establecido desde el siglo XIX sobre el amor romántico, el cual atribuye al amor de pareja la característica de constante y de compromiso exclusivo entre los miembros de la pareja. El contexto de amor romántico de relación de pareja por mucho tiempo mantuvo al matrimonio como marco legítimo para

¹⁴ Se refiere a las relaciones y fuerzas que interactúan al interior de la relación de pareja, como la familiaridad, la confianza, el grado de implicación emocional y el compromiso con la relación.

contener las interacciones sexuales (Seguín, 1980). Aunque las mujeres más jóvenes parecen experimentar su primera experiencia sexual lejos del marco de la conyugalidad, la perspectiva del amor romántico sigue filtrando la interacción sexual, encuadrándola en una relación de compromiso duradera definida como estable, bajo la figura del novio formal.

En cuanto al lugar donde tuvieron relaciones sexuales por primera vez, las mujeres de ambos grupos mayormente las experimentaron en un lugar privado. Sin embargo se observaron diferencias significativas en el tipo de lugar. El 42.3% de las mujeres de 35 años y más tuvo su primera relación sexual en una habitación de alquiler en un Hotel o Motel (Cuadro 6.2), lo que apunta a que las mujeres y/o sus parejas tuvieron que hacer algún tipo de planeación o de gestión para tener sexo. Por ser un lugar que requiere una reserva y el pago de un servicio, debieron anticipar estos elementos, aunque esta planeación o gestión no se haya llevado a cabo necesariamente por la mujer. Mientras que las mujeres más jóvenes tuvieron su primera relación sexual mayormente en la casa de ellas o de su pareja donde vivían sus padres (Cuadro 6.2), lo que dota a la experiencia de un contexto más oportunista y furtivo, ya que la posibilidad de tener sexo en la casa de los padres implica la expectativa de encontrar alguna oportunidad para hacerlo mientras no hay nadie en la casa. Esta diferencia en el lugar para tener relaciones sexuales fue estadísticamente significativa y puede relacionarse con los cambios en la estructura familiar de los últimos años, al alargamiento de la adolescencia y la permanencia más larga de los hijos en el hogar paterno.

Una relación de pareja puede ser vista como un proceso dinámico que involucra la interacción y comunicación entre los miembros de la pareja. En este proceso se pueden identificar etapas que son cruciales para comprender la dinámica de riesgo en la relación. El cortejo es la primera etapa de la relación; durante este período la pareja se conoce y se establecen los mecanismos de interacción de la relación (Bastard *et al.*, 1997). El tiempo que pasó entre que conocieron a su compañero y se inició la relación de pareja permitió aproximarse al margen de oportunidad que tuvieron para conocerse bien y establecer los términos de la relación (seria, formal, casual, informal).

Cuadro 6.2 Características del contexto de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<u>Con quién tuvo la primera relación sexual***</u>				
Esposo	82	18.6	173	49.4
Pareja/Unión consensual	98	22.3	64	18.3
Novio formal	202	45.9	84	24.0
Novio informal	43	9.8	21	6.0
Amigo	12	2.7	6	1.7
Compañero	1	0.2	0	0.0
Vecino	1	0.2	0	0.0
Otro +	1	0.2	2	0.6
<u>Tipo de relación</u>				
Estable	381	86.6	304	86.9
Ocasional	59	13.4	46	13.1
<u>Lugar donde tuvieron relaciones ***</u>				
Casa de él/ella c/ padres	150	34.1	82	23.4
Casa de él/ella s/ padres	106	24.1	57	16.3
Casa de un amigo	21	4.8	14	4.0
Hotel/Motel	140	31.8	148	42.3
Otro ++	23	5.2	49	14.0
<u>Tiempo que lo conoció antes de ser pareja ***</u>				
Menos de 1 mes	83	18.9	55	15.7
De 2 a 6 meses	167	38.0	111	31.7
De 6 a 12 meses	19	4.3	4	1.1
1 año y más	171	38.9	180	51.4
<u>Tiempo entre que iniciaron la relación y tuvieron sexo ***</u>				
Menos de 1 mes	69	15.7	46	13.1
De 2 a 6 meses	156	35.5	89	25.4
De 6 a 12 meses	43	9.8	25	7.1
1 año y más	172	39.1	190	54.3

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

++ "Escuela", "Cafetería", "Lugar de trabajo", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

El tiempo de cortejo entre las mujeres encuestadas es significativamente diferente. La mitad de las mujeres de 35 años y más tuvieron un período de cortejo de un año y más; mientras que sólo el 38.9% de mujeres menores de 35 años declararon un período cortejo semejante. Por otra parte el 38.0% de las mujeres más jóvenes dijo que transcurrió entre dos a seis meses entre que conoció a su compañero y se hicieron pareja y el 18% tuvo un cortejo menor a un mes (Cuadro 6.2). Esta proporción de mujeres jóvenes con un período de cortejo más breve apunta a que las mujeres jóvenes bajo estudio crean lazos con su pareja y desarrollan la confianza necesaria para iniciar una relación más rápidamente, debido a que se requieren menos elementos (información, convivencia, entre otros) para establecer una relación menos formal que no conduce al matrimonio o a la unión consensuada.

Respecto del período de familiarización, se identificaron diferencias significativas entre las cohortes de edad. La mayoría de las mujeres de 35 años y más dijeron haber tenido un período de familiarización superior a un año; en tanto que el 39.1% de las mujeres más jóvenes declaró el mismo período. Al mismo tiempo el 35.5% de las mujeres menores de 35 años tuvieron una etapa de familiarización de dos a seis meses, lo que muestra un cambio en la longitud de la relación entre las dos cohortes, ya que, si la mayoría de las mujeres de 35 años y más tuvo un cortejo de un año y más y una etapa de familiarización semejante, la longitud de la relación antes del sexo es de al menos 2 años. Mientras que una tercera parte de las mujeres menores de 35 años tuvieron un cortejo de 2 a 6 meses y una familiarización de 2 a 6 meses, lo que implica que estas mujeres estuvieron en esta relación por máximo un año antes de tener su primera relación sexual, reduciendo a la mitad el tiempo que les toma a estas parejas llegar a tener relaciones sexuales.

Por otra parte, el tiempo invertido en el cortejo y en el período de familiaridad está relacionado con las motivaciones que tenían las mujeres para tener su primera relación sexual. Los motivos para tener relaciones sexuales, al ser construcciones subjetivas individuales a partir de normas, discursos, guiones y experiencias, cambian en el tiempo histórico e individual. Es decir que los discursos y normas que validaban el comportamiento sexual en un momento dado de la historia social, no lo hacen de un contexto a otro y de un momento a otro; de la misma forma que los guiones y experiencias

pasadas cambian los motivos para tener relaciones a lo largo de la trayectoria sexual, por ejemplo, lo que al principio fue importante, deja de serlo y viceversa (Szasz, 1998; Minello, 1998; Barrientos, 2006).

Cuadro 6.3 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual según edad. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Motivación</i>	Menores de 35 años		35 años y más	
	N	%	N	%
Curiosidad/experimentación	147	33.4	78	22.3
Deseo/excitación	144	32.7	89	25.4
Expresión de amor por la pareja	154	35.0	139	39.7
Le pidió una prueba de amor	26	5.9	29	8.3
Se sentía comprometida	14	3.2	33	9.4
Otro+	13	3.0	27	7.7
Era el siguiente paso	5	1.1	9	2.6

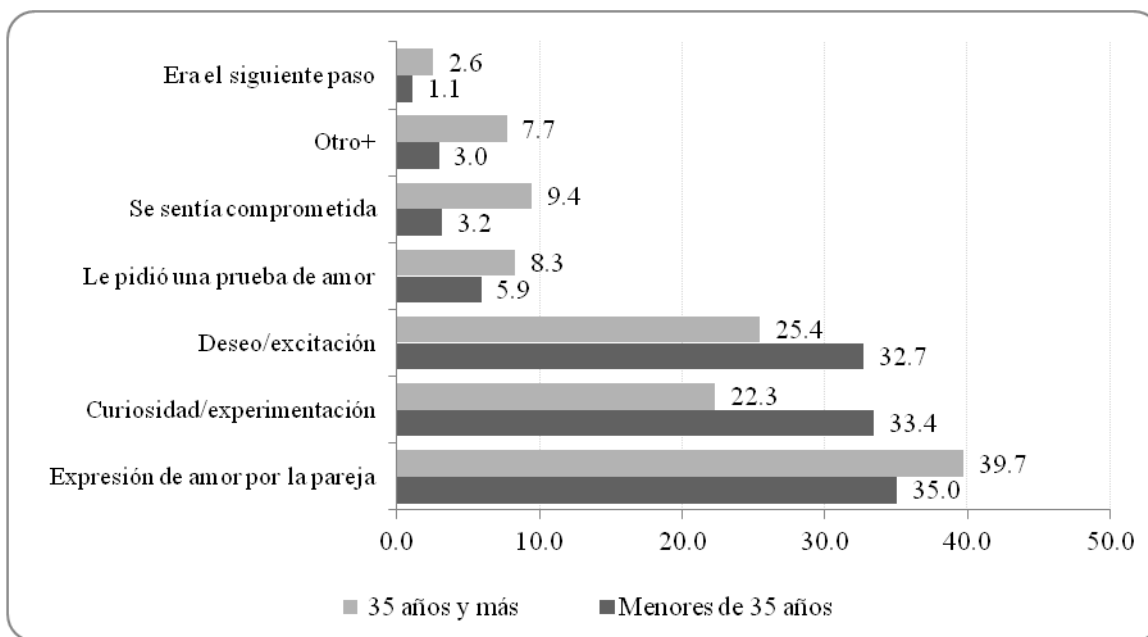
+ "Deseaba tener un hijo", "Quería salirse de su casa", "Decepción amorosa", "Se sentía segura", "Costumbre", entre otros.

La variable sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales la primera vez es de respuesta múltiple por lo que la suma de respuestas no es el 100%.

Nota: Cálculos propios.

Al observar las motivaciones para tener relaciones sexuales entre los grupos de edad, se identificó una tendencia mixta. Por un lado, en el grupo de mujeres de menores de 35 años, la motivación más frecuente fue la expresión de amor por su pareja, igual que en las mujeres de 35 años y más (Cuadro 6.3). Lo que sugiere un contexto más tradicional, donde se mantiene la norma que vincula el amor con el sexo, reforzando la idea del amor romántico y la conyugalidad. Pero, al mismo tiempo, una tercera parte de las mujeres menores de 35 años declaró que la motivó la curiosidad y el deseo de experimentación; lo que parece una visión de la sexualidad femenina más abierta, dejando ver una nueva perspectiva de la sexualidad y sus posibilidades, al reconocerse ellas mismas como sujetos que sienten deseo y capacidad de excitarse; al menos desde el discurso (Barrientos, 2006).

Gráfico 6.1 Distribución porcentual de las motivaciones para tener la primera relación sexual según edad. ENHISEX, 2010.



+ "Deseaba tener un hijo", "Quería salirse de su casa", "Decepción amorosa", "Se sentía segura", "Costumbre", entre otros.

La variable sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales la primera vez es de respuesta múltiple por lo que la suma de respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

Fuente: Cuadro 6.3

La norma sobre la sexualidad occidental plantea que ésta debe ser de tipo heterosexual, en matrimonio, monógama, procreadora, no comercial, en pareja, en una relación, en privado, no pornográfica, usando sólo el propio cuerpo y de forma suave y delicada. En base a estas prescripciones se determina cuándo el sexo es bueno o malo. Las transgresiones a esta norma tienen consecuencias psicológicas y sociales muy graves, principalmente para las mujeres. Éstas sólo pueden evitarse o atenuarse cuando existe una razón específica que las salve o repare el daño, como el matrimonio y el amor (Rubin, 1989). Como se observó en las motivaciones declaradas para tener relaciones sexuales, el contexto romántico del siglo XIX que legitima la sexualidad vinculada al amor, sigue siendo un axioma poderoso en los albores siglo XXI, aunque en formas modificadas y más débiles.

1.3 Características de la pareja por cohorte de edad

Los medios de comunicación influyen en todos los aspectos de la vida, son fuertes transmisores de la cultura y de las pautas sociales en la vida cotidiana (Martínez, 2004). En ese sentido, Los medios de comunicación influyen los modelos sobre lo que se considera deseable o aceptable en las relaciones interpersonales, por lo que influyen los estereotipos bajo los cuales se elige una pareja. Los medios difunden mensajes sobre los roles y expectativas de lo que debe ser una pareja y sus miembros. En las últimas décadas del siglo pasado, aumentó la presencia en los medios de comunicación de discursos asociados a la igualdad entre hombres y mujeres, aunque esta presencia no significa una adopción inmediata de esos modelos, la incorporación de elementos de este discurso parecen permear la forma en que los individuos viven sus experiencias de pareja.

En este trabajo se encontró una relación significativa entre la edad de las mujeres y la diferencia de edad con sus parejas. Se esperaba un patrón tradicional para la cohorte de mujeres mayores donde la diferencia de edad con la primera pareja sexual fuera mayor que para las mujeres más jóvenes. Sin embargo, en esta muestra no se encontró una distribución clara en ese sentido. En general, la mayoría de las mujeres de ambas cohortes reportó haber iniciado con un hombre mayor que ellas. Pero llama la atención que en la cohorte de mujeres de más de 35 años la proporción que inició con un hombre menor que ellas fue mayor que para las mujeres más jóvenes (Cuadro 6.4).

El 25% de las mujeres más jóvenes consideró que su primer compañero sexual tenía otra pareja mientras estuvo en esa relación con ella, mientras que el 40% de las mujeres de 35 años y más dijo que su pareja tenía otras parejas mientras estaban con ellas (Cuadro 6.4). Esta diferencia también fue significativa estadísticamente. La mayor percepción de concurrencia entre las mujeres de más de 35 años puede vincularse con el hecho de que los recuerdos son recreaciones a la luz de un interés presente, además de que el paso del tiempo establece una relación distinta entre el yo pasado y el yo presente, por lo que la reflexión sobre su primera relación sexual y su pareja, para las mujeres de más edad puede incorporar otros detalles y situaciones a la luz de su experiencia actual, que las lleve a concluir que su compañero tenía una pareja concurrente. En ese sentido la formación de percepciones sobre la concurrencia de una relación muy reciente en el tiempo biográfico o bien que

actualmente está ocurriendo, no tiene la posibilidad de la distancia y de la incorporación de la experiencia posterior para hacer una reflexión con más información y recursos; por lo que es menos probable que las mujeres más jóvenes perciban la concurrencia de su pareja.

Cuadro 6.4 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i>Diferencia de edad con la pareja **</i>				
Él es mayor de 5 años y más	104	23.6	94	26.9
Él es mayor de 1-4 años	224	50.9	154	44.0
De la misma edad	84	19.1	62	17.7
El menor que ella	28	6.4	40	11.4
<i>¿Cuándo usted estaba en esta relación, él tenía otras parejas además de usted?***</i>				
Sí	108	24.5	140	40.0
No	227	51.6	134	38.3
No sabe	105	23.9	76	21.7
<i>Antes de que esta pareja estuviera con usted, ¿Cuántas parejas sexuales tuvo él?</i>				
Ninguna	70	15.9	50	14.3
De 1 a 3 parejas	87	19.8	64	18.3
De 4 a 50 parejas	28	6.4	17	4.9
No sabe	255	58.0	219	62.6

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

Al comparar los dos grupos en la variable de cuántas parejas sexuales tuvo su pareja antes de que usted estuviera con él, la relación no fue significativa estadísticamente. Esto debido a que la percepción sobre la trayectoria de su pareja es muy parecida entre ambos grupos. Un aspecto que es importante destacar es que el 15.9% de las mujeres más jóvenes y un 14.3% de las mujeres de la cohorte de mayor edad señalaron que su pareja no había tenido

compañeras sexuales previas, lo que fortalece la percepción de falta de riesgo en estas mujeres, ya que al percibir que no hay riesgo en la trayectoria de ambos es menos probable que usen protección. Sin embargo la mayoría de las mujeres en ambos grupos dijo no saber cuántas parejas había tenido su pareja antes de ellas, lo que incrementa el riesgo de contraer una ITS cuando se tiene relaciones sexuales no protegidas; ya que ambos miembros de la interacción desconocen los riesgos acumulados en la trayectoria sexual de sus parejas.

1.4 Semejanzas y diferencias en los factores del sistema sexo-género que permean la primera interacción sexual

Las normas sexuales que permean la interacción sexual favorecen el predominio de los varones respecto de las mujeres. Estas normas alientan la exploración de la sexualidad masculina y promueven el control y la dirección de la interacción sexual para los varones (Magis y Hernández, 2008; Allen y Tollers, 2008; Herrera y Campero, 2002). Estas normas limitan las posibilidades de las mujeres para expresar sus deseos y necesidades en la arena sexual, debido a que la transgresión de las normas puede generar valoraciones sociales desfavorables de la pareja, comparaciones, rechazo, coerción y hasta violencia. En la encuesta se exploraron algunos comportamientos que permiten identificar algunos de los factores de esta estructura normativa que influyen sobre las posibilidades de la sexualidad femenina y los riesgos que implica. Se utilizaron las variables: *Cuando tuvo relaciones su pareja ejerció algún tipo de presión para tener sexo, quién inició las caricias sexuales y si disfrutó la primera vez que tuvo relaciones sexuales con esa pareja.*

La coerción sexual es definida como el uso de cualquier tipo de presión física o emocional para imponer actos de orden sexual sobre otra persona en el contexto de un encuentro sexual (Saldívar, Ramos y Romero, 2008; Saldívar y Romero, 2009). La presión para tener relaciones está presente en ambos grupos de edad, sin embargo es más acentuada en el grupo de mujeres de 35 años y más con un 25.4% (Cuadro 6.5). Esta diferencia es estadísticamente significativa, lo que puede relacionarse con que las mujeres más jóvenes tienen mayores posibilidades de expresar sus deseos y limitar la posibilidad de que la pareja las presione para acceder a tener relaciones.

Respecto a quién inició las caricias sexuales, la mayoría de las mujeres en ambos grupos señaló que fue su pareja quien tomó la iniciativa. Sin embargo, 37.5% de las mujeres menores de 35 años apuntó que fueron ambos miembros de la pareja los que tomaron la iniciativa, en tanto que sólo el 22.3% de las mujeres de 35 y más dijo que ambos iniciaron las caricias sexuales (Cuadro 6.5). Esta diferencia también fue significativa estadísticamente, lo que fortalece la idea de que las mujeres más jóvenes enfrentan menos dificultades en la arena sexual para plantear sus deseos y expresar sus posibilidades en el plano sexual. A pesar de esa diferencia entre las cohortes, sólo el 2% en ambos grupos señaló que fue la mujer quien inició las caricias sexuales.

Cuadro 6.5 Características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i><u>La presionó su pareja para tener relaciones sexuales**</u></i>				
Sí	81	18.4	89	25.4
No	359	81.6	261	74.6
<i><u>Quién inició las caricias sexuales ***</u></i>				
Su pareja	258	58.6	256	73.1
Usted	10	2.3	7	2.0
Ambos	165	37.5	78	22.3
No recuerda	7	1.6	9	2.6
<i><u>Disfrutó la primera relación sexual *</u></i>				
Sí	254	57.7	176	50.3
No	186	42.3	174	49.7

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

Al indagar si las mujeres disfrutaron la primera relación sexual, se observó que cerca de la mitad de las mujeres en ambos grupos no disfrutó su primera relación sexual (Cuadro 6.5). Es probable que el imaginario romántico sobre el primer encuentro sexual y la falta de

información sobre su propio cuerpo y del acto sexual que promueve la cultura, fomentara que las mujeres generaran expectativas que resultaron disonantes con la experiencia vivida durante la primera relación sexual. Lo anterior permite concluir que existe evidencia de que las condiciones en las que las mujeres establecieron su primera relación sexual son significativamente diferentes según la edad. Las mujeres más jóvenes parecen tener posibilidades de interacción más equilibradas que las mujeres de 35 años y más.

1.5 Uso de protección en la primera relación sexual según cohorte de edad

El uso de protección durante el primer encuentro sexual puede visualizarse como el resultado del interjuego de muchos factores en la arena sexual (Van Campenhoudt y Cohen, 1997). El contexto de la relación, las características de la pareja y las normas que se expresan en las desigualdades de género operan de cierta forma para que las mujeres se expongan al riesgo de tener relaciones sin protección. La mayoría de las mujeres en ambos grupos de edad no utilizó protección en su primera relación sexual. Sin embargo, existe una diferencia significativa entre los grupos de edad. El 46.1% de las mujeres más jóvenes usó protección, mientras que sólo el 20.9% mujeres de 35 años y más la utilizó (Cuadro 6.6). Esta diferencia en el comportamiento de protección de las mujeres, representa la incorporación de prácticas de protección en la arena sexual de parte de las mujeres más jóvenes. La incorporación de estas prácticas se puede explicar a partir de la exposición de las mujeres más jóvenes a campañas de prevención de VIH/SIDA, que invitan a la población a utilizar condón en sus encuentros sexuales, así como a la mayor presencia en la vida cotidiana de los discursos modernos sobre la sexualidad y a la disponibilidad de tecnología anticonceptiva que enmarcan los comportamientos relacionados a la dicotomía prevención – riesgo; mostrando evidencia de una transformación de la manera en que se articula la vida íntima.

