



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS
Y AMBIENTALES

**Las prácticas anticonceptivas de las mujeres residentes
en México con experiencias o vínculos migratorios a
Estados Unidos (2013-2018)**

Tesis presentada por
Itza Akari Olgún Zúñiga

Para optar por el grado de
MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directoras de tesis
Dra. Jéssica N. Nájera Aguirre
Dra. Nathaly Llanes Díaz

Ciudad de México, agosto de 2020

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer con mucho afecto a la Dra. Jéssica Nájera Aguirre y a la Dra. Nathaly Llanes Díaz, quienes pacientemente me guiaron e inspiraron a lo largo de todo el proceso con sus valiosos comentarios. Sin su dedicación y entusiasmo no se hubiera podido concretar esta tesis.

Agradezco también a mi lectora de tesis la Mtra. María Adela Angoa Pérez por su acompañamiento durante el desarrollo de la investigación y a la Dra. Ivonne Szasz por amablemente tener la disposición de orientarme y compartirme fuentes que me inspiraron al comenzar a desarrollar la temática.

A todas mis profesoras y profesores de la maestría por sus enseñanzas y conocimientos que me ayudaron en mi desarrollo profesional. A mis compañeras y compañeros de la maestría por su amistad y cada uno de los momentos que me procuraron. Fue un placer haber coincidido con ustedes.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento y a El Colegio de México por las herramientas y espacio brindado.

Por último, a mi familia, amigas y amigos por todo el cariño que me han dado antes, durante y después de todo este proceso. Especialmente con mucho amor a mi mamá y a mi abuela por su constante apoyo, pero también por inspirarme a realizar este trabajo con sus historias y anécdotas vividos en territorio extranjero; la fuerza y valentía que tienen para realizar sus sueños fue un motor para realizar este trabajo.

Resumen

Esta tesis tiene como principal objetivo identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres que residen en México con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos en el periodo del 2013 al 2018. Lo anterior se plantea considerando las características actuales e históricas de la migración mexicana que va hacia Estados Unidos, en la cual se ha observado una mayor participación de las mujeres en edad reproductiva tanto en los flujos de emigración como de retorno, por lo que se considera necesario investigar el entrecruzamiento del evento migratorio con decisiones relacionadas con la salud sexual como es el caso de la anticoncepción.

La investigación parte de observar, a manera de antecedentes, cómo se ha desarrollado el estudio de la anticoncepción -como parte de la Salud Sexual y Reproductiva- de las personas en México y en el mundo; para posteriormente identificar, específicamente, lo mencionado a nivel internacional sobre la anticoncepción de las personas migrantes. Tomando en cuenta lo revisado, en el segundo capítulo se plantea un marco teórico-analítico que examina perspectivas, teorías y conceptos usados para el estudio de las prácticas anticonceptivas en relación con la migración internacional. A partir de dicha revisión, se identificó que el haber tenido un vínculo o experiencia migratoria es una condición que tendrá repercusiones sobre el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres, a partir de la forma en cómo son parte de los procesos migratorios, es decir, si fueron ellas quienes realizaron la movilidad, su pareja o un integrante de su hogar.

Para lograr identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres que realizaron una migración a Estados Unidos, así como de aquellas con pareja migrante o que viven en un hogar con experiencia migratoria, se utilizó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018. Como estrategia metodológica se optó por la realización de dos Análisis de Clases Latentes, los cuales permitieron identificar distintos tipos y perfiles de prácticas anticonceptivas, considerando las características demográficas, socioeconómicas y culturales de las mujeres, así como indicadores construidos para la caracterización de las prácticas anticonceptivas. .

De manera general, se identificaron diversos tipos de prácticas anticonceptivas entre las mujeres con y sin vínculos o experiencia migratoria. Se observó que las mujeres exmigrantes integran un grupo caracterizado por prácticas que se pueden considerar como “modernas”, distinguidas por una

alta incidencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera desde el comienzo de la vida sexual; en cambio, las mujeres con pareja migrante presentaron prácticas anticonceptivas con poca protección al comienzo de la vida sexual y con un mayor uso de métodos anticonceptivos hormonales. Para el caso de las mujeres que viven en un hogar con experiencia migratoria no presentaron un perfil específico, sino distintos tipos y perfiles de prácticas anticonceptivas, un comportamiento similar al observado entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, las cuales son la mayoría en la presente investigación.

Índice

Introducción	10
Capítulo 1. Antecedentes y Marco contextual	15
1.1. Los métodos anticonceptivos como parte de la Salud Sexual y Reproductiva en México y a nivel internacional	15
1.2. La anticoncepción en la población migrante	22
1.3. Reflexiones del capítulo	26
Capítulo 2. Perspectivas, teorías y conceptos para el estudio del vínculo entre prácticas anticonceptivas y migración internacional.....	28
2.1. Perspectivas analíticas para el estudio de las prácticas anticonceptivas de las mujeres.....	28
2.1.1. La definición de las prácticas anticonceptivas de las mujeres	29
2.1.2. Indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas.....	31
2.1.3. Factores demográficos, socioeconómicos y culturales asociados a las prácticas anticonceptivas.....	35
2.2. Perspectivas teóricas para el estudio de los vínculos y experiencias migratorias internacionales a Estados Unidos	43
2.2.1. Migración y género	44
2.1.2. Teorías para el estudio de la migración como una condición que define las prácticas anticonceptivas.....	49
2.3. Reflexiones generales de las perspectivas teóricas.....	53
Capítulo 3. Estrategia y consideraciones metodológicas de la investigación	56
3.1. Objetivos y preguntas de investigación	56
3.2. Hipótesis de investigación	57
3.3. Fuente de información	58
3.4. La delimitación de la población de estudio y dimensiones analíticas	59
3.4.1. Características de la población de estudio	59
3.4.2. Dimensiones analíticas.....	61
3.5. Método analítico propuesto para la caracterización de las prácticas anticonceptivas	70
3.5.1. Análisis de Clases Latentes	71
Capítulo 4. Las prácticas anticonceptivas de las mujeres exmigrantes, con vínculos migratorios y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos.....	75
4.1. Características demográficas, socioeconómicas y culturales de la población femenina con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos	76

4.2. Comportamiento de los indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas de las mujeres en México con y sin vínculos o experiencias migratorias	82
4.2.1. Comportamiento de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos.....	82
4.2.2. Comportamiento de la tasa de continuidad de uso de métodos anticonceptivos para la población con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos.....	87
4.3. Comportamiento de las prácticas anticonceptivas por características seleccionadas.....	91
4.3.1. Prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias por edad, nivel de escolaridad y tamaño de localidad.....	92
4.3.2. Prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias por edad, nivel de escolaridad y tamaño de localidad.....	106
4.4. Reflexión final del comportamiento descriptivo de los indicadores	117
Capítulo 5. Tipos y perfiles de prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018).....	120
5.1. Las variables incorporadas en los modelos ajustados	121
5.2. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres en México <i>con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos entre el 2013 y 2018</i>	124
5.3. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres <i>sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)</i>	137
5.4. Discusión de los resultados.....	147
Conclusiones	151
Bibliografía.....	165
Anexos.....	171

Índice de cuadros, esquemas y gráficas

Cuadros

Cuadro 1. Clasificación de las razones de uso/no uso de métodos anticonceptivos.....	64
Cuadro 2. Descripción de las variables que conforman la dimensión demográfica socioeconómica y cultural.....	69
Cuadro 3. Características sociodemográficas, económicas y culturales de las mujeres en edad reproductiva residentes en México, según su vínculo o experiencia migratoria.....	77
Cuadro 4. Medidas descriptivas de las variables sobre práctica anticonceptiva para los grupos de mujeres, según su vínculo o experiencia migratoria.....	83
Cuadro 5. Probabilidad de continuidad de uso de todos los tipos de métodos anticonceptivos para la muestra total.....	88
Cuadro 6. Comportamiento de los indicadores por edad para la población de mujeres con vínculos o experiencias migratorias.....	94
Cuadro 7. Reestructuración de la variable de edad y número de hijos al primer anticonceptivo usado.....	97
Cuadro 8. Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado para la población con vínculos o experiencias migratorias.....	99
Cuadro 9. Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad para la población con vínculos o experiencias migratorias.....	104
Cuadro 10. Comportamiento de los indicadores por edad para la población sin vínculos o experiencias migratorias.....	107
Cuadro 11. Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado para la población sin vínculos o experiencias migratorias.....	111
Cuadro 12. Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad para la población sin vínculos o experiencias migratorias.....	115
Cuadro 13. Dimensiones y variables seleccionadas para la clasificación de las prácticas anticonceptivas entre mujeres con y sin vínculos migratorios a Estados Unidos.....	122
Cuadro 14. Resumen de estadísticos de bondad de ajuste del Modelo de Clases Latente para la clasificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculo o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018).....	125
Cuadro 15. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018), estimadas a partir del Modelo de Clases Latentes.....	130
Cuadro 16. Probabilidad de respuesta por categoría en cada variable incluida en el Modelo de Clases Latentes de 7 prácticas anticonceptivas para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018).....	131

Cuadro 17. Resumen del tipo de prácticas anticonceptivas encontradas entre las mujeres con vínculos o experiencias migratorias en Estados Unidos (2013-2018).....	135
Cuadro 18. Resumen de estadísticos de bondad de ajuste del Modelo de Clases Latente para la clasificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculo o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018).....	139
Cuadro 19. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018) obtenidas a partir del Modelo de Clases Latentes.....	141
Cuadro 20. Probabilidad de respuesta por categoría en cada variable incluida en el Modelo de Clases Latentes de 8 prácticas anticonceptivas para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos.....	142
Cuadro 21. Resumen de las prácticas anticonceptivas encontradas entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias.....	146

Esquemas

Esquema 1. Características de las dimensiones analíticas consideradas como relevantes para la definición de las prácticas anticonceptivas de las mujeres.....	62
Esquema 2. Diagrama de flujo para la construcción del indicador número de anticonceptivos usados.....	65
Esquema 3. Representación de un Modelo de Clases latentes con p variables manifiestas.....	72
Esquema 4. Resumen de la práctica anticonceptiva 1: mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual.....	129

Gráficas y mapas

Mapa 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos en el 2014.....	19
Gráfica 1. Porcentaje de población femenina por grupos de edad según su vínculo o experiencia migratoria.....	78
Gráfica 2. Porcentaje de población femenina por tamaño de localidad según su vínculo o experiencia migratoria.....	79
Gráfica 3. Porcentaje de población femenina por nivel de escolaridad alcanzado según su vínculo o experiencia migratoria.....	80
Gráfica 4. Porcentaje de población alguna vez usuaria de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos según su vínculo o experiencia migratoria.....	85
Gráfica 5. Análisis de Kaplan-Meier para la probabilidad de discontinuidad de uso de todos los métodos anticonceptivos en meses.....	89
Gráfica 6. Proporción de mujeres con hijos al usar el primer método anticonceptivo, por grupos de edad reagrupados.....	98

Gráfica 10. Probabilidad de respuesta por vínculo o experiencia migratoria para las distintas prácticas anticonceptivas identificadas (clúster).....137

Introducción

Durante la segunda mitad del siglo XX, el país se caracterizó por ser origen de migrantes internacionales con destino a Estados Unidos; sin embargo, esto actualmente ha tenido importantes transformaciones. Según datos del *Prontuario de migración y movilidad* del CONAPO (2016), el mayor número de emigrantes con destino a Estados Unidos se reportó en el periodo de 1990 a 1995 con un estimado de 1,752,300 personas¹. En los años subsecuentes, esta cifra tuvo una reducción importante, ya que en el periodo del 2005 al 2010 se reporta que 1,112,300 personas emigraron hacia este mismo país². La cifra más reciente sobre este flujo es la reportada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018, en la cual se estima que 645,458 emigrantes salieron del territorio entre el 2013 y 2018.

La emigración de personas provenientes de México con destino a Estados Unidos no es el único tipo de movimiento poblacional que se presenta entre estos dos países, ya que desde el 2008, se ha registrado un incremento importante en el retorno de migrantes a México. Las cifras de retorno reportadas para el quinquenio del 2005-2010 han sido las más altas de las que se tiene registro (859 mil hombres y mujeres mexicanas); en el periodo posterior, con datos de la ENADID 2014 se reporta que, del 2009 al 2014, regresaron aproximadamente 590 mil personas, mientras que la Encuesta Intercensal 2015 estimó el retorno de 559 mil personas. Recientemente, según datos de la ENADID del 2018, entre el 2013 al 2018, aproximadamente 286,701 personas regresaron de Estados Unidos, de las cuales 205,510 (71.7%) son hombres y 81,251 (28.3%) son mujeres.

Uno de los cambios más importantes que ha tenido el flujo migratorio de mexicanos que salen y regresan de México a Estados Unidos, además de la disminución del número de emigrantes y el constante retorno, es el incremento de la participación de mujeres jóvenes en edad reproductiva que buscan trabajar en el país vecino del norte o tienen como fin reunirse con sus familias. Según datos de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (Emif-Norte) en 1995, del flujo total de migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos, únicamente el 3.9% del total eran mujeres; mientras que en el 2010 esta cifra se había incrementado a un 25% del total (Gaspar Olvera, 2012). Recientemente, según datos de la ENADID, del total de personas que

¹ Dato calculado a partir del Censo de Población y Vivienda de 1995 (Consejo Nacional de Población, 2016).

² Dato calculado a partir del Censo de Población y Vivienda del 2010 (Consejo Nacional de Población, 2016).

emigraron a Estados Unidos entre el 2013 y el 2018, el 27% fueron mujeres. Los datos anteriores revelan que, a pesar de la disminución de los flujos migratorios de México a Estados Unidos, su feminización sigue en aumento.

La constante emigración y retorno que ocurre entre México y Estados Unidos puede ser generadora de escenarios transformadores tanto para las personas que lo realizan como para quien se queda en el lugar de origen. La familia o el hogar son términos que suelen ser usados de manera indistinta para hacer referencia a la pequeña organización social en donde las personas vinculadas por relaciones de parentesco toman decisiones individuales y colectivas que pueden afectar a todos sus miembros, como puede ser el emprendimiento de una migración por parte de uno de sus integrantes (Massey *et al.*, 2000; Pedraza, 1991; Pessar, 2005). Lo anterior se menciona en un marco contextual en el que la mayoría de las mujeres y hombres migrantes a Estados Unidos se encuentra en edad laboral y reproductiva; etapa en la que ocurre la toma de decisiones importantes sobre eventos fundamentales en el curso de vida de las personas como son la formación de parejas, la sexualidad y la reproducción, por lo que la migración puede ser un evento que se transpone en la toma de estas decisiones.

La atención creciente dirigida a los temas de sexualidad y reproducción estudiados desde una perspectiva de derechos humanos y en relación con otros procesos sociales, cobra especial auge en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994. En ella se define el término de Salud Reproductiva el cual, de manera amplia refiere a que toda persona, independiente de su condición física, social o cultural pueda vivir de manera libre y segura su sexualidad y reproducción. Uno de los medios más importantes para gozar de salud sexual y reproductiva es mediante la utilización de anticonceptivos, la cual, por sesgos ideológicos y arquetipos de género como asociar todo lo relacionado con la reproducción a las mujeres, suele ser cuantificada en ellas, por lo que gran parte de la información generada es sobre su dinámica de uso y no de los varones. La información e investigaciones hechas sobre esta temática han documentado que las características sociodemográficas individuales, así como la interacción de las personas con procesos o condiciones sociales específicas como la migración, pueden influir en la utilización de métodos anticonceptivos.

Lo anterior ha encaminado a realizar cuestionamientos sobre cómo el fenómeno migratorio funge, condiciona o se da de manera paralela a las decisiones que las personas toman sobre su vida sexual

y reproductiva, y por ende del uso de métodos anticonceptivos. En México, la exploración de las condiciones en que las personas migrantes llevan a cabo su sexualidad ha documentado distintas problemáticas, dependiendo del sujeto de estudio, en qué momento del proceso migratorio se encuentra y los factores que definen las características en las que lleva a cabo la movilidad.

Por ejemplo, para el caso de las mujeres emigrantes con destino a Estados Unidos se ha mostrado que la movilidad es un fenómeno que puede vulnerar la salud sexual y reproductiva debido a la falta de acceso a métodos anticonceptivos al llegar al lugar de destino, así como por los riesgos de violencia sexual y trata de personas que ocurren durante el proceso migratorio (Gardner y Blackburn, 1997). Sin embargo, también se ha observado que, para ellas, migrar en condiciones adecuadas puede ser un potencial evento liberador, que les otorga una mayor autonomía, así como cambios en sus expectativas en todo lo relacionado con la sexualidad y reproducción (Ariza, 2000). En cambio, para el caso de las mujeres retornadas, es decir, las exmigrantes que regresaron al país de origen, se ha observado que pueden presentar barreras estructurales, como la falta de documentos de identidad, que les impiden acceder a sistemas de salud que tomen en cuenta las condiciones de su perfil epidemiológico; el cual es posible que tenga características derivadas del proceso de movilidad, en el que destaca la presencia de depresión, adicciones, sobrepeso e Infecciones de Transmisión Sexual (Castañeda *et al.*, 2018).

Las personas que migran de su país, se establecen en el de destino y en ocasiones regresan al origen, no son las únicas que viven las consecuencias de la migración internacional, ya que la emigración de los integrantes del hogar de origen, como la pareja, pueden también tener repercusiones o moldear preferencias particulares sobre la sexualidad de la cónyuge, y de manera específica sobre la utilización de anticonceptivos, a causa de este proceso. Algunos estudios han documentado cómo las mujeres parejas de migrantes ajustan sus ciclos reproductivos (Muñoz, 2000), y por ende el uso de anticonceptivos, mientras su compañero regresa; pero también en otros casos se ha evidenciado como ellas, así como otros integrantes del hogar, pueden usar las remesas recibidas para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (Caballero *et al.*, 2008).

Con lo anteriormente mostrado se observa la interacción de dos fenómenos, por un lado las importantes transformaciones que han tenido los flujos migratorios de México a Estados Unidos, en los que destaca la mayor participación de las mujeres y un constante retorno de migrantes; y por otro lado, la migración como una condición que puede moldear una amplia variedad de formas en

que las mujeres llevan a cabo la utilización de métodos anticonceptivos. Por consiguiente, en esta investigación interesa conocer cómo los procesos migratorios pueden definir particulares formas de utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, considerando que la migración es una condición que podría estar asociada con ciertos perfiles de prácticas anticonceptivas. Para lograr una exploración amplia de todo lo relacionado con la anticoncepción, se usará el término de prácticas anticonceptivas, para referirse a la interrelación entre el conjunto de características y condiciones individuales -como el haber tenido contacto con una migración internacional a Estados Unidos, con la dinámica y formas de uso de métodos anticonceptivos.

A partir de lo enunciado, el principal objetivo de esta investigación es conocer cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres en edad reproductiva (15 a 54 años) que han iniciado su vida sexual, residentes en México, que tienen o no vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos recientemente. En consecuencia, la población de estudio de esta investigación la constituyen las mujeres exmigrantes o retornadas de Estados Unidos, las mujeres con vínculos migratorios a este país porque son las parejas de los emigrantes o familiares de otras personas que viven en un hogar con experiencia migratoria, y finalmente, las mujeres que no tienen experiencia o vínculos migratorios. Para lograr lo anterior se usó como fuente de información la ENADID del 2018, considerando que tiene información cuantitativa de ambas temáticas -migración internacional y uso de anticonceptivos- y es una fuente con información reciente.

La investigación se presenta en una serie de cinco capítulos. En la primera parte se muestran los antecedentes generales sobre el estudio de los métodos anticonceptivos como parte de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, lo cual ayuda a visualizar cómo se ha abordado el estudio de la anticoncepción de las personas migrantes. Posteriormente, en el Capítulo 2, se muestra una serie de perspectivas, teorías y conceptos que ayudaran a comprender cómo se da el estudio de las prácticas anticonceptivas y los distintos mecanismos por los cuales la condición de tener un vínculo o experiencia migratoria pueden definirlos.

En el Capítulo 3 se define la estrategia metodológica seguida, considerando que esta debe buscar responder a la principal pregunta de investigación, la cual refiere a ¿Cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos en el periodo del 2013 a 2018, que han iniciado su vida sexual y son residentes en México en el 2018?.

En este mismo capítulo además, se describen los detalles de la fuente de información usada, es decir, la ENADID del año 2018, las consideraciones tomadas para la construcción de las variables que describen el uso de métodos anticonceptivos, así como las características individuales de la población de estudio y los métodos estadísticos a usar, los cuales son estadística descriptiva y Análisis de Clases Latentes.

En el Capítulo 4 se muestra, a través de análisis estadístico descriptivo, las variables e indicadores que conforman las prácticas anticonceptivas, dando especial relevancia a distintas características diferenciadoras como son el tener un vínculo o experiencia migratoria, la edad, la escolaridad y el tamaño de localidad. En el Capítulo 5 se presenta los resultados de la estimación de dos modelos de clases latentes, uno para identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias y otro para las prácticas anticonceptivas de las mujeres que no tienen vínculos o no han realizado una migración de este tipo. El objetivo dichas estimaciones es contestar si existen diferencias en las prácticas anticonceptivas entre las mujeres con y sin algún vínculo o experiencia migratoria en el periodo de estudio.

Finalmente, se muestra una sección donde se presentan las conclusiones de esta investigación, en la que se reflexiona sobre los principales aportes del presente estudio y las principales limitantes, así como preguntas que emergieron para análisis futuros. En esta sección se busca remarcar que el aporte teórico, metodológico y analítico de esta investigación permitirá observar cómo el haber tenido un vínculo o experiencia migratoria entre las mujeres puede moldear la forma en la que se lleva a cabo la utilización de anticonceptivos, identificar perfiles de uso con mayor vulnerabilidad a la propagación de Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados, así como para entender de mejor forma cómo se pueden cubrir las necesidades de planificación familiar y salud sexual específicas considerando las prácticas anticonceptivas de estos grupos poblacionales.