Cuadro 6.6 Características del uso de protección durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=440	%=100	N=350	%=100
<i>Usó protección***</i>				
Sí	206	46.1	73	20.9
No	234	53.2	277	79.1
<i>Quien tomó la decisión***</i>				
Su pareja	37	18.0	27	37.0
Usted	30	14.6	11	15.1
Ambos	139	67.5	35	47.9
<i>Cuál fue la razón de uso*</i>				
Evitar embarazo	85	41.2	42	57.5
Evitar ITS_VIHSIDA	11	5.4	0	0.0
Evitar ambos	109	52.9	31	42.5
NR	1	0.5	0	0.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

En las mujeres que utilizaron protección se identificaron diferencias significativas en la forma en que se tomó la decisión. Aunque mayormente las encuestadas mencionaron que entre ambos miembros de la pareja se decidió utilizar protección, el 37% de las mujeres de la cohorte de mayor edad dijeron que la decisión la tomó su pareja, mientras que sólo el 17.6% de las mujeres más jóvenes dijeron lo mismo. Esto podría asociarse a las desigualdades que enfrentan las mujeres para utilizar protección desde la primera relación, ya que el que la pareja decida un aspecto muy importante en la dinámica del encuentro sexual, muestra que las posibilidades de intervención son más reducidas principalmente para las mujeres de mayor edad. La principal preocupación de las mujeres de 35 años y más para utilizar protección se centró principalmente en la prevención de embarazos con el 57.1% en tanto que el 52.9% de las mujeres menores de 35 años dijo que la principal razón para utilizar protección fue evitar ITS y embarazos, lo que afianza la hipótesis de que las

mujeres más jóvenes tienen condiciones más favorables en la arena sexual para incorporar prácticas de prevención basadas en la dicotomía de prevención y riesgo asociada al control de la fecundidad y las infecciones de transmisión sexual. (Cuadro 6.6).

En cuanto al tipo de protección, la mayoría de las mujeres utilizaron condón como método de protección, acentuándose en las mujeres más jóvenes (Cuadro 6.7). Esto fortalece el argumento de la incorporación de la percepción de riesgo entre la población que ha iniciado su vida sexual a la sombra de la amenaza del VIH/SIDA.

Cuadro 6.7 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación sexual según edad. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Método</i>	Menores de 35 años		35 años y más	
	N	%	N	%
Condomes	195	96.1	59	85.5
Pastillas	4	2.0	5	7.2
Inyecciones	2	1.0	3	4.3
Implante	1	0.5	0	0.0
Dispositivo intrauterino	0	0.0	1	1.4
Ritmo	1	0.5	1	1.4
Retiro	0	0.0	0	0.0

La variable del tipo de método de protección es una respuesta múltiple por lo que las respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

2. Similitudes y diferencias en la primera relación sexual según condición de displasia

2.1 El momento del inicio de la trayectoria según condición de displasia

En esta sección se presenta el análisis de las principales diferencias en torno a la primera relación sexual para las mujeres según condición de displasia, iniciando con el momento en que se presenta el debut sexual, así como el contexto, las características de la pareja, algunos de los factores del sistema sexo-género que permean la interacción sexual que

incrementan el riesgo de tener VPH, así como el uso de protección durante el primer encuentro sexual.

Respecto del momento, se observó que hay una mayor proporción de mujeres de 25 años y más con displasias que tuvieron su primera relación antes de los 15, de los 18 y de los 20 años (Cuadro 6.8). Esto sugiere que las mujeres con displasia se inician antes que las mujeres sin displasia. Lo anterior contribuye a la evidencia aportada sobre que el inicio temprano de la trayectoria sexual representa un factor importante en el desarrollo de lesiones asociadas a VPH (López-Carrillo *et al.*, 1996).

Cuadro 6.8 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18 y 20 años según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

Edad a la primera relación sexual	25 años y más				Total	
	Sin Displasias		Con Displasias			
	N	%	N	%	N	%
<i>Total</i>	279	100	315	100	594	100
<i>Antes de los 15 años</i>	14	5.0	17	5.4	31	5.2
<i>Antes de los 18 años</i>	106	38.0	132	41.9	238	40.1
<i>Antes de los 20 años</i>	168	60.2	222	70.5	390	65.7

Nota: Cálculos propios.

2.2 El contexto de la primera relación sexual según condición de displasia

El contexto de la primera relación sexual fue mayormente de tipo romántico-estable y fuertemente relacionado con la conyugalidad, sin diferencias significativas entre el grupo que tenía displasia y el que no tenía. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al lugar donde tuvieron la primera relación sexual, y no son claras las diferencias en cuanto al tiempo de conocer al otro antes de formar pareja (Cuadro 6.9).

Cuadro 6.9 Características del contexto de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<u>Con quién tuvo la primera relación sexual</u>				
Esposo	137	33.8	118	30.6
Pareja/Unión consensual	72	17.8	90	23.3
Novio formal	147	36.3	139	36.1
Novio informal	33	8.1	31	8.1
Amigo	13	3.2	5	1.3
Compañero	0	0.0	1	0.3
Vecino	1	0.2	0	0.0
Otro +	2	0.5	1	0.3
<u>Tipo de relación *</u>				
Estable	341	84.2	344	89.4
Ocasional	64	15.8	41	10.6
<u>Lugar donde tuvieron relaciones</u>				
Casa de él/ella c/ padres	125	30.9	107	27.8
Casa de él/ella s/ padres	79	19.5	84	21.8
Casa de un amigo	18	4.4	17	4.4
Hotel/Motel	145	35.8	143	37.1
Otro ++	38	9.4	34	8.8
<u>Tiempo que lo conoció antes de ser pareja **</u>				
Menos de 1 mes	63	15.6	75	19.5
De 2 a 6 meses	159	39.3	119	30.9
De 6 a 12 meses	13	3.2	10	2.6
1 año y más	170	42.0	181	47.0
<u>Tiempo entre que iniciaron la relación y tuvieron sexo</u>				
Menos de 1 mes	65	16.0	50	13.0
De 2 a 6 meses	135	33.3	110	28.6
De 6 a 12 meses	32	7.9	36	9.4
1 año y más	173	42.7	189	49.1

*** Significativo al 1% (p<0.001); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", entre otros.

++ "Escuela", "Cafetería", "Lugar de trabajo", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

El carácter romántico- estable del contexto se reafirma en que el 35.8% de las mujeres sin displasia y el 38.4% de las mujeres con displasia describieron como principal motivo para tener relaciones sexuales la expresión de amor por su pareja (Cuadro 6.10). Aunque también en ambos grupos hay una importante proporción de mujeres que dijeron que tuvieron su primera relación por deseo o excitación, así como por curiosidad y deseo de experimentación, sugiriendo un espectro de posibilidades distintas para estas mujeres, principalmente entre las mujeres sin displasia.

Cuadro 6.10 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Motivación</i>	Sin displasias		Con displasias	
	N	%	N	%
Curiosidad/experimentación	117	28.9	108	28.1
Deseo/excitación	123	30.4	108	28.1
Expresión de amor por la pareja	145	35.8	148	38.4
Le pidió una prueba de amor	22	5.4	30	7.8
Se sentía comprometida	18	4.4	22	5.7
Era el siguiente paso	10	2.5	4	1.0
Otro+	26	6.4	20	5.2

+ "Deseaba tener un hijo", "Quería salirse de su casa", "Decepción amorosa", "Se sería segura", "Costumbre", entre otros.

La variable sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales la primera vez es de respuesta múltiple por lo que las respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

2.3 Características de la primera pareja sexual según condición de displasias

Las características del compañero son de suma importancia para comprender la dinámica de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, ya que se ha asociado las características individuales y las prácticas de los compañeros con la adquisición de infecciones de transmisión sexual (Leyva y Caballero, 2009; Bronfman y Leyva, 2008; Allen y Torres, 2008; Herrera y Campero, 2002; Liguori, 1999). En el análisis de las características de la pareja según la presencia o ausencia de displasia es importante señalar

que la distribución de la diferencia de edad con sus compañeros es muy semejante entre ambos grupos (Cuadro 6.11).

Por otra parte, la percepción de infidelidad de su compañero es significativamente diferente entre las mujeres con y sin displasia. Aunque la mayoría de las mujeres percibió que su compañero no tuvo parejas concurrentes cuando ellas estuvieron en esa relación, el 35.8% de las mujeres con displasia considera que su pareja tenía otra pareja mientras estaba con él en esa relación comparado con un 27.2% de las mujeres sin displasia (Cuadro 6.11). Esto es interesante debido a que la literatura sobre parejas concurrentes e ITS, principalmente VIH, muestra la importancia que tiene la presencia de parejas concurrentes para la propagación de las infecciones. Este comportamiento de riesgo es mayormente atribuido a los varones, quienes incrementan el riesgo de infección en las mujeres que han tenido una sola pareja sexual y aunque los elementos que pueden sustentar la percepción de las mujeres sobre la concurrencia pueden ser vagos o basados en prejuicios, su reconocimiento sugiere un rasgo importante a observar para correlacionarlo con la presencia de displasia.

En cuanto a la percepción sobre la longitud de la trayectoria de sus parejas, el 57.8% de las mujeres sin displasia y el 62.3% de las mujeres con displasia mencionaron que no sabían cuántas parejas sexuales había tenido su primer compañero antes de haber estado con ellas. Lo anterior es un hallazgo importante ya que el que las mujeres no tengan información sobre la trayectoria sexual de sus parejas, así como de sus prácticas de riesgo y prevención, las hace más vulnerables a los riesgos acumulados en la biografía de su compañero. Esto es interesante ya que el conocimiento mutuo que implicaría la etapa de cortejo y de familiarización más larga parece no contribuir a que las mujeres en ambos grupos obtengan información sobre el comportamiento sexual de su pareja, sugiriendo que las mujeres asumen el riesgo de esta carencia de información por otros fines al momento de estar en pareja.

Cuadro 6.11 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Diferencia de edad con la pareja</i>				
Él es mayor de 5 años y más	107	26.4	91	23.6
Él es mayor de 1-4 años	200	49.4	178	46.2
De la misma edad	69	17.0	77	20.0
El menor que ella	29	7.2	39	10.1
<i>¿Cuándo usted estaba en esta relación, él tenía otras parejas además de usted?***</i>				
Sí	110	27.2	138	35.8
No	204	50.4	157	40.8
No sabe	91	22.5	90	23.4
<i>Antes de que esta pareja estuviera con usted, ¿Cuántas parejas sexuales tuvo él?</i>				
Ninguna	66	16.3	54	14.0
De 1 a 3 parejas	81	20.0	70	18.2
De 4 a 50 parejas	24	5.9	21	5.5
No sabe	234	57.8	240	62.3

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

2.4 Factores del sistema sexo-género que permean la primera interacción sexual según condición de displasias

Las desigualdades asociadas a la diferencia entre los sexos que permean la interacción sexual configuran un escenario de desventaja para las mujeres. Cuando los factores asociados a esta desventaja se hacen más intensos, se genera un mayor desequilibrio en la interacción, limitando la posibilidad de que las mujeres vivan experiencias sexuales donde puedan expresarse y poner límites propios (Santos-Iglesias y Sierra, 2010). En el caso de las mujeres bajo estudio, los factores asociados a la presencia de coerción para tener

relaciones sexuales, se manifiestan en ambos grupos; ya que dos de cada diez mujeres experimentó algún tipo de presión para tener su primera relación sexual (Cuadro 6.12). Lo que sugiere que la presencia de coerción durante la primera relación sexual no es un factor que esté directamente relacionado con la presencia de displasias cervicales, sino que atraviesa toda la estructura de oportunidad de las mujeres en el plano sexual.

En ambos grupos, la mayoría de las mujeres declaró que son sus compañeros los que toman la iniciativa al momento de las caricias sexuales, el 64.7% y el 65.5% de las mujeres sin y con displasias respectivamente (Cuadro 6.12). El predominio de los varones al tomar la iniciativa e ambos grupos muestra el papel que la estructura de género le ha atribuido a los hombres como iniciadores y controladores de la interacción sexual y el papel pasivo que históricamente se ha tribuido al rol femenino, y que al parecer no influye de forma significativa sobre la presencia de displasias cervicales desde el inicio de la trayectoria sexual.

Cuadro 6.12 Características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i><u>La presionó su pareja para tener relaciones sexuales</u></i>				
Sí	87	21.5	83	21.6
No	318	78.5	302	78.4
<i><u>Quién inició las caricias sexuales</u></i>				
Su pareja	262	64.7	252	65.5
Usted	6	1.5	11	2.9
Ambos	131	32.3	112	29.1
No recuerda	6	1.5	10	2.6
<i><u>Disfrutó la primera relación sexual</u> **</i>				
Sí	234	57.8	196	50.9
No	171	42.2	189	49.1

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

Por otra parte al indagar sobre si las mujeres disfrutaron su primera relación, se encontró una diferencia significativa estadísticamente. El 57.8% de las mujeres sin displasia si disfrutó las relaciones, en tanto que 50.9% de las mujeres con displasia asintieron en ese aspecto. En general las mujeres viven desigualdades en el plano sexual, siendo los varones quienes mantienen el predominio y el control e la situación durante la primera relación sexual, limitando sus posibilidades de interacción para plantear sus deseos y necesidades, pero estas condiciones estructurales afectan tanto a las mujeres con y sin displasia.

2.5 Uso de protección en la primera relación sexual de acuerdo a su condición de displasias

El uso correcto y sistemático de protección en cada relación sexual reduce de forma importante los riesgos de contraer una ITS. Emplear protección desde el inicio de la biografía sexual puede contribuir a reducir la exposición al riesgo de infección. Sin embargo las mujeres bajo estudio presentaron una diferencia altamente significativa en el uso de protección entre las mujeres con y sin displasia. El 40.7% de las mujeres sin displasia utilizaron protección en su primera relación sexual, mientras que el 29.6% de las mujeres con displasia hicieron lo mismo, mostrando una relación directa entre el uso de protección durante la primera relación sexual y la presencia de lesiones cervicales asociadas a VPH (Cuadro 6.13). Esta diferencia en el uso de protección en la primera relación resulta fundamental para el desarrollo de la biografía, ya que desde el inicio de la trayectoria se incorpora la protección, disminuyendo la probabilidad de infección.

Cuadro 6.13 Características del uso de protección durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	Sin displasias		Con displasias	
	N=405	%=100	N=385	%=100
<i>Usó protección***</i>				
Sí	165	40.7	114	29.6
No	240	59.3	271	70.4
<i>Quien tomó la decisión **</i>				
Su pareja	31	18.8	33	28.9
Usted	23	13.9	16	14.0
Ambos	111	67.3	65	57.0
<i>Cuál fue la razón de uso***</i>				
Evitar embarazo	60	36.4	65	57.0
Evitar ITS_VIHSIDA	7	4.2	5	4.4
Evitar ambos	97	58.8	44	38.6
NR	1	0.6	0	0.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

En cuanto a la decisión de utilizar protección, la mayoría de las mujeres en ambos grupos mencionó que la decisión de usarla fue decisión de ambos, aunque una mayor proporción de mujeres en el grupo de displasias dijo que quién tomó la decisión de uso fue su pareja (Cuadro 6.13). Esta diferencia fue significativa entre los dos grupos, sugiriendo que las mujeres sin displasia tienen más posibilidades de presentar sus deseos y plantear de forma conjunta la necesidad de protección, mientras que el uso de la protección entre las mujeres con displasia está mediado por el deseo y voluntad del compañero, lo que reduce las posibilidades de incorporar protección a la arena sexual cuando ellos rehúsan usarla, aun cuando ellas deseen tenerla. La principal motivación para usar protección durante su primer encuentro sexual es significativamente diferente. Las mujeres con displasia estaban más enfocadas a prevenir un embarazo; ya que 57.0% dijo que esa fue la principal motivación para usar protección, en tanto que el 58.8% de las mujeres sin displasia la utilizaron

principalmente para evitar embarazos y ITS/VIH/SIDA. Además el principal método que utilizaron para protegerse en ambos grupos fue el condón (Cuadro 6.14). Esto permite visualizar la percepción de riesgo de infección entre las mujeres sin displasia desde la primera relación sexual.

Cuadro 6.14 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación sexual según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Método</i>	Sin displasias		Con displasias	
	N	%	N	%
Condomes	151	94.4	103	92.0
Pastillas	5	3.1	4	3.6
Inyecciones	1	0.6	4	3.6
Implante	1	0.6	0	0.0
Dispositivo intrauterino	0	0.0	1	0.9
Ritmo	2	1.3	0	0.0
Retiro	0	0.0	0	0.0

La variable del tipo de método de protección es una respuesta múltiple por lo que las respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

Las diferencias significativas en el uso de protección durante la primera relación sexual muestran la importancia que este factor tiene frente al riesgo de las ITS, principalmente en la presencia de lesiones cervicales asociadas a VPH.

A partir de lo anterior es posible concluir que existen diferencias significativas en el inicio de la vida sexual cuando se compara a las mujeres por grupo de edad y por condición de displasia. Respecto de las diferencias por edad, las mujeres de más de 35 años iniciaron su vida sexual dentro de una relación de tipo romántico-estable y formalmente establecida en el marco de la conyugalidad. Tuvieron un cortejo y familiarización de al menos de un año, lo que representa un intervalo de mínimo dos años entre que lo conoció y que tuvieron relaciones sexuales, tiempo suficientemente largo como para poder conocer bien a su pareja y desarrollar confianza e intimidad para tener relaciones sexual. Aunque tanto las mujeres más jóvenes o las de mayor edad no tienen mucha información sobre la trayectoria sexual

de sus parejas, las mujeres de mayor mostraron una mayor percepción de que su compañero le ha sido infiel en algún momento. Sin embargo el uso de protección es muy bajo en este grupo. Estos hallazgos muestran un marco tradicionalista para el ejercicio de la sexualidad de las mujeres de 35 años y más, coincidiendo con las expectativas planteadas en las hipótesis sobre el inicio de la vida sexual con una pareja emocionalmente significativa y un bajo uso de protección. El tiempo de cortejo y de familiaridad fue menor entre las mujeres más jóvenes debido a que una relación menos formal requiere menos tiempo para conocerse y desarrollar afecto o intimidad emocional. Las mujeres de este grupo tienen una proporción menor de percepción de parejas concurrentes y poca información sobre la trayectoria sexual de su compañero. El contexto de la primera relación sexual del grupo de menor edad sugiere que estas mujeres tienen condiciones más favorables para presentar sus deseos y expectativas en el plano sexual, aunque se mantiene el predominio de los varones en el primer encuentro sexual. En este contexto el uso de protección aunque es bajo, es mayor que entre las mujeres de la cohorte de más edad, lo que coincide con las expectativas sobre el comportamiento de este grupo. Respecto de la condición de displasia, se encontró que las mujeres con displasia tuvieron su primera relación sexual a una edad más temprana, confirmando la relación entre el inicio temprano y el riesgo de infección. Además se identificó que el contexto de la relación es romántico estable entre las mujeres de ambos grupos. Las características del compañero son semejantes; aunque un porcentaje mayor de mujeres con displasia reportaron que percibieron que sus parejas hayan tenido parejas. Se observó que las circunstancias de la primera relación sexual fueron semejantes para ambos grupos, aunque hubo una diferencia significativa en el uso de protección. Una proporción mayor de mujeres sin displasias utilizaron más protección durante su primera relación sexual. Esto fortalece la hipótesis sobre la importancia del uso de la protección desde la primera relación sexual como factor de protección frente a las ITS.

Capítulo 7. PATRONES COMUNES EN LAS TRAYECTORIAS SEXUALES

1. Descripción de las trayectorias

Las trayectorias sexuales son un instrumento analítico que permite esquematizar el contenido de la biografía sexual. La organización sistemática de los eventos dentro de la biografía posibilita observar fenómenos continuos o discontinuos, así como la forma en que éstos generan una consecuencia (Tilly, 1978). Esto es particularmente útil para comprender cómo el desarrollo de una trayectoria incrementa el riesgo de adquirir una ITS, así como para identificar la diversidad de caminos que toman las mujeres en su vida sexual. En este capítulo se presenta el análisis de los datos recabados en el calendario de parejas. La información se organizó a partir de la evidencia empírica y de las hipótesis. En la primera parte del capítulo se presentan las diferentes trayectorias identificadas en el calendario de parejas, posteriormente las características de las mujeres que describieron las trayectorias típicas y enseguida se compararon las diversas transiciones de parejas para las mujeres que tuvieron más de dos parejas, así como los cambios entre la primera y la última pareja de la trayectoria.

El orden de las parejas, el traslape (si hubo concurrencia o fueron seriadas), así como el número de éstas, configuran arreglos específicos en las diferentes trayectorias. Aunque las biografías de las mujeres están compuestas de un sinnúmero de detalles que las hacen únicas y especiales, es posible encontrar pautas en sus trayectorias debido a que estas historias están entretejidas en las normas sociales que les dan sentido y coherencia. La tipología que se realizó emergió principalmente de la distribución del número de parejas en la biografía, la permanencia con la última pareja registrada al momento de la encuesta y el tipo de secuencia de las parejas. Este último criterio de clasificación tiene dos categorías; parejas monógamas seriadas, la cual hace alusión a que una pareja sigue a la otra en un intervalo de tiempo variable, mientras que la segunda categoría alude a la concurrencia, es decir a la simultaneidad de parejas durante un período de tiempo.

Respecto del número de parejas que habían tenido en la vida hasta el momento de la encuesta, se identificó que el 39.6% de las mujeres encuestadas había tenido una sola pareja, el 28.5% había tenido dos parejas y el 16.6% tres parejas sexuales (Cuadro 7.1). Esto coincide con lo esperado en las hipótesis sobre las trayectorias sexuales en las que se supuso un bajo número de parejas. Sin embargo se encontró una mayor complejidad en las historias, ya que aunque en proporciones menores, las encuestadas reportaron incluso ocho o más parejas sexuales, lo que muestra la diversidad y riqueza de las experiencias acumuladas en las trayectorias de estas mujeres.

Cuadro 7.1 Caracterización de las trayectorias sexuales a partir del número de pareja, permanencia con la última pareja al momento de la encuesta y tipo de parejas, ENHISEX, 2010.

Número de parejas en la trayectoria al momento de la encuesta.	Proporción de mujeres que estaba con su última pareja sexual al momento de la encuesta.		Proporción de mujeres según tipo de pareja sexual alguna vez en su vida			
	N	%=100	Sí	No	Seriada	Concurrente
<i>Solo Una</i>	790	39.6	86.6	13.4	---	---
<i>Dos</i>	790	28.5	80.0	20.0	94.7	5.3
<i>Tres</i>	790	16.6	77.1	22.9	86.3	13.7
<i>Cuatro</i>	790	7.2	80.7	19.3	78.9	21.1
<i>Cinco</i>	790	3.9	54.8	45.2	83.9	16.1
<i>Seis</i>	790	2.0	75.0	25.0	25.0	75.0
<i>Siete</i>	790	1.5	58.3	41.7	41.7	58.3
<i>Ocho o +</i>	790	0.6	40.0	60.0	40.0	60.0

Nota: Cálculos propios.

Analizar la proporción de mujeres que estaban con su última pareja sexual al momento de la encuesta permite inferir la estabilidad y durabilidad de la última relación de pareja. El 86.6% de las mujeres con una sola pareja se mantiene con ésta al momento de la encuesta, en tanto el 80.0% las mujeres con dos parejas estaba con su último compañero al momento de la observación, mientras que el 77.1% de las mujeres con tres parejas estaba con su tercera pareja (Cuadro 7.1). Lo anterior indica que la proporción de mujeres que permanecen con su última pareja al momento de la encuesta disminuye a mayor número de parejas, sugiriendo el establecimiento de relaciones menos duraderas respecto de las mujeres que se mantienen con un sólo compañero sexual.

En cuanto a las parejas concurrentes, éstas se encuentran presentes en todas las trayectorias con dos parejas o más. Las proporciones de parejas concurrentes aumentan conforme se incrementa el número de parejas sexuales en la trayectoria, lo que coincide con lo documentado sobre parejas concurrentes en la literatura (Drumrigh, Gorbach y Holmes, 2004; Koumans, Farley y Gibson, 2001). Siguiendo los hallazgos sobre las principales trayectorias, a continuación se presenta una breve descripción de las mujeres en las cuatro trayectorias principales: Una sola pareja, Sólo dos parejas, Sólo tres parejas y Cuatro parejas y más.

2. Características demográficas de las mujeres según sus trayectorias sexuales

Las características demográficas de las mujeres que describen las principales trayectorias permiten comprender mejor la longitud y composición de la biografía sexual. La edad, la escolaridad, y si tiene alguna actividad económica contribuyen a generar una imagen breve del perfil de las mujeres en análisis; pero al mismo tiempo útil para comprender el sentido de la trayectoria respecto del riesgo de contraer VPH ya que se incorporó al análisis la variable de condición de displasias.

Las mujeres con una sola pareja sexual son mayormente pertenecientes al grupo de menores de 35 años, mayormente tienen baja escolaridad, ya que el 55.3% tiene algún grado de primaria o secundaria. Por otra parte el 59.1% de estas mujeres no tiene alguna actividad que les permita tener un ingreso propio, lo que las coloca como dependientes

económicos de su pareja, sugiriendo que éstas acumulan desventajas que limitan las posibilidades de plantear sus deseos y necesidades en las interacciones con su pareja. Sin embargo las mujeres con una sola pareja tienen una menor proporción de displasia respecto de las que tiene más parejas sexuales (Cuadro 7.2), lo que es congruente con lo descrito en la literatura respecto del número de parejas y los riesgos de tener VPH u otra ITS (Moscicki, 2005; Reina, Muñoz y Sánchez, 2008).

En tanto, el 58.2% de las mujeres con sólo dos parejas pertenece al grupo de menores de 35 años. La mayoría de las mujeres con esta trayectoria tienen una escolaridad baja, ya que el 53.8% tiene algún grado de primaria o secundaria. También el 52.0% tiene alguna actividad económica que les permite generar algún ingreso. Esto representa un aumento de la proporción de las mujeres que tienen una actividad económica, respecto de las mujeres con una sola pareja. Al mismo tiempo hay un aumento en la proporción de mujeres con displasias; ya que el 54.2% de éstas tienen displasia, sugiriendo una tendencia sobre el número de compañeros sexuales y el aumento de la presencia de VPH

Cuadro 7.2 Características demográficas según el número de pareja en la biografía sexual, ENHISEX, 2010.

	Sólo una pareja		Sólo dos parejas		Sólo tres parejas		Cuatro parejas o más	
	N=313	%=100	N=225	%=100	N=131	%=100	N=121	%=100
<i>Edad</i>								
Menores de 35 años	169	54.0	131	58.2	70	53.4	70	57.9
De 35 años y más	144	46.0	94	41.8	61	46.6	51	42.1
<i>Escolaridad</i> **								
Primaria/Secundaria	173	55.3	121	53.8	50	38.2	52	43.0
Media/Superior	140	44.7	104	46.2	81	61.8	69	57.0
<i>Ocupación</i> ***								
Sin actividad económica	185	59.1	108	48.0	45	34.4	42	34.7
Con alguna actividad económica	128	40.9	117	52.0	86	65.6	79	65.3
<i>Condición de displasias</i> ***								
Sin displasias	181	57.8	122	54.2	52	39.7	50	41.3
Displasias	132	42.2	103	45.8	79	60.3	71	58.7

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

La mayoría de las mujeres con tres parejas sexuales tiene menos de 35 años. El 61.8% tiene una escolaridad media o superior, el 65.6% realizaba alguna actividad económica, lo que parece establecer un perfil de mayor autonomía para estas mujeres. Aunque por otra parte el 60.3% tiene displasias cervicales. Es interesante señalar que el incremento en el nivel educativo y en la realización de alguna actividad económica, sugiere la posibilidad de establecer interacciones más equilibradas, al menos desde el plano económico con su compañero, lo que resulta contradictorio, ya que se esperaba que la escolaridad y que cierta independencia económica se comportaran como factores protectores frente al riesgo de contraer una ITS, aunque será necesario explorar a mayor profundidad cómo esta variable se relaciona con otras para explicar la condición de displasia.

Respecto de las características de las mujeres que tienen cuatro parejas y más, se identificó que el 57.9% pertenecen al grupo de menores de 35 años, que la mayoría de las mujeres tiene algún grado de educación media o superior, así como un 65.3% tienen alguna actividad que les permite tener un ingreso propio. Aunque estas mujeres tienen una mayor escolaridad y alguna actividad económica, un 58.7% de quienes describen esta trayectoria tienen displasias.

El número de parejas en la biografía sexual permite construir una cadena de eventos que suceden en una línea de tiempo, por lo que la presencia o ausencia de eventos (parejas sexuales) representan la intensidad (el quantum) en la trayectoria sexual, en tanto que la duración de cada una de las parejas sexuales representa el “tiempo”. Para establecer trayectorias típicas se consideró la dimensión de la intensidad o quantum. Dada la información de las historias sexuales de las encuestadas, se definieron cuatro trayectorias típicas: de pareja única, de dos parejas, de tres parejas o de cuatro o más parejas. Las mujeres con estas trayectorias son significativamente diferentes en su escolaridad, actividad económica y condición de displasia.

Las mujeres con trayectorias de pareja única tienen mayormente un perfil de amas de casa, dependientes económicos y con baja escolaridad. Esta trayectoria tiene una menor proporción de casos de displasia cervical. Esto apunta a que los riesgos que provocaron la infección dado el comportamiento y características de las mujeres con una sola pareja se pueden atribuir al comportamiento de sus compañeros sexuales. Por otra parte, las mujeres

con una trayectoria de dos parejas mayormente tienen baja escolaridad y realizan alguna actividad económica para tener un ingreso propio. Las mujeres con esta trayectoria presentan un aumento en la proporción de los casos de displasia pero no representan al grupo mayoritario.

La mayoría de las mujeres con una trayectoria de tres parejas tienen algún grado de escolaridad media o superior, así como un ingreso propio producto de la realización de alguna actividad económica; sin embargo hay una mayor presencia de casos de displasias. Estos mismos rasgos se agudizan en las mujeres con una trayectoria de cuatro o más parejas, lo que sugiere que la intensidad de la trayectoria está relacionada directamente con la presencia de displasias. En tanto que el incremento de la escolaridad y de la realización de alguna actividad económica puede relacionarse con un contexto de mayor autonomía y fortalecimiento del control de las mujeres sobre sus experiencias sexuales, a su vez favorece el que la intensidad de la trayectoria sea mayor.

Las distintas trayectorias permiten observar la dinámica de riesgo y prevención en el comportamiento sexual de las mujeres, ya que es el interjuego de la relación de pareja lo que da por resultado la conformación de trayectorias que concentran una mayor cantidad de riesgos para la adquisición de ITS. Las características de cada pareja, el tipo de relación y el uso de protección permiten ahondar en la dinámica al interior de la trayectoria así como en los comportamientos que incrementan o disminuyen el riesgo de contraer VPH.

3. Características de las transiciones de pareja de las mujeres con al menos dos parejas sexuales

En este apartado se presenta el análisis de algunas características básicas de las parejas contenidas en las diferentes trayectorias, las transiciones en el tipo de parejas y las condiciones de uso de condón en cada evento de la trayectoria. Las diferencias entre las parejas de las diversas trayectorias fueron significativas excepto para la cuarta pareja de la trayectoria de las mujeres con cuatro o más parejas.

3.1 Trayectoria con dos parejas

La primera pareja en esta trayectoria mayormente fue un novio formal, mientras que el 31.6% corresponde a pareja conviviente o esposo. La inmensa mayoría definió este tipo de relación como estable. En tanto que el 52.0% de las mujeres con esta trayectoria no usó condón nunca con esta pareja, un 23.1% dijo haberlo usado siempre. Por otra parte, la segunda pareja de las mujeres en esta trayectoria fue definida por el 42.7% como su pareja conviviente y por el 33.8% como su esposo, en oposición al 16.0% de quienes dijeron que era su novio formal. Esto sugiere que las mujeres transitaron a un contexto de mayor formalidad con su siguiente compañero. También la mayor parte de las mujeres con esta trayectoria declaró esta pareja como estable. Por otra parte el 47.1% nunca usó condón, el 13.8% lo usó siempre y el 24.4% lo usó algunas veces, muy probablemente utilizado como método anticonceptivo, más que como una forma de protección frente a las ITS (Cuadro 7.3). Al comparar las dos parejas es posible plantear que las mujeres pasaron de una relación de pareja donde el sexo tenía lugar de forma prematrimonial separado de la idea de casarse a un contexto de relaciones más formales en el marco de la conyugalidad, con un uso más inconsistente de protección.

3.2 Trayectoria con tres parejas

En esta trayectoria la principal descripción de la primer pareja fue la de novio formal, con un 46.6%, mientras que el 22.1% fue llamado esposo y el 18.3% pareja conviviente. El 85.5% describió a esta pareja como una relación estable. En tanto que el 56.5% nunca usó condón, sólo el 16.0% lo usó siempre (Cuadro 7.3). El comienzo de la trayectoria parece coincidir con el contexto menos formal y prematrimonial de la trayectoria anterior.

En la segunda pareja es posible identificar dos patrones de transición. Hay una disminución de la proporción de novio formal, que se refleja por un lado en el aumento del 27.5% en la categoría de pareja conviviente, mostrando una tendencia a un contexto más formal. Y por el otro lado, el incremento del 19.8% y el 13.7% en las categorías de novio informal y amigo respectivamente, apuntando a una tendencia a relaciones menos formales. Lo que coincide con la disminución al 65.5% de las mujeres que declararon a su segunda pareja como una relación estable; aunque sigue siendo mayoría este tipo de pareja, la diferencia es significativa respecto de la primera pareja. También hubo un incremento del uso

sistemático de protección, ya que 22.1% de las mujeres en esta trayectoria dijeron que usaron siempre condón (Cuadro 7.3), probablemente asociado a que aumentó la proporción de mujeres que percibieron esta relación de pareja como ocasional, aunque se mantiene una mayoría importante que nunca lo usó.

Cuadro 7.3 Transición de parejas en las mujeres con sólo dos parejas, sólo tres parejas y cuatro parejas y más, ENHISEX, 2010.

	Sólo dos parejas				Sólo tres parejas						Cuatro o más parejas							
	Primera pareja		Segunda Pareja		Primera pareja		Segunda Pareja		Tercera pareja		Primera pareja		Segunda Pareja		Tercera pareja		Cuarta pareja	
	N=225	%=100	N=225	%=100	N=131	%=100	N=131	%=100	N=131	%=100	N=121	%=100	N=121	%=100	N=121	%=100	N=121	%=100
<i>Con quién tuvo esa relación</i>		***		**		***		**		***		**		**		***		
Esposo	35	15.6	76	33.8	29	22.1	12	9.2	32	24.6	15	12.4	3	2.5	8	6.6	14	11.8
Pareja/Unión	36	16.0	96	42.7	24	18.3	36	27.5	60	46.2	12	9.9	20	16.5	24	19.8	35	29.4
Novio formal	119	52.9	36	16.0	61	46.6	35	26.7	25	19.2	65	53.7	43	35.5	38	31.4	26	21.8
Novio informal	30	13.3	9	4.0	15	11.5	26	19.8	1	0.8	15	12.4	25	20.7	23	19.0	14	11.8
Amigo	4	1.8	7	3.1	1	0.8	18	13.7	8	6.2	12	9.9	17	14.0	15	12.4	22	18.5
Compañero	1	0.4	1	0.4	0	0.0	2	1.5	1	0.8	0	0.0	7	5.8	9	7.4	1	0.8
Vecino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.5	0	0.0	0	0.0	2	1.7	1	0.8	2	1.7
Otro+	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	3	2.3	2	1.7	4	3.3	3	2.5	3	2.5
NR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.7
<i>Tipo de relación</i>		***		***		***		***		***		**		***		***		***
Estable	181	80.4	205	91.1	112	85.5	86	65.6	117	90.0	90	74.4	71	58.7	68	56.2	80	67.8
Ocasional	44	19.6	20	8.9	19	14.5	45	34.4	13	10.0	31	25.6	50	41.3	53	43.8	38	32.2
<i>Usó condón</i>		***		***		***		***		***		***		***		***		***
Siempre	52	23.1	31	13.8	21	16.0	29	22.1	17	13.1	20	16.5	28	23.1	32	26.4	24	20.2
Casi siempre	20	8.9	19	8.4	13	9.9	9	6.9	12	9.2	6	5.0	8	6.6	9	7.4	12	10.1
Algunas veces	22	9.8	55	24.4	19	14.5	17	13.0	31	23.8	14	11.6	12	9.9	10	8.3	18	15.1
Casi nunca	14	6.2	14	6.2	4	3.1	8	6.1	10	7.7	6	5.0	2	1.7	2	1.7	1	0.8
Nunca	117	52.0	106	47.1	74	56.5	68	51.9	60	46.2	75	62.0	71	58.7	68	56.2	64	53.8

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", "Exnovio", "Abonero" entre otros.

Nota: Cálculos propios

En la tercera pareja se observa un claro proceso de formalización, ya que el 46.2% era una pareja conviviente, el 24.6% esposo y el 19.2% era definido como novio formal. También se verifica un aumento en la proporción de mujeres que dijeron que era su pareja estable, ascendiendo al 90.0%. En cuanto al uso de protección, hay una disminución importante en el uso constante; ya que sólo el 13.1% dijo haber usado siempre condón y el 23.8% lo usó algunas veces; aunque la mayoría de las mujeres nunca usó condón (Cuadro 7.3).

La trayectoria de las mujeres con tres parejas sexuales describe un inicio menos formal - estable con un uso poco consistente de condón, la segunda pareja sugiere una transición hacia dos patrones, uno más formal hacia parejas convivientes y otro menos formal con parejas sexuales como novios informales y amigos, y aunque la mayoría sigue definiendo su relación como estable, hay una disminución importante de esta proporción. En la tercera pareja las mujeres describen un proceso de formalización, con un menor uso sistemático de condón.

3.3 Trayectoria con cuatro parejas o más

En la trayectoria con cuatro parejas o más, la primera pareja sexual, al igual que en las otras trayectorias es descrita mayormente como un novio formal, aunque desde el inicio de la trayectoria aparece la definición de esta pareja como un amigo con el 9.9%; sin embargo hay una menor proporción de mujeres que declararon esta relación de pareja como estable respecto del primer compañero sexual de las otras trayectorias ya que el 24.6% dijo que su primer pareja era de tipo ocasional. Respecto del uso de protección, se encontró que el 62.0% nunca usó condón, mientras que el 16.5% siempre usó condón (Cuadro 7.3). El inicio de esta trayectoria es menos formal y también menos estable que las parejas iniciales de las otras trayectorias.

El 35.5% de las mujeres con este tipo de trayectoria dijo que su segunda pareja era su novio formal, el 20.7% su novio informal y sólo el 19.0% su esposo o pareja conviviente, lo que coincide con una menor proporción de la categoría de pareja estable. La proporción de mujeres que siempre usó condón aumentó ligeramente con esta segunda pareja (Cuadro 7.3). La descripción de esta pareja sugiere que para el segundo compañero sexual las mujeres con una trayectoria de cuatro o más parejas se inclinan hacia relaciones menos formales y estables respecto de las otras trayectorias.

El tercer evento en la trayectoria fue definido mayormente como una pareja estable, con el 56.2%. Esta definición del tipo de pareja es congruente con una disminución de la categoría de novio formal, para dar paso a categorías como novio informal con el 19.0% y 12.4% fue determinado como amigo (Cuadro 7.3). Respecto del uso de protección, aunque la mayoría nunca usó condón con esta pareja, hay un aumento en la proporción de mujeres que dijo haberlo usado siempre, casi siempre y algunas veces. La cuarta pareja muestra un cambio en el tipo de relación, ya que el 29.4% dijo que era su pareja conviviente, el 11.8% era su esposo y el 21.8% dijo que era su novio formal. Lo anterior sugiere que la cuarta pareja en la trayectoria es más formal que las predecesoras; aunque sólo 67.8% señaló a esta pareja como un compañero estable. En este punto de la trayectoria hay un aumento en la proporción de mujeres que utilizaron protección en algún momento, aunque el 53.8% dijo que nunca ha usado condón con ese compañero. La trayectoria en su conjunto muestra una secuencia de parejas menos formales y estables, así como un mayor uso de condón con cada una de las parejas, aunque en términos generales su utilización es baja. La definición de la pareja como un amigo toma mayores proporciones durante el desarrollo de esta trayectoria respecto de las de otros tipos.

El inicio de todas las trayectorias es muy semejante, con un novio formal dentro de una relación estable, donde la mayoría de las mujeres nunca usó condón. Conforme aumenta el número de parejas en la trayectoria, se evidencia que hay dos tendencias en la sucesión de parejas, la primera es la de la formalización y estabilización con la siguiente pareja y la de relaciones menos formales con parejas subsecuentes. Es importante señalar que hay una mayor proporción de mujeres que dijeron que su compañero era su pareja conviviente, que si bien es un contexto formal y estable, la legalización de la unión es mucho menor conforme aumenta la intensidad de la trayectoria. Por otra parte, la trayectoria con mayor número de parejas no sólo acumula una mayor cantidad de riesgos para la adquisición de VPH que las otras trayectorias por la suma de más eventos en la biografía, sino por el uso inconsistente de protección, a pesar de que hay una mayor proporción de la percepción de que son parejas ocasionales y menos formales.

Capítulo 8. EL EVENTO MÁS RECIENTE EN LA TRAYECTORIA SEXUAL: LA ÚLTIMA PAREJA

La última pareja sexual representa el momento más reciente en la biografía sexual. Es el último punto registrado en la trayectoria al momento de la encuesta. El análisis de este punto en la historia individual permite conocer el resultado de la acumulación de experiencias en las interacciones previas (Tilly, 1978). En ese sentido, la diversidad y cantidad de experiencias contribuyen a que el resultado de la primera interacción con la última pareja sea diferente a lo registrado con la primera pareja sexual. Debido a esto, fueron excluidas del análisis en la primera parte de este capítulo las mujeres que sólo tuvieron una pareja sexual en su biografía.

Este capítulo está ordenado en tres secciones. La primera sección presenta las principales diferencias por cohorte de edad respecto del contexto de la relación, las características de la última pareja, algunos elementos que muestran desigualdades en la interacción con su compañero, así como las condiciones involucradas en la utilización de protección. En la segunda parte se analizan los mismos tópicos para identificar las principales diferencias según condición de displasia relacionada con cáncer cérvico-uterino. Mientras que en la tercera sección se presenta un modelo de regresión logística para explicar qué variables determinan la presencia o ausencia de displasia entre las mujeres encuestadas.

La aproximación al contexto del más reciente evento en la trayectoria sexual se hizo a partir de las siguientes variables: Tipo de relación que tenía con su compañero antes de iniciar la relación de pareja y dónde lo conoció, con el propósito de identificar el tipo de relación en la que se dio esta última experiencia sexual. El tiempo del cortejo -que como se mencionó en apartados anteriores se refiere al tiempo transcurrido entre que se conocieron e iniciaron la relación de pareja- y el período de familiarización – tiempo entre que iniciaron la relación de pareja y que tuvieron relaciones sexuales- se emplearon para aproximar el tiempo de desarrollo de la relación y las implicaciones con la confianza y los propósitos

que las mujeres tenían para tener relaciones sexuales la primera vez que estuvieron con esta pareja.

En cuanto a las características de la última pareja sexual, se utilizó el lugar que ocupa este evento en la trayectoria para identificar cómo se desarrolló la secuencia de parejas, así como su coincidencia con el número de parejas totales en la biografía. Además se analizó la percepción sobre la concurrencia de parejas, así como la percepción sobre la historia sexual de su compañero y la presencia de parejas concurrentes a esta última pareja sexual, lo que permite mostrar la acumulación de riesgos en la trayectoria de sus compañeros y la información que poseen las mujeres sobre éstos.