Capítulo 1. Antecedentes y Marco contextual

En este capítulo se presenta en un primer momento, el desarrollo del concepto de Salud Sexual y Reproductiva en México y a nivel internacional, así como el aporte que ha dado en el estudio de la sexualidad y la reproducción desde un enfoque de Derechos Humanos. A su vez se menciona cómo este término, que alude al goce sano de la vida sexual y reproductiva, busca garantizar el acceso a métodos anticonceptivos a toda la población que lo necesite, por medio de los programas de planificación familiar. Dentro de esta misma sección se muestra un breve panorama de las diferencias en el acceso a servicios de planificación familiar según las características demográficas de las mujeres, y las discusiones en torno a la importancia de analizar el uso de métodos anticonceptivos en poblaciones vulnerables o con necesidades específicas como puede ser la población migrante.

Posteriormente se enuncia la importancia de estudiar la anticoncepción de las personas con vínculos o experiencias migratorias en México, tomando en cuenta algunas cifras sobre los flujos migratorios que van de México a Estados Unidos, así como estudios que han documentado las distintas consecuencias que pueden surgir en la forma en que las personas llevan a cabo su anticoncepción, al estar integradas o convivir de manera cercana con un proceso migratorio. Es decir que, este capítulo, de manera general, busca mostrar un breve panorama de antecedentes sobre cómo se ha abordado el estudio de la anticoncepción de las mujeres, tomando en cuenta el marco contextual de la prevalente migración de México a Estados Unidos.

1.1. Los métodos anticonceptivos como parte de la Salud Sexual y Reproductiva en México y a nivel internacional

En los años cincuenta, el tema de la salud en la reproducción humana era principalmente analizado desde dos perspectivas. Por un lado, se discutían las condiciones de salud de las mujeres en el proceso reproductivo y por otro, se estudiaba su relación con el crecimiento poblacional en los países en desarrollo (Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani 2001). Con el paso del tiempo, las discusiones internacionales sobre la relación entre altas tasas de fecundidad, crecimiento poblacional y desarrollo se fueron incrementando, ya que diversos países -como México- estaban

entrando en una nueva fase de la transición demográfica³ de crecimiento acelerado que aparentemente podía comprometer la estabilidad social y económica. En México, las posturas internacionales sobre el incremento de la población y los temores sobre desestabilidad económica y social alrededor de esta se vieron reflejados en la implementación de la *Ley General de Población* de 1974, la cual reorientó las políticas poblacionistas que se dieron en la primera mitad del siglo XX a mecanismos que impulsaran la desaceleración del crecimiento de la población (Alba Giorguli y Pascua, 2014).

La Ley General de Población, promulgada en 1974, se basaba en regular los fenómenos que afectaban el tamaño, la composición y la estructura de la población por medio de Programas de Planificación Familiar (PPF) que funcionaban a través de servicios de salud pública y de educación sexual principalmente ofrecidos a mujeres en edad reproductiva (Ordorica, 2014). Estos programas tenían como fin proveer información y acceso a métodos anticonceptivos lo que derivó en importantes cambios en el porcentaje de mujeres usuarias. Tan solo en el año 1973 se reportaba que 12% del total de mujeres en edad reproductiva unidas usaban algún método anticonceptivo, valor que aumentó a 47.7% en 1979 (Palma *et al.*, 1990).

Desde los años setenta hasta los noventa, se observó el éxito de los programas de planificación familiar al aumentar el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos y la disminución de las tasas de fecundidad. A la par de este cambio, en México y a nivel internacional se presentaban discusiones en torno a que se debía incorporar una perspectiva de Derechos Humanos en el control de la fecundidad que garantizara el acceso y respeto a la elección reproductiva. Los programas de planificación familiar evolucionaron a un paradigma de mayor envergadura en el que no solo incorporaba un enfoque de carácter nacional, público o político con fines meramente reduccionistas de las tasas de fecundidad y el control del crecimiento poblacional, sino también uno individual en el que se enfatizaba la equidad de género y la autonomía de los individuos sobre su vida reproductiva (Lerner y Szasz, 2003).

En la década de los noventa acontecen una serie de conferencias internacionales como la *Conferencia de Derechos Humanos* realizada en Viena en 1993, la *Conferencia Internacional*

³ Convencionalmente, la transición demográfica hace referencia al cambio que se da en la dinámica poblacional, específicamente por la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad. En la etapa que se menciona ocurre un acelerado crecimiento poblacional debido a altas tasas de fecundidad y bajas tasas de mortalidad. En México, este crecimiento comienza a mediados del siglo XX (Welti, 1994)

sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994 y la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* celebrada en Beijín en 1995, las cuales logran incorporar en la agenda internacional el concepto de Salud Reproductiva para procurar el bienestar de la población (Leslie *et al.*, 2001). El término de Salud Reproductiva fue definido en el informe de la CIPD de El Cairo (Naciones Unidas, 1994, p.37) de la siguiente manera:

“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación familiar de su elección y a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos. Así como acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”

En este mismo informe se menciona que la definición de Salud Reproductiva incluye también a la Salud Sexual, la cual definen como “el desarrollo sano de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Naciones Unidas, 1994, p.37).

Dicho de otro modo, para que cualquier persona goce de una buena Salud Sexual y Reproductiva debe tener derecho a obtener información funcional de métodos anticonceptivos, a su disponibilidad y a su libre elección, con el fin de que pueda tener relaciones sexuales sin riesgos a embarazos no deseados o a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Asimismo, se alude que las mujeres tengan embarazos y partos seguros que garanticen la sobrevivencia de ellas y el bebé, por medio del acceso a servicios de salud que prefieran, incluyendo partería tradicional, y que estos sean de buena calidad (Lerner y Szasz, 2003). Con lo anterior se puede afirmar que la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) no solo hace referencia al bienestar en materia de fecundidad, sino que también abarca otras dimensiones como la cultura, el conocimiento, las relaciones de género y los derechos humanos (Rodríguez Wong y Perpétuo, 2011).

La discusión en torno a la SSR se siguió retomando en los años subsecuentes dentro de consensos internacionales que buscaban la protección y el correcto desarrollo de las personas, independientemente de su condición social. En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) con el fin de promover el desarrollo humano, considerando las dimensiones sociales, económicas y de medio ambiente en las que vive la población. Si bien, dentro de este acuerdo internacional no se menciona un objetivo general para la protección de la Salud Sexual y Reproductiva, se establecen metas específicas que guardan relación con ella, como son la mejora de la salud materna, aumentar la proporción de partos con asistencia de personal capacitado y disminuir la propagación del VIH/SIDA, así como disminuir el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos⁴ (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El cumplimiento de estos objetivos se dio de manera parcial, ya que más adelante, en el año 2015, nuevamente la Asamblea General de la ONU, buscando dar seguimiento a lo establecido en el año 2000, emitió los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) en los cuales se menciona que una de las metas es lograr el bienestar y la buena salud de todas las personas para el año 2030. México, así como otros 192 países, es signatario de estos objetivos, en los cuales uno de sus fines es garantizar el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, la cual incluye el acceso a la anticoncepción por medio de la planificación familiar (Naciones Unidas, 2019).

En México, uno de los indicadores utilizados para observar el avance en la meta específica de los ODS que busca garantizar el acceso universal a los servicios de planificación familiar, es el porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos. Este indicador busca evidenciar qué porcentaje de estas mujeres está en riesgo de embarazarse, pero desea evitarlo y no es usuaria de métodos anticonceptivos modernos⁵ en algún momento en el tiempo. El Gobierno de México, con el fin de identificar diferencias a nivel regional y atender las causas que dan origen a que la población de alguna zona o región tenga menor acceso a métodos anticonceptivos, realiza el cálculo para cada una de las entidades del país.

⁴ Las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos es un indicador que busca calcular el porcentaje de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, expuestas al riesgo de embarazarse, que en un momento determinado desean limitar o espaciar un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo en ese mismo momento (Organización Mundial de la Salud, 2009).

⁵ Se le llama métodos anticonceptivos modernos a todos aquellos que ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos fármacos ajenos al cuerpo y se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos.

Mapa 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos en el 2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno Federal de México para el seguimiento de los avances en los ODS⁶.

Como se observa en el Mapa 1, en el 2014, en ninguna entidad había cero por ciento de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ya que el estado en donde se presentó el valor más bajo era Sonora con 11.3%. Además es posible observar diferencias importantes entre la demanda insatisfecha que se presenta en el sur y en el norte del país. En los estados del sur como son Chiapas, Oaxaca y Yucatán se conforma una región caracterizada por tener altos porcentajes de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, en comparación con todas las entidades que se encuentran en la frontera norte del país. Esto mismo ocurre con algunas entidades del oeste del país como son Jalisco, Michoacán y Guanajuato, en donde la demanda insatisfecha está por arriba de la media que es de 18.4%.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es un indicador usado por los organismos internacionales y los gobiernos de los diferentes países para observar las características de las poblaciones que presentan mayores dificultades en tener acceso a métodos anticonceptivos que se adapten a sus necesidades. Este indicador es uno de los más sofisticados para dar cuenta del correcto alcance de los programas de planificación familiar para las mujeres; sin embargo, solo muestra un panorama parcial del comportamiento y características sobre cómo se lleva a cabo la

⁶ Datos consultados en la página web de la *Agenda 2030 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible* en abril de 2020 en <http://agenda2030.mx/ODSind.html?ind=ODS003000500010&cveind=140&cveCob=99&lang=es#/Indicador>

planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos y, como gran parte de los indicadores de anticonceptivos, no se calcula para los varones, únicamente para las mujeres⁷.

Con el fin de investigar de manera más detallada la forma en que se lleva a cabo la planificación familiar para cumplir las necesidades de la población, encuestas especializadas sobre Salud Sexual y Reproductiva han buscado obtener diferentes datos sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, prevalencia de uso, continuidad en la utilización y toda información que caracterice el cómo se lleva a cabo la anticoncepción, considerando a su vez, las características de las personas y el contexto social en el que se desarrollan.

En el año 2016 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) publicó un reporte sobre el estado de la Salud Sexual y Reproductiva de la población que habita en territorio mexicano con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), la cual se realizó en el año 2014 y contenía un apartado especial de anticoncepción (Consejo Nacional de Población, 2014). En este documento se presentaron estadísticas básicas descriptivas sobre las características de la anticoncepción de la población encuestada⁸, tomando en cuenta diferentes factores demográficos y sociales que moldean variaciones en los resultados, como son la edad, el estado conyugal, el número de hijos, la escolaridad o el lugar de residencia. A lo largo del reporte se destaca la importancia de analizar el uso de métodos anticonceptivos según las diferentes características de las mujeres, ya que algunas situaciones como el grado de educación, vivir en una comunidad rural o la falta de educación sexual en la adolescencia son condiciones que pueden comprometer la capacidad de acceso a métodos anticonceptivos.

La intención de analizar la Salud Sexual y Reproductiva y, de manera específica, la anticoncepción de las personas según sus diferentes características demográficas, sociales y culturales surge de la recomendación de organismos internacionales sobre la capacidad que debe tener la información generada para identificar las necesidades específicas de planificación familiar de ciertos grupos poblacionales (Organización Mundial de la Salud, 2009). Un acuerdo que retoma de manera

⁷ Actualmente existen poca información sobre la vida sexual y reproductiva de los hombres debido a que, por factores culturales -como los roles de género-, la sexualidad, la reproducción y sobre todo la planificación de embarazos ha sido asignada a las mujeres por lo que las encuestas sobre esta temática suelen ser realizadas a mujeres ya que se considera que ellas, al ser las que experimentan el embarazo pueden tener un mayor conocimiento sobre el tema; sin embargo, es una responsabilidad que también le debería corresponder a los hombres (Consejo Nacional de Población, 2014).

⁸ El cuestionario sobre Salud Sexual y Reproductiva de la ENADID únicamente se realizó a mujeres residentes en México de 15 a 54 años.

importante esta idea, es el Consenso de Montevideo emitido en el 2013, en el cual, entre sus diez medidas prioritarias para dar continuidad a lo decretado en la CIPD de El Cairo, se alude a la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de calidad, tomando en cuenta las necesidades específicas de hombres, mujeres, adolescentes, personas LGBT⁹, migrantes y de toda persona que pueda encontrarse en condiciones de vulnerabilidad (CEPAL/CELADE, 2013).

La recomendación de entender las necesidades de planificación familiar de poblaciones específicas es primordial en Latinoamérica debido a la diversidad de condiciones sociales y económicas que se presentan. En México, la migración es una condición que puede originar necesidades particulares de servicios de planificación familiar ya que es un proceso que, si bien, puede generar cambios transformadores sobre la situación social y económica de las personas que la realizan, así como de sus hogares en el origen; también es un fenómeno que define cambios en las relaciones, funciones y responsabilidades a nivel familiar, lo que puede influir en la forma en que las mujeres acceden y usan servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva (Caballero *et al.*, 2008).

La heterogeneidad y constancia de los procesos de movilidad que se dan en México ha conformado distintos tipos de flujos migratorios con una mayor presencia¹⁰; sin embargo, los flujos migratorios de mayor densidad son los de personas que tienen como destino llegar a Estados Unidos, así como de mexicanos que retornan de manera forzada o voluntaria al país. Las cifras más recientes sobre estos flujos migratorios son las reportadas por la ENADID del 2018, en la cual se estima que 645,458 emigrantes salieron del territorio entre el 2013 y 2018, de las cuales el 27% son mujeres. Mientras que, para el caso del retorno proveniente de Estados Unidos de este mismo periodo se calcula que aproximadamente 286,701 personas regresaron de este país; 205,510 (71.7%) hombres y 81,251 (28.3%) mujeres. Los datos mostrados, además de evidenciar la prevalencia actual de los

⁹ El término LGBT están compuesto por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero y suele ser usada para referirse a las personas con las orientaciones sexuales e identidades de género a las que hace referencia. Sin embargo, en los últimos años han surgido cambios en las siglas con el fin de integrar a otras orientaciones sexuales e identidades como son las personas transexuales, travesti, intersexuales, pansexuales, queer, entre otras, por lo que ahora es común la utilización de la sigla anterior acompañada con el signo de adición (LGBT+).

¹⁰ Entre los distintos flujos de mayor densidad que ocurren en el territorio es el emigrantes provenientes de México con destino a Estados Unidos, extranjeros que inmigran al país a residir de manera temporal o permanente en el territorio, la migración fronteriza en tránsito de personas de Centroamericanas, así como del Caribe y el continente africano que tienen por destino llegar a Estados Unidos, la movilidad transfronteriza por trabajadores guatemaltecos y el retorno forzado o voluntario de personas provenientes de Estados Unidos (Arriaga, 2016).

flujos dados en este corredor migratorio; demuestran un incremento en su feminización ya que, según datos de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (Emif-Norte) en 1995, del flujo total de migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos, únicamente el 3.9% eran mujeres; mientras que en el 2010 esta cifra se había incrementado a un 25% (Gaspar Olvera, 2012).

Con lo anterior se evidencian dos características importantes del fenómeno migratorio internacional de México a Estados Unidos que pueden colocar a las poblaciones migrantes en condiciones específicas de acceso a servicios de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. Por un lado, se observa un incremento en la participación de las mujeres, tanto emigrantes como retornadas, lo cual, por la misma naturaleza compleja del fenómeno migratorio, puede generar transformaciones en sus preferencias, costumbres y condiciones en las que ellas llevan a cabo su sexualidad y reproducción. Mientras que, por otro lado, se observa la constante participación de hombres migrantes, que según lo mencionado por Chávez, Granados y Castro (2011) es necesario analizar desde una perspectiva de género para comprender las formas de vida de la familia que se mantiene en el origen, en la cual, particularmente las mujeres parejas de migrantes, viven una dependencia real y simbólica con su pareja aunque no se encuentre en el país, lo que puede moldear una dinámica de uso de anticonceptivos adaptada a esta situación.

El panorama mostrado encamina a explorar de manera específica cómo se ha abordado el estudio de la anticoncepción en poblaciones que participan en contextos migratorios y de manera específica, los distintos hallazgos encontrados sobre la anticoncepción de personas que tienen vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos.

1.2. La anticoncepción en la población migrante

En los últimos años, los organismos internacionales han manifestado preocupación por la protección de los derechos humanos de las personas migrantes debido a que el fenómeno migratorio ha ido en aumento a causa de la globalización, la perpetuación de precarias condiciones de vida, el incremento en la violencia y las consecuencias climáticas devastadoras en los países de origen. Como se mencionó anteriormente, en el Consenso de Montevideo se enfatiza la necesidad de proteger la salud de las personas migrantes y de manera amplia sus derechos humanos, para lo cual

se considera indispensable tener en cuenta el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (CEPAL/CELADE, 2013). En este mismo documento se menciona que las personas que se desplazan de manera irregular, las mujeres víctimas de trata, las repatriadas y las que se desplazan forzosamente buscando refugio, son poblaciones vulnerables a las cuales se les debe brindar programas de Salud Sexual y Reproductiva con atención especializada a sus necesidades.

La protección de la Salud Sexual y Reproductiva de los migrantes se considera como una medida primordial debido a que en las migraciones internas o internacionales, las personas -y de manera particular las mujeres y la población LGBT- pueden estar expuestas a un mayor número de riesgos debido a su condición de género. Gardner y Blackburn (1997) mencionan que la Salud Sexual y Reproductiva de la población migrante se puede ver comprometida por el acceso limitado a métodos anticonceptivos –principalmente para la población que realiza una movilidad internacional o del tipo rural-urbana-, a mayor riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA debido al aumento de prácticas sexuales de riesgo por la interrupción de la vida familiar y comunitaria; y en el caso de las mujeres migrantes a mayor exposición a violencia sexual y falta de atención prenatal y en el parto.

Para lograr comprender la forma en que la migración puede afectar la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, y de manera particular el acceso a servicios de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, se ha optado por estudiarla como un proceso en el que pueden ocurrir cambios y adaptaciones a lo largo de este. El proceso migratorio se compone de diferentes etapas; entre ellas la partida o salida del lugar de origen, el tránsito, la llegada al destino, la residencia e incorporación a la nueva sociedad, y en varios casos, el retorno. En dichas etapas se generan cambios individuales, familiares y comunitarios particulares que pueden definir la forma en que se lleva a cabo el uso de métodos anticonceptivos (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006; Organización Internacional para las Migraciones, 2015). Es decir que, para el estudio y comprensión de la anticoncepción de las personas migrantes es necesario identificar qué parte del proceso migratorio se estudiará, las relaciones sociales que se involucran en ese momento y las características de los procesos migratorios.

Algunos estudios que se han enfocado en identificar específicamente la forma en que la migración que va de México a Estados Unidos define, afecta o condiciona el uso de métodos anticonceptivos han optado por utilizar diferentes estrategias analíticas. Por ejemplo, Minnis (2010) por medio de

estadística descriptiva y regresiones multivariadas, estudia las diferencias en la salud sexual y reproductiva que existen entre las mujeres inmigrantes en Estados Unidos, las mujeres exmigrantes que hayan hecho un cambio de residencia a este mismo país entre el 2002 y 2005 y las mujeres no migrantes en México. Las principales dimensiones analíticas de este estudio son las características en el uso de métodos anticonceptivos y distintos conceptos que describen el comportamiento sexual de las entrevistadas. Con estos indicadores fue posible observar que existen diferencias en las prácticas sexuales y anticonceptivas de las mujeres no migrantes, exmigrantes y las mexicanas que residen en Estados Unidos, sin embargo estas diferencias no apuntan a una selectividad en el acceso a la salud sexual o reproductiva, por lo que considera que es importante examinar la atención a la salud de manera continua en el proceso y posterior a este, tomando en cuenta que, a pesar de que no se observa un efecto de la migración en tener mayor selectividad o acceso, hay diferencias en el comportamiento sexual y de uso de anticonceptivos entre las distintas poblaciones.

El estudio de la anticoncepción en contextos migratorios no solo se ha enfocado en determinar si existe un mayor o menor acceso y uso de métodos anticonceptivos entre la población migrante y no migrante, sino también como un medio para identificar escenarios donde puede existir mayor riesgo de contagio de ITS y portación de VIH/SIDA (Quintino *et al.*, 2011). Principalmente desde la década de los noventa, distintas disciplinas como la epidemiología, la demografía y la antropología buscaron comprender esta relación, por lo que de manera indirecta o transversal era necesario conocer cómo las personas llevaban a cabo el uso de anticonceptivos de barrera, principalmente del condón masculino. Concretamente esto se muestra en una investigación realizada en comunidades zapotecas del estado de Oaxaca, en la cual, por medio de entrevistas a profundidad, se identificó que los hombres migrantes perciben un mayor riesgo de contagio de VIH, sífilis y gonorrea en Estados Unidos por lo que el uso del condón se da de manera más regular en este país; sin embargo, cuando retornan se da en menor medida con su pareja del lugar de origen. En esta misma investigación además se identifica la poca o nula oportunidad que tiene las mujeres de decidir el uso del condón masculino con sus parejas migrantes a pesar de que saben su efectividad para prevenir el VIH (Leyva *et al.*, 2008).

En otro estudio similar, Eguiluz, Torres y Allen (2013) exploraron las percepciones que hay sobre el uso de condón y el contagio de ITS/VIH en migrantes y no migrantes de dos comunidades en Jalisco con tradición migratoria. En este estudio, por medio de entrevistas a profundidad, se observa

que el empleo del condón por parte de hombres que recientemente migraron a Estados Unidos fue mayor en territorio extranjero, pero no regular; mientras que al retornar a su comunidad se identifica menor uso de condón debido a que consideran que tienen menor libertad y anonimato para su adquisición a causa de la vigilancia que perciben en sus comunidades de origen.