Las desigualdades culturales vinculadas al género que enfrentan las mujeres en sus interacciones sexuales se han relacionado con la falta de posibilidades de participar en encuentros sexuales más libres, satisfactorios y seguros (Herrera y Campero, 2002; Juárez y Gayet, 2005; Allen y Torres, 2008). Por ello, su exploración en la última pareja es fundamental para comprender las posibilidades de interacción de las mujeres en este momento de sus trayectorias. Para este propósito se utilizaron variables como: si su pareja la presionó para tener relaciones, quién inició las caricias sexuales, si ella disfrutó la primera relación, si cuando no quiere tener relaciones sexuales puede decirle a su pareja y cómo reacciona él frente a su negativa. Asimismo, se muestran las diferencias en el uso de protección durante el primer y el último encuentro sexual con esta última pareja.

En la última sección de este capítulo, se analiza el conjunto total de todas las mujeres con y sin displasia (con una o más parejas en la biografía) para explorar su asociación con ciertas características sociodemográficas y de comportamiento. Se presenta un análisis descriptivo y se aplica un modelo de regresión logística de la probabilidad de tener displasia o no en el cual se utilizan las siguientes variables: edad, escolaridad, número de parejas, concurrencia, si se protegió con condón durante toda la relación con la primera pareja, si considera que su última pareja tuvo otra pareja mientras estuvo con ella, para ver cómo se relacionan estas variables con la presencia o ausencia de displasias entre las mujeres encuestadas.

1. La última pareja sexual según edad

1.1 El contexto de la última pareja

Cómo se construyen las relaciones de pareja y con quiénes se vinculan las mujeres, no sólo responde a una elección personal de los individuos, sino que también está determinado en gran parte por las oportunidades de interacción social que las personas tienen en sus circunstancias de vida. La concurrencia a ciertos lugares de reunión, la escuela, el trabajo, algún club social o la específica preferencia religiosa determinan el marco en el cual se conocen a otras personas, por lo tanto a futuros compañeros emocionales y/o sexuales (Ferrand y Snijders, 1997). En el caso de las mujeres encuestadas, no se observan diferencias significativas entre los grupos de edad cuando se compara el lugar donde conoció a su último compañero sexual y el tipo de relación que mantenía con éste antes de ser pareja. El 50.6% de las mujeres menores de 35 años dijo que era su amigo y el 38.7% que era su novio, mientras que entre las mujeres que tenían 35 años y más la proporción de amigo fue del 44.0% y la de novio fue del 43.0%. Al mismo tiempo la mayoría de las mujeres en ambos grupos señaló que conoció a su pareja en el trabajo (Cuadro 8.1). Este resultado fortalece la idea de que es más probable relacionarse emocional y/o sexualmente con individuos que pertenecen a contextos donde hay una mayor oportunidad de interacción social, sin importar la edad de las mujeres involucradas.

El período de cortejo fue significativamente diferente entre los dos grupos. El 37.3% de las mujeres del grupo de menores de 35 años tuvieron entre 2 y 6 meses de cortejo, mientras que el 44.0% del grupo de mayor edad tuvieron un año y más para conocer a su pareja antes de establecer la relación (Cuadro 8.1). Al mismo tiempo las mujeres más jóvenes reportaron en mayor proporción un cortejo corto de menos de un mes. Esto podría sugerir un período de cortejo más tradicionalista entre las mujeres de mayor edad.

Por otra parte, el período de familiarización también fue significativamente menor para las mujeres más jóvenes debido a que el 43.9% dijo haber tenido relaciones sexuales a menos de un mes de haber iniciado la relación de pareja, en tanto que el 40.6% de las mujeres de la cohorte de más edad mencionaron que les tomó de 2 a 6 meses para tener relaciones

sexuales (Cuadro 8.1). En general, las mujeres en ambos grupos invirtieron menos tiempo entre que iniciaron la relación y tuvieron una relación sexual que en el cortejo.

Cuadro 8.1 Características del contexto de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=271	%=100	N=207	%=100
<i><u>Qué relación tenía con él antes de iniciar la relación</u></i>				
Novio	105	38.7	89	43.0
Amigo	137	50.6	91	44.0
Compañero	0	0.0	1	0.5
Familiar	9	3.7	11	5.3
Esposo/pareja	9	3.3	2	1.0
Vecino	10	3.7	11	5.3
Otro +	1	0.2	2	1.0
<i><u>Dónde lo conoció*</u></i>				
Escuela	26	9.6	8	3.9
Trabajo	99	36.5	94	45.4
Vecino	35	12.9	33	15.9
Por amigos	52	19.2	27	13.0
Por un familiar	22	8.1	14	6.8
Lugar público	34	12.5	26	12.6
Otro++	3	1.1	5	2.4
<i><u>Tiempo que lo conoció antes de ser pareja ***</u></i>				
Menos de 1 mes	82	30.3	44	21.3
De 2 a 6 meses	101	37.3	66	31.9
De 6 a 12 meses	11	4.1	6	2.9
1 año y más	77	28.4	91	44.0
<i><u>Tiempo entre que iniciaron la relación y tuvieron sexo ***</u></i>				
Menos de 1 mes	119	43.9	75	36.2
De 2 a 6 meses	114	42.1	84	40.6
De 6 a 12 meses	9	3.3	7	3.4
1 año y más	29	10.7	41	19.8

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", "Exnovio", "Abonero", entre otros.

++"Camión", "Prado", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

La disminución del tiempo de familiarización puede relacionarse con los motivos para tener relaciones sexuales. Más de la mitad de las mujeres en los dos grupos de edad mencionaron que su motivación principal para tener relaciones sexuales fue el deseo y/o excitación (Cuadro 8.2). Para cumplir este propósito no es necesario desarrollar una relación interpersonal larga y profunda a nivel emocional, por lo que no es necesario un cortejo y periodo de familiarización considerables. Aunque una tercera parte de las mujeres en ambos grupos declaró que lo hizo como una expresión de amor por su pareja, lo que mantiene la presencia del contexto romántico, aunque éste ya no es un rasgo definitivo del contexto de la relación como en la primera pareja, lo que sugiere una diferencia en las posibilidades de interacción sexual para las mujeres en este punto de su trayectoria.

Cuadro 8.2 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Motivación</i>	Menores de 35 años		35 años y más	
	N	%	N	%
Curiosidad/experimentación	23	8.5	14	6.8
Deseo/excitación	155	57.2	106	51.2
Expresión de amor por la pareja	83	30.6	82	39.6
Otro+	15	5.5	10	4.8
Le pidió una prueba de amor	4	1.5	3	1.4
Se sentía comprometida	6	2.2	8	3.9
Era el siguiente paso	5	1.8	7	3.4

+ "Deseaba tener un hijo", "Depresión", "Estaban ebrios", "Escapar de problemas familiares", "Tener una nueva ilusión", entre otros.

La variable sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales la primera vez es de respuesta múltiple por lo que las respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

Aunque el contexto de la relación todavía sigue estando permeado por el tipo romántico, las relaciones menos formales cobran relevancia. Cuatro de cada diez mujeres encuestadas describieron al novio como el tipo de pareja en su última relación sexual, y una porción importante de mujeres, alrededor del 50% reportó que la pareja era su amigo, lo que plantea la gestación de una relación dentro de un contexto menos formal y no romántico.

La relación de pareja surgió en un escenario de familiaridad, como el lugar de trabajo, donde la interacción en la vida cotidiana favorece el establecimiento de relaciones interpersonales con las personas que pertenecen a ese grupo.

El cortejo y el período de familiarización fue mayor en la primera pareja sexual (ver Cuadro 6.2) que con la última pareja sexual (ver Cuadro 8.1). Al mismo tiempo, las mujeres más jóvenes tienen tiempos de cortejo y familiarización significativamente menores que sus contrapartes de mayor edad. Esto puede explicarse en las motivaciones de estas mujeres para tener relaciones sexuales; ya que éstas señalaron que su principal razón para tener el encuentro fue el deseo y/o excitación del momento. Lo que no requiere del establecimiento de relaciones interpersonales profundas y de compromiso afectivo para tener relaciones sexuales. Esto sugiere diferentes posibilidades de la expresión de la sexualidad femenina en este punto de la trayectoria.

1.2 Características de la última pareja sexual según edad

El orden de la última pareja permite observar cómo se desarrolló la trayectoria de las mujeres en estudio. El orden de las parejas en ambos grupos es muy semejante, lo que muestra que las trayectorias de las mujeres menores de 35 años tienen una mayor intensidad, ya que acumulan la misma proporción de eventos en una línea de tiempo más corta. El 47.2% del grupo de menor edad señaló que su último compañero es su segunda pareja, así como el 44.4% del grupo de 35 años y más. El 29.2% y el 31.9% dijo que era su tercer pareja de las mujeres menores de 35 y las de 35 años y más respectivamente (Cuadro 8.3). Cerca del 5% (valor no presentado en los cuadros) para ambos grupos de edad, mencionó que su última pareja fue su primer compañero, situación que indica que la trayectoria de parejas sexuales tiene un desarrollo complejo, donde la secuencia de eventos no siempre es lineal, ni homogénea, sino que tiene idas y venidas no sólo entre las parejas sino en el sentido mismo de la historia con retornos a parejas del pasado.

La percepción sobre concurrencia de su último compañero está más acentuada entre las mujeres del grupo de menores de 35 años; ya que el 59.0% dijo que cuando estaba en esta

relación, él tenía otra pareja además de ella, respecto del 42.5% de las mujeres de más edad, diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 8.3). Por otra parte, la mayoría de las mujeres en ambos grupos desconoce la historia sexual de su compañero, aunque esta proporción es ligeramente mayor entre las mujeres jóvenes, lo cual podría ser un obstáculo importante en la construcción de la percepción de riesgo. La falta de conocimiento del número de parejas y por supuesto si se protegió o no antes con otras parejas, podría situar a la mujer en mayor vulnerabilidad de riesgos sexuales si asume que éstos no existen con su pareja sexual (Cuadro 8.3).

El fenómeno de la concurrencia femenina aparece en la última pareja sexual en una de cada diez mujeres en ambos grupos de edad. La presencia de parejas concurrentes, aunque ha sido un fenómeno poco documentado en las mujeres en investigaciones previas (Vinod y Bignami-Van y Assche, 2009), en este estudio se ha reportado en diferentes momentos de la trayectoria. La presencia de parejas concurrentes a la última pareja sexual en ambos grupos de edad muestra que éste no es un evento que esté relacionado con un momento específico de la trayectoria de pareja ni con la edad de las mujeres.

Cuadro 8.3 Características de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=271	%=100	N=207	%=100
<i>Orden de la última pareja en la historia sexual</i>				
1 +	15	5.5	10	4.8
2	128	47.2	92	44.4
3	64	23.6	56	27.1
4	29	10.7	24	11.6
5	19	7.0	13	6.3
6	6	2.2	6	2.9
7	7	2.6	4	1.9
8	2	0.7	1	0.5
19	0	0.0	1	0.5
20	1	0.4	0	0.0
<i>¿Cuándo usted estaba en esta relación, él tenía otras parejas además de usted?***</i>				
Sí	160	59.0	88	42.5
No	57	21.0	72	34.8
No sabe	54	19.9	47	22.7
<i>Antes de que esta pareja estuviera con usted.</i>				
<i>¿Cuántas parejas sexuales tuvo él?</i>				
Ninguna	18	6.6	14	6.8
De 1 a 3 parejas	86	31.7	81	39.1
De 4 a 50 parejas	41	15.1	27	13.0
No sabe	126	46.5	85	41.1
<i>Mientras estuvo en esta relación, usted tuvo otra pareja sexual</i>				
Sí	29	10.7	20	9.7
No	242	89.3	187	90.3

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

.+ En el desarrollo de las trayectorias se identificó que algunas de las mujeres regresan con su primera pareja.

Nota: Cálculos propios.

1.3 Algunas características de la relación con la última pareja que muestran desigualdades de género

La configuración de los roles y las prácticas sociales en torno al deber ser de hombres y mujeres genera que las mujeres enfrenten desventajas o dificultades para plantear sus necesidades, deseos o aspiraciones en la arena sexual (Juárez y Gayet, 2005). Estas desventajas se entrecruzan con otras como son la clase y la generación, que incrementan estas condiciones (Szasz, Rojas y Castrejón, 2008). En la encuesta se buscó identificar

algunos elementos que muestren las dificultades a las que se enfrentan las mujeres en la interacción sexual. Al indagar sobre estas condiciones se encontró que alrededor de diez por ciento de las mujeres en ambos grupos experimentó algún tipo de presión para tener su primer encuentro sexual con la última pareja (Cuadro 8.4).

Por otra parte el 11.4% de las mujeres menores de 35 años no disfrutó la primera relación sexual con esta pareja, en tanto que el 15.5% de las mujeres del grupo de mayor edad dijo lo mismo, aunque la diferencia entre los dos grupos de edad no es estadísticamente significativa. Al mismo tiempo se encontró que hay importantes diferencias en las posibilidades de participación en la interacción sexual con esta pareja. Por un lado, el 58.9% las mujeres de 35 años y más señaló que fue su compañero quién tomó la iniciativa para las caricias sexuales, mientras que el 52.4% de las mujeres jóvenes declaró que ambos tomaron la iniciativa (Cuadro 8.4). Esta diferencia, estadísticamente significativa, fortalece la hipótesis de que las mujeres de mayor edad tienen menos posibilidades de influir en el curso de las interacciones sexuales.

Otro elemento que aparece como fundamental para evaluar las desigualdades que enfrentan las mujeres en el plano sexual, es el que las mujeres puedan presentar sus deseos y hacerlos valer de alguna forma. A este respecto se les preguntó a las mujeres si cuando no querían tener relaciones, se lo decían a su pareja. Una proporción mayor del grupo de mujeres de la cohorte de más edad señaló que no le dice a su pareja cuando no desea tener relaciones sexuales (Cuadro 8.4)., es decir, que no son capaces de expresar sus deseos a su compañero. En tanto, aquellas que declararon que sí le decían a su pareja que no querían tener relaciones sexuales, enfrentaron una diversidad de reacciones. La mayoría de las mujeres en ambos grupos de edad dijo que su pareja la comprende. El 25% de las mujeres de 35 años y más no le dice nada, así como el 21% de las más jóvenes. Sin embargo, una proporción importante enfrentó reacciones adversas, particularmente las mujeres del grupo de mayor edad, el 23.3% dijo que su pareja se enoja y el 3% que la obliga y/o la golpea (Cuadro 8.4), lo cual representa un riesgo importante para la salud física, psicológica y sexual de estas mujeres.

Cuadro 8.4 Selección de algunas características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=271	%=100	N=270	%=100
<i><u>La presión su pareja para tener relaciones sexuales*</u></i>				
Sí	21	7.7	21	10.1
No	250	92.3	186	89.9
<i><u>Quién inició las caricias sexuales ***</u></i>				
Su pareja	112	41.3	122	58.9
Usted	17	6.3	9	4.3
Ambos	142	52.4	76	36.7
<i><u>Disfrutó la primera relación sexual *</u></i>				
Sí	240	88.6	175	84.5
No	31	11.4	32	15.5
<i><u>Cuándo no tiene ganas de tener relaciones, se lo dice a su pareja.</u></i>				
Sí	238	87.8	169	81.6
No	27	10.0	29	14.0
NR	6	2.2	9	4.3
	N=238	%=100	N=169	%=100
<i><u>Cómo reacciona él cuando se lo dice.</u></i>				
No dice nada	50	21.0	43	25.4
La comprende	141	59.2	80	47.3
Se enoja	44	18.5	39	23.1
La obliga/La golpea	1	0.4	5	3.0
Otro+	2	0.8	2	1.2

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Le insiste", "Nos ponemos de acuerdo", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

Para este punto de la trayectoria se esperaba que hubiera una mejora en las desigualdades de pareja que enfrentan las mujeres, y aunque hay una proporción importante que dijo tener más injerencia en la forma en que se dan las relaciones, llama la atención de que a pesar de la acumulación de experiencias a través de las diferentes parejas, una parte de las mujeres en ambos grupos de edad no sólo enfrentaron fuertes desigualdades que les impidieron

plantear sus deseos y necesidades en la arena sexual, sino que sufrieron coerción y violencia sexual. Esta situación de desventaja se acentúa entre las mujeres del grupo de mayor edad que posiblemente están influenciadas por contextos más tradicionales, donde la brecha de género es mayor que entre las jóvenes. Dentro del contexto más tradicional, donde el sexo es un espacio de dominio masculino, la sexualidad femenina queda supeditada a las posibilidades de la obligación o responsabilidad del placer del otro. Esta condición de débito sexual entre las parejas impide que las mujeres puedan expresar sus deseos y para quienes lo logran hacer y sus compañeros no están de acuerdo, éstos pueden hacer valer su supuesto legítimo derecho sobre ellas, incluso por medio de la fuerza física o psicológica. La presencia de estas condiciones en la relación de pareja no implica que las mujeres no quieran estar en esa relación o que ésta no tenga un contexto romántico-estable, lo que muestra la complejidad de las interacciones sexuales; ya que el sexo forzado aparece entrelazado con experiencias sexuales deseadas con la misma pareja (Szasz, 1998; Casique, 2006).

1.4 Uso de protección con la última pareja sexual

Respecto del uso de protección durante la primera relación sexual con el último compañero se encontró que 50.4% de las mujeres menores de 35 años utilizaron protección, mientras que sólo 36.4% de las mujeres mayores de 35 lo hicieron. Esta diferencia fue significativa estadísticamente, lo que contribuye a fortalecer la hipótesis de que las mujeres más jóvenes usan más protección respecto de las mujeres de mayor edad. Sin embargo, la proporción de mujeres de mayor edad que usaron protección en la primera relación sexual con el último compañero aumentó respecto de la primera relación sexual con su primer compañero sexual (Cuadro 8.5 y Cuadro 6.6). La mayoría de las mujeres en ambos grupos de edad dijo que ambos tomaron la decisión sobre el uso de protección en la primera relación sexual con la última pareja. Sin embargo, el 20.0% de las mujeres de mayor edad reportaron que fue su compañero quien tomó la decisión de usar protección, mientras que el porcentaje se reduce a 9.6% para las mujeres más jóvenes. Las experiencias de las mujeres de mayor edad indican nuevamente que viven un escenario más conservador y con poco control de la mujer sobre el uso de protección. A pesar de la acumulación de experiencia de parejas y sexual de la mujer, para un segmento de mujeres se mantiene cierto dominio de los varones en el encuentro. En otros casos, son las mujeres las que pueden introducir la prevención en

la interacción, aunque es necesario precisar que el uso de protección varía dentro de la misma relación en la trayectoria de parejas, así como los propósitos para usarla.

Cuadro 8.5 Características del uso de protección durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=271	%=100	N=207	%=100
<i>Usó protección***</i>				
Sí	137	50.4	76	36.4
No	134	49.6	131	63.6
	N=137	%=100	N=76	%=100
<i>Quien tomó la decisión **</i>				
Su pareja	13	9.6	15	20.0
Usted	32	23.5	22	29.3
Ambos	92	66.9	39	50.7
<i>Cuál fue la razón de uso**</i>				
Evitar embarazo	53	39.0	33	42.7
Evitar ITS_VIH/SIDA	16	11.8	16	21.3
Evitar ambos	68	49.3	27	36.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

En cuanto a la razón por la que las mujeres dijeron que utilizaron protección en la primera relación sexual con la última pareja, se encontró una diferencia significativa en las razones que expresaron los dos grupos de edad. Por un lado, la mayoría de las mujeres jóvenes querían evitar embarazos e ITS, y por el otro, la mayoría de las mujeres de 35 años y más su interés era evitar un embarazo. Aunque las más jóvenes incluyeron en su motivación evitar contraer una ITS, una proporción más amplia de mujeres mayores señalaron a las ITS como su principal preocupación para utilizar protección (Cuadro 8.5). El método de protección más usado por la mayoría de las mujeres fue el condón (Cuadro 8.6). Lo anterior sugiere un cambio en la percepción del riesgo y en la necesidad de implementar protección en este grupo de edad respecto del primer compañero sexual (Cuadro 8.5 y Cuadro 6.6), probablemente debido a la ganancia de la experiencia acumulada en la trayectoria de estas mujeres.

Cuadro 8.6 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Método</i>	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=136	%=100	N=75	%=100
Condomes	122	89.7	64	85.3
Pastillas	4	2.9	4	5.3
Inyecciones	2	1.5	0	0.0
Implante	2	1.5	1	1.3
Dispositivo intrauterino	6	4.4	3	4.0
Ritmo	0	0	1	1.3
Retiro	0	0	1	1.3
Otro	0	0	1	1.3

Nota: Cálculos propios.

1.4.1 Uso de protección en la última relación sexual con la última pareja

Los significados, los guiones y los escenarios en los que se desarrolla la interacción sexual con un determinado compañero, varían al cabo de la experiencia que se va ganando al interactuar con el otro actor, por lo que la forma en la que se desarrolla una relación a lo largo de su duración puede cambiar de un punto a otro. Siguiendo lo anterior se incluyeron algunas variables sobre el último encuentro sexual en la última relación de pareja para comparar con el inicio de las relaciones sexuales con este compañero (Cuadro 8.7).