Otros estudios más recientes han explorado el efecto que tiene vivir en un hogar con “cultura migratoria” a Estados Unidos sobre el uso de métodos anticonceptivos; es decir que, en ellos se analiza si el vivir en un hogar con experiencia migratoria, tener una pareja migrante o haber migrado puede incrementar el uso y conocimiento de estos, debido a la adopción de nuevas conductas vistas en el país de destino. En estos estudios se considera a la migración como una condición que construye nuevos estándares en la persona que la realiza, pero también en las personas que permanecen en el hogar y mantienen la reproducción social en el lugar de origen. Para comprobar este efecto De, P. K. (2013) y Battaglia (2015) usan regresiones lineales con variables instrumentales que buscan cuantificar el efecto indirecto que tiene “la cultura migratoria” sobre el uso de métodos anticonceptivos. En ambos estudios se observa un incremento en el uso o conocimiento de anticonceptivos a causa de la migración; sin embargo, es importante destacar que este se toma de manera generalizada para todas las personas; es decir que, las mujeres migrantes, en hogar con experiencia migratorias y las mujeres con pareja migrante vivirán de igual manera la relación migración-mayor uso de anticonceptivos, lo cual, como se observa en los estudios anteriormente mencionados debe ser explorado con más detalle.

Hasta este punto únicamente se han mencionado estudios que han investigado el uso de anticonceptivos de personas que viven el contexto migratorio México-Estados Unidos, no obstante, es importante reconocer que existen investigaciones sobre esta temática a nivel mundial. Principalmente en África y Asia, donde las migraciones se dan de manera sistemática debido a causas laborales y el uso de anticonceptivos no se da de manera generalizada en toda la población. En estos contextos se ha buscado explorar el cambio y definición de las prácticas anticonceptivas de las personas que viven la migración internacional, así como de sus parejas, quienes permanecen en el origen (Hughes *et al.*, 2006; Khan *et al.*, 2015; Shattuck *et al.*, 2019). El fin de los trabajos citados ha sido comprender las necesidades y riesgos en la sexualidad y reproducción a los que pueden estar expuestas las personas migrantes o las cercanas a ellas debido a las formas de uso o no uso de métodos anticonceptivos.

Tomando en cuenta que estudiar la anticoncepción es esencial para comprender el estado de la salud sexual y reproductiva de la población, las características del contexto migratorio actual en México y lo mencionado en estudios previos que han investigado el uso de anticonceptivos en la población migrante; en esta investigación se considera importante conocer, con información reciente, cómo se lleva a cabo la anticoncepción de las mujeres que migraron (exmigrantes) o que se relacionan con una migración (parejas de migrantes y hogar con experiencia migratoria) a Estados Unidos, debido a que este flujo migratorio recientemente ha tenido importantes transformaciones en términos de composición, como mayor participación de las mujeres. Investigar lo anterior pretende contribuir al conocimiento de cómo la condición migratoria de las mujeres, entendida como tener un vínculo o experiencia migratoria, puede generar formas de acceso y preferencias de uso de métodos anticonceptivos diferenciadas, considerando que esta información es elemental para la implementación de programas gubernamentales que tomen en cuenta a toda la población, incluyendo a las personas que se encuentran en condiciones sociales particulares, como pueden ser las mujeres con vínculos o experiencias migratorias.

1.3. Reflexiones del capítulo

La Salud Sexual y Reproductiva es un término multidimensional que ha buscado abarcar todo aquello que se relacione con el bienestar de la sexualidad y la reproducción de las personas, por lo que se ha constituido como una parte esencial para el cumplimiento de los derechos humanos. Dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, los servicios de planificación familiar y, específicamente, los métodos anticonceptivos tienen especial relevancia, ya que su acceso es esencial para decidir de manera libre y segura cuándo y cuántos hijos tener, así como para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA. Debido a que aún existen diferencias en el acceso a métodos anticonceptivos, principalmente entre poblaciones que se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad, organismos internacionales han buscado consensuar con los países del mundo que el acceso debe ser universal y considerando las necesidades específicas de diversos grupos poblacionales, como puede ser la población migrante.

Lo anterior cobra importancia en un país como México en donde existe una amplia variedad de flujos migratorios; entre los cuales, el que presenta mayor densidad es el de población migrante

que sale del país para llegar a Estados Unidos, o que retorna al territorio de manera forzada o voluntaria. Este tipo de flujo migratorio -con destino o de regreso- ha tenido importantes transformaciones entre las que destaca un aumento en la participación de las mujeres, lo cual encamina a explorar como ellas llevan a cabo el uso de métodos anticonceptivos. Si bien, las personas que realizan la migración son uno de los principales sujetos de estudio para comprender las causas y consecuencias de los movimientos poblacionales, no son las únicas que participan en los procesos migratorios, ya que, al ampliar la unidad de análisis al hogar, se puede comprender las formas de vida y preferencias particularmente en las mujeres con pareja migrante, así como de los integrantes de la familia que se quedan en el origen; lo cual es importante al investigar temas relacionados con la sexualidad y reproducción.

El estudio de la anticoncepción de las personas con vínculos o experiencias migratorias se ha ampliado debido a la documentación de problemáticas que pueden surgir a causa de este, como puede ser el acceso limitado de métodos anticonceptivos, así como incremento en el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual. Si bien, estas investigaciones han evidenciado importantes problemáticas que surgen a partir de tomar el evento migratorio como causa de cambios en los patrones de anticoncepción (Instituto Nacional de las Mujeres, 2006; Leyva Flores *et al.*, 2008; Minnis, 2010; Quintino *et al.*, 2011); se considera que también es importante explorar a la migración como una condición que se entrelaza con otros factores estructurales y que la viven tanto las personas que la realizan como los que se quedan en el lugar de origen, lo que podría definir peculiaridades en la forma en que usan métodos anticonceptivos.

Capítulo 2. Perspectivas, teorías y conceptos para el estudio del vínculo entre prácticas anticonceptivas y migración internacional

En este capítulo se presenta un marco de referencia de las diferentes perspectivas, teorías y conceptos que permiten estudiar las prácticas anticonceptivas de las mujeres, construir su definición y explorar su comportamiento en relación con haber tenido un vínculo o experiencia migratoria internacional. Para ello, se incorporan dos secciones: en la primera parte, se examinan las perspectivas analíticas para el estudio y definición de las prácticas anticonceptivas de las mujeres, las variables sociodemográficas-culturales asociadas a su comportamiento y la discusión del género alrededor del uso de anticonceptivos y el ejercicio de los derechos reproductivos.

En la segunda sección se presenta un acercamiento teórico para el análisis de los cambios y adaptaciones en las preferencias cotidianas que surgen a partir de tener un vínculo o experiencia migratoria internacional. Debido a la temática del estudio, se comienza por mencionar los principales aportes que ha dado la perspectiva de género en el estudio de las migraciones. Posteriormente, se revisan algunas perspectivas analíticas para estudiar cómo la experiencia o vínculos migratorios a Estados Unidos pueden influir en la adopción de nuevas preferencias o ideas y finalmente, se expone una discusión general que relaciona los vínculos y experiencias migratorias con las prácticas anticonceptivas, tema de interés en esta investigación.

2.1. Perspectivas analíticas para el estudio de las prácticas anticonceptivas de las mujeres

Los métodos anticonceptivos han sido un tema central para hablar del bienestar de la población en torno a la Salud Sexual y Reproductiva, por lo que los estudios que buscan entender los factores asociados a su uso se han diversificado y ampliado en el tiempo. Son varias las disciplinas que han investigado el comportamiento de uso de los métodos anticonceptivos. La medicina, la demografía, la psicología, la sociología, entre otras, han realizado esfuerzos por investigar las características de los usuarios, los beneficios y los efectos secundarios de su uso, la efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos, así como los factores sociodemográficos y culturales asociados a una mayor prevalencia, difusión y conocimiento de estos. A continuación, se presenta de manera breve,

una aproximación analítica para el estudio del uso de métodos anticonceptivos considerando principalmente una perspectiva demográfica.

2.1.1. La definición de las prácticas anticonceptivas de las mujeres

Como se mencionó en el capítulo anterior, la Salud Sexual y Reproductiva circunscribe diferentes elementos que permiten a las personas vivir de manera libre y segura su sexualidad y reproducción, entre los que se encuentra el acceso a servicios de planificación familiar. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el concepto de planificación familiar hace referencia a la información, los medios y los métodos que permiten a las personas decidir tener hijos o no y cuándo hacerlo (UNFPA, 2020)¹¹. Dentro del concepto de planificación familiar se suele incluir la educación sexual, la prevención y el manejo de Infecciones de Transmisión Sexual, así como el tratamiento de la infertilidad, por lo que no solo constituye el acceder a anticonceptivos para “planificar” una familia (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El interés por entender cómo las personas accedían y usaban los servicios de planificación familiar, y de manera específica, el monitoreo en términos cuantitativos del uso de métodos anticonceptivos cobra auge en las décadas del sesenta y setenta debido a las preocupaciones que surgieron por el rápido crecimiento poblacional en los países en desarrollo (Bongaarts *et al.*, 1990). Sin embargo, años más tarde, principalmente en la década de los ochenta, las investigaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos se convierten en parte esencial para la evaluación de los alcances que tienen los programas de planificación familiar; por lo que se comienza a estudiar en mayor medida el acceso diferenciado según las características de la población (Lapham y Mauldin, 1985). Lo anterior hizo que se comenzaran a realizar una mayor variedad de estudios que tenían por objetivo comprender qué factores demográficos, sociales y culturales diversificaban el uso y definían prácticas anticonceptivas en determinadas poblaciones.

Si bien no parece haber un consenso sobre el significado y lo que abarcan las prácticas anticonceptivas, este término suele ser usado para hacer referencia a las preferencias que tiene determinado grupo de mujeres por usar o no métodos anticonceptivos para satisfacer sus

¹¹ Definición consultada en la página web del Fondo de Población de las Naciones Unidas el día 28 de abril de 2020 <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar>

necesidades y estilos de vida (Cibula, 2008). En algunos casos, la práctica anticonceptiva se incluye como un elemento de todo lo que compone la planificación familiar, considerando que el acceso a esta última se ve influenciada por las intenciones de embarazo y por factores demográficos, socioeconómicos y culturales que a su vez definirán cómo se lleva a cabo el uso de métodos anticonceptivos (Lapham y Mauldin, 1985; Romo *et al.*, 2004).

De manera general, los estudios que han buscado entender la forma en que se llevan a cabo las prácticas anticonceptivas han considerado diferentes variables para su caracterización como son la prevalencia de uso, la intención de tener hijos o no en un momento en el tiempo -es decir las razones de uso-, el conocimiento de diferentes métodos, la edad de las personas a las que comenzaron la utilización de algún método, las preferencias a los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, el uso de anticonceptivos de emergencia, la continuidad en el uso, así como otros diferentes conceptos que logran caracterizar y comprender las similitudes y desemejanzas de utilización de anticonceptivos que puede haber entre grupos poblacionales (Allen-Leigh *et al.*, 2013; Chandhick *et al.*, 2003; Lakshmi Manjeera, 2013; Ordóñez, 1994; Richters *et al.*, 2016; Romo *et al.*, 2004; Skouby, 2010; White y Potter, 2015).

Aunque no existe un número de variables mínimas para la caracterización de las prácticas anticonceptivas, normalmente la prevalencia de uso es una de las más comunes para observar diferencias en su dinámica o comportamiento. A pesar de que es posible observar diferencias en las prácticas que tienen las personas con una sola variable, Dixon-Muller y Germain (2007) mencionan que para el caso de la Salud Sexual y Reproductiva es difícil dar cuenta de su estado considerando un único indicador. Lo anterior, es similar para las prácticas anticonceptivas. Tomando como ejemplo el análisis del indicador de prevalencia anticonceptiva, este únicamente mostrará que en un momento en el tiempo cierta proporción de población tuvo un mayor o menor uso que otra, sin embargo, no permite observar de manera más detallada las causas y características de la forma en que la persona lleva a cabo su anticoncepción, por lo que se considera necesario que la evaluación y estudio de las dinámicas de uso de métodos anticonceptivos se deben complementar con otros indicadores.

Para fines de esta investigación, el término de *prácticas anticonceptivas* se usará para *describir la interrelación entre el conjunto de características demográficas, socioeconómicas y culturales con la dinámica de uso de métodos anticonceptivos, dada por diferentes conceptos conocidos como*

indicadores que permiten describir la forma en que las personas llevan a cabo sus elecciones anticonceptivas. La definición y operacionalización de este término surge a partir de la afirmación de que no existe un único indicador para medir o dar cuenta del estado de la Salud Sexual y Reproductiva, lo cual cobra especial relevancia en el estudio de las prácticas anticonceptivas. Para dar un mayor entendimiento a continuación se muestra cómo se definen algunos de los indicadores que se identificaron en la literatura, que buscan caracterizar la dinámica de uso de métodos anticonceptivos.

2.1.2. Indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas

Lerner y Szasz (2003) mencionan que el término de Salud Sexual y Reproductiva tiene un enfoque instrumental y operativo por lo que existen diferentes marcos analíticos y estrategias para su investigación. Una de las estrategias para su estudio es el desarrollo de encuestas sociodemográficas sobre fecundidad, las cuales se suelen realizar a mujeres¹² y buscan ampliar la comprensión de las problemáticas de la salud relacionadas con la reproducción y la sexualidad. Para saber el estado actual de la SSR, se han construido categorías analíticas conocidas como indicadores que tienen como fin medir diferencias entre grupos poblacionales (Dixon-Mueller y Germain, 2007). Los indicadores pueden cubrir una gran variedad de temáticas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva. Algunos de los más usados para el diseño de políticas públicas son los que se relacionan con los métodos anticonceptivos, debido a la importancia que tienen para prevenir embarazos a cualquier edad, embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual.

Los principales indicadores propuestos por las organizaciones internacionales para medir el uso de métodos anticonceptivos y el acceso a servicios de planificación familiar son la tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR por sus siglas en inglés) y el porcentaje de población con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos. Si bien ambos indicadores pueden ser útiles para la evaluación de los programas de planificación familiar, no muestran las preferencias que hay entre

¹² Las encuestas sobre sexualidad y reproducción suelen ser realizadas a mujeres en edad reproductiva debido a que durante mucho tiempo se consideró que la mayoría de las dimensiones de la Salud Sexual y Reproductiva correspondían a estudios de “salud de la mujer”. Pese a que la CIPD de El Cairo cambió el enfoque en que era estudiada la sexualidad y reproducción para incluir también a los varones, las encuestas que abordan temas sobre fecundidad aún suelen ser realizadas únicamente a mujeres por ser el sujeto clave en la fecundidad.

la variedad de métodos anticonceptivos, su efectividad, la continuidad en su uso en el momento de ser sexualmente activa, ni el conocimiento que tiene la población sobre estos. Tomando en cuenta lo anterior, a continuación, se presenta una breve descripción de los indicadores ya mencionados, enunciando sus ventajas y desventajas, así como de otros indicadores que de acuerdo con la literatura pueden ayudar a entender de manera más amplia las prácticas anticonceptivas - principalmente de las mujeres-.

Tasa de prevalencia anticonceptiva

La tasa de prevalencia anticonceptiva¹³ es un indicador que mide la proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento. Es uno de los indicadores de SSR más usados a nivel internacional y tiene como objetivo mostrar la cobertura de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres sexualmente activas, unidas (o no), según diferentes características sociodemográficas. Su principal aporte es que muestra contrastes de uso entre mujeres de diferentes edades, niveles socioeconómicos y áreas geográficas en un momento particular, lo cual es usado para la implementación de políticas públicas dirigidas a poblaciones específicas.

Si bien es un indicador útil para identificar heterogeneidad de comportamiento entre poblaciones, no considera las razones específicas de no uso, como puede ser carencia o ausencia actual de una pareja, estar lactando o por razones médicas. A pesar de esta limitante se ha encontrado una asociación entre altas tasas de fecundidad y bajas tasas de prevalencia por lo que puede ser un indicativo para explorar más esta relación (Organización Mundial de la Salud, 2009), así como las diferencias que existen entre las usuarias según el tipo de método anticonceptivo usado, es decir si son hormonales, permanentes o de barrera.

Necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos

Este indicador busca medir el porcentaje de mujeres casadas o con pareja cuyas necesidades en materia de planificación familiar no están cubiertas. Las mujeres que se consideran con necesidades insatisfechas son aquellas que son fértiles, sexualmente activas y que pese a indicar su deseo de no procrear o de retrasar el nacimiento de su siguiente hijo, no usan métodos anticonceptivos (OMS,

¹³ Se denomina “tasa de prevalencia anticonceptiva” pero técnicamente refiere a una proporción ya que la prevalencia es medida por proporciones mientras que la incidencia es medida por tasas.

2020)¹⁴. Este indicador es uno de los más sofisticados por considerar no sólo las preferencias reproductivas sino el estatus físico de las mujeres, ya que toma en cuenta si son fértiles o presentan amenorrea¹⁵ por lo que su medición puede ser bastante compleja y requerir de diferentes encuestas, especialmente cuando se busca su cuantificación en poblaciones específicas (Measure Evaluation, 2016).

Los dos indicadores previamente enunciados suelen ser los más usados por los organismos internacionales y gobiernos de los distintos países para obtener un panorama de las debilidades y fortalezas de los programas de planificación familiar. Sin embargo, la investigación sobre el uso de métodos anticonceptivos se ha ido ampliando, lo que ha hecho que surjan nuevos conceptos o indicadores con los cuales se busca estudiar, de manera cuantitativa las capacidades de acceso y diferencias de uso entre poblaciones. Algunos de estos indicadores se revisan a continuación.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

Existen diferentes formas de clasificar el conocimiento de los métodos anticonceptivos, las cuales usualmente dependen de la capacidad de información que proveen las encuestas y del interés particular que se tenga en cada investigación. La principal forma de medir el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos es por medio de dos tipos de preguntas: (1) preguntas abiertas en las que se pide a la entrevistada mencionar, sin ayuda del entrevistador, los métodos anticonceptivos que conoce, y (2) preguntas cerradas, las cuales piden a la entrevistada reconocer los métodos anticonceptivos que se leen en el cuestionario (Ponce y CEPAL/CELADE, 1973).

Este indicador suele ser usado en población adolescente con el fin de identificar diversas características sociodemográficas y culturales que inciden en poseer mayor o menor conocimiento (Casique, 2011). También ha sido empleado para analizar las diferencias en el conocimiento de uso y uso funcional¹⁶ entre poblaciones pertenecientes a comunidades rurales y urbanas (García,

¹⁴ Definición consultada en la página web de la Organización Mundial de la Salud el 14 de febrero del 2020 https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/es/

¹⁵ El término amenorrea se refiere a la ausencia de menstruación, ya sea porque nunca comenzó o porque se interrumpió debido a embarazo, lactancia materna o menopausia

¹⁶ El término de uso funcional suele ser usado en las encuestas para referir si la persona conoce la correcta utilización de algún método anticonceptivo; es decir cómo usarlo, cada cuando usarlo y que hacer en caso de una utilización incorrecta (Consejo Nacional de Población, 2014).

1976), así como en poblaciones migrantes internas e internacionales (Lindstrom y Hernández Herrera, 2006).

Utilización de anticonceptivos alguna vez (uso pasado)

Busca medir la proporción de mujeres en edad reproductiva que alguna vez han utilizado un tipo de método anticonceptivo, incluidas las que lo usan actualmente. Este indicador suele ser empleado para medir las preferencias y continuidad en estas; sin embargo, puede tener poco valor para la evaluación de programas y de acceso a servicios de planificación familiar a los que recurre la población, debido a que el uso de anticonceptivos se ve afectado por numerosos factores a lo largo del tiempo. Su principal ventaja es que puede ofrecer un panorama sobre los cambios en las preferencias anticonceptivas, como por ejemplo, el tránsito de métodos anticonceptivos tradicionales a métodos hormonales u otros más efectivos (Measure Evaluation, 2016).

Fuente de suministro de métodos anticonceptivos

Este indicador busca mostrar la fuente de obtención del anticonceptivo más reciente utilizado. Según el interés de la investigación o medición, se suelen clasificar las fuentes de suministro por sectores, como puede ser en lugares de atención a la salud públicos o privados, por tipo de prestador de servicios como pueden ser clínicas, hospitales, farmacias y centros de planificación familiar, o por tipo de anticonceptivo. Este indicador permite observar la principal fuente de suministros de anticonceptivos con el fin de identificar la correcta focalización principalmente del sector de salud pública y las cargas de atención del sector privado (Measure Evaluation, 2016).

Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

La medición del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual tiene como fin identificar poblaciones que presentan riesgo de embarazos no planificados, principalmente en la adolescencia. Se ha observado que este indicador se puede ver directamente afectado por variables como la edad a la primera relación sexual, el nivel de escolaridad de los padres, el grupo étnico al que pertenece la persona y si tuvo educación sexual en la adolescencia (Manning *et al.*, 2000). Además de ser un indicador sumamente útil para identificar poblaciones con conductas de riesgo, se ha identificado que puede ser indicativo de mayor constancia en el uso de anticonceptivos a lo largo de la vida sexual de las personas (Zabin *et al.*, 1979).

Tasa de continuidad anticonceptiva

La tasa de continuidad anticonceptiva es uno de los principales indicadores para medir la calidad de uso del método anticonceptivo para conjuntos poblacionales. Este tiene como fin calcular la probabilidad de seguir usando métodos anticonceptivos después de un cierto periodo de tiempo (Mohammadi, 2004). Este indicador busca medir el tiempo de uso de un anticonceptivo específico con el fin de identificar prácticas de uso más efectivas y factores asociados a su discontinuidad.

Con los indicadores anteriormente presentados se puede observar que las prácticas anticonceptivas pueden ser caracterizadas o descritas por una gran variedad de indicadores que no solo consideran si la persona es usuaria o no al momento del levantamiento de los datos. El uso de anticonceptivos que tuvieron las personas en el pasado, el tipo y efectividad de los anticonceptivos usados, el conocimiento que tienen en cuestión de variedad y funcionalidad, los motivos asociados al uso y desuso, así como la accesibilidad y fuente de suministro es información que en su conjunto caracterizarán las diferentes prácticas anticonceptivas que a su vez se pueden ver afectadas o definidas por factores demográficos socioeconómicos y culturales de las cuales se hablará a continuación.