El uso de protección en la última pareja sexual es significativamente más bajo en ambos grupos de edad en la última relación sexual comparada con la primera relación sexual en esta pareja. El 32.5% de las mujeres menores de 35 años utilizó protección durante su último encuentro sexual, y 19.3% de las del grupo de mayor edad (Cuadro 8.7), proporciones muchas menos elevadas de protección que en la primera relación sexual con esta pareja, 50.4% y 36.4% respectivamente (Cuadro 8.5). El descenso en la protección en la última relación sexual puede asociarse a cambios en la percepción de riesgo y a las circunstancias de la relación en ese punto de su desarrollo. En la protección de la última relación sexual con la última pareja se identificó que el 46.6% de las mujeres más jóvenes y 25% de las mujeres de mayor edad la utilizaron sólo para evitar un embarazo (Cuadro 8.5). Asimismo, la proporción de mujeres que utilizaron protección para evitan embarazos e ITS

son similares entre las mujeres de menor y mayor edad (37.5% y 40.0%). Los motivos para el uso de protección cambiaron de la primera a la última relación sexual en la última pareja; en la primera relación sexual las mujeres reportaron una mayor protección sólo para evitar el embarazo (Cuadro 8.5), lo que muestra importante cambio en el sentido de percepción de riesgo que motivó el uso de protección en ese momento de la historia de pareja.

Cuadro 8.7 Selección de algunas características del uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010.

	Menores de 35 años		35 años y más	
	N=271	%=100	N=207	%=100
<i>Usó protección***</i>				
Sí	88	32.5	40	19.3
No	183	67.5	167	80.7
<hr/>				
	N=88	%=100	N=40	%=100
<i>Cuál fue la razón de uso***</i>				
Evitar embarazo	41	46.6	10	25.0
Evitar ITS_VIH/SIDA	14	15.9	14	35.0
Evitar ambos	33	37.5	16	40.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

La disminución en el uso de protección y en los cambios en las razones para implementarla se pueden asociar a un incremento en la confianza, producto del desarrollo de la relación de pareja. Al inicio de la relación, la incertidumbre sobre si se cumplirán las expectativas iniciales, así como la desconfianza por la historia del otro, pueden estar detrás de la utilización de protección de las mujeres más jóvenes al inicio de relación, lo que las lleva a utilizar protección principalmente para evitar embarazos e ITS. El paso del tiempo y las interacciones en la vida cotidiana van generando inmunidad subjetiva (Douglas, 1996), es decir, que las preocupaciones de las mujeres se van diluyendo al sentirse dentro de la relación más estable ya que conocen más a su pareja y tienen menos incertidumbre sobre los propósitos de esa relación, por lo que no es necesario implementar protección para evitar un contagio y centrarse solamente en la posibilidad de un embarazo. Mientras que para las mujeres de más edad, la situación es opuesta. Iniciaron la relación con un bajo uso

de protección y principalmente preocupadas por un embarazo, que al paso del tiempo y de las interacciones con esta pareja parece haber encontrado elementos que despertaron la percepción de riesgo frente a las ITS.

En resumen, se puede decir que en general, la experiencia acumulada en trayectoria afecta el desarrollo de la última pareja, que las mujeres fueron mejores usuarias de protección y que pudieron tener mejores condiciones para plantear sus deseos en la arena sexual. Aunque en general esto se cumple, se encontraron algunas diferencias por edad en la última pareja que es importante señalar. En cuanto al contexto de la relación, ésta sigue permeada mayormente por el tipo romántico, aunque se muestra una tendencia hacia relaciones menos formales y no románticas. Esta relación de pareja surgió en un escenario de familiaridad, donde las interacciones de la vida cotidiana favorecen el establecimiento de relaciones con las personas que pertenecen a los mismos grupos sociales.

2. La última pareja sexual según condición de displasia

2.1 El contexto de la relación de la última pareja sexual

El contexto de la relación es muy semejante entre las mujeres que no tienen displasias y las que sí tienen, i.e., no existe una diferencia estadísticamente significativa. La relación surge en un contexto mixto, por un lado el 49.3% de las mujeres sin displasia formó una relación de pareja con un amigo, de la misma forma que el 50.2% de las mujeres con displasia. Por otro lado, el 41.8% del grupo de displasia y el 39.9% del grupo con displasia iniciaron su relación con su novio (Cuadro 8.8).

No hay gran variación respecto al sitio donde conocieron las mujeres con y sin displasia a su última pareja: la mayoría de las mujeres la conocieron en el trabajo, 38.7% y 41.9% respectivamente, el 19.6% de las mujeres sin displasia lo conocieron por sus amigos, mientras que el 18.2% de las mujeres con displasia lo conocieron por un vecino (Cuadro 8.8).

Cuadro 8.8 Selección de algunas características del contexto de la primera relación sexual con última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	No displasia		Displasia	
	N=225	%=100	N=253	%=100
<i><u>Qué relación tenía con él antes de iniciar la relación</u></i>				
Novio	94	41.8	101	39.9
Amigo	111	49.3	127	50.2
Compañero	0	0.0	1	0.4
Familiar	0	0.0	1	0.4
Esposo/pareja	9	4.0	12	4.7
Vecino	10	4.4	11	4.3
Otro +	1	0.4	0	0.0
<i><u>Dónde lo conoció*</u></i>				
Escuela	16	7.1	18	7.1
Trabajo	87	38.7	106	41.9
Vecino	22	9.8	46	18.2
Por amigos	44	19.6	35	13.8
Por un familiar	22	9.8	14	5.5
Lugar público	31	13.8	29	11.5
Otro++	3	1.3	5	2.0
<i><u>Tiempo que lo conoció antes de ser pareja</u></i>				
Menos de 1 mes	60	26.7	66	26.1
De 2 a 6 meses	75	33.3	92	36.4
De 6 a 12 meses	12	5.3	5	2.0
1 año y más	78	34.7	90	35.6
<i><u>Tiempo entre que iniciaron la relación y tuvieron sexo</u></i>				
Menos de 1 mes	94	41.8	100	39.5
De 2 a 6 meses	99	44.0	99	39.1
De 6 a 12 meses	8	3.6	8	3.2
1 año y más	24	10.7	46	18.2

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Maestro", "Cliente", "Jefe", "Vendedor", "Chat de internet", "Exnovio", "Abonero", entre otros.

++ "Camión", "Prado", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

De forma similar, no hay diferencias (no son estadísticamente significativas) entre el período de cortejo entre las mujeres con o sin displasia, 34.7% y 35.6% respectivamente

tuvieron un cortejo de un año y más. Para el período de familiarización (tiempo entre que inició la relación y tuvieron relaciones sexuales) la mayoría de las mujeres tienen una duración de menos de 6 meses en ambos grupos, 85.8% entre las mujeres que tuvieron displasia y 78.6% entre las mujeres con displasia (Cuadro 8.8). Respecto a las motivaciones para la primera relación sexual con su última pareja las mujeres con displasia manifestaron un poco más deseo y excitación que las mujeres sin displasia (Cuadro 8.9).

Cuadro 8.9 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Motivación</i>	No displasia		Displasia	
	N	%	N	%
Curiosidad/experimentación	19	8.4	18	7.1
Deseo/excitación	113	50.2	148	58.5
Expresión de amor por la pareja	80	35.6	85	33.6
Otro+	15	5.5	10	4.8
Le pidió una prueba de amor	4	1.8	3	1.2
Se sentía comprometida	6	2.7	6	2.4
Era el siguiente paso	5	1.8	7	3.4

+ "Deseaba tener un hijo", "Depresión", "Estaban ebrios", "Escapar de problemas familiares", "Tener una nueva ilusión", entre otros.

La variable sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales la primera vez es de respuesta múltiple por lo que las respuestas no suman el 100%.

Nota: Cálculos propios.

A partir de lo anterior es posible decir que el contexto de la relación de la última pareja es muy semejante en ambos grupos.

2.2. Las características de la última pareja sexual según condición de displasias

El orden de la última pareja sexual en la historia permite ver la posición que este evento ocupa en la trayectoria. El 52.9% de las mujeres sin displasia ubicó a esta compañero como su segunda pareja y el 20.0% dijo que fue su tercera pareja, en tanto el 39.9% de las mujeres con displasia señaló que su última pareja era su segundo compañero, el 29.6% dijo que era su tercera pareja y el 12.6% lo mencionó como su cuarta pareja (Cuadro 8.10). Esto indicaría que las mujeres con displasias tienen trayectorias más largas y complejas que las mujeres sin displasias, aunque las diferencias no fueron significativas.

Cuadro 8.10 Selección de algunas características de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	No displasia		Displasia	
	N=225	%=100	N=253	%=100
<i><u>Orden de la última pareja en la historia sexual</u></i>				
1+	12	5.3	13	5.1
2	119	52.9	101	39.9
3	45	20.0	75	29.6
4	21	9.3	32	12.6
5	16	7.1	16	6.3
6	5	2.2	7	2.8
7	5	2.2	6	2.4
8	2	0.9	1	0.4
19	0	0.0	1	0.4
20	0	0.0	1	0.4
<i><u>¿Cuándo usted estaba en esta relación, él tenía otras parejas además de usted?***</u></i>				
Sí	49	21.8	80	31.6
No	136	60.4	112	44.3
No sabe	40	17.8	61	24.1
<i><u>Antes de que esta pareja estuviera con usted, ¿Cuántas parejas sexuales tuvo él?</u></i>				
Ninguna	16	7.1	16	6.3
De 1 a 3 parejas	81	36.0	85	33.6
De 4 a 50 parejas	33	14.7	35	13.8
No sabe	95	42.2	117	46.2
<i><u>Mientras estuvo en esta relación, usted tuvo otra pareja sexual</u></i>				
Sí	20	8.9	29	11.5
No	205	91.1	224	88.5

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

.+ En el desarrollo de las trayectorias se identificó que algunas de las mujeres regresan con su primera pareja.

Nota: Cálculos propios.

Tal como se ha señalado en capítulos anteriores, la información de las parejas es fundamental para comprender la dinámica de riesgo dentro de la trayectoria puesto que hay muchos riesgos relacionados a lo que hace o hizo su compañero sexual (Herrera y Campero, 2002; Allen y Torres, 2008; Leyva y Caballero, 2009). En el último evento de la

historia al momento de la encuesta, se observa que hay una diferencia significativa en la percepción de parejas concurrentes de su compañero. Tres de cada diez mujeres del grupo con displasia sabe que su compañero ha tenido parejas concurrentes, mientras que sólo el 21.8% de las mujeres sin displasia tenía esa percepción. Esto apunta a que las mujeres con displasia tienen una mayor percepción de parejas concurrentes de sus compañeros, lo que incrementa su vulnerabilidad a presencia de infecciones de tipo sexual (Cuadro 8.10).

Respecto de la información que las mujeres tenían sobre la trayectoria sexual de su última pareja, se encontró el 42.2% de las mujeres sin displasia no saben cuántas parejas previas tuvo, y el 46.2% de las mujeres con displasia tampoco lo sabía. Lo que muestra que las mujeres sin importar su edad o condición de displasia no disponen de elementos que les permitan evaluar los riesgos que enfrentan al entrecruzar su trayectoria con cada compañero sexual, aun en el marco de relaciones estables y que han tenido un tiempo de cortejo y familiarización considerable. Sin embargo, la proporción de mujeres que desconoce la historia de su última pareja es menor que con su primer compañero sexual, lo que sugiere una mejora en el conocimiento de la pareja al cabo de la experiencia pasada (Cuadro 8.10 y Cuadro 6.11).

La concurrencia femenina apareció también con el último compañero, sin embargo, las diferencias entre las mujeres con y sin displasia no son estadísticamente significativas. El 8.9% del grupo sin displasias reportó que mientras estuvo en esta última relación tuvieron otra pareja, esta proporción fue ligeramente mayor entre las mujeres con displasia con un 11.5%.

Las mujeres con displasias reportaron un número de parejas mayor que las mujeres sin displasia. A esta situación, hay que agregarle el que éstas tienen una mayor proporción de mujeres que perciben que su pareja tuvo otras parejas simultáneamente mientras estuvieron en esta relación y que mayormente desconocen la historia sexual de su compañero (Cuadro 8.10), lo que sugiere que las mujeres con displasias son muy vulnerables a los riesgos acumulados en la trayectoria de su último compañero.

2.3 Desigualdades de género que permean la interacción con la última pareja sexual según condición de displasias

En esta sección se analizan cuatro variables relacionadas con aspectos de género vinculadas a distintos aspectos de la primera relación sexual con la última pareja: si la presionó su pareja para tener relaciones sexuales, quien inició las caricias sexuales y si disfrutó la primera relación sexual con esta última pareja. No existen diferencias entre las mujeres con displasia y sin displasia en estas variables (Cuadro 8.11). Cerca de nueve de cada diez mujeres en ambos grupos señaló que no experimentó ningún tipo de presión para tener relaciones sexuales con esta pareja, en alrededor de 5% de los casos la mujer inició las caricias sexuales, y la mayoría, alrededor de 85%, disfrutó la primera relación sexual con su última pareja. De forma similar que en la primera relación sexual con la primera pareja, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con y sin displasia. Sin embargo, el comportamiento de las mujeres sí ha variado en el tiempo. En la primera relación sexual con la primera pareja, alrededor del 21% sí fue presionada por su pareja para tener relaciones sexuales, sólo en 2% de los casos la mujer inició las caricias sexuales y el 50% de ellas disfrutó la primera relación sexual (Cuadro 6.12 y Cuadro 8.11).

Al analizar las posibilidades de plantear sus deseos en la arena sexual no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con y sin displasia, cerca del 85% reportó que cuando no tenía deseos de tener relaciones sexuales se lo dijo a su pareja (Cuadro 8.11). Sin embargo, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con y sin displasia en la reacción de la pareja. Cuando la mujer le planteó a su última pareja que no deseaba tener relaciones, un porcentaje mayor de las parejas de las mujeres con displasia comparadas con las parejas de las mujeres que no tienen displasia se enojaron (22% vs 19%) y las golpearon (3% vs 0.5%); sin embargo existe también una mayor proporción que reportan que las parejas las comprendieron (55% vs 54%) (Cuadro 8.11). En general, se puede considerar que las mujeres con displasia tienen mayores proporciones de reacciones adversas. Estas condiciones podrían incrementar la vulnerabilidad de estas mujeres frente a las infecciones de transmisión sexual; ya que no sólo enfrentan limitaciones sociales sobre el deber ser de su comportamiento en la arena sexual, sino que al no corresponder a lo esperado por sus parejas, éstas las obligan a través de la violencia física y sexual.

Cuadro 8.11 Selección de algunas características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	No displasia		Displasia	
	N=225	%=100	N=253	%=100
<i><u>La presionó su pareja para tener relaciones sexuales</u></i>				
Sí	22	9.8	21	8.3
No	203	90.2	232	91.7
<i><u>Quién inició las caricias sexuales</u></i>				
Su pareja	114	50.7	120	47.4
Usted	9	4.0	17	6.7
Ambos	102	45.3	116	45.8
<i><u>Disfrutó la primera relación sexual</u></i>				
Sí	197	87.6	218	86.2
No	28	12.4	35	13.8
<i><u>Cuándo no tiene ganas de tener relaciones, se lo dice a su pareja.</u></i>				
Sí	188	83.6	219	86.6
No	28	12.4	28	11.1
NR	9	4.0	6	2.4
	N=188	%=100	N=219	%=100
<i><u>Cómo reacciona él cuando se lo dice.**</u></i>				
No dice nada	50	26.6	41	18.7
La comprende	101	53.7	121	55.3
Se enoja	36	19.1	47	21.5
La obliga/La golpea	1	.5	6	2.7
Otro+	0	.0	4	1.8

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

+ "Le insiste", "Nos ponemos de acuerdo", entre otros.

Nota: Cálculos propios.

2.4 Uso de protección con la última pareja sexual según condición de displasias

El uso de protección es una variable fundamental para entender la dinámica de riesgo en la interacción sexual. La diferencia entre las mujeres con y sin displasia es estadísticamente significativa. El 42.2% de las mujeres sin displasia utilizó protección en la primera relación con su última pareja sexual así como también el 45.8% de las mujeres con displasia (Cuadro 8.12). El tipo de protección que usan las mujeres en la mayoría de los casos es el condón, 9 de cada 10 mujeres. Esta proporción ligeramente mayor de mujeres con displasia llama la atención, debido a que no se esperaba que las mujeres de este grupo fueran mejores usuarias de protección en este punto de la historia de parejas. En cuanto a quien tomó la decisión de utilizarla, se encontró que la mayoría de las mujeres en ambos grupo dijo que fueron los dos miembros de la pareja los que tomaron esta decisión. Sin embargo, un aspecto que es importante resaltar es que una proporción mayor de mujeres con displasia dijo que fueron ellas las que tomaron la decisión de uso (Cuadro 8.12).

El 46% de las mujeres con displasia argumentaron que la principal razón para utilizar protección fue para evitar un embarazo, comparado con las mujeres que no tienen displasia (33%). La razón de protección para evitar ITS_VIH/SIDA es más elevada entre las mujeres sin displasia que en las mujeres con displasia.

Cuadro 8.12 Selección de algunas características del uso de protección durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	No displasia		Displasia	
	N=225	%=100	N=253	%=100
<i>Usó protección*</i>				
Sí	95	42.2	116	45.8
No	130	57.8	137	54.2
<i>Quien tomó la decisión *</i>				
Su pareja	13	13.7	15	12.9
Usted	17	17.9	37	31.9
Ambos	65	68.4	64	55.2
<i>Cuál fue la razón de uso*</i>				
Evitar embarazo	31	32.6	53	45.7
Evitar ITS_VIH/SIDA	15	15.8	16	13.8
Evitar ambos	49	51.6	47	40.5

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

Las mujeres en ambos grupos utilizaron durante su primera relación sexual con su última pareja mayormente condones como método de protección (Cuadro 8.13), aunque se presenta un menor uso de condón en las mujeres con displasia. Este método ofrece protección contra las principales preocupaciones de las mujeres, las cuales estuvieron centradas en el embarazo y en la prevención de ITS (Cuadro 8.12).

Cuadro 8.13 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

<i>Tipo de Método</i>	No displasia		Displasia	
	N=95	%=100	N=116	%=100
Condomes	86	90.5	100	86.2
Pastillas	4	4.2	4	3.4
Inyecciones	1	1.1	1	0.9
Implante	1	1.1	2	1.7
Dispositivo intrauterino	3	3.2	6	5.2
Ritmo	0	0.0	1	0.9
Retiro	0	0.0	1	0.9
Otro	0	0.0	1	0.9

Nota: Cálculos propios.

2.4.1 Uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de la trayectoria al momento de la encuesta

Al comparar el uso de protección durante la primera relación sexual y la más reciente con la última pareja, lo que llama principalmente la atención es que la proporción de mujeres que utilizaron protección durante el último encuentro sexual con el más reciente compañero baja de forma importante. El 77.2% de las mujeres sin displasia no utilizó protección mientras que el 69.6% de las mujeres con displasia hizo lo mismo (Cuadro 8.14). Sin embargo la proporción de mujeres que dijeron utilizarla fue más alta entre las mujeres de displasias. Esta diferencia en el uso de protección es significativa a nivel estadístico.

Las mujeres sin displasia en este punto de su historia estaban principalmente preocupadas por evitar un embarazo; el 44.2% de las mujeres dijo haberla utilizado para evitar un embarazo y el 38.5% señaló que la usó para evitar embarazos e ITS, mientras que el 39.0% de las mujeres con displasia quería evitar ambos y el 24.7% la utilizó solo para prevenir

ITS y/o VIH (Cuadro 8.14). Lo anterior muestra un cambio en el sentido de la percepción de riesgo de las mujeres encuestadas, principalmente entre las mujeres con displasia.

Es importante señalar que este cambio en la percepción de riesgo de las mujeres con displasia en la última pareja, así como el incremento en el uso de protección con esta pareja, se puede relacionar con el diagnóstico de las lesiones cervicales y la noticia de que son producto de una infección de transmisión sexual. Es probable que este evento que haya causado un efecto importante en la dinámica de la relación con la última pareja, no sólo a nivel de protección, sino en la forma que las mujeres experimentan la vivencia de su sexualidad.

Cuadro 8.14 Selección de algunas características del uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.

	No displasia		Displasia	
	N=225	%=100	N=253	%=100
<i>Usó protección**</i>				
Sí	52	22.8	77	30.4
No	173	77.2	176	69.6
<hr/>				
	N=52	%=100	N=77	%=100
<i>Cuál fue la razón de uso***</i>				
Evitar embarazo	23	44.2	28	36.4
Evitar ITS_VIH/SIDA	9	17.3	19	24.7
Evitar ambos	20	38.5	30	39.0

*** Significativo al 1% (p<0.01); ** al 5% (p<0.05) y * al 10% (p<0.10).

Nota: Cálculos propios.

El contexto de la relación con la última pareja es semejante entre los grupos, mujeres con y sin displasia. El contexto tiene una tendencia mixta. Por un lado aparece un contexto no romántico- no formal y por el otro uno de tipo romántico. La formación de estas parejas surgió en grupos sociales semejantes, como el trabajo, amigos o vecinos. El tiempo de cortejo y de familiarización fue más breve entre las mujeres que tenían displasia, lo cual puede vincularse con que la principal motivación para tener relaciones que fue el deseo y la excitación, aunque se mantiene en una proporción importante la expresión de amor por su pareja, reafirmando el patrón mixto del contexto de la relación. En general, las mujeres en

ambos grupos desconocen la trayectoria sexual de su pareja, aunque las mujeres con displasia comparadas con las que no la tienen presentan una mayor proporción que perciben que su compañero ha tenido otras parejas de forma simultánea. Esta proporción se acentúa entre las mujeres con displasia, quienes además tienen una trayectoria más larga que la de las mujeres sin displasia, lo que incrementa los riesgos de contraer una ITS. Aunque la mayoría de las mujeres experimentaron menos dificultades para expresar sus deseos y mantenerlos con esta última pareja, una parte de las mujeres con displasia no sólo enfrenta serias dificultades para expresarse y hacer valer su posición en la interacción, sino que además cuando lo expresa, recibe violencia física y sexual de su pareja, lo que al coligarse con lo anterior aumenta la vulnerabilidad frente al riesgo de ITS a causa de su compañero.