2.1.3. Factores demográficos, socioeconómicos y culturales asociados a las prácticas anticonceptivas

A nivel internacional se ha buscado examinar los factores demográficos socioeconómicos y culturales asociados al uso de métodos anticonceptivos con el fin de identificar diversas problemáticas como pueden ser las prácticas de riesgo en la adolescencia relacionadas con la conducta sexual, el incremento en el embarazo adolescente y embarazos no planeados, la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), o la falta de uso debido a las relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres. Muchos de los resultados obtenidos dependerán en gran medida de las características de la población de estudio; sin embargo, es posible realizar una clasificación de los factores que inciden en la definición de una práctica anticonceptiva en cualquier población, tomando en cuenta dos dimensiones: factores demográficos y factores socioeconómicos y culturales.

a) Influencia de los factores demográficos en la práctica anticonceptiva

El uso de métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar varía de manera significativa en función de los atributos demográficos de las personas. La variación no solo se presentará en la prevalencia de uso -si usa o no-, sino también en el tipo de método anticonceptivo empleado, en los momentos en que se decide emplearlo y de manera general en la dinámica de utilización que ha tenido a lo largo de un periodo. A continuación, se presentan los principales factores demográficos que se ha observado que tienen una incidencia sobre la práctica anticonceptiva de las mujeres.

Edad

Uno de los factores que ha definido en mayor grado la práctica anticonceptiva es la edad de las mujeres. Se ha observado que la motivación para regular la fecundidad se incrementa a medida que se aumenta su edad, práctica que tendrá variaciones según el deseo de tener hijos (Palma Cabrera *et al.*, 1990). Así, es mucho más común observar por ejemplo que, en la adolescencia se presenta un menor uso de métodos anticonceptivos, lo cual puede ser contradictorio ya que se ha observado que es uno de los momentos en la que más se busca regular la fecundidad (CONAPO, 2014). En cambio, en las edades intermedias de la etapa reproductiva, especialmente entre los 25 y 35 años, se observan incrementos en el uso de métodos anticonceptivos no permanentes debido a los cambios que se dan en las preferencias reproductivas, lo cual se modifica posterior a los 35 años ya que se ha observado un incremento generalizado de uso principalmente de métodos anticonceptivos permanentes (Palma Cabrera *et al.*, 1990).

Estado conyugal

El estado conyugal es una de las variables más utilizadas para delimitar los análisis de prácticas anticonceptivas debido a que se considera que las personas, al tener pareja, independientemente de si son casadas o solo unidas, pueden ser sexualmente activas y por ende tener mayores probabilidades de concebir y de requerir métodos anticonceptivos para regular la vida sexual. Esto último se ha ido transformando en el tiempo debido al incremento de las relaciones sexuales antes de la unión -matrimonio o unión libre- y ahora se ha buscado evaluar la dinámica de uso de métodos anticonceptivos de manera general en las mujeres sexualmente activas. En un estudio realizado por Allen-Leigh *et al.*, (2013) se observan diferencias entre las prácticas anticonceptivas de las mujeres

unidas y solteras sexualmente activas: el 57.2% de las mujeres solteras (entre 20 y 49 años) reportaron haber usado anticonceptivos en la última relación sexual, en cambio, para el caso de las mujeres adultas unidas del mismo grupo de edad esta proporción fue del 50.1%.

Paridad

La paridad hace referencia al número de hijos que tienen las mujeres en algún momento en el tiempo y es una de las variables que definirá en mayor grado sus prácticas anticonceptivas. La relación entre el número de hijos y la adopción de un nuevo método anticonceptivo, particularmente en México, cobró mayor fuerza en el periodo de implementación de la *Ley General de la Población*, debido a que uno de sus fines era regular la fecundidad de las mujeres con mayor número de hijos (Lerner y Szasz, 2003). Sin embargo, de manera generalizada, se ha observado que es un determinante en el momento de la adopción de un método anticonceptivo. En un estudio realizado por Bronfman, López y Tuirán (1986) mencionan que las mujeres con más de tres hijos son las que presentan el mayor porcentaje de esterilización y que este proceso es más común que se haya realizado al momento de tener el último hijo. Por otro lado, sobre las mujeres sin hijos -o con paridad cero- se ha observado que los métodos anticonceptivos más usados son el condón, la píldora, la abstinencia periódica y el retiro o coito interrumpido¹⁷ (Ordóñez, 1994).

Tamaño de localidad

Uno de los factores que más se ha estudiado en cómo influye en las prácticas anticonceptivas de las mujeres es el tamaño de la localidad de residencia. Esta variable desde los años setenta, cuando se comenzaba a estudiar la dinámica anticonceptiva de las mujeres mexicanas, era una de las que mayor interés provocaban entre los investigadores y los programas de salud pública debido a las diferencias que había en las Tasas Globales de Fecundidad¹⁸ entre las mujeres que residían en localidades rurales y urbanas. El vivir en una localidad rural durante mucho tiempo marcó importantes diferencias en las prácticas anticonceptivas de las mujeres que vivían en localidades

¹⁷ La abstinencia periódica y el coito interrumpido son métodos anticonceptivos tradicionales o naturales que se basan en abstenerse de tener relaciones sexuales con penetración durante el periodo fértil del ciclo menstrual, estos también suelen ser clasificados como no hormonales (Frenk *et al.*, 2002).

¹⁸ La Tasa Global de Fecundidad es un indicador que mide el número de hijos que en promedio una mujer de una cohorte a lo largo de su periodo reproductivo de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad y si no estuviera expuesta a mortalidad desde el inicio hasta el fin del periodo. Definición consultada el 16 de mayo de 2020 en la página de indicadores del CELADE <https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/fecundidad.htm>

urbanas, ya que por el contexto en donde se ubicaban había un mayor número de limitantes físicas y estructurales para el acceso y uso de métodos anticonceptivos (García, 1976) .

Actualmente, las diferencias entre las prácticas anticonceptivas de las mujeres en localidades urbanas y rurales se han hecho menos pronunciadas, sin embargo, persisten. Por ejemplo, según datos del Consejo Nacional de Población, se estimó que en el 2014 únicamente 16.9% de las mujeres que viven en zonas rurales usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, en cambio, para el caso de las mujeres que viven en zonas urbanas esta proporción fue del 39% (CONAPO, 2014).

Escolaridad

La variable de escolaridad ha sido esencial en el estudio de cualquier fenómeno demográfico por lo que en la práctica anticonceptiva no es la excepción. En diferentes estudios se ha documentado que a mayor grado de escolaridad mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tanto en México como en otras regiones del mundo. Esta variable, además de estar asociada con la prevalencia de uso, también ha mostrado variaciones entre el tipo de método anticonceptivo seleccionado. Por ejemplo, se ha observado que para las mujeres mexicanas con mayor grado de escolaridad disminuye la preferencia por los métodos quirúrgicos (Lira, 2018; Palma Cabrera *et al.*, 1990).

b) Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la práctica anticonceptiva

Condición indígena

La condición de ser indígena, medida a través del habla de alguna lengua indígena o la autoadscripción a un grupo indígena, es un factor que hace referencia a que las personas han construido su identidad a partir de las costumbres, instituciones, historia y política tradicionales de la comunidad autóctona a la que pertenecen. Particularmente en México, la población indígena se encuentra dispersa a lo largo del territorio, en zonas remotas y menos comunicadas, por lo que pueden presentar mayor dificultad de acceso a servicios que satisfacen sus necesidades básicas como son educación, salud –entre ellas las necesidades de servicios de planificación familiar, trabajo, entre otras. Además de las importantes barreras estructurales que se presentan para cubrir

sus necesidades básicas de estas poblaciones en general, también hay otras que surgen a partir de los desafíos de hablar únicamente la lengua indígena y, particularmente para las mujeres, de su posición social subordinada respecto al cónyuge o la familia.

La condición indígena llamó la atención de los investigadores que buscaban entender la dinámica de uso de métodos anticonceptivos en poblaciones con menor grado de desarrollo y en condición de pobreza. En algunas de las investigaciones realizadas se ha observado que las mujeres indígenas tienen menor propensión a usar métodos anticonceptivos que las mujeres no indígenas (Valdiviezo, 2014). Dentro del grupo de mujeres indígenas, se ha observado que, al igual que las no indígenas, en la edad que se presenta menor uso es en las adolescentes. Sobre las preferencias anticonceptivas en un estudio realizado se observa que a más de la mitad de las mujeres indígenas se les han practicado la oclusión tubaria bilateral (OTB) -o ligadura de trompas- (Valdiviezo, 2014).

Migración

El haber migrado o tener relación con un evento migratorio es una condición que usualmente es menos explorada en relación con las prácticas anticonceptivas; sin embargo, en las investigaciones que han estudiado esta asociación se han obtenido resultados que indican que el tener un vínculo o experiencia migratoria puede moldear o definir un comportamiento particular en los indicadores previamente mencionados. Para lograr la identificación de estas particularidades, en distintos estudios, los cuales se analizan a fondo más adelante, se observa que es elemental delimitar tres aspectos: (1) qué relación tiene la población de estudio con el evento migratorio, (2) la etapa del proceso migratorio que se busca estudiar y (3) los factores estructurales que permean en el proceso migratorio y moldean preferencias particulares.

De manera más detallada, el primer punto refiere a identificar si los rasgos distintivos que surgen en la práctica anticonceptiva se estudiarán en las personas que realizan la movilidad, o en aquellas que tienen un vínculo creado por una relación afectiva o de parentesco con un migrante. Por otra parte, el segundo elemento al que se hace mención se puede describir como la identificación de la etapa del proceso migratorio a estudiar, es decir, si la persona se encuentra en su lugar de origen, tránsito, en el destino o ha retornado. Finalmente, el último punto refiere a identificar factores estructurales que están intrínsecos en los procesos migratorios como son el género, la socialización de los migrantes con otras costumbres y preferencias, la familia como medio por el cual se comparte

la “cultura” migratoria y los cambios en las condiciones sociales y económicas que surgen a partir de la movilidad.

Específicamente sobre la migración que va de México a Estados Unidos se han estudiado las prácticas anticonceptivas de las mujeres y hombres que se van y permanecen en el lugar de destino; de las mujeres y hombres que migraron a Estados Unidos y regresaron a México (retornados al lugar de origen o exmigrantes) y de las mujeres que se quedan mientras su pareja ha migrado (mujer en el origen con vínculo migratorio familiar). En cada una de las investigaciones se observa a la migración como una condición con factores estructurales inherentes, como los anteriormente enunciados, los cuales a su vez, de manera indirecta pueden tener un peso explicativo en la definición de las distintas prácticas anticonceptivas. Para ampliar el panorama de cómo se ha estudiado la relación migración y definición de prácticas anticonceptivas a continuación se muestran los resultados de algunas investigaciones que han optado por su estudio como una condición o contexto, perspectiva que también se comparte en esta investigación.

Para el caso de las mujeres que emigran y se quedan en Estados Unidos se han identificado resultados contrapuestos sobre sus prácticas anticonceptivas. Por ejemplo, en un estudio realizado por Unger y Molina (2000) sobre actitudes e intenciones de uso de métodos anticonceptivos en mujeres latinas que viven en Estados Unidos, se observó que las que tenían mayor asimilación o “aculturación” -es decir, las que estaban más adaptadas a la dinámica de vida de Estados Unidos- presentaban menor uso de métodos anticonceptivos que las menos asimiladas. Estos resultados fueron contrarios a la hipótesis planteada por los autores al esperar que las mujeres latinas “con aculturación estadounidense” optaran por tener mayor uso de métodos anticonceptivos a causa del empoderamiento que daba la migración. Una de las explicaciones mencionadas a este hallazgo es la ausencia de apoyo, redes, falta de medios para su adquisición y la adopción de conductas sexuales de alto riesgo que se dan en Estados Unidos.

Los resultados anteriores muestran que la migración de las mujeres a Estados Unidos, cuando se encuentran en el lugar de destino, puede asociarse con menores intenciones de uso de métodos anticonceptivos, no obstante, existen estudios que demuestran que la condición de haber migrado internacionalmente se puede asociar a una mayor utilización. En una investigación realizada en el 2010 sobre uso de métodos anticonceptivos, necesidades insatisfechas de anticoncepción y embarazos no deseados en migrantes de Tlacuitapa, Jalisco, se encontró que aquellas personas que

vivieron al menos un año en Estados Unidos durante su juventud y retornaron a México, mostraban un efecto positivo de uso de métodos anticonceptivos y un efecto negativo sobre tener necesidades insatisfechas de planificación familiar. A diferencia del estudio de Unger y Molina (2000), los autores consideran que los resultados encontrados se deben a la socialización de las personas en edades tempranas con la cultura estadounidense, la cual tiene mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos que la mexicana (Kessler *et al.*, 2010).

Por otra parte, respecto a las mujeres que viven en hogares con contextos migratorios en el lugar de origen se ha encontrado resultados similares que indican una mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. En un estudio realizado por De P. K. (2013) se encontró que las mujeres residentes en México que provienen de un hogar con familiares migrantes o que han realizado una migración hacia los Estados Unidos, tienen una mayor probabilidad de uso de condón y pastillas anticonceptivas lo cual se relaciona con el retorno migratorio. Desde su perspectiva, cuando los migrantes regresan a su lugar de origen traen consigo conocimiento adquiridos sobre el uso de métodos anticonceptivos. Battaglia (2015) por su parte, coincide con lo mencionado anteriormente, al encontrar que las adolescentes que viven en hogares con vínculos migratorios a Estados Unidos tienen un incremento en sus conocimientos de métodos anticonceptivos y por ende experimentan una mayor probabilidad del control de la fecundidad.

Existen otros estudios, como el de White y Potter (2015), que muestran diferencias en los patrones de uso de métodos anticonceptivos considerando la práctica que tienen las mujeres no migrantes que residen en México, las mujeres migrantes que residen en Estados Unidos y las mujeres “blancas” que viven en Estados Unidos (las cuales se consideran no migrantes). En el estudio se muestra que las mujeres mexicanas que viven en Estados Unidos tienen menor probabilidad de usar Dispositivo Intrauterino (DIU) que las mujeres residentes en México. Además, de manera general se considera que las mujeres migrantes residentes en Estados Unidos tienen menor probabilidad de optar por la esterilización, así como cualquier método anticonceptivo permanente, en comparación con las otras poblaciones. Lo anterior, aunque no se menciona de manera explícita en el estudio, puede estar asociado a una menor disponibilidad de adquisición de métodos que suelen ser adquiridos en centros de salud pública.

En otras partes del mundo, con otros contextos migratorios, se ha buscado estudiar las diferencias, cambios y efectos que tiene la migración interna e internacional sobre el uso de métodos

anticonceptivos en las migrantes o, principalmente en las mujeres que tienen una relación sexo-afectiva con una persona que migra o que vive en hogares con contextos migratorios. En estas investigaciones se ha observado que los siguientes factores pueden influir en la práctica anticonceptiva: el género en los procesos migratorios (Hughes, Hoyo y Puoane, 2006; Shattuck *et al.*, 2019), los periodos de migración de la pareja (Khan *et al.*, 2015), la difusión de ideas nuevas y socialización de las personas en otros países o en contextos urbanos (Lindstrom y Hernández Herrera, 2006; Lindstrom y Muñoz-Franco, 2005; Moreno, 1994; Zheng *et al.*, 2001) y la migración asociada a la propagación de Infecciones de Transmisión Sexual (Hughes *et al.*, 2006).

Género

Otro de los factores que influyen en la práctica anticonceptiva es la decisión y el empoderamiento que tienen las mujeres sobre su sexualidad y reproducción (Casique, 2001) lo cual se ha estudiado a través de los rasgos distintivos de las relaciones de parejas -principalmente heterosexuales- y considerando las concepciones que se tienen sobre la sexualidad de hombres y mujeres. Esto quiere decir que, el punto clave para entender cómo los juicios sobre la sexualidad, las relaciones y lo que se espera de hombres y mujeres influyen en la práctica anticonceptiva, es a través del género.

El género como factor de incidencia en la práctica anticonceptiva buscará principalmente identificar el tamaño de las diferencias e inequidades entre hombres y mujeres y cómo estas influirán en la dinámica de uso. Para lograr identificar estos contrastes se han creado indicadores que buscan cuantificar el empoderamiento que tienen las mujeres y, de manera específica, la valorización de sus decisiones dentro de la relación de pareja o en el núcleo familiar (Bentley y Kavanagh, 2008; Casique, 2011). Los resultados del poder de decisión que tienen las mujeres y su posicionamiento dependerán de manera importante del lugar y características de la sociedad en donde se realice el estudio, ya que las concepciones de género se definen por medio de los valores, normas y cultura de cada país y localidad. En este sentido, se podría considerar que los contextos de procedencia y destino de la migración tiene un rol central en la manera como se modifica la autonomía de las mujeres.

Algunos de los resultados que se han observado sobre cómo el género influye en la práctica anticonceptiva es que variables como la diferencia de edad de las mujeres con su pareja, quién decide tener relaciones sexuales, la actitud hacia los roles de género (qué deben hacer hombres y mujeres) y la violencia emocional influyen en el uso de condón masculino (Casique, 2011). Es

importante mencionar que en los estudios de esta línea se ha integrado la participación laboral de las mujeres para hacer una valorización de la equidad de género, en lo cual se observó que las mujeres con trabajo remunerado extradoméstico tienen mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (Bentley y Kavanagh, 2008).

Con lo anteriormente mostrado se puede apreciar que las prácticas anticonceptivas no solo se definen por el uso o no uso, sino también por otros indicadores que a su vez se verán afectados por las características demográficas, socioeconómicas y culturales de la población. De manera específica para entender de qué forma, el poseer un vínculo o experiencia migratoria puede definir las prácticas anticonceptivas de las mujeres, es necesario hacer una revisión teórica sobre cómo ellas se integran a los procesos migratorios, así como los factores estructurales que permean en la definición de estos procesos y que a su vez pueden definir preferencias particulares sobre la práctica anticonceptiva.

2.2. Perspectivas teóricas para el estudio de los vínculos y experiencias migratorias internacionales a Estados Unidos

En este apartado se buscará hacer una aproximación teórica sobre algunas perspectivas que ayudarán a comprender la relación que puede existir entre la definición de diferentes prácticas anticonceptivas y la experiencia o vínculos migratorios que tienen las mujeres. Como primer punto se mencionan algunos de los aportes que ha ofrecido el estudio de las migraciones bajo una perspectiva de género con el fin de identificar la forma en que se lleva a cabo la participación de las mujeres en los procesos migratorios.

Posteriormente, se mencionan las corrientes teóricas que han buscado analizar cómo la experiencia o vínculo migratorio pueden tener una relación con el cambio en las preferencias sexuales y reproductivas de las personas que realizan la migración y de su núcleo familiar. Tomando en cuenta los propósitos de esta investigación, se menciona la teoría de la causalidad acumulativa por considerar que los actos migratorios pueden alterar el contexto social y cultural de origen, la teoría del transnacionalismo, con el fin de considerar la interacción que se da entre la sociedad expulsora y receptora y, finalmente, algunos aportes teóricos del proceso de socialización en experiencias migratorias.

2.2.1. Migración y género

Se entiende por perspectiva de género al enfoque teórico metodológico para el análisis de las construcciones sociales y culturales que definen el ser y el deber de hombres y mujeres en determinados espacio y tiempo (Chávez Carapia, 2004). La conformación del género surge a partir de una construcción cultural y un sistema social y político que determina y asigna roles a partir de la transformación de la sexualidad biológica a formas de vida establecidas. Debido a que el género se encuentra presente y define la vida cotidiana de los hombres y mujeres ha sido considerado como un elemento clave para darle nuevas explicaciones a problemáticas no resueltas, como pueden ser los procesos migratorios.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, gran parte de los estudios sobre migración se realizaban sin hacer distinción entre si la migración la hacia un varón o una mujer, ya que se consideraba que era un proceso social principalmente realizado por los hombres. Esta tendencia se observa en la mayoría de las investigaciones que surgieron hasta principios de los años setenta, ya que paulatinamente se comenzó a explorar el rol que jugaban las mujeres en los procesos migratorios no solo como “las acompañantes” (Ariza, 2000; Zavala de Cosío y Rozée Gomez, 2014), sino también como migrantes independientes. Desde la antropología y la sociodemografía, se comenzaron a estudiar los movimientos migratorios de las mujeres, principalmente cuantificándolos y analizando su incorporación a los mercados de trabajo (Arizpe, 1975; Charlotte, 1978; Oliveira, 1984).

A partir de los años noventa la perspectiva analítica del género en los estudios de la migración cobra mayor fuerza. Ariza (2000) menciona que esta perspectiva se reconoce en tres diferentes aspectos: (1) metodológicamente buscó comprender que la migración puede ser un proceso social estructurado por el género, (2) en la diversificación de investigaciones que estudiaron cómo los procesos migratorios están vinculados con los procesos de otras variables sociodemográfica cómo es la dinámica del hogar y la situación de las mujeres, y (3) en la afirmación de la heterogeneidad de los procesos migratorios, lo que cuestiona las concepciones que se habían construido entorno a los cambios de residencia como un proceso que rompe el vínculo entre origen y destino.

La perspectiva de género apunta a analizar los roles y condiciones sociales diferenciadas entre lo femenino y masculino. Szasz (2010) menciona que las normas sociales impuestas para el control

de la sexualidad de las mujeres, así como las reglas dentro del núcleo familiar y la composición de los mercados de trabajo, inhiben la posibilidad del desplazamiento migratorio extra hogareño de las mujeres. Sin embargo, estos roles también pueden definir las motivaciones de la migración femenina en ciertas etapas de la trayectoria de vida.

El reconocer que los procesos migratorios y sus consecuencias podían estar mediados por el género, hizo que en los estudios de esta índole se dejara de tomar el sexo como una variable irrelevante dentro de las investigaciones sobre migración, lo que ayudo a la ampliación de las dimensiones analíticas de los procesos migratorios (Pedraza, 1991). La perspectiva de género como marco metodológico en el estudio de las migraciones ha permitido problematizar diferentes transformaciones en procesos de la vida cotidiana de los hogares y las mujeres a causa de la migración, tanto de manera individual, para las mujeres que realizan el cambio de residencia, como para las mujeres que se quedan y tienen un vínculo migratorio a causa de la migración de un integrante del hogar (Chávez Carapia *et al.*, 2011).

Mujeres migrantes

En un principio, las investigaciones en torno a la migración internacional -y particularmente de la migración de mexicanos a Estados Unidos- buscaban dar explicaciones sobre las causas estructurales por las que se daba el movimiento. Se analizaban principalmente los factores de expulsión y atracción de los flujos migratorios, los cuales solían considerar al migrante con un perfil de hombre joven, en edad laboral -y en edad reproductiva- que por medio del movimiento migratorio buscaba maximizar sus beneficios económicos (Arango, 2003). Las teorías de la economía neoclásica, la nueva economía de la migración, la teoría del mercado dual del trabajo y la de los sistemas mundiales abordaban poco la participación de las mujeres en los procesos migratorios y por ende no consideraban que ellas podrían tener causas de expulsión y atracción distintas.

A pesar de que en la segunda mitad del s. XX las mujeres migraran -aunque en menor cantidad que los hombres y por razones distintas- sus migraciones se etiquetaron como secundarias o asociativas “cuyas decisiones migratorias son la decisión de un migrante principal” (Kanaiaupuni, 2000). Estas afirmaciones invisibilizaron el papel activo que jugaban las mujeres en los procesos migratorios, hasta que se buscó estudiar sus causas desde una perspectiva de género. Las primeras

investigaciones que consideraron a las mujeres migrantes como el principal sujeto de estudio, buscaron analizar los mercados de trabajo en los cuales se integraban y determinar cuál era el impacto transformador de la migración como experiencia laboral (Ariza, 2000).

En los años ochenta, los procesos de modernidad definieron en gran medida los diferentes tipos de movimientos migratorios laborales; se hablaba de que la migración internacional proveniente de México con destino a Estados Unidos tenía como fin obtener los beneficios de una “sociedad moderna”, lo cual también ocurría con la migración interna del tipo rural-urbana (Ariza, 2000). Bajo este panorama, los estudios de las migraciones con perspectiva de género comenzaron a cuestionar si la migración de las mujeres, principalmente por causas laborales, podría propiciar un cambio en las pautas y valores de la sociedad de origen y por ende si era generadora de un progreso individual (Ariza, 2000; Zavala de Cosío y Rozée Gomez, 2014).

Las investigaciones sobre las diferentes consecuencias que surgen a partir de la migración de las mujeres se fueron ampliando. Especialmente a finales de los ochenta y en los noventa se comenzó a analizar cómo la migración interna e internacional afectaba su participación en la esfera pública y privada, la reestructuración de los roles familiares a causa de su ausencia y su dinámica nupcial y reproductiva (Ariza, 2000; Zavala de Cosío y Rozée Gomez, 2014). Sobre esta última línea de investigación resaltan una variedad de estudios que han buscado analizar los cambios en los mercados matrimoniales (Domingo, Bueno y Esteve , 2014), cambios en las prácticas anticonceptiva (Kessler *et al.*, 2010; Unger y Molina, 2000), la asimilación de prácticas reproductivas del lugar de destino (Lara, Decker y Brindis, 2016; Regules García, 2014), el acceso a servicios de salud y planificación familiar (Åkerman, Östergren, Essén, Fernbrant y Westerling, 2016; Leyva y Guerra, 2011) y recientemente en mayor medida la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (Hughes *et al.*, 2006; Leyva y Guerra, 2011; Obel, Larsson y Sodemann, 2014).

Las respuestas a estos cuestionamientos fueron variadas y dependieron mucho del tipo de proceso migratorio que se estudió. Por un lado, se ha considerado que la migración de las mujeres es un medio por el cual, su autonomía y los roles de género que se han impuesto se ven modificados de manera positiva debido al incremento en sus ingresos monetarios y el peso que tienen sus decisiones en la dinámica familiar, es decir que, se ha pensado que la migración puede ser un potencial proceso “liberador” y beneficioso para las mujeres (Ariza, 2000). Sin embargo, por otro

lado también se ha considerado que los beneficios para las mujeres a causa de la migración son idealistas, ya que su inserción a la sociedad receptora y en específico a los mercados de trabajo, la realizan bajo una triple vulnerabilidad: la de género, etnia y clase (Ariza, 2000; Pessar, 2005).

Las nuevas temáticas estudiadas en torno a las consecuencias de migración de las mujeres hicieron que se ampliaran las dimensiones de análisis, en las cuales ya no solo se consideró a las mujeres que realizaban el cambio de residencia, sino también a “las que se quedaban” y mantenían la vida familiar en las comunidades de origen.

Mujeres con vínculos migratorios

Existen diversas dimensiones de análisis para estudiar las causas y consecuencias de la migración, en algunos casos se trata de los individuos y en otros de estructuras sociales. Una de las unidades de análisis que toma parte de ambas dimensiones en el estudio de las migraciones es el hogar (D. S. Massey, 1990). La familia, el hogar o la unidad doméstica son conceptos que, si bien no significan lo mismo, han sido usados de manera indistinta para hacer referencia a los arreglos residenciales conformados por un conjunto de personas que suelen tener un parentesco y que se organizan para llevar a cabo la reproducción social (Oliveira, Eternod y De la Paz López, 1999).

A pesar de que se suelen manejar de manera indistinta estos conceptos; el término “hogar” - especialmente para los estudios sociodemográficos- tiene como principal fin agrupar a las personas de acuerdo con una residencia en común, con el fin de estudiar diferentes fenómenos sociales que les pueden afectar de manera conjunta. En cambio, el concepto de “familia” hace referencia a la institución social que se forma a partir de las relaciones de parentesco, a las cuales se les establecen normas –tradicionalmente asimétricas entre géneros y entre generaciones (Oliveira, 1998; Sandoval, Román y Salas, 2013).

Debido a la extensa variedad de formas de organización dentro de los hogares, se ha buscado su clasificación tomando en cuenta si dentro de ellos se presenta una relación de parentesco o no. El hogar familiar es un término para indicar que los miembros que lo componen están relacionados por vínculos conyugales o filiales (Arriaga, 2016) . Este concepto cobra especial relevancia en los hogares donde se presenta la migración de algún miembro de la familia ya que, a pesar de que uno de los integrantes se encuentra fuera del hogar -el cual suele ser el hijo o el cónyuge varón-, se mantiene ligados por la relación de parentesco lo cual conformaría un hogar migrante.

La perspectiva de género ha considerado que las relaciones que se dan en el entorno familiar son mediadoras de la dinámica migratoria que llevan a cabo las personas. Muñoz (2000) y Pedraza (1991) menciona que aspectos como el tamaño del hogar, la etapa del curso de vida, la posición en las relaciones de parentesco y el género condicionan la probabilidad de migrar de cada uno de los miembros del hogar. Estos condicionamientos harán que la migración de un integrante del núcleo familiar cambie la estructura y dinámica del hogar, lo cual no necesariamente significará la ruptura de las relaciones familiares.

Particularmente para las relaciones conyugales o de pareja -mayormente heterosexuales- en donde se suelen concebir relaciones asimétricas de poder (Oliveira, 1998), la migración de los hombres define condiciones nuevas en las que las mujeres llevarán a cabo las actividades de producción y consumo, así como sus ciclos reproductivos (Muñoz, 2000). Oliveira (1998) considera que las asimetrías de poder y decisión entre hombres y mujeres se manifiestan en diferentes ámbitos, sin embargo se remarca más en las esferas de la sexualidad y la división sexual del trabajo. Bajo esta afirmación se puede considerar que la migración del cónyuge o pareja puede afectar las prácticas reproductivas y sexuales de las mujeres que permanecen en lugar de origen (Zavala y Rozée, 2014).

Uno de los principales aportes de la perspectiva de género en el estudio de las migraciones es haber dado apertura a que mayor cantidad de investigaciones tomaran como dimensión de análisis el hogar o la familia y de manera específica a las mujeres “que se quedaban” mientras el conyuge o un integrante del hogar migraba (Pessar, 2005). Las mujeres con vínculos migratorios internacionales a causa de la migración de su conyuge ejercen un papel primordial en la reproducción social de los grupos domésticos (Szasz, 2010), en el mantenimiento del bienestar de los otros miembros –y en especial de los hijos- (Pessar, 2005), en la creación y conservación de redes entre la sociedad expulsora y receptora, y finalmente en aportar ingresos al hogar, independientemente de las remesas recibidas por el cónyuge (Ariza, 2000).

En específico, sobre todo lo relacionado con la sexualidad y la reproducción de las mujeres en contextos migratorios se ha estudiado poco; sin embargo, en las investigaciones realizadas se observa la importancia que tiene su rol social y su comportamiento sexual. Se ha mencionado que un tema central en el estudio de la sexualidad de las mujeres en contextos migratorios es el control al que se ven sometidas por las nuevas modalidades de vigilancia por parte de la familia - normalmente del esposo- o de la comunidad de residencia y de origen del migrante (Pessar, 2005;

Szasz, 2010; Zavala y Rozée, 2014). Las mujeres con vínculos migratorios pueden estar en un contexto en el que se refuerzan las ideologías de género convencionales y pueden encontrarse en un estado de subordinación a un modelo de autoridad patriarcal ejercido por a través de prohibiciones hacia la mujer, represión en su autonomía y, de manera específica, en su sexualidad.

Para lograr darle explicación a cómo la migración puede definir contextos y preferencias particulares de las mujeres migrantes y de las mujeres que se quedan en el hogar de origen mientras un integrante del hogar migra, a continuación, se presentan algunas teorías que han considerado que los procesos migratorios se ven perpetuados por lo que ocurre tanto en la sociedad de origen como en la de destino.

2.1.2. Teorías para el estudio de la migración como una condición que define las prácticas anticonceptivas

La incorporación del hogar como una dimensión de análisis para el estudio de las migraciones dio apertura al desarrollo de una serie de teorías que, por un lado, estudian qué es lo que hace que los movimientos migratorios se perpetúen, y por otra parte, analizan cómo el hogar articula el vínculo entre la sociedad receptora y expulsora y las consecuencias y cambios que surgen a partir de este enlace. Estas teorías, en relación con la definición de las prácticas anticonceptivas en la población con vínculos o experiencias migratorias, buscan ser un medio para entender cómo a partir de la migración se definen formas de vida o condiciones particulares que tienen una incidencia en su definición. Es decir que, existe la posibilidad de que las prácticas anticonceptivas se moldeen a partir de la condición de haber tenido un vínculo o experiencia migratoria debido a que este suceso puede dar como resultado interacción y compartimiento de nuevos conocimientos y costumbres observados en la sociedad receptora, los cuales se comunican con la comunidad de origen, ya sea estando en territorio extranjero o habiendo retornado.

A continuación se presentan las principales teorías identificadas que buscan explicar cómo el proceso de compartimiento e interacción entre el origen y el destino define condiciones de vida migratorias, lo que puede resultar en la adquisición de nuevos conocimientos y cambios de preferencias en las prácticas anticonceptivas.

La causalidad acumulativa

La teoría de la causalidad acumulativa menciona que cada acto migratorio altera el contexto social de origen, en el cual se toman subsecuentes decisiones de migrar (Massey *et al.*, 2000). Dentro de esta teoría se ha buscado remarcar cuales son los factores que se afectan a causa de la migración acumulativa, entre los que resaltan -considerando los fines de esta investigación- la cultura de la migración. El término “cultura de la migración” se refiere a que, mientras los procesos migratorios prevalezcan en las comunidades de origen, estos construirán conductas, valores y expectativas en las generaciones subsecuentes, así como en la población que interactúa con esta dinámica (Massey *et al.*, 2000).

Este proceso se basa en el conocimiento que se comparte acerca de las oportunidades que hay en el exterior de la comunidad y por ende se transforman preferencias, valores y comportamientos característicos de la sociedad receptora de migrantes. La “cultura migratoria” va perpetuando los movimientos, a la vez que define roles y expectativas en los hombres y mujeres (Torres, 2012). Para el caso de los varones, se asume que ellos se deben ir, debido a que la migración se considera como parte de un acto de madurez; en cambio, para las mujeres esposas o parejas de migrantes, se espera que se queden en el lugar de origen y mantengan la reproducción social del hogar (Torres, 2012); aunque esto ha cambiado en los últimos años debido al incremento de la migración de mujeres jóvenes, adultas, solteras y unidas.

En este contexto, el hogar y la comunidad juegan un rol primordial para que la migración prevalezca, ya que las expectativas económicas, sociales y culturales se pueden definir a partir de movimientos que se realizaron en el pasado en el entorno cercano a las personas. Estas expectativas, tanto para las mujeres que migran como para las que permanecen en el origen, definen nuevas preferencias y cambios en su curso de vida. Dentro de estas nuevas preferencias que surgen a partir de la movilidad, las remesas juegan un papel primordial ya que con ellas se adquieren nuevos bienes y servicios entre los que se encuentran los relacionados con la salud, y de manera específica la atención especializada en temas de salud sexual y reproductiva como puede ser la anticoncepción (Caballero *et al.*, 2008).

El observar el contexto migratorio como un fenómeno que afecta diferentes esferas sociales a distintos momentos, permite además la identificación de comunidades que han vivido durante largo

tiempo la “cultura migratoria” y la han hecho parte de su dinámica de vida. Durand y Massey (2003) mencionan que el territorio mexicano se subdivide en cuatro grandes regiones: tradicional o histórica, fronteriza, central y sureste¹⁹ (ver Mapa 1A), de las cuales la región tradicional o histórica durante varios años tuvo la mayor expulsión a Estados Unidos, por lo que en ella se conformaron condiciones de vida particulares definidas a partir de la migración uno o varios integrantes del hogar. Lo anterior señala a considerar que es posible que las mujeres que tengan alguna de estas condiciones, es decir, vivir en una región de alta tradición migratoria o recibir remesas, puede definir características particulares sobre el uso de métodos anticonceptivos. Para lograr identificar lo anterior de manera más detallada se propone integrar al presente análisis las variables de *remesas* y *regiones migratorias* como medio para caracterizar la “cultura migratoria” la cual puede ser que moldee prácticas anticonceptivas particulares.

La teoría transnacional

El enfoque del transnacionalismo, por su parte, es una perspectiva que analiza la existencia de un entrelazamiento entre el origen y el destino de los migrantes. Los usos de este enfoque han sido variados; como por ejemplo, para el análisis de la migración en comunidades o localidades específicas, con alta tradición migratoria y perpetuidad de los movimientos, pero también como medio para reflexionar contextos migratorios a niveles macro y a nivel hogar (Bobes León, 2012). A nivel familiar u hogar, el contexto transnacional se observa en dinámicas de retorno y del intercambio de bienes materiales y simbólicos entre los que se van y los que se quedan, lo cual se evidencia en las prácticas cotidianas y la convivencia familiar (Sandoval, 2013).

Sandoval (2013) afirma que la concepción clásica de familia en el contexto transnacional va más allá de lo biológico, ya que la distancia geográfica obliga a que las personas adopten una nueva forma de convivencia social a la distancia definida por el afecto y el compromiso con los más cercanos. Esta afirmación encamina a analizar los costos sociales de la migración de una manera más amplia ya que se considera la alteración de los roles y el modo en que viven los que se van y

¹⁹ En la región tradicional de emigración destacan las entidades de Michoacán, Jalisco y Guanajuato, pero también integra a Aguascalientes, Colima, Durango, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas. La región fronteriza está compuesta por las entidades fronterizas con Estados Unidos: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, agregándose Baja California Sur y Sinaloa por su cercanía con la frontera norte del país. La región central la conforma la Ciudad de México, el Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro y Tlaxcala; y la cuarta región, denominada sureste, está compuesta por los estados de Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán, Quintana Roo y Chiapas

los que se quedan. Sin embargo, Portes (2005) menciona que es importante tener en cuenta que no todos los migrantes son transnacionales, ya que no todos mantienen el vínculo con el origen, por lo que es necesario analizar las actividades por las cuales se definen los vínculos.

Algunas de las formas en que se manifiestan los vínculos de los migrantes con sus hogares o comunidades de origen y, por lo tanto se definen los entornos transnacionales, es por medio del intercambio de remesas económicas y sociales (Levitt, 2011). Estas últimas se entienden como el conjunto de ideas, cultura y prácticas que fluyen de manera personal entre los migrantes y los no migrantes que se conocen entre sí y que normalmente tienen lazos sociales mutuos (Palmerín, 2012).

Como se mencionó previamente, las mujeres con parejas migrantes que se quedan en el lugar de origen ejercen un papel primordial en el mantenimiento del vínculo entre el origen y el destino. Tomando en consideración este panorama, Ariza (2002) menciona que los contextos transnacionales traen como consecuencia implícita el replanteamiento de los roles dentro del entorno familiar. Es decir, los medios por los cuales existen cambios en las preferencias y en la dinámica de vida de las personas en contextos transnacionales se da, por un lado, por lo que se comparte y recibe de la sociedad receptora y, por otro lado, por la definición de nuevas estrategias y modos de vida en el lugar de origen del o la migrante.

Ambos mecanismos por los cuales la teoría transnacional puede condicionar nuevas formas de vida tienen relevancia en el estudio de las prácticas anticonceptivas debido a que estos cambios en la dinámica del hogar, a causa del entrelazamiento entre el origen y el destino, afectaran en diferentes ámbitos, como puede ser en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción. Por lo anterior, se plantea que esta teoría puede ser un medio para explicar preferencias anticonceptivas diferenciales, principalmente en las mujeres con pareja migrante, ya que ellas, al tener a su pareja en Estados Unidos, o recientemente retornada a territorio mexicano, pueden presentar la adaptación de sus preferencias a esta condición

La socialización de los migrantes

El término socialización ha sido usado en una gran variedad de disciplinas, como puede ser la psicología, la antropología, la sociología y la pedagogía, por lo que su definición puede ser demasiado amplia al grado de no referirse a una acción en particular. A pesar de esto,

independientemente de la disciplina, es un término que, de manera general, alude al proceso por el cual el ser humano aprende y adopta elementos socioculturales del ambiente en donde se desarrolla y define en gran medida sus decisiones (Oropeza, 2016). Para el caso particular de socialización de los migrantes se ha mencionado que se da en un espacio en donde se identifica el ellos/nosotros en donde la adaptabilidad de las personas determinará que tan bien se llevó su socialización (Latorre, 2016). Existen múltiples contextos donde las personas socializamos y estos definirán parte de nuestras preferencias y costumbres diarias, sin embargo, se ha enfatizado que el ambiente sociocultural en el cual transcurrió la infancia y la adolescencia definirán de manera importante nuestras preferencias en la vida adulta por lo que la socialización que viven los migrantes tendrá más peso y definirá conductas más particulares si el cambio de residencia se da en edades tempranas (Latorre, 2016).

Tomar en cuenta las consecuencias de esta adaptación en conjunto con las prácticas anticonceptivas, permite suponer que la socialización de los migrantes con la sociedad receptora, si es que esta se da en edades tempranas, permitirá el surgimiento de una mayor integración social y cultural a esta última; por lo que las preferencias reproductivas y de uso de métodos anticonceptivos, especialmente de mujeres jóvenes, pueden ser más parecidas a las de las personas con las interactuó en el proceso migratorio.

2.3. Reflexiones generales de las perspectivas teóricas

La propuesta de esta investigación es realizar la identificación de las prácticas anticonceptivas que tienen las mujeres residentes en México con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos. Según lo revisado en la literatura se observó que las prácticas anticonceptivas están determinadas por el comportamiento de distintos indicadores que buscan la caracterización de cómo las personas, principalmente las mujeres, han llevado a cabo el uso de métodos anticonceptivos a lo largo de su periodo reproductivo. Estos indicadores o conceptos que buscan su descripción están fuertemente influenciados por factores demográficos, socioeconómicos y culturales que presentan las personas, por lo que su revisión de manera conjunta es indispensable.

Entre los factores que se reconocieron como potenciales elementos de definición y modificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres son la edad, la escolaridad, el tamaño de localidad,

la paridad, el estado conyugal, la condición indígena, el contexto migratorio y el género. Para llevar a cabo la integración de esta información se construirán variables con las respuestas dadas por las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Los detalles de la fuente de información empleada así como la forma en que se llevará a cabo la construcción de las variables se especifica con detalle en el siguiente capítulo.

Específicamente, sobre la migración, como un elemento que puede definir las prácticas anticonceptivas, se identificó que esta debe ser estudiado de una manera detallada debido a la compleja naturaleza del fenómeno. En los estudios revisados se observó que es indispensable su operacionalización como una condición, la cual se identifica mediante la definición del sujeto de estudio, la etapa del proceso migratorio en donde se encuentra y los factores estructurales que permean en la definición del fenómeno social. La identificación de los elementos mencionados permitió reconocer que el estudio de la anticoncepción de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias debía realizarse por medio de una perspectiva de género, no solo por la naturaleza de la investigación, sino también como medio para identificar la forma en que ellas se integran a los procesos migratorios y las consecuencias que surgen a partir de este.