El uso de protección experimenta cambios a lo largo de la duración de la relación con la última pareja. Al principio las mujeres sin displasia tenían un mayor uso de condón para prevenir ITS, el cual disminuye para el último encuentro, principalmente para evitar un embarazo. Lo anterior se relaciona con el desarrollo de la confianza y la percepción de estabilidad de la pareja. En cambio las mujeres con displasia que iniciaron con un bajo uso de protección principalmente asociado con la prevención del embarazo, hacia el último evento el principal motivo para utilizar protección mostraba una mayor tendencia a evitar ITS. Esto puede explicarse por el impacto que produjo el diagnóstico de displasias cervicales y la presencia de la infección por VPH en su dinámica de pareja

A partir de lo anterior es posible concluir que se observaron diferencias entre los grupos por edad y por displasias asociadas a la acumulación de experiencia en la trayectoria. No obstante, en general las condiciones del contexto, de las relaciones de género y de protección mejoraron para ambos grupos, aunque se mostró que las mujeres con displasia y con mayor edad enfrentan condiciones menos favorables que sus contrapartes.

En la siguiente sección se presenta el modelo de regresión logística que explica qué factores en la trayectoria de las mujeres están asociados a la presencia de displasias en las mujeres bajo análisis.

3. Factores asociados a la presencia de displasias cervicales

La aplicación de un modelo de regresión logística permitió ver la asociación de ciertos factores con la presencia de displasias en la población de mujeres seleccionadas. El tipo de relación, así como la intensidad de la misma, entre las variables del modelo permiten explorar las condiciones que incrementan el riesgo de tener una displasia.

De acuerdo a la discusión teórica, la literatura previa, la evidencia recabada durante los capítulos anteriores y a las hipótesis del trabajo, los factores que incrementan el riesgo de tener una displasia, son los siguientes:

- Tener más de 25 años
- Tener baja escolaridad
- Tener tres o más parejas sexuales
- Tener una pareja concurrente
- Nunca haber usado condón durante la primera pareja sexual.
- Tener la percepción de que su pareja ha tenido parejas concurrentes.

Estos factores fueron operacionalizados en variables que pudieran incluirse en un modelo explicativo, con categorías definidas y mutuamente excluyentes (Cuadro 8.15 y Cuadro 8.16). Con el fin de controlar el comportamiento de la muestra por edad, dada la fuerte influencia que esta variable ha mostrado a lo largo del análisis, se incluyó una variable categorizando la edad de las mujeres al momento de la encuesta como una variable independiente más en el modelo.

Cuadro 8.15. Resumen de los casos analizados en el modelo de regresión logística.

	N=790	%=100
<u>Displasia/No displasia</u>		
Displasia	405	51.3
No displasia	385	48.7
<u>Edad</u>		
Menores de 25 años	196	24.8
De 25 - 35 años	244	30.9
De 35 y más	350	44.3
<u>Escolaridad</u>		
Primaria/Secundaria	427	54.1
Bachillerato/Superior	363	45.9
<u>Número de parejas</u>		
Una	312	39.5
Dos	226	28.6
Tres y más	252	31.9
<u>Pareja concurrente</u>		
Sin pareja concurrente	722	91.4
Con pareja concurrente	68	8.6
<u>Alguna vez usó condón en la primera relación</u>		
Uso	460	58.2
No uso	330	41.8
<u>Cree que su última pareja le fue infiel</u>		
Sí	193	24.4
No	404	51.1
NR	193	24.4

Nota: Cálculos propios.

3.1 Resultado de la aplicación del modelo

El modelo de regresión logística binaria resultó significativo en términos globales, aunque el porcentaje de casos que logra explicar es bajo, de acuerdo al coeficiente de Nagelkerke (.114). El porcentaje total de clasificación correcta de casos observados y casos predichos es alto (.61), la clasificación en sí es aún mejorable de acuerdo a lo observado.

Cuadro 8.16 Factores que inciden en la presencia de displasias en mujeres que acuden a los servicios de salud del D.F. (Modelo de regresión logística), 2010.

Variable	Categorías	B	Exp (B)	Sig. (P<0.05)
<i>Edad</i>				
	0= Menores de 25 años			0.00
	1 = 25 - 35 años	0.451	1.569	0.03
	2= De 35 y más	0.802	2.23	0.00
<i>Escolaridad</i>				
	0=Primaria/Secundaria			
	1=Bachillerato/Superior	-0.424	0.65	0.01
<i>Número de parejas</i>				
	0=Una			0.00
	1=Dos	0.136	1.15	0.46
	2=Tres y más	0.674	1.96	0.00
<i>Pareja concurrente</i>				
	0=Sin concurrente			
	1=Con concurrente	0.059	1.06	0.84
<i>Usó condón con la primera pareja sexual</i>				
	0=Nunca usó			
	1=Alguna vez usó	-0.378	0.69	0.02
<i>Cree que su última pareja le fue infiel</i>				
	0= No			0.00
	1 = Sí	0.621	1.86	0.00
	2= NR	0.723	2.06	0.00
Log. Verosimilitud	1003.755			
X ² del modelo	0			
Pseudo R2 (Nagelkerke)	0.114			
% predicción correcto	61			
Casos analizados	774			

Los momios expresados en la función exponencial de los coeficientes estimados por el modelo, permiten identificar el sentido de la relación entre las categorías de las variables independientes y las categorías de la variable dependiente, con respecto a la categoría de referencia y considerando el efecto de cada variable independiente mientras el resto permanece constante.

La única variable independiente que no resultó ser estadísticamente significativa fue el que la pareja fuera concurrente, pero hay que hacer notar que esto se puede deber al número de casos tan pequeño de la muestra que reportaron concurrencia (Cuadro 8.16).

El modelo logístico controla por las 6 covariables seleccionadas para el análisis y muestra que la probabilidad de tener una displasia está asociada a tener más de 25 años. Asimismo, las mujeres de menor escolaridad presentan un mayor riesgo de tener la displasia que las mujeres de mayor escolaridad (Cuadro 8.16)

En cuanto al comportamiento sexual, se observa que tener tres o más parejas sexuales comparado con tener 1 sola pareja sexual casi duplica los momios de que la mujer presente una displasia. Y haber usado alguna vez condón con la primera pareja sexual reduce las posibilidades de presentar una displasia (Cuadro 8.16).

La percepción de la mujer de que su última pareja sexual le haya sido infiel aumenta la posibilidad de tener una displasia (1.86 momios de creer que sí fue infiel versus 1.0 de no ser infiel). Es interesante observar que la percepción de la mujer de la infidelidad se asocia claramente con el riesgo de VPH, siendo mayor el riesgo de displasia en aquellas que no están seguras que su pareja les haya sido infiel (Cuadro 8.16).

Los resultados del modelo muestran una asociación de ciertos factores asociados a la presencia de displasia, y confirman las hipótesis propuestas de riesgo para tener lesiones asociadas a VPH: a mayor edad de la mujer, menor escolaridad, a un mayor número de parejas sexuales, a no uso de condón con la primera pareja sexual y cuando las mujeres perciben que su pareja ha tenido otras parejas además de ellas.

Lo anterior cobra relevancia a la luz del diseño de políticas públicas ya que se requiere que se incentive el uso correcto y sistemático del condón con cada pareja sexual, a través del diseño e implementación de campañas orientadas a la población femenina, a fin de fortalecer las posibilidades de prevención de las mujeres para que puedan disfrutar plenamente de su derecho a la salud sexual

Conclusiones

La investigación realizada ofrece un aporte original en el campo de los estudios de población y salud. Se obtuvo información novedosa para el análisis cuantitativo sobre los actores que pueden asociarse a displasias derivadas del VPH en mujeres mexicanas. Como parte de la información recolectada, destaca la historia sexual de las mujeres y algunas características de sus compañeros sexuales como datos relevantes para comprender las diferencias entre las mujeres que padecen la displasia y las mujeres que no la padecen. Haber accedido a los servicios públicos de salud permitió tener una aproximación de tipo cuasi experimental, contando con un grupo de intervención y uno de control.

Principales hallazgos

La investigación encontró que existen diferencias sociodemográficas entre las mujeres con y sin displasia. Esto sugiere que las desventajas asociadas a la pobreza, baja escolaridad y mayor edad, conforman un marco propicio para que las mujeres desarrollen displasias asociadas a VPH. Sin embargo estas características no representan el mayor elemento de influencia para la presencia de este tipo de lesiones. Las decisiones individuales y el marco de oportunidad de esas decisiones definen el desarrollo de trayectorias sexuales que desembocan en la adquisición de displasias asociadas a VPH. De esta forma, la utilización de condón, el número de compañeros sexuales y la percepción de pareja concurrente definen el desarrollo de dichas trayectorias, así como las posibilidades de tener o no una displasia.

En capítulo 5 se presentó el análisis general sobre la primera relación de pareja. Allí se vio que las mujeres mayores tuvieron su primera relación sexual en el marco de una pareja estable, el esposo, en mayor proporción que las mujeres más jóvenes. Las jóvenes, en contraste, iniciaron en mayor grado con su novio. Un hallazgo fundamental se refiere al número de parejas sexuales acumuladas; las jóvenes superan ampliamente a las mayores, aún cuando el tiempo transcurrido fue menor. Sin embargo, cabe aclarar que una proporción importante en ambos grupos de edad tuvo una sola pareja en su vida. En el capítulo 6 se analizó con más detalle la primera relación sexual. Destaca que las mujeres más jóvenes tienen un inicio sexual más temprano que las mayores, y esperan menos

tiempo entre que conocen al compañero e inician una relación de pareja, y entre que inician la relación de pareja y comienzan la vida sexual. Respecto a las motivaciones para tener la primera relación sexual, las más jóvenes se caracterizan por justificaciones a partir de emociones menos tradicionales (curiosidad, experimentación, deseo, excitación). Las mujeres mayores, en cambio, exponen motivos como amor, prueba de amor, compromiso. Un aspecto crucial que incrementa la probabilidad de transmisión de infecciones sexuales es tener parejas simultáneas. Al respecto, las mujeres mayores y las mujeres con displasia expresaron en mayor proporción la creencia de que su pareja tenía al mismo tiempo al menos alguna otra pareja sexual. Menos de la mitad de las mujeres usó algún tipo de protección en la primera relación sexual. Entre las que usaron, casi todas dijeron haber utilizado condón. Las mujeres con displasia usaron un poco menos protección que las que no tenían displasia, y su motivo fue principalmente evitar un embarazo. La mayoría de las mujeres sin displasia dijo haber utilizado protección para evitar tanto un embarazo como una ITS.

El capítulo 7 presentó una descripción de las trayectorias de parejas sexuales, para aquellas mujeres que tuvieron más de una pareja. Se mostraron los cambios respecto a las características entre la primera, la segunda, la tercera, y las subsiguientes parejas. Se identificaron cuatro tipos de trayectorias a partir de la frecuencia de compañeros sexuales. El número de parejas sexuales es el elemento más importante en la acumulación de riesgos relacionados a la presencia de lesiones cervicales, por lo que las mujeres con una trayectoria de pareja única presentan la menor proporción de casos de displasia. En el caso de estas trayectorias, la presencia de displasias/VPH se asoció al comportamiento de su compañero sexual. Las trayectorias analizadas estuvieron compuestas principalmente por parejas monógamas seriadas, con compañeros definidos como parejas estables, aunque la formalidad de la relación fue menor conforme aumentó el número de compañeros a lo largo de la historia. En la trayectoria, se va pasando de tener un novio como primera pareja sexual hacia relaciones de unión (consensual o formal) en las siguientes parejas. Respecto al tipo de unión (estable u ocasional), la mayoría dice haber tenido relaciones estables. Sin embargo, cabe señalar que a medida que aumenta el orden de pareja, se incrementa la proporción de mujeres que considera que su pareja es estable. La última pareja suele tener las proporciones mayores de estabilidad.

Las trayectorias de sólo dos parejas, sólo tres parejas y cuatro parejas y más aumentaron la proporción de casos de displasias conforme aumentaban el número de compañeros sexuales. Aunque el uso de condón es relativamente bajo en cualquier orden de pareja y se debe principalmente a su utilidad como método anticonceptivo, conforme se incrementó el número de parejas sexuales en las distintas trayectorias, hubo un aumento en su utilización.

Finalmente, en el capítulo 8 se mostró, en primer lugar, el análisis de la última pareja sexual. En la primera relación sexual con la última pareja se encontró que todas las mujeres que tuvieron al menos dos parejas sexuales expresaron mejoras en el contexto de la relación, así como mayores posibilidades de participar en el curso de acción de la interacción sexual. Esta mejoría fue más sensible para las mujeres más jóvenes y para el grupo sin displasias. Sin embargo, el uso de protección presentó diferencias significativas al comparar por edad y por condición de displasia. Las mujeres más jóvenes presentaron al inicio de la relación una mayor proporción de uso de protección, la cual descendió para la última vez que estuvieron con ese compañero, esto debido a la percepción de estabilidad de la relación y al desarrollo de la confianza. En comparación, las mujeres del grupo de mayor edad incrementaron el uso de protección entre la primera y la última relación con la última pareja sexual, también producto de un cambio en el sentido de la percepción de riesgo, que al inicio estaba orientada a evitar embarazos y hacia el final estaban interesadas en evitar ITS, esto mismo ocurrió con las mujeres con displasia. Este cambio en la percepción de riesgo entre las mujeres con displasia se asoció con el reciente diagnóstico de lesiones cervicales en estos grupos. Por último, el capítulo 8 presentó los resultados del modelo logístico, que comparó características de las mujeres con y sin displasia. Se observa que las mujeres de mayor edad tienen mayor probabilidad de estar en la categoría de displasias, como era lo esperado, dado que tuvieron mayor tiempo para que se desarrollara el cáncer. Entre las menos educadas hubo una mayor propensión a tener displasia. Tener tres o más parejas incrementó el riesgo de tener displasia, comparadas con las que tuvieron sólo una pareja. El uso de condón con la primera pareja sexual se asoció a tener o no displasia. Aquellas que señalaron que nunca usaron condón con su primera pareja incrementaron la probabilidad de tener displasia. Asimismo, percibir que la última pareja le era infiel incrementó la probabilidad de tener displasia.

A partir del estudio sobre la calidad de la atención en el centro de salud incluido en esta investigación se obtuvieron hallazgos complementarios. La percepción general de las mujeres es que la atención es buena. Facilita también la asistencia al centro de salud el hecho de que el personal que realiza las pruebas es de sexo femenino. Sin embargo, hay algunos obstáculos que podrían ser superados. La falta de algunos materiales, y especialmente de medicamentos, puede contribuir a desalentar el diagnóstico oportuno y el tratamiento exitoso.

Limitaciones y alcances

Estos hallazgos deben ser entendidos en el marco de las limitaciones que el diseño de este estudio implica. La investigación se realizó en un grupo seleccionado de mujeres que pertenecen a un contexto urbano, por lo que no pueden ser generalizadas y pierden fuerza estadística. La capital del país tiene condiciones privilegiadas de infraestructura y cobertura en salud, lo cual favorece que las posibilidades de tener acceso a los programas de detección y tratamiento de las lesiones relacionadas a VPH/cáncer cérvico-uterino sean mayores. Al mismo tiempo, este espacio incrementa el tipo y variedad de fuentes de información al que tienen acceso las mujeres, debido a esto, el marco de oportunidad para los habitantes de esta ciudad ofrece diversos cursos de acción, así como apoyo mayor institucional en caso de contraer una infección de tipo sexual. Aún en este espacio privilegiado económica y políticamente, se encontraron elementos que contribuyen a limitar las posibilidades de las mujeres tengan acceso a medicamentos y servicios de salud de buena calidad, donde se les preste atención sensible y oportuna acerca de la infección por VPH y sus consecuencias.

En cuanto a las limitaciones técnicas, es importante señalar, que no fue posible hacer exámenes de detección de ADN viral para verificar que las encuestadas no tuvieran infección por VPH de forma asintomática, o que no hubieran tenido previamente VPH de curación espontánea. Tampoco se pudo determinar si tenían alguna otra ITS que cursara de forma subclínica. Esto implica que existe la posibilidad de haber incluido casos que tuvieran alguna ITS o hubieran tenido alguna en el grupo de contraste, lo que disminuye la fuerza de las asociaciones estadísticas. Para minimizar los sesgos, se buscó el apoyo de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras para seleccionar los grupos que formaron

la muestra, quienes realizaron exhaustivas revisiones clínicas e implementaron la técnica de tinción de solución de ácido acético para mejorar el valor predictivo de la prueba de Papanicolaou y para mejorar nuestra aproximación a la correcta identificación de los casos.

El instrumento aplicado se desarrolló a partir de múltiples pruebas y de una investigación cualitativa previa. Se diseñó con el objetivo de comprender el desarrollo de la biografía sexual, el contexto de la experiencia en el plano sexual, el tipo de parejas, las estrategias de prevención y la percepción de riesgo frente a las ITS. Este instrumento tenía una extensión considerable, debido a todos los aspectos que tenía que indagar, por lo que sólo fue posible profundizar en algunos puntos de la trayectoria de parejas, limitando la comprensión de las transiciones entre las parejas, el contexto de cada relación y las dificultades que enfrentaron la mujeres para utilizar protección con cada compañero. El esfuerzo por recabar información sobre las parejas sexuales, estuvo centrado en las parejas heterosexuales, por lo que no fue posible captar información sobre el comportamiento, prácticas, duración, tipo de relación y percepción de riesgo frente a las ITS con las parejas del mismo sexo.

Tareas pendientes: retos y posibilidades

Los recortes necesarios para acotar los objetivos de investigación y la novedad de estos hallazgos plantean preguntas y tareas por resolver. Queda pendiente investigar sobre el intervalo de tiempo entre cada pareja; ya que este período está relacionado con la transmisibilidad de las ITS, ya que si se adquiere una infección con una pareja, si hay un intervalo variable de tiempo, las infecciones como gonorrea, candida, tricomonas, entre otras, pueden ser tratadas y resueltas antes de iniciar una nueva relación. En cambio, la posibilidad de transmitirla a otra pareja se hace mayor si el intervalo de tiempo entre las parejas es menor.

También queda pendiente indagar sobre la presencia de parejas concurrentes en la trayectoria de las mujeres, sus características y el efecto del entrecruzamiento con la historia de su pareja, la percepción de riesgo frente a las ITS, la utilización de protección, tipos de parejas, duración en la trayectoria de estas mujeres, investigar si es un fenómeno que se presenta de forma recurrente a lo largo de la biografía o si se presenta de forma única, debido a las circunstancias de las parejas o del momento en el curso de vida. Estas

interrogantes serán motivo de posteriores investigaciones, así como la pertinencia de comparar y contrastar los resultados de esta investigación con otros estudios.

Este estudio encontró que las mujeres son vulnerables a los riesgos adquiridos previamente en la trayectoria de su compañero, el cual, en una sociedad con profundas desigualdades y discursos opuestos sobre la sexualidad, favorece que los varones sean impulsados a correr más riesgos en el plano sexual. Aun cuando las mujeres reconocen prácticas de riesgo en el comportamiento de sus parejas, las mujeres se mantienen en estas relaciones debido a que culturalmente se les orienta a tener relaciones sexuales en un contexto romántico de pareja monógama y bajo un esquema de confianza. Debido a esto, las mujeres mayormente desarrollan trayectorias de parejas seriadas exclusivas, en contextos de tipo romántico estable, con un bajo uso de condón, que se relaciona principalmente al desarrollo de la confianza y al deseo de controlar su fecundidad. Aunado a esto, las mujeres mostraron que un curso de acción común en las trayectorias es la disolución de la relación de pareja cuando no satisface sus expectativas y/o las de su compañero; por lo que las mujeres pasan de una relación estable a otra. Así, se van configurando trayectorias más largas y complejas, favoreciendo el riesgo de adquirir VPH y/o otras ITS al sumar más parejas sexuales a su biografía sexual. Por esto, sería importante orientar a las mujeres para que mantengan controles frecuentes para detectar oportunamente las infecciones y evitar sus consecuencias.

Se ha identificado que las vidas de estas mujeres transcurren en riesgo, por un lado los acumulados por sus parejas y por otro, los que ellas mismas acumulan. Por ello es importante diseñar campañas que se enfoquen en la importancia de las decisiones individuales que conforman las trayectorias. Los mensajes deben enseñar que no decidir es una decisión que puede llevar a un aumento de las posibilidades contraer una infección, y deben promover la inclusión del condón como parte de la vida íntima de las personas, en una suerte de interjuego entre la espontaneidad, el romanticismo y la planeación de los encuentros sexuales.

El sistema de salud juega un papel preponderante en la vida sexual de los individuos, no sólo como institución productora de sentidos y discursos sobre la sexualidad, sino como proveedora de mecanismos que promueven o inhiben condiciones de salud entre la

población. La provisión de servicios médicos, medicinas y campañas de prevención están orientados a disminuir o incrementar ciertos comportamientos en los individuos que los lleven a mantener su salud. Por eso, es la instancia desde la cual se deben articular las políticas que permitan a las mujeres adultas sustraerse del riesgo de adquirir una infección, diagnosticarlas oportunamente, y tratarlas efectivamente para disminuir el impacto de sus consecuencias en la salud.

La distribución geográfica del sistema de salud en jurisdicciones y, a su vez, en unidades de salud, favorece la cercanía con la comunidad haciendo más accesible la información y los servicios para ofrecer una campaña integral de salud sexual y reproductiva. Esta iniciativa podría comenzar con la aplicación de vacunas a la población púber entre los 11 y 13 años, acompañada de talleres a los padres sobre sexualidad, uso de condón, adolescencia y una amplia explicación sobre la cobertura real de la vacuna frente a la infección por VPH, así como la importancia de orientar a esta población sobre los riesgos de infección y la importancia de mantener controles posteriores a la primera relación sexual. Para la población de jóvenes y adultos sería importante difundir información sobre los riesgos acumulados en las trayectorias sexuales de las parejas y cómo se entrelazan con los riesgos adquiridos a lo largo del tiempo. Es importante que se enfatice que en la mayoría de las ocasiones las ITS, principalmente el VPH, cursan de forma asintomática en los varones, por lo que en la mayor parte de los casos los hombres desconocen que son portadores de la infección.

Esta campaña además de reenfocar la articulación de la sexualidad y los riesgos en las trayectorias, debe promover que los centros de salud se acerquen a las población para ofrecerles información sobre uso de condón, su importancia para la prevención de ITS, así como explicar la utilidad del Papanicolaou y de la captura de híbridos como estrategia de prevención frente al cáncer cervicouterino; ya que al identificar de forma oportuna la presencia de ADN viral de alto riesgo, las mujeres pueden hacer chequeos más frecuentes para detectar oportunamente las lesiones precursoras del cáncer cervical. La propuesta de estrategia incluye a hombres y mujeres, debido a que ambos miembros de la diada están involucrados en la reproducción de guiones y prácticas que aumentan el riesgo de contraer una ITS, por lo que ambos elementos deben ser expuestos a esta información, ya que si sus

potenciales parejas comprenden los riesgos a los que exponen a sus parejas estables femeninas, pueden favorecer que éstas acudan a realizarse controles de manera frecuente.

Al mismo tiempo el sistema de salud debe procurar capacitar a su personal sobre la importancia de mostrarse sensibles a las inquietudes y necesidades de las mujeres de cualquier edad en materia de salud sexual. A su vez, se deben ampliar los esfuerzos para reducir las barreras de género que enfrentan las mujeres para solicitar atención ginecológica y condones, a la vez que debe hacer más eficiente el procedimiento de entrega de resultados y ampliar la cobertura de medicamentos, particularmente en el segundo nivel de atención, donde las mujeres presentan alguna lesión cervical, a fin de favorecer la adherencia terapéutica y reducir el impacto de esta infección en la vida de las mujeres.

Los medios de comunicación contribuyen a la difusión de mensajes, convirtiéndose en una importante fuente de información que contribuye a formar la identidad de hombres y mujeres, por lo que la insistencia en campañas masivas orientadas a la población adulta sobre las trayectorias, los riesgos acumulados por los participantes y el resultado probable del entrecruzamiento de las historias, puede representar la oportunidad para incorporar estos mensajes a sus guiones sexuales, promoviendo cambios paulatinos entre las generaciones. Lo anterior debe de articularse de forma integral para garantizar el derecho de hombres y mujeres a la salud sexual.

Bibliografía

- Ahlemeyer, H. y D. Ludwig (1997), "Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System", en L. Van Campenhout *et al.* (eds.), *Sexual Interactions an HIV Risk, New Conceptual Perspectives in European Research*, Londres, Taylor and Francis, pp. 22-43
- Allen, B. y P. Torres (2008), "Genero, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias", en J.Córdova, S. Ponce de León y J. Valdespino, *25 años de SIDA en México. Logros, Desaciertos y Retos*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 275-288.
- American Cancer Society (2012), "Human papillomavirus (HPV), cancer, HPV testing and vaccines HPV-FAQ", *Last medical review 4/9/2012*, disponible en <http://www.cancer.org>
- Amuchástegui, A. (2001), *La virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados*, México, Population Council-Edamex.
- Aranda, P. (2010), *Los motivos de la "desidia", Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Bastard, B., L. Cardia-Voneche, D. Peto y L.Van Compenhoudt (1997) Relationships between Sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a Relationship-oriented Conceptual Framework, chapter 3, en L. Campenhoudt Van, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser, *Sexual Interactions and HIV Risk. New conceptual perspectives in European research*, Londres, Taylor & Francis publishers, pp. 44-58
- Baques, J., D. Sáinz y M. Sáinz (2003), "Medida de la memoria retrógrada a través de un cuestionario sobre recuerdo de personajes y sucesos del pasado", *Psicothema*, vol.15, núm. 3, pp. 401-406.
- Barrientos, J. (2006), "¿Nueva normatividad del comportamiento sexual juvenil en Chile?", *Última década*, núm. 024, pp. 81-101.
- Bauer, H. y K. Ault (2006), "Human Papillomavirus: Current prevalence and future protection", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, núm. 8, pp. 509-511. DOI:10.1097/01.olq0000225323.51240.bc
- Benavente, M. y C. Vergara (2006), *Sexualidad en hombres y mujeres. Diversidad de miradas*, Santiago de Chile, FLACSO.

- Benitez, L. (2009), "Ethical dilemmas and great expectations for human papillomavirus vaccination", *Arch Med Res*, 40(6), pp. 499-502.
- Berdasquera, C., R. Fariñas y V. Ramos (2001), "Las enfermedades de transmisión sexual en las embarazadas un problema de salud a nivel mundial", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), pp. 185-90.
- Berenson, M., D. Levine y T. Krehbiel (2001), *Estadística para la administración*, México, Alhambra Mexicana, S.A.
- Bernal, A. y G. Hernández (1997), "Las enfermedades de transmisión sexual; otro reto para la prevención y el control de la epidemia del VIH/SIDA", *SIDA-ETS*, 3(3), pp. 63-67.
- Berumen, J. (2006), "Virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino", *Gaceta Médica de México*, 2, pp. 47-55.
- Bosch, F.X., N. Muñoz (1989), "Cáncer de cuello uterino: evidencia epidemiológica actual y nuevas hipótesis sobre los factores de riesgo", *Revisiones en Salud Pública*, 1, pp. 83-110.
- Bourdieu, P. (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Ed. Droz.
- Bozon, M. (1998), "Demografía e sexualidade", en M. Loyola (org.), *A sexualidade nas ciencias humanas*, Río de Janiero, Editorial UERJ, pp. 227-251.
- Bozon, M. (2004), "La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes", en J. Marques, *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Bélgica, Academia Bruylant Louvain-la Neuve, pp. 15-33
- Bozon, M. (2005), "La nueva normatividad de la sexualidad en la época contemporánea", en J. Barrientos, *Construyendo una agenda temática en sexualidad*, Chile, Escuela de Psicología-Universidad Católica del Norte de Chile, pp. 13-27
- Bozon, Michel (2005), "Nueva normatividad de la sexualidad", México, conferencia dictada en FLACSO en cooperación con CENSIDA.
- Bozon, M. (2009), *Sociologie de la sexualité*, París, Armand Colin.
- Bradbury, J. (1986), "The Policy Implications of differing concepts of risk", *Science, Technology and human values*, vol. 14, (4), pp. 380-399.
- Bronfman, M. y D. Gómez y C. Magis (1995), "SIDA, Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva; Reflexiones: sexualidad, salud y reproducción", *Publicación del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad*, año 1, núm. 7, pp. 42-43

- Bronfman, M. y R. Leyva (2008), "Migración y SIDA en México", en J. Córdova, S. Ponce de León y J. Valdespino (eds.), *25 años de SIDA en México, Logros, Desaciertos y Retos*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública de México, pp. 241-258
- Caballero, M. y García Guevara, P. (2007) Curso de vida y trayectorias de mujeres profesionistas, Género, Cultura y sociedad, Serie de Investigaciones del PIEM, Num. 4, Primera edición, México, El Colegio de México.
- Calderón, J. (1999), "Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual", *Salud Pública de México*, 41(4), pp. 334-343.
- Campenhoudt Van, L. y M. Cohen (1997), "Interaction and risk-related behavior: Theoretical and heuristic landmarks", en L. Campenhoudt Van, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser, *Sexual Interactions and HIV Risk. New conceptual perspectives in European research*, Londres, Taylor & Francis publishers, pp. 59-74
- Casique, I. (2006) "¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento Femenino y sexo no deseado en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, año/vol. 21, núm. 001, pp. 49-81.
- CENSIDA (2006), *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de la Infecciones de Transmisión Sexual*, México, CENSIDA/SSA.
- Conde, G. (1999), *Enfermedades de transmisión sexual. PAC Infecto-1 (monografía)*, Ed. Intersistemas, D.F., México,
- Conde, G. (2000), "Perspectiva de las infecciones sexualmente transmitidas en la República Mexicana", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 20 (3), pp. 96-101.
- Conde, G. *et al.* (2007), "Prevalencia de anticuerpos anti-trepanemicos y características socio demográficas en la población adulta mexicana en el año 2000", *Salud Pública de México*, (49) supl. 3, pp. S412-S420.
- Cravioto, M. *et al.* (2003), "Prevalencia de anticuerpos anti-Chlamydia trachomatis y anti-Nisseria gonorrhoeae en grupos de individuos de la población mexicana", *Salud Publica de México*, (45) supl. 5, pp. S681-S689.
- Cruz, A. *et al.* (2000), "Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology", *Int J Cancer*, 91, pp. 1-9.
- Cruz, C., U. Ramos y A. Gonzalez (2011), *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*, México, Editorial Primera edición, Fundación Mexicana para la Salud, A. C. Disponible en: www.funsalud.org.mx
- Darus, C. y J. Mueller (2013), "Development and impact of human papillomavirus vaccines", *Clin Obstet Gynecol*, 56 (1), pp. 10-16.

- Del Río, C. y P. Uribe (1993), “Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón”, *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 005, pp. 508-517.
- Donabedian, A. (1974), *Calidad de la atención médica*, México, La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1988), *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México, Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica.
- Douglas, M. (1996), “El surgimiento de una nueva disciplina”, en M. Douglas, *La aceptabilidad del Riesgo según las ciencias sociales*, Barcelona, Paidós, pp.43-56
- Drumrigh L., P. Gorbach y K. Holmes (2004), “Do people really know their sex partners? Concurrency, Knowledge of partner behavior, and Sexually Transmitted Infections within partnerships”, *Sexually Transmitted Diseases*, 31(7), pp. 437-442.
- Elder, G. (1974), *Children of the great depression*, Chicago, University Chicago Press.
- Elder, G. (1978), “Family history and the life course”, en T. Hareven, *Transitions the family and the life course in historical perspective*, Nueva York, Academica Press Inc., pp. 17-29
- Elder, G. (1998), “The life course and human development”, en R. N. Lerner, *Handbook of child psychology, volume 1: theoretical models of human development*, Nueva York, Wile and Sons, pp.665-715
- Elder, G. (2002), “Historical times and lives: a journey through time and space”, en Phelps E., F. Furstenberg y A. Colby, *Looking at lives: American longitudinal studies of the 20th century*, Nueva York, Russell Sage, pp.194-218.
- Elder, G. *et al.* (2003), “The emergence and development of the life course theory”, en Mortimer y Shanahan (eds.), *Handbook of the life course*, Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp.122-183
- Eriksen, J. y S. Steffen (1999), *Kiss and tell: surveying sex in the twentieth century*, Cambridge, Harvard University Press.
- Flores, I., J. Gutiérrez, E. Enríquez, S. Hernández *et al.* (2010), “Detection of human papillomavirus types 16 and 18 in semen samples from patients in an assisted reproduction program”, *Ginecol Obstet Mex*, 78 (12), pp. 645-651.
- Foucault, M. (1988), “El Sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, núm. 3, pp. 3-20.
- Fox, N. (1999), “Postmodern reflections on “risk”, “hazards” and life choices”, en D. Lupton, *Risk and Sociocultural theory: new directions and perspectives*, Reino Unido, Cambridge University Press, pp. 59-85

- Gagnon, J. (2001), "Acciones virtuosas en ausencia de un dogma conveniente: la salud reproductiva en un mundo socialmente construido", en C. Stern y J. Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp. 61-83
- García, B., M. Blanco y E. Pacheco (2000), "Género y trabajo extradoméstico", en B. García, *Mujer, Género y población en México*, México, El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 273-304
- Garnett, G. (2008), "The transmission Dynamics of Sexually Transmitted Infections", en K. Holmes, P. Sparling, W. Stamm, P. Poit *et al.* (eds.), *Sexually Transmitted Diseases*, Estados Unidos, McGraw Hill Medical.
- Garrido, F., H. Hernández y O. Gómez (2008), "Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México", *Salud Pública de México*, núm. 50, suplemente 4, pp. S429-S436.
- Gayet, C. (2011), *Infecciones de transmisión sexual en México: La influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo*, tesis doctoral en Estudios de Población, México, El Colegio de México.
- Gayet, C. y P. Solís (2007), "Sexualidad saludable de los adolescentes: La necesidad de políticas basadas en evidencia", *Salud Pública de México*, núm. 49, volumen especial, pp. 47-51.
- Gayet, C., F. Juárez, L. Pedrosa y C. Magis (2004), "Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual", *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5, pp. 5632-5640.
- Giménez, G. (2002), "Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu" Colección Pedagógica Universitaria, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, No. 37-38, enero-junio/julio-diciembre, pp. 1-11.
- Gilbert, R., J. Hughes, Q. Feng, S. O'Reilly, et al. (2003), "Answering frequently asked questions about HPV", *Sexually Transmitted Diseases*, 30(3), pp. 193-194.
- Goffman, E. (1970), *Ritual de la interacción*, Buenos Aires, Editorial Tiempo contemporáneo.
- González Robledo, L., G. Nigenda, M. González Robledo *et al.* (2011), "Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos", *Salud Pública de México*, núm. 53, suplemento 4, pp. S416-S424.
- Gorbach, P., P. Drumrigh y K. Holmes (2005) "Discord, Discordance and concurrency, comparing individual and partnership-level analysis of new partnership of young adults of risk of sexually transmitted infections" *Sexually Transmitted Diseases* (32), pp. 7 -12.

- Guajarati, D. (2004), *Modelos de regresión de respuesta cualitativa en Econometría*. México, McGraw Hill, pp. 560-603.
- Guiliano, A., M. Papenfuss, M. Abrahamsen *et al.* (2002), “Differences in factors associated with oncogenic and non oncogenic Human Papillomavirus infection at the United States-Mexico Border”, *Cancer Epidemiology, biomarkers and Prevention*, vol. 11, pp. 930-934.
- Gysling, J. y M. Benavente (1996), *Trabajo, sexualidad y poder. Mujeres de Santiago*, Santiago Chile, FLACSO-Chile.
- Halperín D. y H. Epstein (2004), “Concurrent sexual partnerships help to explain Africa’s high HIV prevalence: implications for prevention”, *The Lancet*, Vol. 369, July 2004, pp. 4-6
- Halperín, D. T. y H. Epstein (2007), “Why is HIV prevalence so severe in southern Africa? The role of multiple concurrent partnerships and lack of male circumcision: Implications for AIDS prevention”, *Southern African Journal of HIV Medicine*, 8(1), pp. 19-25.
- Hareven, T. (1978), “Introduction: the historical study of the life course”, en T. Hareven, *Transitions the family and the life course in historical perspective*, Londres, Academic Press, pp.1-16
- Hareven, T. (1982), “From family time and industrial time to historical time”, en T. Hareven, *Family time and industrial time*, Nueva York, Cambridge University Press, pp.363-370
- Hernández, C., J. Smith, A. Lorincz, Lazcano *et al.* (2005), “High-risk human papilloma virus detection and related risk factors among pregnant and non pregnant women in Mexico”, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, núm. 10, pp. 613-618. DOI:10.1097/01.olq0000179888.47309.db
- Herrera, C. y L. Campero (2002), “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: Constantes y cambios en el tema”, *Salud Pública México*, 44, pp. 544-564.
- Herrero, R., L. Briton, W. Reeves y M. Brenes, *et al.* (1990), “Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina”, *Bol Of Sanit Panam*, 109(1), pp.7-25
- Hirsch, J., J. Higgins, M. Bentley y C. Nathanson (2002), “The cultural constructions of sexuality: marital infidelity and STD/HIV risk in a Mexican migrant community”, *American Journal of Public Health*, 92(8), pp. 1227-37.
- Holmes, K. *et al.* (1999), *Sexually Transmitted Diseases*, Estados Unidos, McGraw-Hill.
- Holmes, K. *et al.* (2008), *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta edición, Estados Unidos, McGraw-Hill.

- Hopkins, T. y N. Wood (2013), "Female human papillomavirus (HPV) vaccination: Global uptake and the impact of attitudes", *Vaccine*, Mar 25; 31(13), pp. 1673-1679
- IARC (2010), *Diagnóstico colposcópico de carcinoma invasor preclínico del cuello uterino y de la neoplasia glandular*, París, International Agency for Research on Cancer.
- INEGI (2010), *Censo de Población y vivienda 2010*, tabulados básicos, disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
Fecha de consulta: 30 de Marzo de 2011.
- INEGI (2010b), *Encuesta Nacional Sobre Inseguridad 2010*, disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/s_m_ensi-07.pdf; Fecha de consulta: 30 de marzo de 2011.
- Ingham, R. y G. Zessen (1997), "From individual properties to interactual process", en L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guzzadi y D. Hausser, *Sexual interactions and HIV risk, new conceptual perspectives in European Research*, Londres, Taylor and Francis Ltd., pp.83-99
- Jones, D. (2010), "Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes en Trelew (Argentina)", *Estudios Feministas*, vol. 18, núm. 2, pp. 339-358.
- Juarez, F. y C. Gayet (2005), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", *Papeles de Población*, núm. 045, pp. 177-219.
- Juárez, F. y T. Castro Martín (2006), "Safe sex versus Safe love? Relationship Context and condom use among male adolescents in favelas of Recife, Brazil", *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, núm. 1, pp. 25-35.
- Juárez, F. y T. Castro Martín (2009), "Biografías sexuales de los adolescentes varones en las Favelas de Recife, Brasil: Cuestionando algunos estereotipos de la sexualidad adolescente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 24, núm. 1, pp.151-191.
- Kawana, K., K. Adachi, S. Kojima *et al.* (2012), "Therapeutic human papillomavirus (HPV) vaccines: A novel approach", *Open Virol J*, 6, pp. 264-269.
- Kjaer, K., A. van der Brule, E. Bock *et al.* (1997), "Determinants for genital Human Papillomavirus (HPV) infection in 1000 randomly chosen young danish women with normal Pap smear: Are there different risk profiles for oncogenic and nononcogenic HPV types?", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 6, pp. 799-805.
- Koumans, E., T. Farley, J. Gibson *et al.* (2001), "Characteristic of persons with syphilis in areas of persisting in the United States", *Sexually transmitted diseases*, vol. 28, núm. 9, pp. 497-503

- Koutsky, L., K. Holmes, C. Critchlow, C. Stevens *et al.* (1992), “A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to Papillomavirus infection”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 327, núm. 18, pp.1272-1278
- Langer, A., K. Tolbert, M. Romero (1996), “Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación” en A. Langer y K. Tolbert, *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council-Edamex, pp.41-57
- Lauer, R. (1981), *Temporal man: the meaning and uses of social time*, Nueva York, Praeger.
- Laumann, E., J. Gagnon, R. Michael y S. Michael (1994), *The social organization of Sexuality. Sexual practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.
- Lazcano-Ponce *et al.* (1993), “Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvicouterino en la ciudad de México”, *Rev. Salud Pública México*, vol. 35, No. 1, pp. 78-82
- Lazcano-Ponce E., R. Herrero y N. Muñoz (2000), *Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council-Edamex, México.
- Lazcano-Ponce, E. y B. Allen (2009), “Innovation in cervical cancer prevention and control in México”, *Arch Med Res*, 40(6), pp. 486-492.
- Lazcano-Ponce, E., B. Allen, L. Palacio-Mejía, y M. Hernandez (2006), “Challenges to implement strategies for the primary and secondary prevention of cervical cancer in México”, *Gac Med Mex*, 142, suplemento 2, pp. 43-49.
- Lazcano, E., M. Hernández, L. López, P. Alonso de Ruiz *et al.* (1995), “Factores de riesgo reproductivo e historia sexual asociados al cáncer cervical en México”, *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 5, pp. 377-385.
- Lazcano, E., R. Herrero y N. Muñoz (2000), *Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council-Edamex.
- Ley General de Salud*, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, última reforma publicada, 5 de Marzo 2012. Disponible en: http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/8._NAL_LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf, Fecha de consulta:30 de marzo 3011
- Leyva, R. y M. Caballero (2009), “Las que se quedan: contextos e vulnerabilidad a las ITS y VIH/SDA en mujeres compañeras de migrantes”, *Perspectivas en Salud Pública, sistemas de Salud*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Liguori, A. (1999), “Las mujeres y el SIDA en México”, en B. Figueroa, (coord.), *México, Diversos y desigual: Enfoques sociodemográficos, V Reunión e investigación*

- sociodemográfica en México*, vol. 4, México, El Colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía, pp.31-38
- Lipschitz, J., A. Fernandez, H. Larson, C. Blaney *et al.* (2013), “Validation of decisional balance and self-efficacy measures for HPV vaccination in college women”, *Am J Health Promot*, febrero, Vol 27. No.5 pp.299-307
- Lopez Revilla, R., LA. Martinez Contreras, M. Sanchez Garza (2008), “Prevalence of high-risk human papillomavirus types in Mexican women with cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma”, *Infectious Agents and Cancer*, 3,3
<http://www.infectagentscancer.com/content/3/1/3>. Consultado el 15 de enero de 2011.
- López-Carrillo, L., S. Vandale-Toney, P. Alonso, C. Fernandez *et al.* (1996), “Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana”, en A. Langer y K. Tolbert, *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council-Edamex, pp.317-341
- López, R., M. Flores, M. Villalba y V. Sanchez (2012), “Prevalence of human papillomavirus in women from México city”, *Infect Dis Obstet Gynecol*, Julio, pp. 1-4
- Loreto, C. *et al.* (2007), “Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, Sonora”, *Revista de Salud Pública y Nutrición*, vol. 8, núm. 3, versión electrónica disponible en:
http://www.respyn.uanl.mx/viii/3/articulos/satisfaccion_programa_cancer.htm
- Luhmann, N. (1992), *Sociología del Riesgo*, México, Universidad Iberoamericana–Universidad de Guadalajara.
- Luhmann, N. (2005), *Confianza*, España, Anthropos y Universidad Iberoamericana, Primera Reimpresión.
- Lundberg, G. (1949), *Técnica de la investigación social*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Magis, C. y M. Hernández (2008), “Epidemiología del SIDA en México”, en J. Córdova, S. Ponce de León y J. Valdospino, *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp.101-120.
- Malagón, T., V. Joumier, M. Boily *et al.* (2013), “The impact of differential uptake of HPV vaccine by sexual risks on health inequalities: A model-based analysis”, *Vaccine*, Mar 25, 31(13), pp.1740-1747

- Manhart, L. y L. Koutsky (2002), "Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts or cervical neoplasia? A Meta-Analysis", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, núm. 11, pp. 725-735
- Manhart, L., K. Holmes, L. Koutsky, R. Wood *et al.* (2006), "Human papilloma infection among sexually active young women in the United States: implications for developing a vaccination strategy", *Sexually transmitted diseases*, 33, pp. 502-508.
- Martínez, H. (2004), "La influencia de los medios de comunicación en el proceso de aprendizaje", *Comunicar*, núm. 022, pp. 183-188.
- Martínez, M. (2010), *Hombres transitando a la vida adulta en México durante la segunda mitad del siglo XX*, tesis doctoral en Estudios de Población, México, El Colegio de México.
- Martinez, Y. y L. Marzullo (2003), "Eficacia del Hisopo y Cytobrush para obtener células anormales en los frotis endocervicales y su correlación histopatológica", *Boletín Médico de Postgrado*, vol. XIX, núm. 1, Disponible en versión electrónica en: http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/psm_ucla/edocs/BM1901/BM190104.pdf
- McGough, L. (2008), "Historical perspective on Sexually transmitted Diseases: Changes for prevention and control", en K. Holmes, P. Sparling, W. Stamm, P. Poit *et al.* (eds), *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta edición, Estados Unidos, McGraw Hill Medical, pp.3-10
- Menkes, C. (2009), *Prácticas sexuales de hombres y mujeres adolescentes en México desde la perspectiva de una salud reproductiva*, tesis doctoral, Cuernavaca, Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos.
- Mier y Terán, M. (2009), "El proceso de formación de las parejas en México", en Cecilia Andrea Rabell Romero (coord.), *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva Sociodemográfica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales-El Colegio de México, pp. 199-253
- Minello, N. (1998), "De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica", en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp.35-48
- Morris, M. y M. Kretschmar (1997), "Concurrent partnerships and spread of HIV", *AIDS*, 11 (5), pp. 641-648.
- Moscicki, A. (2005), "Impact of HVP infection in adolescent populations", *Journal of Adolescent Health*, 37, pp. S3-S9.
- Muhr, T. (1997), *ATLAS. Ti, The knowledge workbench: Short User's Manual Scientific Software Development*, Berlín.