La revisión de este marco de referencia dio un importante acercamiento a la forma en que las mujeres participan en los procesos migratorios, ya sea como sujetos que realizan la migración o como integrantes de un hogar que mantiene el vínculo con algún miembro de la familia que migra. Dependiendo de la forma en que se dé su participación, serán definidas las consecuencias o preferencias que surjan en este proceso, ya que, según la literatura revisada son muy diferentes los cambios y consecuencias en una mujer que ha migrado, en comparación con una que es pareja de un migrante. Al analizar la migración desde una perspectiva de género se identificaron dos mecanismos por los cuales se pueden definir particularidades en las prácticas anticonceptivas: (1) la condición de ser una mujer migrante puede generar progreso individual y por ende una práctica anticonceptiva más informada, pero también como un evento que puede remarcar las vulnerabilidades de género, etnia y clase que tienen las mujeres desde el origen, lo que afectaría sus capacidades de acceso a métodos anticonceptivos y (2) la condición de ser una mujer con pareja migrante puede definir nuevos escenarios en los que ellas llevan a cabo sus ciclos reproductivos, lo que puede afectar las prácticas anticonceptivas; además se considera que ellas pueden estar en

contextos en donde se reafirman los roles de género lo que podría derivar en que se encuentran en un sistema de vigilancia patriarcal.

Lo anteriormente revisado sobre el estudio de las migraciones con perspectiva de género permitió ver al hogar como una unidad de análisis muy útil para el caso de esta investigación, por lo que fue necesaria la revisión de teorías que tomaran en cuenta los cambios y consecuencias que surgen en los modos de vida de esta unidad de análisis a partir de este proceso. Algunas de las teorías revisadas para dar entendimiento a cómo surgen las consecuencias y cambios en las preferencias de los individuos y en los hogares a partir de la migración son la causalidad acumulativa, la teoría transnacional y la socialización de los migrantes. En el primer caso se observa cómo esta puede ser un medio para comprender la “cultura migratoria” la cual determinará quién migra, cómo se perpetúan los movimientos y el rol que juega el hogar y la comunidad. Esta teoría resulta útil para el análisis de las prácticas anticonceptivas debido a que pueden existir población que habita en regiones que han constituido a los procesos migratorios como parte de su vida diaria y por ende se transforman preferencias, valores y compartes, lo cual podría definir particularidades en las prácticas anticonceptivas.

Por otra parte, con lo enunciado en la teoría transnacional se busca explicar el mantenimiento de las relaciones afectivas en hogares migrantes y que estas pueden construir un vínculo entre el origen y el destino. Lo anterior define dos medios por los cuales se puede definir prácticas anticonceptivas distintivas en la población con vínculos o experiencias migratorias; por el intercambio de remesas sociales y por el replanteamiento de los roles dentro del entorno familiar. Finalmente, la teoría de la socialización es un término usado para identificar la adaptabilidad de las personas a nuevos entornos, principalmente en edades jóvenes, lo cual puede ayudar a comprender diferencias en las prácticas anticonceptivas entre las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias.

Las distintas teorías que toman en cuenta cómo la condición de tener un vínculo o experiencia migratoria puede definir formas de vida adaptadas a este proceso, así como preferencias y expectativas distintas debido el constante intercambio de información que se da entre el origen y destino se plantea como otro mecanismo por el cual se pueden definir prácticas anticonceptivas particulares. Lo anterior se podría reflejar principalmente en las mujeres con pareja migrante o en hogar migrante ya que ellas podrían presentar una práctica poco común o muy particular dado a la interacción que tienen por su vínculo migratorio.

Capítulo 3. Estrategia y consideraciones metodológicas de la investigación

En este capítulo se presenta la estrategia metodológica a seguir. Se comienza enunciando las preguntas de investigación, los objetivos que guiaran el análisis realizado, las hipótesis y la fuente de información seleccionada, mencionando sus principales ventajas y desventajas. Posteriormente se definen las dimensiones analíticas por las cuales se operacionalizará el concepto de prácticas anticonceptivas. Dentro de la descripción de las dimensiones analíticas se enlistan las variables utilizadas para su representación y los indicadores construidos a partir de la fuente de datos seleccionada. Finalmente se explica de manera teórica el método estadístico propuesto para contestar las preguntas de investigación.

3.1. Objetivos y preguntas de investigación

Las preguntas que guían esta investigación son las siguientes:

1. ¿Cuáles son las prácticas anticonceptivas que tienen las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos en el periodo del 2013 a 2018 que han iniciado su vida sexual y son residentes en México en el 2018?
2. ¿Existen diferencias en las prácticas anticonceptivas entre mujeres que han iniciado su vida sexual migrantes, con vínculos migratorios y sin algún vínculo o experiencia migratoria en este mismo periodo?

Considerando las preguntas anteriores se tiene como primer objetivo:

1. Clasificar las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, residentes en México, tomando como principales dimensiones de análisis sus características demográficas, socioeconómicas y culturales así como el comportamiento de los indicadores usados para la descripción de las características en las que llevan a cabo el uso de anticonceptivos.
2. Analizar las diferencias que existen en las prácticas anticonceptivas de las mujeres que han iniciado su vida sexual exmigrantes, de las mujeres con vínculos migratorios y de aquellas sin algún vínculo o experiencia migratoria.

3.2. Hipótesis de investigación

De acuerdo con los objetivos y preguntas de investigación planteadas se definieron las siguientes hipótesis de investigación.

1. Acerca de las diferentes prácticas anticonceptivas

Se espera que existan diferentes prácticas anticonceptivas, las cuales estarán definidas a partir de la interrelación que se da entre los indicadores de uso de métodos anticonceptivos y por variables sociodemográficas y culturales como son el tener vínculos o experiencias migratorias. De manera específica se considera que, del conjunto de variables sociodemográficas y culturales integradas en el estudio, las que definirán las principales diferencias en las prácticas anticonceptivas son la edad, la escolaridad, el número de hijos, el tamaño de la localidad de residencia y el haber tenido o no una experiencia o vínculo migratorio.

2. Acerca de las diferencias en la práctica anticonceptiva entre las mujeres que han iniciado su vida sexual, con y sin experiencias o vínculos migratorios

Se esperaría que las mujeres exmigrantes, con vínculos migratorios (con pareja migrante y en hogar migrante) y las mujeres sin vínculos o experiencia migratoria tengan prácticas anticonceptivas diferentes entre sí. Particularmente para el caso de las mujeres que tienen una pareja que migró, se espera que tengan una práctica asociada en mayor grado al control y planificación de la fecundidad de manera temporal, por lo que habría un mayor uso de métodos anticonceptivos no permanentes. Es decir, que en estas mujeres permea de manera importante el que su pareja haya migrado en la definición de una práctica anticonceptiva adaptada a la ausencia y/o retorno de su conyugue.

En cambio, las mujeres exmigrantes presentarían una práctica asociada a la “autonomía” e independencia, en la que el uso de anticonceptivos puede estar más asociado a buscar una vida sexual sin riesgos, optando por métodos de menor periodicidad de uso así como para la protección de Infecciones de Transmisión Sexual como son los anticonceptivos de barrera. Esto quiere decir que el control de la fecundidad y el número de hijos definirá en menos grado sus prácticas anticonceptivas.

Finalmente, para el caso de las mujeres en hogares migrantes -a causa del cambio de residencia de un familiar que no sea la pareja- y las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, se hace el

supuesto de que tendrán prácticas anticonceptivas similares debido a que las primeras son las que presentan el vínculo migratorio de manera más indirecta, por lo que sus preferencias de uso se verán en mayor grado definidas por el periodo de la etapa reproductiva en donde se encuentren.

3.3. Fuente de información

Para lograr responder a estas interrogantes se usará como principal fuente de información la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018 la cual tiene como finalidad proporcionar información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional); así como otros temas referidos a la población, los hogares y las viviendas. Esta encuesta aporta información estadística también sobre temas como preferencias reproductivas, sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, nupcialidad y las características del último embarazo de las mujeres. Su representatividad es a nivel federal, estatal y por cuatro diferentes tamaños de localidades. Su población objetivo son las personas residentes habituales de las viviendas, así como las mujeres de 15 a 54 años con la misma condición de habitación.

Es importante mencionar que, en México, la ENADID es la única encuesta que trata temas de Salud Sexual y Reproductiva y migración; ya que en encuestas especializadas sobre la primera temática no permiten captar los cambios de residencia de la persona entrevistada de manera específica, ni indagan sobre la experiencia migratoria del hogar. Por otro lado, sobre la dinámica de uso de métodos anticonceptivos, la fuente de información seleccionada tiene una amplia variedad de preguntas que proporcionan amplia información sobre anticonceptivos, disponibilidad, dinámica de uso y desuso, así como las preferencias que pueden presentar diferentes poblaciones.

Pese a que la encuesta tiene varias ventajas para el estudio de las prácticas anticonceptivas, presenta como limitante el tamaño de la muestra de población migrante entrevistada, su representatividad para análisis específicos -solo representativa a nivel nacional y estatal- y que todas las preguntas sobre Salud Sexual y Reproductiva únicamente se realizan a mujeres.

3.4. La delimitación de la población de estudio y dimensiones analíticas

Para analizar las diferentes prácticas anticonceptivas de las mujeres que han iniciado su vida sexual con y sin vínculos o experiencias migratorias fue necesario delimitar la población de estudio según las características demográficas que las hacen sujetos elegibles para esta investigación.

3.4.1. Características de la población de estudio

Mujeres en edad reproductiva y que han iniciado su vida sexual

Las personas seleccionadas como población de estudio para esta investigación fueron las mujeres que hubieran declarado una edad entre 15 y 54 años al momento de la encuesta. El rango etario seleccionado es el periodo reproductivo de las mujeres, es decir cuando se considera que pueden ser fecundas y por ende presentar prácticas anticonceptivas. Este mismo criterio es utilizado por la ENADID para seleccionar a las mujeres que contestan el módulo que contiene información sobre todo aquello relacionado con la Salud Sexual y Reproductiva. Otro de los criterios de selección del universo de estudio fue que las mujeres hayan declarado haber tenido al menos una relación sexual, lo cual no necesariamente implicará que al momento de la encuesta hayan sido sexualmente activas, pero sí han iniciado su vida sexual²⁰.

Optar por estudiar a las mujeres que han iniciado su vida sexual y no a las que son sexualmente activas deriva de las dificultades metodológicas para clasificar a las personas en esta última característica. En encuestas especializadas sobre Salud Sexual y Reproductiva realizadas en otros países se pregunta de manera directa a los entrevistados si se consideran sexualmente activos para determinar este estatus, o clasificándolos por medio de las respuestas que han dado a preguntas que aluden a la actividad sexual (Humphries *et al.*, 2019; Lindau y Gavrilo, 2010). Para el caso de la ENADID la única pregunta que puede ser indicativo sobre si la persona es sexualmente activa es la 8.41 ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales?, la cual se considera insuficiente para definir si la persona es sexualmente activa debido a que este último término abarca otras prácticas sexuales y no únicamente el coito, por lo que se opta por considerar a todas que hayan iniciado su vida sexual (Humphries *et al.*, 2019).

²⁰ La pregunta empleada para definir si las mujeres han iniciado su vida sexual es la 8.38 “¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?” en esta pregunta se da la opción de respuesta “No ha tenido relaciones”.

Contexto migratorio internacional de las mujeres

Una de las poblaciones de estudio esenciales para realizar esta investigación son las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, las cuales, se pueden clasificar en las que presentan experiencia migratoria directa o indirecta. En la primera clasificación, se integra a las mujeres que tuvieron una experiencia migratoria (son migrantes de retorno), mientras que en la segunda, involucra a quienes tienen un vínculo migratorio reciente debido a que su pareja migró (emigrante) –y con el cual se mantienen la relación afectiva-, o porque se encuentra en un hogar con experiencia migratoria a causa de la migración de un familiar que no sea el conyugue que permanece o se encuentra en Estados Unidos.

Para el caso de las primeras, es decir *las mujeres exmigrantes*, se consideró únicamente a las que habían retornado debido a que la encuesta no permite captar información sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que al momento de la encuesta aún permanecían en Estados Unidos. Su identificación se realizó por medio de las preguntas del cuestionario sobre el lugar de residencia hace un año (pregunta 3.12) y hace cinco años (pregunta 3.19), el país de destino de la última emigración (pregunta 4.11) y si actualmente reside en el hogar (pregunta 4.20). Estas preguntas fueron usadas con el fin de identificar a todas las mujeres que al menos una vez hayan migrado y regresado de Estados Unidos, en el periodo de agosto del 2013 a agosto del 2018.

Para identificar a *las mujeres con pareja migrante* fue necesario construir una variable para reconocer a las parejas por hogar, ya que la ENADID no cuenta con un identificador único por pareja. Se consideró que la forma más próxima para clasificar a las parejas es a partir de la posición que ocupan en sus hogares, su sexo y su estado conyugal considerando que son tres variables demográficas que pueden definir en esta dimensión de análisis las diferentes relaciones. El primer criterio para su construcción fue identificar por hogar a todas aquellas personas que hayan declarado ser jefe(a) del hogar o esposo(a)/compañero(a) y que se hayan reportado como estado conyugal el estar casados o en una unión libre. Por otra parte, para delimitar si el esposo o compañero es migrante se consideró que una de las personas -ya sea el jefe(a) del hogar o el esposo(a)/compañero(a)- sea del sexo masculino y haya tenido un cambio de residencia en el periodo de agosto del 2013 a agosto del 2018.

Es importante reconocer que esta clasificación tiene limitantes ya que en el cuestionario usado no existe una variable para identificar de forma directa la relación conyugal entre los miembros del

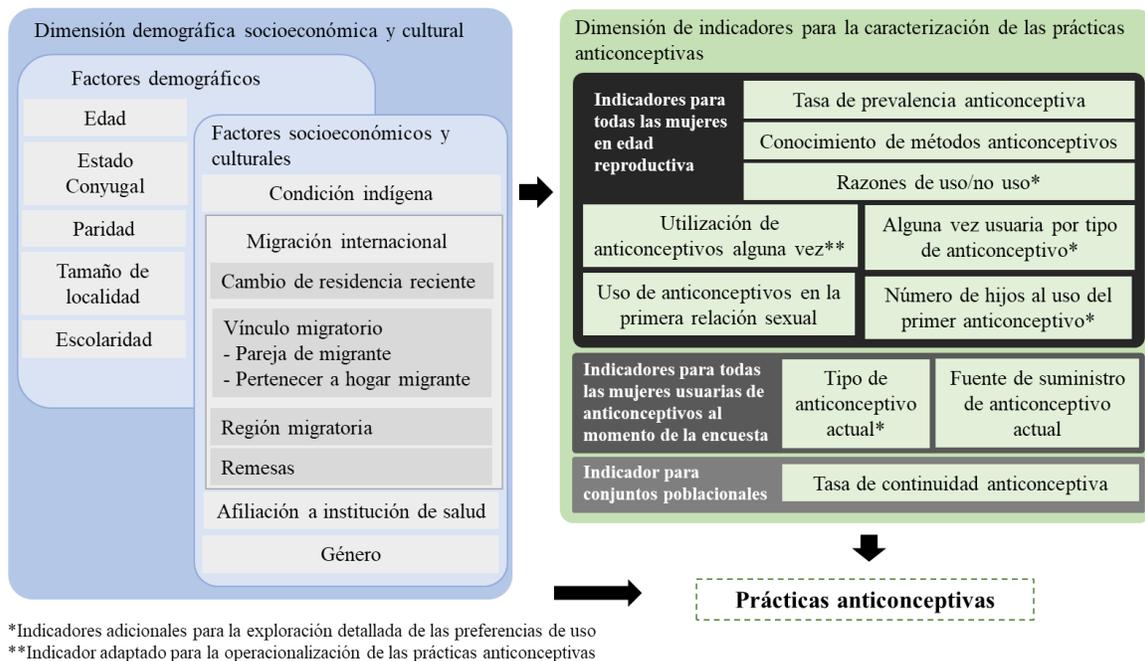
hogar por lo que se hacen el supuesto de que todas las personas que dentro de esta unidad de análisis hayan declarado ser jefe(a) y/o conyugue son pareja. De igual manera esta clasificación deja afuera a todas aquellas mujeres que son parejas de migrantes pero que no se declararon dentro del hogar como jefa o conyugue, esto debido a que no existen una forma de realizar una exploración de su relación conyugal que no sea por medio de la dimensión jefe(a)-conyugue.

Finalmente, para el caso de las *mujeres en hogar migrante*, se tomó en cuenta a todas aquellas que en su hogar algún integrante -que no sean ellas ni sus parejas- hayan realizado un cambio de residencia a Estados Unidos del 2013 al 2018. Esta clasificación se realiza debido a que, en investigaciones pasadas se ha observado que la migración realizada por otros integrantes del hogar puede tener un efecto indirecto que modifique las prácticas anticonceptivas de las mujeres (Battaglia, 2015; De P. K., 2013), además de que es posible que dentro de esta población se encuentren personas que son parejas de migrantes pero que no es posible reconocer por las limitantes previamente mencionadas para el reconocimiento de las mujeres parejas de migrantes.

3.4.2. Dimensiones analíticas

Para lograr analizar la problemática de interés es necesario considerar diferentes características de la dinámica anticonceptiva de las mujeres, así como factores demográficos sociales y culturales que inciden en ésta. A continuación, se muestra un diagrama con las diferentes dimensiones analíticas que, según la literatura revisada, se considera necesario integrar debido que pueden caracterizar las prácticas anticonceptivas de las mujeres.

Esquema 1. Características de las dimensiones analíticas consideradas como relevantes para la definición de las prácticas anticonceptivas de las mujeres



Fuente: Elaboración propia con base en revisión teórica del Capítulo 2.

Como se observa en el diagrama anterior, las prácticas anticonceptivas estarán definidas por el comportamiento de los indicadores con los cuales es posible describirlas y el conjunto de factores demográficos, socioeconómicos y culturales. Dentro de esta cobra especial interés el contexto migratorio internacional. Los elementos que se seleccionaron para estudiar cada dimensión tomaron en cuenta la literatura revisada en el capítulo teórico-metodológico, así como las opciones de variables que ofrece la ENADID. Es importante reconocer que las variables integradas no son las únicas que definirán las prácticas anticonceptivas, sin embargo, se ha tratado de considerar a las que han mostrado evidencia importante de tener un efecto sobre su definición.

Sobre el conjunto de factores que pueden definir las características de las prácticas anticonceptiva de las mujeres, se encuentran algunos que están estrechamente interrelacionados. Es decir que, las características socioeconómicos y culturales de las mujeres pueden estar definidas por algunas variables demográficas y las variables demográficas, a su vez, marcarán diferencias en sus características socioeconómicas y culturales. Esta interrelación que se da en las variables debe ser

trabajada como un todo, que en su conjunto construirá una dimensión que en su conjunto marcará diferencias en las prácticas anticonceptivas. A continuación, se definen las dimensiones analíticas y las variables por las cuales se operacionalizarán.

a) Dimensión de indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas

Esta dimensión de análisis integra algunos indicadores que muestran características de cómo las mujeres han llevado a cabo el uso de métodos anticonceptivos. Los indicadores se han clasificado en tres diferentes grupos: los que se pueden medir para todas las mujeres que han iniciado su vida sexual independientemente de si al momento de la encuesta eran usuarias, los que únicamente se evalúan para las usuarias al momento de la encuesta y los indicadores agregados que solo se pueden evaluar para conjuntos poblacionales. Para lograr dar un mayor entendimiento a cada uno de los indicadores en el Cuadro A1 en el apartado de Anexos se enlistan las preguntas usadas, las opciones de respuesta que ofrece el cuestionario y la reagrupación considerada para la construcción de cada indicador. De manera breve a continuación se describe cada uno de los indicadores haciendo referencia a la información enlistada en el Cuadro A1.

El primer indicador que se considera en esta dimensión y que se puede evaluar para todas las mujeres -sin importar si eran usuarias o no al momento de la encuesta- es la *tasa de prevalencia anticonceptiva*, el cual se construyó a partir de agrupar a las mujeres que al momento de la encuesta eran usuarias, exusuarias o nunca han sido usuarias de métodos anticonceptivos. En el cuadro sobre la construcción de los indicadores (Cuadro A1) se muestra que para crearlo se usaron tres preguntas que exploran el uso, desuso y no uso de anticonceptivos. Este indicador, además de tener una relación implícita con el conocimiento de métodos anticonceptivos, definirá grupos según los diferentes tipos de métodos que emplean, las razones de uso/ no uso y su continuidad en la práctica.

El siguiente indicador que se considera en esta dimensión es el de *conocimiento de métodos anticonceptivos* ya que, como se muestra en el marco teórico-analítico, este definirá parte de la práctica que tienen las mujeres, principalmente en las edades más jóvenes. Como se muestra en el Cuadro A1, su construcción se realiza a partir de observar la respuesta que dieron las mujeres a la pregunta 8.1. “¿Quisiera usted decirme de qué métodos ha oído hablar?”, con la cual se logra identificar, de un listado de anticonceptivos, cuales conocen de manera espontánea, con ayuda o no conocen. Para la construcción el indicador se sumó el total de anticonceptivos que conocen espontáneamente o con ayuda lo cual da como resultado una variable discreta que va de 0

anticonceptivos conocidos hasta 13 o más. Esta última clasificación está formulada a partir de que se pregunta sobre el conocimiento de anticonceptivos poco comunes como s las jaleas o espumas anticonceptivas.

Las *razones de uso/no uso*, a pesar de no ser enlistado como un indicador en la literatura revisada, su información se emplea para calcular las necesidades insatisfechas de planificación familiar, por lo que su análisis es indispensable para la evaluación de las prácticas anticonceptivas. Si bien, existen muchas razones por las cuales las mujeres deciden usar o no usar anticonceptivos (ver todas las opciones de respuesta que ofrece el cuestionario en el Cuadro A1), para el caso específico de esta población se crearon 3 clasificaciones para las usuarias y 3 clasificaciones para las no usuarias las cuales se enlistan a continuación.

Cuadro 1. Clasificación de las razones de uso/no uso de métodos anticonceptivos

Usuarias	1	Para limitar los nacimientos de manera permanente
	2	Para espaciar los nacimientos durante un tiempo
	3	Por razones de salud y otras razones no especificadas
No usuarias	1	Porque está embarazada o quiere embarazarse
	2	Porque dejé de tener relaciones sexuales / por ausencia de la pareja /porque no tiene una pareja estable
	3	Por otras razones o prefiere no responder

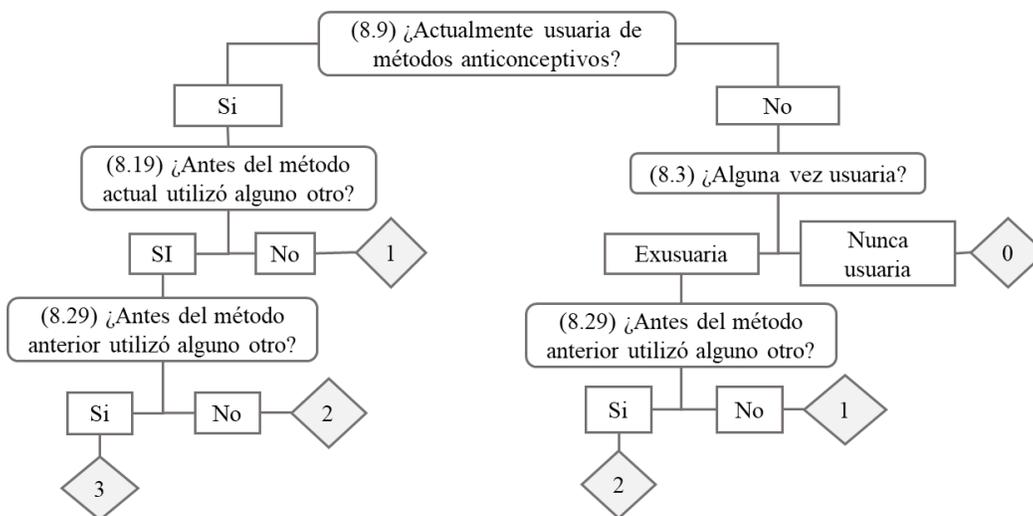
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

El indicador de *utilización de anticonceptivos alguna vez* (uso pasado) obtiene la proporción de mujeres en edad reproductiva que han usado algún método anticonceptivo, incluyendo las que actualmente usan. Si bien, puede ser útil para observar las diferencias de uso que se tienen entre diferentes poblaciones, proporciona poca información concreta sobre cuántos anticonceptivos se han utilizado. Tomando en cuenta lo anterior, se ha optado por crear un indicador que considere el *número de métodos anticonceptivos que ha declarado la mujer haber usado*, según las preguntas de historial anticonceptivo de la ENADID.

El historial anticonceptivo se obtiene a partir de cuatro preguntas: 8.3. ¿Alguna vez usted o su pareja han utilizado algún método para evitar embarazo?, 8.9. ¿Actualmente usted (o su pareja) están utilizando algún método para evitar embarazo?, 8.19. ¿Antes de (método actual), usted (o su

pareja) utilizó algún método para evitar embarazo?, 8.29. ¿Antes del método anterior, usted o su pareja utilizaron algún método para evitar embarazo? Para ilustrar de manera más clara la forma en que se construyó la variable de *número de métodos anticonceptivos alguna vez usados* de forma ordinal se muestra a continuación un diagrama.

Esquema 2. Diagrama de flujo para la construcción del indicador número de anticonceptivos usados



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

En el Esquema 2 se observan rombos sombreados que indican el número de anticonceptivos al que alguna vez han sido usuarias las mujeres en edad reproductiva. Una de las limitantes que tiene la construcción de este indicador es que no puede medir el uso de más de tres anticonceptivos, ya que no se realizan más preguntas de esta índole a las usuarias que han tenido hasta un historial de tres. A pesar de esta desventaja, se considera que su construcción puede ampliar la información cuantitativa sobre si la persona alguna vez ha utilizado anticonceptivos.

Como anteriormente se mencionó, las preferencias por el uso de algún anticonceptivo van cambiando a lo largo de la vida, por lo que es necesario tener un acercamiento a como estas se han dado entre las distintas poblaciones. Tomando en consideración lo anterior, se ha creado un indicador adicional para observar si las mujeres han sido *alguna vez usuarias de los diferentes tipos de métodos*. Su cálculo se realiza a partir de considerar la información a las preguntas sobre el

anticonceptivo actual, cuál fue el anticonceptivo que usó previó al actual y cuál fue el primer anticonceptivo usado (ver Cuadro A1).

El número de hijos es una de las variables que define en mayor medida la prevalencia anticonceptiva actual de las mujeres. Esta variable no se puede considerar como un indicador para la descripción de las prácticas anticonceptivas, ya que solo es un factor que afecta a algunos de los indicadores previamente mostrados. A pesar de ello, existen preguntas en los cuestionarios sobre Salud Sexual y Reproductiva que buscan entablar una relación directa entre el número de hijos y el empleo de métodos anticonceptivos con las cuales es posible cuantificar su correspondencia.

El *número de hijos al primer anticonceptivo* es un indicador propuesto para analizar esta relación. La finalidad de este indicador es cuantificar los hijos que tenían las mujeres al momento de usar el primer método anticonceptivo. Su cálculo con la información de la ENADID se realiza con las respuestas a las preguntas 8.20. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el método actual?, 8.30. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el penúltimo o último método?, 8.37. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el primer método? las cuales se realiza a usuarias y exusuarias (para más detalles ver Cuadro A1).

El último indicador considerado para todas las mujeres en edad reproductiva es el de *uso de anticonceptivos en la primera relación sexual*, este indicador no proporciona información sobre la características de la utilización actual; sin embargo, según lo revisado en la literatura se considera que proporciona información importante sobre cómo las personas llevarán a cabo su práctica anticonceptiva en los años subsecuentes ya que se ha observado que es menos probable que las mujeres sean usuarias regulares de métodos si en la primera relación sexual no se emplearon.

Los dos indicadores que se consideran para las mujeres usuarias al momento de la encuesta son el *tipo de método anticonceptivo usado al momento de la encuesta* el cual marcará contrastes en las prácticas anticonceptivas de las mujeres debido a la gran variedad de métodos con diferente efectividad y tiempo de uso. Debido a amplia gama de opciones de anticonceptivos consideradas en el cuestionario, se ha optado por hacer el análisis de este indicador considerando la siguiente clasificación: métodos anticonceptivos permanentes, métodos anticonceptivos hormonales y espermaticidas, anticonceptivos de barrera y anticonceptivos tradicionales. En el Cuadro A1 se especifican cuáles son los anticonceptivos que entran en cada clasificación.

El segundo indicador considerado para las usuarias al momento de la encuesta es la *f fuente de suministro del anticonceptivo actual* el cual se usa principalmente para la evaluación de programas de planificación familiar focalizados, pero para el caso de esta investigación se usará para caracterizar cada uno de los grupos. Los lugares de obtención se clasificaron de la siguiente forma: institución de salud pública, institución de salud privada, farmacia o tienda de autoservicio, otro lugar o prefiere no responder.

Finalmente se considera un indicador agregado, es decir que busca caracterizar la práctica de un grupo poblacional en conjunto y no las preferencias individuales de las mujeres. La *tasa de continuidad anticonceptiva*, como se mencionó previamente es un indicador útil para analizar la calidad en el uso de métodos anticonceptivos. Para su obtención se debe calcular la probabilidad acumulada de que los sujetos seleccionados sigan utilizando cualquier método anticonceptivo o alguno en específico después de un cierto periodo. Su cálculo se basa en la metodología empleada para la construcción de tablas de vida²¹ ya que permite integrar los segmentos de uso que se desconoce su duración, como el de aquellas mujeres que al momento de la encuesta continuaban siendo usuarias. Para realizar su cálculo, el mínimo de información que se necesita para cada intervalo de tiempo (por ejemplo, para cada mes, trimestre o cada año) es:

x – intervalo de tiempo

Nx – Número de mujeres usuarias al comienzo del intervalo de tiempo

Tx – Número de mujeres que discontinuaron el uso de anticonceptivos en el intervalo

Cx – Total de segmentos de duración de las mujeres que aún siguen usando los métodos anticonceptivos

$dx = Nx - (Cx/2)$ - Riesgo de discontinuar

$qx = Tx/dx$ - Probabilidad de discontinuar

$fx = 1 - qx$ – Probabilidad de continuar

$Fx = f(0) * f(1) * \dots * f(n)$ – Probabilidad acumulada de continuación

Tomando en cuenta el interés de esta investigación, es posible analizar a nivel agregado tanto las tasas de continuidad anticonceptiva para todos los segmentos o periodos de tiempo o la tasa de discontinuidad acumulada como un valor único para toda la población.

²¹ Las tablas de vida son un resumen estadístico para estudiar el impacto de una muerte o salida de un sujeto en una determinada población, su cálculo sirve principalmente el cálculo de esperanzas de vida.

b) Dimensión demográfica socioeconómica y cultural

Como se observa en el Esquema 1, la otra dimensión que definirá el comportamiento de las prácticas anticonceptivas es la interacción entre los factores demográficos socioeconómicos y culturales. Para dar un mejor entendimiento sobre cómo se componen las variables con las cuales se analizarán, en el Cuadro 2 se enlistan las consideraciones tomadas para su construcción. La información de este cuadro se completa con el Cuadro A2 presentado en el apartado de Anexos, al cual se hará referencia a lo largo de este apartado y muestra qué preguntas se consideraron para su creación y de qué forma se reclasificaron las opciones de respuesta que ofrece el cuestionario,

La primera variable enlistada es la *edad*, la cual se dividió en cuatro grandes categorías, las adolescentes que van de los 15 a los 19 años, las mujeres entre 20 y 29 años, las cuales se agrupan de manera conjunta debido que es un periodo de edad en el cual las preferencias reproductivas cambian; las mujeres de 30 a 39 edades en las que aún se busca el control de la fecundidad por métodos más efectivos y las de 40 a 54 años, las cuales es probable que tengan una práctica más estable y definida por anticonceptivos permanentes.

La siguiente variable es el *tamaño de localidad*, esta clasifica a las mujeres considerando si su hogar se ubica en una localidad con menos de 2,500 habitantes (rural) o con 2,500 o más habitantes (urbana). Por otro lado, el *nivel de escolaridad alcanzado* divide a la población en cuatro categorías: (1) sin escolaridad/preescolar/primaria incompleta, (2) primaria completa, (3) secundaria completa y (4) preparatoria completa y más. Su construcción tomó en cuenta tanto el último nivel de escolaridad aprobado que reportaron las mujeres como el grado en años completados de cada nivel.

La variable de *estado conyugal* se construyó a partir de agrupar a las mujeres en dos clasificaciones: (1) unidas, en la cual se integra a todas las que viven con su pareja en unión libre o que están casadas y (2) no unidas, que son todas aquellas que declararon al momento de la encuesta estar separadas de una unión libre o matrimonio, divorciadas, viudas y solteras al momento de la encuesta. Asimismo, en la variable *número de hijos* se busca subdividir a las mujeres considerando el número de hijos nacidos vivos que reportaron, en esta variable todas aquellas mujeres que tienen 4 o más hijos se agrupan en la misma clasificación.

Cuadro 2. Descripción de las variables que conforman la dimensión demográfica socioeconómica y cultural.

Variable	Descripción	Clasificaciones
Factores demográficos		
Edad	Clasifica en grupos quinquenales de edad a las mujeres de 15 a 54 años	15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 54
Tamaño de localidad	Clasifica a las personas considerando si el hogar en donde vive se encuentra en una localidad rural (menos de 2,500 habitantes) o urbana (2,500 o más habitantes)	Urbano
		Rural
Nivel de escolaridad alcanzado	Esta variable busca clasificar a las mujeres según el último nivel de escolaridad que completaron, es decir que, basándose en el total de años estudiados y nivel de escolaridad que declararon haber concluido al momento de la encuesta se clasifican para las mujeres tomando como criterio principal el que hayan concluido el total de años correspondientes a cada nivel educativo.	Sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta
		Primaria completa
		Secundaria completa
		Preparatoria completa y más
Estado Conyugal	Clasifica a las mujeres si están unidas o no al momento de la encuesta, considerando unidas a las que declararon estar casadas o vivir en cohabitación y a las no unidas a todas aquellas que se declararon solteras, divorciadas o separadas de un matrimonio o cohabitación.	Unidas
		No unidas
Número de hijos	Clasifica a las mujeres según el número de hijos nacidos vivos que han tenido hasta el momento de la encuesta	0, 1, 2, 3, 4 o más
Factores socioeconómicos y culturales		
Afiliación a institución de salud	Clasifica a las mujeres si están afiliadas no a una institución de salud al momento de la encuesta	Afiliada
		No afiliada
Autoadscripción indígena	Clasifica a las mujeres que se consideran parte de un grupo indígena	Si
		No
Remesas	Clasificación para determinar si las mujeres han recibido dinero de una persona fuera del país al momento de la entrevista	Si
		No
Región migratoria	Clasificación para determinar en qué región migratoria se encuentra el hogar de residencia de la mujer	Fronteriza
		Histórica
		Centro
		Sureste

Fuente: Elaboración propia con información de la ENADID, 2018.

La *afiliación a institución de salud* es una variable dicotómica y divide a las mujeres que están afiliadas a instituciones de salud públicas y privadas y las que no al momento del levantamiento de la encuesta. Del mismo modo, se construyó la variable de *autoadscripción indígena* -la cual clasifica a las personas si declararon pertenecer o no a un grupo indígena, lo cual se usa como criterio para identificar la condición indígena- y la variable de *remesas*, la cual busca separar a las

mujeres en aquellas que han recibido dinero de una persona fuera del país y las que no (para ver las preguntas consideradas en la construcción de estas variables ver Cuadro A2).

Con el fin de considerar la influencia del contexto migratorio a nivel espacial se ha integrado una variable nombrada como *Región migratoria* construida a partir de la regionalización propuesta por Durand y Massey (2003). La región tradicional de emigración se compone de las entidades de Michoacán, Jalisco y Guanajuato, pero por la antigüedad, expansión y continuidad migratoria también integra a las entidades de Aguascalientes, Colima, Durango, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas. La región del frontera está compuesta por las entidades de Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas; la región central la conforma la Ciudad de México, el Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro y Tlaxcala; y la cuarta región, denominada como sureste está compuesta por los estados de Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán, Quintana Roo y Chiapas (ver Mapa 2).

Con lo anterior se puede observar que existen diversas variables que de pueden definir las prácticas anticonceptivas que involucran tanto las características demográficas, socioeconómicas y culturales de las personas, así como las características de su forma de uso de métodos anticonceptivos. Considerando estas variables se propone realizar una caracterización de de las prácticas anticonceptivas.

3.5. Método analítico propuesto para la caracterización de las prácticas anticonceptivas

Las respuestas a las variables e indicadores anteriormente enlistados por sí solos pueden mostrar información descriptiva sobre la forma en que las mujeres han llevado a cabo la utilización de métodos anticonceptivos según sus distintas características, sin embargo, los patrones similares de respuestas son los que conformaran las distintas prácticas anticonceptivas. Para lograr identificar patrones similares de respuestas se han empleado una gran variedad de técnicas de clasificación de casos, entre ellos el Análisis Factorial, el Análisis Clúster (o de conglomerados), el Análisis de Componentes Principales, el Análisis de Correspondencia, entre otros más. Las principales diferencias que éstos presentan es su capacidad de incorporar a la estimación del modelo estadístico variables continuas, discretas o categóricas, así como los supuestos con los cuales se construirán

las correlaciones entre las variables observables durante la clasificación para conformar los distintos grupos o conglomerados con el mismo patrón de comportamiento.

En la presente investigación se tiene como supuesto que la interrelación de los factores (o variables observadas) que componen las dos dimensiones analíticas previamente descritas conformarán grupos de mujeres con estructuras similares en sus datos, con las que es posible llevar a cabo la clasificación de las prácticas anticonceptivas. Cuando se tiene el interés de clasificar a los individuos a través del supuesto de que existen estructuras de comportamiento similares entre las variables observadas se puede realizar la agrupación mediante la construcción de una variable latente (o no observable) que describirá esas similitudes; a esta técnica estadística se le conoce como Análisis de Clases Latentes.

El Análisis de Clases Latentes permite detectar heterogeneidad en una población identificando el menor número posible de conglomerados en el que la variable latente describirá la interrelación entre las variables manifiestas u observables. En este tipo de modelación se considera necesario identificar la heterogeneidad del comportamiento de las variables para posteriormente llevar a cabo su agrupación (Nájera, 2014). Para lograr lo anterior, se considera necesario observar, por medio de estadística descriptiva, las características de las dimensiones, es decir el comportamiento de cada indicador o variable, para posteriormente clasificar a las mujeres que comparten características similares a partir de la interrelación que tienen las variables observadas.

A continuación, se presenta una breve descripción teórica sobre el Análisis de Clases Latentes el cual se empleará después de analizar el comportamiento de las prácticas anticonceptivas de manera descriptiva.

3.5.1. Análisis de Clases Latentes

El Análisis de Clases Latentes es una técnica estadística multivariada propuesta por Henry y Lazarsfeld (1968) que permite modelar las relaciones entre las variables observables (o manifiestas) a través de la construcción de una o varias variables no observables (variables latentes). Como las demás técnicas para clasificación de datos, permite reducir el número de variables en una sola (la variable latente) que identifica la membresía a las clases. En este tipo de

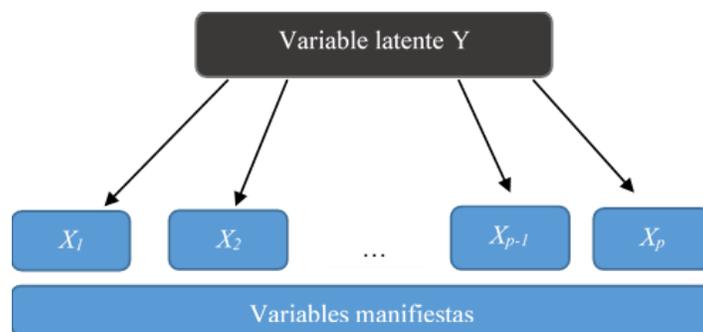
análisis, el término clase hace referencia a los grupos creados para explicar las relaciones entre variables observadas, las cuales pueden ser dicotómicas, politómicas, nominales, ordinales o combinaciones con diferentes escalas.

Matemáticamente, los Modelos de Clases Latentes (MCL) parte de una matriz (\mathbb{X}) que contiene los resultados de p variables observables, los cuales se denotan como X_j y conforman un vector columna compuesto por p componentes (variables) sobre una muestra total de n individuos u observaciones la cual se representa de la siguiente forma:

$$\mathbb{X} = \begin{bmatrix} X_{11} & X_{12} & \cdots & X_{1p} \\ X_{21} & X_{22} & \cdots & X_{2p} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ X_{n1} & X_{n2} & \cdots & X_{np} \end{bmatrix}$$

Las variables latentes suelen ser denominadas como Y , y el conjunto se puede expresar mediante el vector $Y' = (Y_1, \dots, Y_q)$. Cada variable latente Y contará con T categorías o clases latentes (diferentes grupos) en las cuales las variables p manifiestas son indicadores de la variable latente Y . A partir de enunciar que las variables latentes Y_q cuentan con T categorías es posible identificar la hipótesis nula, la cual es que el comportamiento de las variables p para la población estudiada, es decir la matriz \mathbb{X} , es homogénea y por lo tanto existe una sola categoría ($T=1$) que agrupa al total de la población (Araya Alpízar, 2010). Mientras que la hipótesis alternativa es que el conjunto poblacional presenta heterogeneidad y por la tanto es posible agruparlo en subpoblaciones ($T=(1,2,\dots,t)$).

Esquema 3. Representación de un Modelo de Clases latentes con p variables manifiestas



Fuente: Elaboración propia

Cada una de las variables manifiestas tendrá un conjunto de respuestas $J = (0, 1, \dots, j)$, estas respuestas variarán entre observaciones. La variabilidad que se forma a través de las respuestas de las variables manifiestas p para cada observación formará un vector respuesta ($\mathbf{x}' = (x_1, x_2, \dots, x_j)$) del cual surge una función de dos probabilidades: (1) la probabilidad de cada observación (o individuo) de pertenecer a una clase t de la variable latente y (2) la probabilidad de que la variable manifiesta obtenga una de sus posibles respuestas dada la pertenencia a la clase latente (Cazorla *et al.*, 2010). Esto quiere decir que el Modelo de Clases Latentes se formará a partir de dividir a la población según sus diferentes atributos los cuales dirigen sus preferencias a pertenecer a una clase t , y se analizan a partir del cálculo de las probabilidades anteriormente mencionadas (Rondán Cataluña *et al.*, 2007).

A partir de lo anterior se enuncia uno de los grandes supuestos del análisis de clases latentes, denominado independencia local, el cual menciona que las variables manifiestas no están conectas entre sí (ver Esquema 3), por lo que la variable latente es la que explicará toda posible relación que presenten las variables observadas. La relación que se forma a través de las variables observadas se explicará por la pertenencia de cada individuo a las diferentes t categorías de la variable latente. Esta correspondencia que se forma entre las variables manifiestas por medio de la pertenencia a un de las t categorías de la clase latente permite estimar la probabilidad conjunta para el vector respuesta.

Así, con el principio de independencia local mencionado anteriormente, Araya Alpízar (2010) menciona que se puede expresar la probabilidad condicional de que cierta observación o individuo en alguna clase t produzca un resultado \mathbf{x}' en las variables manifiestas de la siguiente forma:

$$\pi_{\mathbf{X}/Y(c)}(\mathbf{x}) = \prod_{j=1}^p \pi_{X_j/Y(c)}(x_j)$$

Donde:

$\pi_{X_j/Y(c)}(X_j) = P(X_j = x_j | Y = c)$ Representa la probabilidad de que la variable j -ésima tome un determinado valor de la clase c

$x_j = 1, 2, \dots, j$ Resultado de la j -ésima variable manifiesta

$c = 1, 2, \dots, T$ Clases latentes

A partir de la ecuación anterior se puede expresar el Modelo de Clases Latentes (MCL) integrando la *probabilidad de clase*, el cual suele representa el tamaño de la clase o clúster formado y la *probabilidad condicional* la cual calcula la probabilidad de respuesta de alguna categoría condicionada al a pertenencia de alguna clase latente T .

$$\pi_X(\mathbf{x}) = \sum_{c=1}^T \pi_y(c) \prod_{j=1}^p \pi_{X_j/Y(c)}(x_j)$$

En el MCL la \mathbf{x} representa el vector respuesta un individuo u observación $\pi_y(c)$ indica la probabilidad de pertenecer a una clase latente c particular (tamaño de la clase) y $\pi_{X_j/Y(c)}(x_j)$ la probabilidad de que la variable j -ésima de p variables tome un determinado valor en la clase c .