- Munive, J. (1999), *La política de protección social a los indigentes en México. El caso del Distrito Federal 1995-1998*, tesina de licenciatura en Ciencia Política, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Muñoz, N. y X. Bosch (1996), “Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121 (6), pp. 550-566.
- Murphy, E., E. Greene, A. Mihailovic y P. Olupot-Olupoy (2006), “Was the ‘ABC’ (abstinence, being faithful, using condoms) responsible for Uganda’s decline in HIV?”, *PLoS Med*, 3(9), Disponible en versión electrónica: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030379>. DOI:10.1372/journal.pmed.0030379.
- Nelson, S., L. Manhart, P. Gorbach *et al.* (2007), “Measuring Sex partner concurrency: It’s what’s missing that counts”, *Sexually Transmitted Diseases*, 34,10, pp. 801-807.
- NOM-014-SSA2-1994, “Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria”, Diario Oficial de la Federación, 6 de junio de 1994, disponible en: http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/legislacion/NOM_014_SSA2.pdf; Fecha de consulta: 20 de marzo de 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: Una guía para la práctica básica*, Singapur, WHO’s Department of Reproductive Health and Research, Family Health International (FHI) y The Frontiers in Reproductive Health/Population Council.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007), *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>; Fecha de consulta: 1 de enero de 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), *Diez datos sobre las infecciones de transmisión sexual*, octubre de 2008. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/es/index.html; Fecha de consulta: 1 de enero de 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), *Nota descriptiva No 110: Infecciones de transmisión sexual*, agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>; Fecha de consulta: 1 de enero de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud (2005), *Plan regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

- Organización Panamericana de la Salud (2007), *Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo*; [En línea] disponible en <http://www.ops-oms.org/spanish/dpm/gpp/gh/Gender&HIVIs.pdf>; Fecha de consulta: 7 de mayo de 2008.
- Ortwin, R., (1992), "Concepts of Risk: A Classification", en S. Kimsky y D. Holding, *Social Theories of Risk*, Estados Unidos, PREAGER, pp.53-82
- Palacio, L. (2002), *Distribución territorial de la mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990- 2000*, tesis de maestría en Demografía, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.
- Parada R., R. Morales, A. Giuliano *et al.* (2010), "Prevalence, concordance and determinants of human papillomavirus infection among heterosexual partners in a rural region in central Mexico", *BMC Infect Dis*, (10) 223, Disponible en version electronica: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-10-223.pdf>
- Penagos, D. (2008), *El mercado de trabajo sexual de las mujeres en la Ciudad de México: El caso de la Delegación Cuauhtémoc*, tesis de maestría en Población y Desarrollo, México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede México.
- Peralta, R., P. Romero, V. Villegas, M. Mendoza *et al.* (2012), "Prevalence of human papillomavirus in the cervical epithelium of Mexican women: meta-analysis", *Infect Agent Cancer*, 7:34, Disponible en version electronica: <http://www.infectagentscancer.com/content/pdf/1750-9378-7-34.pdf> DOI:10.1186/1750-9378-7-34
- Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del D.F. (PAOTDF) (2006), "Usos de Suelo urbano e impactos de la densificación en la ciudad de México. Documento de trabajo", Disponible en: <http://www.paot.org.mx/centro/paot/usosdesuelo06.pdf>; Fecha de consulta: 30 de marzo de 2011.
- Programa Delegacional de Desarrollo Urbano* (1997), Secretaría de Economía, Gobierno del Distrito Federal, Disponible en <http://www.siege.df.gob.mx/estadistico/pdf/monografias/vzc.pdf>; Fecha de consulta: 30 de Marzo de 2011.
- Quilodrán, J. (2008), "Los cambios en la familia vistos desde la demografía; una breve Reflexión", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 23, núm. 001, pp. 7-20.
- Ramírez, T., P. Nájera y G. Nigenda (1998), "Percepción de la calidad de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios", *Salud Publica de México*, 40, pp. 3-12.
- Rademakers, J., J. Luikx, G. Van Zessen, W. Zijlmans, et al, (1992), *AIDS- preventive heteroseksuele contacten*, Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*, Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>; Fecha de consulta: 20 de Marzo de 2012.
- Reina, J., N. Muñoz y G. Sánchez (2008), “El estado del arte de las infecciones producidas por el virus del papiloma humano”, *Colombia médica*, vol. 39, 002, pp. 189-195.
- Reynales, S., E. Rodrigues y E. Lazcano (2009), “Cost-effectiveness analysis of a quadrivalent human papiloma virus vaccines in Mexico”, *Arch Med Res*, 40 (6), pp. 503-513.
- Ribassin, L., R. Lounes y S. Clemencon (2013), “Deterministic modeling for transmission of human papillomavirus 16/11: impact of vaccination”, *Math Med Biol*, Mar 7.
- Richardson, H., E. Franco, J. Pintos, J. Bergeron, et al, (2000) “Determinants of low-risk and high-risk cervical human papillomavirus infections in Montreal University students” *Sex Trans Dis*, (27), pp. 79-86.
- Rodríguez, D. (2005), “Introducción”, en N. Luhmann, *Confianza*, España, Anthropos, pp.1-28
- Rosas, L. (2008), “Evaluación de la calidad del desempeño del personal de enfermería en las actividades prioritarias en el primer nivel de atención”, en E. Ladrón de Guevara y C. Ortiz de León (comps.), *Gestión de conocimiento III y Salud pública III: producto de los módulos (Generación 2005-2007, tercer semestre)*, Xalapa, Instituto de Salud Pública-Universidad Veracruzana, pp.13-45
- Rubin, G. (1989), “Reflexionando sobre sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, en C. Vance (comp.), *Placer y peligro explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Editorial Revolución S.A., pp.113-190.
- Ruis, C. *et al.* (2004), “Epidemiología de la infección por el VIH/sida y su relación con otras infecciones de transmisión sexual. Perspectivas de futuro”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22(7), pp. 419-429.
- Saldívar, G. y M. Romero (2009), “Reconocimiento y uso de tácticas de coerción sexual en hombres y mujeres en el contexto de relaciones heterosexuales. Un estudio en estudiantes universitarios”, *Salud Mental*, año/vol. 32, núm. 002, pp. 487-494.
- Saldívar, G., L. Ramos y M. Romero (2008), “¿Qué es la coerción sexual? Significados, tácticas e interpretación en jóvenes universitarios e la Cd. De México”, *Salud Mental*, año/vol. 31, núm. 001, pp. 45-51.
- Sanchez, A., F. Uribe y Conde (2002), “La infección por el virus del papailoma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios”, *Salud Publica de México*, núm. 44 (5), pp. 442-447.

- Santos- Iglesias, P. y J. Sierra (2010), “El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 10, núm. 3, pp. 553-577.
- Schiffman, M., H. Bauer, N. Hoover, A. Glass *et al.* (1993), “Epidemiologic evidence showing that human Papillomavirus infection most cervical intraepithelial neoplasia”, *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 85, (12), pp. 958-964.
- Schütz, A. (1974), *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Amorrortu-Series en Biblioteca de Sociología.
- Seguín, C. (1980), *Amor, sexo y matrimonio*, Carácas, Monte Ávila Editores.
- Silva, C. y M. Salinas (2007), “Modelos de regresión y correlación III, Regresión y logística”, *Ciencia y trabajo*, año 9, núm. 24, pp.81-84.
- Simon, W. y J. Gagnon (1984), “Sexual Scripts”, *Society*, (60), pp. 53-60.
- Simon, W. y J. Gagnon (1986), “Sexual Scripts: Permanence and Change”, *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15, núm. 2, pp. 97-120.
- Soto, Y., M. Muné, E. Morales, A. Goicolea *et al.* (2007), “Human Papillomavirus in Cuban women with cervical intraepithelial neoplasia”, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 34, núm. 12, pp. 974-976. DOI:10.1097/OLQ.0b013e31812e6b89
- Stern, C. (2007), “Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en la vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales”, *Estudios sociológicos*, 25(73), pp. 105-129.
- Stern, C. (2012), *El "problema" del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, México, El Colegio de México.
- Szasz, I. (1998), “Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México”, en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, pp.
- Szasz, I. (1998), “Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México”, en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp.11-34
- Szasz, I. (2008), “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, en I. Szasz y S. Lerner (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo 1*, México, El Colegio de México, pp.
- Szasz, I. y S. Lerner (coords.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo 1 y Tomo II*, México, El Colegio de México.

- Szasz, I., O. Rojas y J. Castrejón (2008), “Desigualdad de género en las relaciones conyugales y practicas sexuales de los hombres mexicanos”, *Estudios Demografos y Urbanos*, año/vol 23, núm. 002, pp. 205-232.
- Tartaglia, E., D. Iafusco, A. Cocca *et al.* (2012), “HPV at the time of vaccine: has screening reached its goal?”, *Eur J Gynaecol Oncol*, 33(6), pp. 591-597.
- The Family Planning Manager (1992), “Reducing client waiting time, Management strategies for improving family planning service delivery”, *The family planning manager*, vol. I, núm. 1, Disponible en <http://erc.msh.org/readroom/espanol/waiting.htm>; Fecha de consulta: 20 de marzo de 2012.
- Tilly, C. (1978), “Foreword”, en T. Hareven, *Transitions the family and the life course in historical perspective*, Londres, Academic Press Inc.
- Tuirán, R. (2001), “Del ciclo de vida a curso de vida”, en C. Gomes, *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica México, pp.24-65
- UNFPA (2004), *Estado de la población mundial. El consenso del Cairo diez años después. Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, disponible en <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch6/page5.htm>; Fecha de consulta: 12 de mayo de 2009.
- UNFPA (2005), *Estado de la población mundial. La promesa de la igualdad, equidad de género, salud reproductiva y objetivos del milenio*, disponible en <http://www.diassere.org.pe/Poblacion2005.pdf>; Fecha de consulta: 12 de mayo de 2009.
- Uribe-Salas F., C. del Río Chiriboga, C. Conde-Glez *et al.* (1996), “Prevalence, incidence and determinants of syphilis in female commercial sex workers in Mexico City”, *Sex Transm Dis*, 23 (2), pp. 120-126.
- Uribe-Salas F., M. Hernández, C. Conde-Glez *et al.* (1997), “Low prevalence of HIV infection and sexually transmitted diseases among female commercial sex workers in Mexico City”, *Am J Public Health*, 87, pp. 1012–1015.
- Urrutia, M., X. Concha, G. Riquelme *et al.* (2012), “Knowdlege and preventive behaviors related to cervical cáncer and human papillomavirus in a group of Chilean adolescents”, *Rev Chilena Infectol*, 29(6), pp. 600-606.
- Vaccarella, S., S. Franeschi, R. Herrero *et al.* (2006), “Sexual behavior, condom use, and Human Papillomavirus: Pooled Analysis of the IARC Human Papillomavirus prevalence surveys”, *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 15(2), pp. 326-333.

- Valderrama, J., F. Zacarías y R. Mazin (2004), “Temas de Actualidad: Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(3), pp. 211-217
- Valdes, T., J. Gysling y M. Benavente (1999), *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción*, Santiago Chile, FLACSO Chile.
- Valdespino, J. *et al.* (1995), “Epidemiología del Sida/HIV en México; de 1983 a marzo de 1995”, *Salud Pública de México*, vol. 37(6), pp. 556-571.
- Van Campenhout, L. y M. Cohen (1997), “Interaction and Risk-related Behaviour: Theoretical and Heuristic Landmarks”, en L. Van Campenhout *et al.* (eds.), *Sexual Interactions an HIV Risk, New Conceptual Perspectives in European Research*, Londres, Taylor and Francis, pp.44-58
- Vinod, M., Bignami-Van y S. Assche (2009), “Concurrent Sexual Partnerships and HIV Infection: Evidence from National Population-Based Surveys”, *DHS Working Papers*, núm. 62, pp.1-107
- Wang, J. y R. Roden (2013), “Virus-like particles for prevention of human papillomavirus-associated malignancies”, *Expert Rev Vaccines*, 12(2), pp. 129-141.
- Warner, L., K. Stone, M. Macaluso *et al.* (2006), “Condom use and Risk Gonorrhoea y Chlamydia: A systematic Review of design measurement factors assessed in epidemiologic studies”, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, núm.1, pp. 36-51. DOI:10.1097/01.olq.0000187908.42622.fd
- Watts, C. y R. May (1992), “The influence of concurrent partnerships on the dynamics of HIV/AIDS”, *Mathematical Biosciences*, 108 (1), pp. 89-104.
- Weeks, J. (2005), “La construcción cultural de la sexualidad. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?”, en I. Szasz y S. Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp175-198.
- Wheeler, C. (2008), “Natural history of papillomavirus infections, cytologic and histologic abnormalities, and cancer”, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 35 (4), pp. 519-536.
- Winer, R., J. Hughes, Q. Feng, S. O’Reilly, *et al.* (2006) “Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women” *The New England Journal of Medicine*, Vol. 354, no. 25, June 22, pp. 2645-54
- Winer, R. y L. Koutsky (2008), “Genital human papillomavirus infection”, en K. Holmes *et al.*, *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta Edición, Estados Unidos, McGraw-Hill Medical, pp. 489-508.
- Zur Hausen, H. (2002), “Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application”, *Nature Reviews Cancer*, vol. 2, pp. 342-350.

Zwart, P. (1976), *About time: A philosophical inquiry in to the origin and nature of time*, Amsterdam, North-Holland Publishing Company.

Índice de cuadros y gráficas

Capítulo 1

Cuadro 1.1: Principales patógenos bacterianos de transmisión sexual y sus principales consecuencias 6

Cuadro 1.2: Principales agentes patógenos virales, protozoarios y hongos de transmisión sexual y sus principales consecuencias 7

Capítulo 3

Cuadro 3.1. Conformación de la muestra 45

Capítulo 4

Cuadro 4.1 Población total, población no derechohabiente y proporción de población no derechohabiente según grupo de edad de la Delegación Venustiano Carranza 59

Cuadro. 4.2 Estructura del Módulo de Evaluación de la Calidad de los Servicios 74

Cuadro. 4.3 Selección de algunas características de la calidad del servicio según tipo de nivel de atención 77

Cuadro. 4.4 Selección de algunas características de la provisión de medicamentos según nivel de servicio 81

Cuadro. 4.5 Distribución de mujeres que les percibieron algún medicamento, según nivel de atención 81

Cuadro. 4.6 Distribución de la Seguridad Social en Salud según nivel de atención 83

Capítulo 5

Cuadro 5.1 Características socio-demográficas. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010. 88

Cuadro 5.2 Características económicas de la población. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 90

Cuadro 5.3 Distribución del ingreso de las mujeres según tipo de gasto. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 91

Cuadro 5.4 Características económicas de la pareja actual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 92

Cuadro 5.5 Características socio-demográficas según condición de displasia asociada a VPH. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 96

Cuadro 5.6 Edad y escolaridad según condición de displasia asociado a VPH. Mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 97

Cuadro 5.7 Características de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 99

Cuadro 5.8 Características de las trayectorias sexuales de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 101

Cuadro 5.9 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas. ENHISEX, 2010 103

Cuadro 5.10 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 y antes de los 25 años según edad. ENHISEX, 2010 106

Cuadro 5.11 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente 108

activas según edad. ENHISEX, 2010	
Cuadro 5.12 Características de la trayectoria sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	110
Cuadro 5.13 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	111
Cuadro 5.14 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 y antes de los 25 años según condición de displasia. ENHISEX, 2010	113
Cuadro 5.15 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010	114
Cuadro 5.16 Características de la trayectoria sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasias. ENHISEX, 2010.	115
Cuadro 5.17 Características de la última pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasias. ENHISEX, 2010	117
 Capítulo 6	
Cuadro 6.1 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18 y 20 según cohorte de edad. ENHISEX, 2010	124
Cuadro 6.2 Características del contexto de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	127
Cuadro 6.3 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual según edad. ENHISEX, 2010	129
Cuadro 6.4 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	132
Cuadro 6.5 Características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	134
Cuadro 6.6 Características del uso de protección durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	136
Cuadro 6.7 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación sexual según edad. ENHISEX, 2010	137
Cuadro 6.8 Proporción de mujeres de 25 años y más que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15, 18 y 20 años según condición de displasia. ENHISEX, 2010	138
Cuadro 6.9 Características del contexto de la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010	139
Cuadro 6.10 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual según condición de displasia. ENHISEX, 2010	140
Cuadro 6.11 Características de la primera pareja sexual de las mujeres sexualmente activas según edad. ENHISEX, 2010	142
Cuadro 6.12 Características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010	143
Cuadro 6.13 Características del uso de protección durante la primera relación sexual de las mujeres sexualmente activas según condición de displasia. ENHISEX, 2010	145

Cuadro 6.14 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación sexual según condición de displasia. ENHISEX, 2010	146
---	-----

Capítulo 7

Cuadro 7.1 Caracterización de las trayectorias sexuales a partir del número de pareja, permanencia con la última pareja al momento de la encuesta y tipo de parejas, ENHISEX, 2010	150
Cuadro 7.2 Características demográficas según el número de pareja en la biografía sexual, ENHISEX, 2010	152
Cuadro 7.3 Transición de parejas en las mujeres con sólo dos parejas, sólo tres parejas y cuatro parejas y más, ENHISEX, 2010	157

Capítulo 8

Cuadro 8.1 Características del contexto de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	164
Cuadro 8.2 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	165
Cuadro 8.3 Características de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	168
Cuadro 8.4 Selección de algunas características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	170
Cuadro 8.5 Características del uso de protección durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	172
Cuadro 8.6 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	173
Cuadro 8.7 Selección de algunas características del uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según edad. ENHISEX, 2010	174
Cuadro 8.8 Selección de algunas características del contexto de la primera relación sexual con última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010	176
Cuadro 8.9 Distribución de las motivaciones para tener la primera relación sexual con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010	177
Cuadro 8.10 Selección de algunas características de la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010	178
Cuadro 8.11 Selección de algunas características que muestran desigualdades de género durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010	181
Cuadro 8.12 Selección de algunas características del uso de protección durante la primera relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas	182

sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010

Cuadro 8.13 Distribución del tipo de método de protección usado en la primera relación con la última pareja en mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010	183
Cuadro 8.14 Selección de algunas características del uso de protección en la última relación sexual con la última pareja de las mujeres con dos o más parejas sexuales según condición de displasia. ENHISEX, 2010.	184
Cuadro 8.15. Resumen de los casos analizados en el modelo de regresión logística.	187
Cuadro 8.16 Factores que inciden en la presencia de displasias en mujeres que acuden a los servicios de salud del D.F. (Modelo de regresión logística)	188