Capítulo 4. Las prácticas anticonceptivas de las mujeres exmigrantes, con vínculos migratorios y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos

En este capítulo se exploran los indicadores que componen las prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos, en conjunto con sus principales características demográficas, socioeconómicas y culturales y las de sus hogares. La población captada por la ENADID 2018 refiere, de manera general, a las mujeres en edad reproductiva, de 15 a 54 años, residentes en México –los criterios específicos de selección se enunciaron en el apartado 3.4.1-. El objetivo de este capítulo es caracterizar e identificar las diferencias a nivel descriptivo que existen entre las poblaciones de estudio, para posteriormente asociar tales diferencias a la definición de prácticas anticonceptivas específicas para la población de mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias. Es importante reiterar que, a partir de lo revisado en la literatura, se entiende a la migración como una condición que se encuentra presente en los tres grupos migrantes, por lo que la caracterización permitirá identificar las especificidades de las dimensiones analíticas que componen las prácticas anticonceptivas.

En la primera sección (4.1) se muestran las características demográficas, socioeconómicas culturales de las diferentes poblaciones femeninas formadas a partir de su vínculo o experiencia migratoria, considerando que, como se mostró en el Capítulo 3 (Esquema 1), su interrelación construye una de las dos dimensiones que definen las prácticas anticonceptivas. En la segunda sección (4.2) se muestra el comportamiento que tienen los indicadores que describen las prácticas anticonceptivas. En la primera parte de esta segunda sección se muestra el comportamiento de todos los indicadores para las distintas poblaciones y posteriormente un subapartado en el que se habla particularmente del indicador agregado de *tasa de continuidad anticonceptiva* y las limitantes que surgieron en su análisis. Finalmente, en la tercera sección (4.3) se analizan los indicadores que describen las prácticas anticonceptivas según algunas características sociodemográficas seleccionadas; este apartado busca evidenciar, por medio de estadística descriptiva, cómo la interacción entre las características de las mujeres y los diferentes indicadores construyen comportamientos diferenciales en el uso de métodos anticonceptivos.

4.1. Características demográficas, socioeconómicas y culturales de la población femenina con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos

En esta sección se presentan las diferencias que existen entre los cuatro grupos de mujeres; las exmigrantes, quienes al momento de la entrevista declararon tener una pareja migrante, las residen en un hogar migrante y quienes declararon no tener vínculos o experiencias migratorias hasta el momento del levantamiento de la encuesta, tomando en cuenta la distribución relativa de cada población en las categorías de las variables de edad, escolaridad, autoadscripción indígena, paridad, estado conyugal, tamaño de localidad, remesas y región migratoria a la que pertenecen. Las variables enlistadas en su conjunto definen la dimensión demográfica, socioeconómica y cultural que componen la práctica anticonceptiva por lo que su selección se realizó bajo el supuesto de que pueden evidenciar las diferencias que existen entre cada grupo poblacional, tomando en cuenta la revisión de la literatura presentada en el Capítulo 2.

Como se muestra en el cuadro 3, para esta investigación se consideró un total de 84,567 mujeres encuestadas en edad reproductiva (15 a 54 años), de las cuales sólo un 2.9% (2,418) presenta algún vínculo o experiencia migratoria. De las 2,418 mujeres con vínculos o experiencias migratorias, 287 (0.34%) son mujeres exmigrantes retornadas de Estados Unidos, 826 (0.98%) declararon tener una pareja migrante retornada o que se encuentra en Estados Unidos y 1,305 (1.54%) son mujeres que viven en hogares con vínculos migratorios a causa de la migración de un familiar que no sea su pareja conyugal, en caso de estar unidas. El resto de la muestra, es decir las 82,149 mujeres (97.14%) restantes no presentan un vínculo o experiencia migratoria a los Estados Unidos durante el periodo de interés, del 2013 al 2018. En el cuadro mencionado se presentan las variables sociodemográficas, económicas y culturales anteriormente mencionadas.

Como se señaló en el Capítulo 2, se esperaría que el tener un vínculo o experiencia migratoria puede influir en que las personas tengan características particulares, las cuales pueden estar asociadas a la condición de haber realizado o tenido contacto con un evento migratorio. De manera general, entre los diferentes grupos de mujeres se pueden observar algunas diferencias y similitudes. Las mujeres exmigrantes (retornadas) y las mujeres con pareja migrante presentan una mayor heterogeneidad en las variables exploradas, en comparación con los otros dos grupos restantes.

Cuadro 3. Características demográficas, socioeconómicas y culturales de las mujeres en edad reproductiva residentes en México, según su vínculo o experiencia migratoria.

Mujeres en edad reproductiva	Con experiencia migratoria	Con vínculo migratorio		Sin vínculo/ experiencia migratoria	Total	Prueba >F
	Exmigrante (retornada)	Con pareja migrante	En hogar migrante			
N	287	826	1,305	82,149	84,567	
Proporción n	0.34	0.98	1.54	97.14	100	
N	86,762	225,784	397,356	27,816,043	28,525,945	
Proporción N	0.3	0.79	1.39	97.51	100	
Grupos de edad						
15 a 19	5.92	1.21	5.44	5.46	5.42	0.0045
20 a 29	27.53	31.84	31.42	25.89	26.04	
30 a 39	32.06	36.80	20.15	28.58	28.54	
40 a 54	34.49	30.15	42.99	40.07	40.00	
Edad Promedio	34.81	34.67	35.72	35.90	35.88	0.0000
Tamaño de localidad						
Urbana	79.44	49.88	59.92	77.12	76.60	0.0000
Rural	20.56	50.12	40.08	22.88	23.40	
Nivel de escolaridad alcanzado						
Sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta	4.88	8.35	7.20	7.68	7.67	0.0000
Primaria completa	14.29	19.85	17.01	14.94	15.02	
Secundaria completa	31.71	44.92	38.47	36.93	37.02	
Preparatoria completa y más	49.13	26.88	37.32	40.45	40.30	
Estado Conyugal						
Unidas	64.46	100	68.58	71.06	71.28	0.0000
No unidas	35.54	0	31.42	28.94	28.72	
Número de hijos promedio						
0	22.30	6.42	16.17	16.13	16.06	0.0000
1	18.12	17.68	18.16	19.15	19.11	
2	19.86	30.15	23.07	27.08	27.03	
3	21.60	25.54	20.92	22.15	22.16	
4 o más	18.12	20.22	21.69	15.49	15.64	
Afiliación a institución de salud	62.02	86.44	84.60	86.69	86.57	0.0000
Autoadscripción indígena	23.00	39.23	33.87	36.29	36.23	0.0000
Remesas	12.54	18.04	14.64	1.22	1.63	0.0000
Regiones						
Central	16.03	26.76	22.53	29.43	29.25	NS
Fronteriza	36.93	17.55	23.83	24	24	
Histórica	41.81	46.85	46.67	27.28	27.82	
Sureste	5.23	8.84	6.97	19.3	18.96	

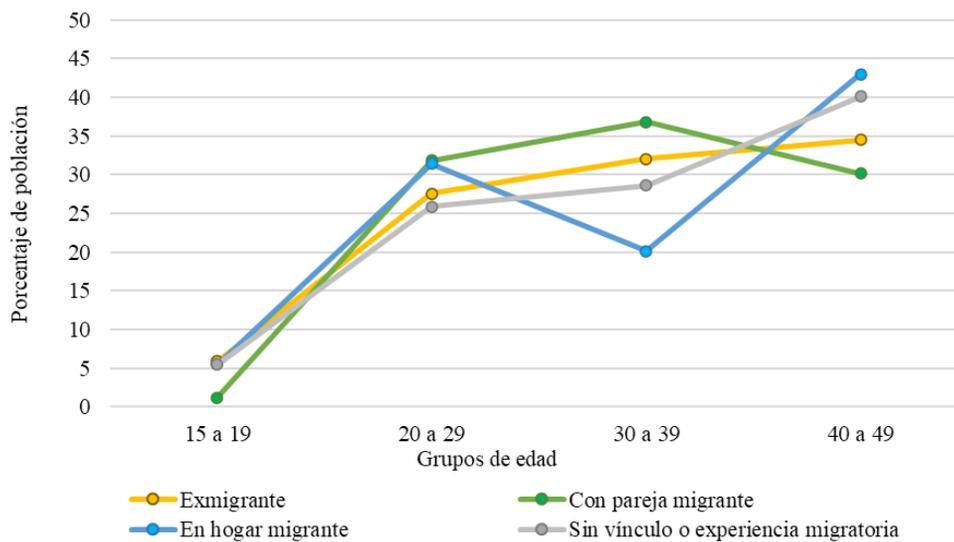
La prueba F indica cuando se rechaza la hipótesis nula, lo que quiere decir que se al menos uno de los grupos es estadísticamente diferente. NS indica que no hubo diferencia significativa en al menos un grupo.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

El primer caso que resulta relevante es la distribución por grupos de edad, en donde se observa que la proporción de las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años y de 20 a 29 años), es similar entre las

cuatro diferentes poblaciones de estudio; sin embargo, a partir del grupo de 30 a 39 la tendencia cambia ligeramente. Se observa que las mujeres en hogares migrantes presentan la menor proporción de población en el grupo de 30 a 39 años y la mayor de 40 a 54, mientras que en aquellas con pareja las proporciones se invierten, presentando la más alta en el grupo etario de 30 a 39 años y la más baja en el último grupo. Pese a las diferencias señaladas, se puede considerar que la distribución etaria es similar en las cuatro poblaciones consideradas.

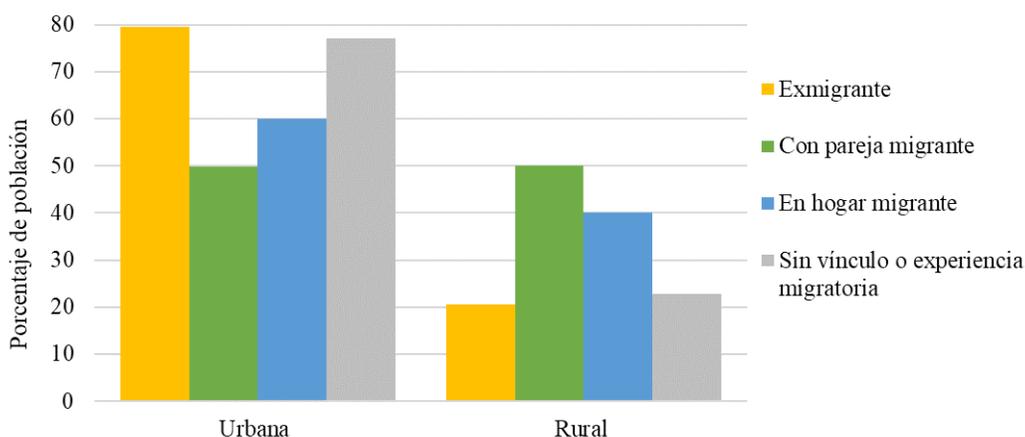
Gráfica 1. Porcentaje de población femenina por grupos de edad según su vínculo o experiencia migratoria



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

El tamaño de localidad en el que se ubica la residencia de las mujeres es una característica en la que se observan importantes diferencias, principalmente para aquellas con pareja migrante que está o ha retornado de Estados Unidos, en donde se obtuvo que más de la mitad de ellas se ubican en una comunidad rural. Estos datos contrastan de manera importante con los de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, y especialmente con los de las mujeres exmigrantes de las cuales el 79.44% de la población vive en localidades urbanas. Es importante considerar el comportamiento de esta variable ya que se ha observado que las mujeres que habitan en comunidades rurales pueden tener mayor número de dificultades para acceder a métodos anticonceptivos debido a la falta de hospitales y centros de salud (Consejo Nacional de Población, 2014)

Gráfica 2. Porcentaje de población femenina por tamaño de localidad según su vínculo o experiencia migratoria



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

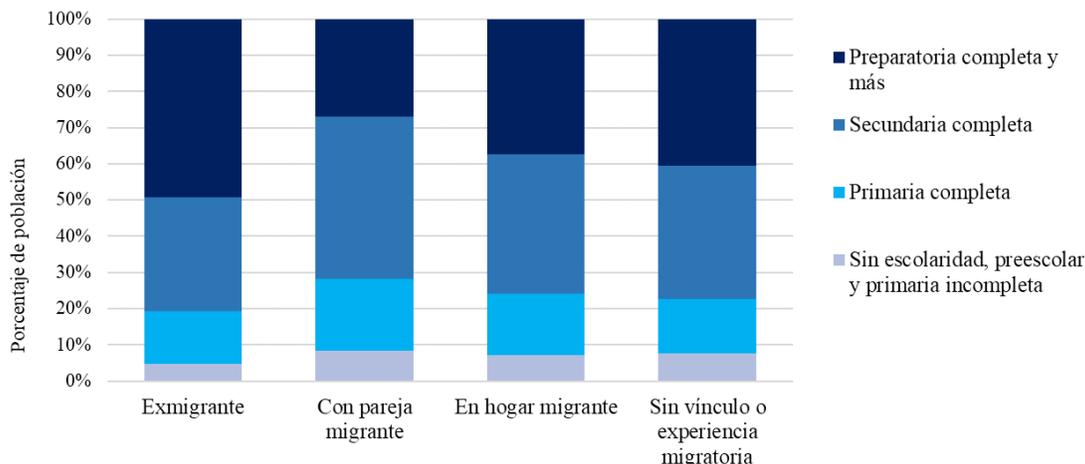
Referente al nivel de escolaridad alcanzado en la Gráfica 3 se observa que, en el grupo de mujeres con pareja migrante, la mayor proporción completó la secundaria, lo cual se diferencia con las mujeres exmigrantes, ya que casi un 50% alcanzó la preparatoria o un mayor nivel de escolaridad. Por otra parte, para el caso de las mujeres sin vínculo migratorio, se observa que la mayor proporción se encuentra en el nivel de preparatoria completa y más, sin embargo, esta es 9% menor que la de las mujeres exmigrantes que se encuentran en esta clasificación. De manera general se puede afirmar que las mujeres que alcanzaron un nivel de escolaridad más alto es el grupo de mujeres exmigrantes.

En cuanto al estado conyugal, sin considerar a las mujeres con pareja de migrante, porque todas están unidas debido a que fue uno de los criterios de selección, la población que presenta menor proporción de mujeres unidas es la exmigrante, con un porcentaje de 64.46%, el cual está 6.8% por debajo del total de población unida que presenta el grupo de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias el cual es de 71.28%.

Respecto al número de hijos se observa que los grupos de mujeres considerados presentan tendencias variadas. Por ejemplo, son pocas las mujeres con pareja migrante que reportaron no tener hijos al momento de la encuesta (6.42%), a diferencia de las mujeres exmigrantes en donde la mayor proporción se ubica en esta clasificación (22.3%). Respecto a las mujeres con un solo hijo o hija se observan tendencias parecidas en todos los grupos poblacionales (al redor del 18% de

cada grupo poblacional). Por otro lado, la mayoría de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias y aquellas con pareja de migrante, se clasifican mayoritariamente en la población con dos hijos; sin embargo, esta proporción es más alta para las segundas, lo cual puede relacionarse con el estado conyugal de este grupo de mujeres, como se observa en el cuadro 3.

Gráfica 3. Porcentaje de población femenina por nivel de escolaridad alcanzado según su vínculo o experiencia migratoria



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Otra de las variables que presentan diferencias es la afiliación a una institución de salud al momento de la encuesta, en donde se observa que para los grupos poblacionales de mujeres que no realizaron una migración a Estados Unidos -mujeres en hogar migrante, mujeres con pareja migrante y mujeres sin vínculo o experiencia migratoria- se presenta entre un 84 y 87% de población afiliada, en cambio para la población de mujeres que fueron migrantes este porcentaje se reduce al 62%. Esto puede tener relación con que, debido a la reciente movilidad, han optado por atender necesidades de salud en instituciones o clínicas privadas lo cual puede derivar de tener un mayor ingreso a causa de la migración internacional, pero al mismo tiempo podría dar cuenta de la falta de documentos para comprobar su residencia en México lo que dificultaría el acceso a servicios de salud pública.

Sobre la autoadscripción indígena, se observa que la población con menor proporción que se identifica perteneciente a un grupo étnico es la de mujeres exmigrantes, mientras que la mayor proporción, en comparación con las otras poblaciones, la tienen las mujeres que tienen parejas

migrantes –porque viven en lugares rurales, el jefe es el que migra, ellas tradicionalmente se quedan en casa a cargo de los hijos por lo que se puede considerar que viven un contexto de hogar más tradicional.

Finalmente, como se mencionó en la revisión teórico-analítica del Capítulo 2, el contexto migratorio no solo lo construyen las personas que realizaron la migración, sino también las que son parejas de migrantes, las que viven en hogares en donde personas han migrado y, de manera más amplia, las comunidades que se han hecho de una “cultura migratoria”, por lo que se considera importante analizar la distribución de la población en las regiones descritas en el capítulo anterior, así como el porcentaje de personas que reciben remesas, como un acercamiento a dicho contexto migratorio.

En el Cuadro 3 se observa que, para todos los grupos poblacionales de mujeres con vínculos o experiencias migratorias, la mayoría de su población se localiza en las entidades que componen la región Histórica, mientras que, para el grupo de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, la mayoría se ubica en la región centro. Para todas las poblaciones, la región que presenta menor proporción de población es la Sureste.

En cuanto a las características económicas, el indicador de recibir remesas muestra que la población que tiene una mayor proporción de mujeres que declararon recibir dinero del extranjero son aquellas con pareja migrante, con 18.04%. Esto, se diferencia de manera importante con las mujeres que no tienen vínculo o experiencia migratoria, ya que, en comparación con las otras tres poblaciones, este grupo muestra la menor proporción que recibe remesas. Lo anterior se puede deber a que las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias en el periodo de análisis, del 2013 al 2018, no tuvieron relación con alguna migración internacional.

Las variables analizadas, además de caracterizar a los diferentes grupos de mujeres, tienen como fin identificar en qué aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales se marcan las mayores diferencias. De manera general, se puede observar que la estructura etaria (dentro de cada población), el número de hijos, la distribución por tamaño de localidad, el nivel de escolaridad alcanzado y el porcentaje de población que recibe remesas, presentan mayor variación en su comportamiento entre las distintas poblaciones de mujeres, y se esperaría que dichas variaciones también se reflejaran en la práctica anticonceptiva de las mujeres.

4.2. Comportamiento de los indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas de las mujeres en México con y sin vínculos o experiencias migratorias

Con los mismos grupos poblacionales -mujeres exmigrantes, con pareja migrante, en hogar migrante y mujeres sin vínculos o experiencias migratorias- se presenta el análisis de los diferentes indicadores que aluden a las prácticas anticonceptivas. El análisis descriptivo de estos indicadores se realiza en dos secciones. En la primera parte, se muestran los resultados por indicador, haciendo particular énfasis en las diferencias que se presentan entre las poblaciones con y sin vínculos o experiencias migratorias. Dentro de este análisis, los indicadores se clasifican en dos grupos. De un lado, aquellos que se pueden analizar para todas las mujeres en edad reproductiva, independientemente de si al momento de la encuesta eran o no usuarias, y del otro, aquellos que únicamente se analizan para quienes se declararon usuarias al momento de la encuesta.

En la segunda sección se hace un análisis específico para el indicador de tasa de continuidad anticonceptiva. El estudio de este indicador se realiza de manera independiente debido a que las preguntas que hacían referencia a los periodos de uso de métodos anticonceptivos presentaban valores no reportados que podía afectar el tamaño de la muestra total si se analizaba en conjunto con los otros indicadores.

4.2.1. Comportamiento de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos

Con el fin de observar las diferencias en el comportamiento de los indicadores que definen las prácticas anticonceptivas entre los grupos poblacionales formados según su vínculo o experiencia migratoria a Estados Unidos, a continuación, en el Cuadro 4 se presentan las proporciones por población que corresponden a cada categoría de los indicadores.

Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva (usuarias y no usuarias)

Para el caso de la prevalencia anticonceptiva se observa que la población que presenta menor uso de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta son las mujeres que se encuentran en un hogar migrante (56.78%), sin embargo, esto no implica que nunca hayan sido usuarias de

anticonceptivos, ya que también es la población con mayor proporción en la categoría de exusuarias. Asimismo, se observa que entre los diferentes grupos poblacionales de mujeres no existen diferencias importantes que aludan a que alguno tenga mayor población de mujeres que nunca hayan sido usuarias de métodos anticonceptivos.

El siguiente indicador analizado es el de razones de uso/ no uso de anticonceptivos, el cual se analiza para las usuarias y las no usuarias al momento de la encuesta, respectivamente. Para las usuarias, las razones de uso se comportan de manera homogénea entre los diferentes grupos poblacionales (entre el 55 y 58% de la población de los grupos lo utilizó para limitar embarazos de manera permanente). Sin embargo, para el caso de las no usuarias, se presentan importantes diferencias: el 28% de las mujeres con pareja migrante declaró no usar métodos anticonceptivos al momento de la encuesta porque está embarazada o busca embarazarse, mientras que entre las mujeres exmigrantes, un 17% no usa por esta misma razón.

Cuadro 4. Medidas descriptivas de las variables sobre práctica anticonceptiva para los grupos de mujeres, según su vínculo o experiencia migratoria

Mujeres en edad reproductiva	Con experiencia migratoria	Con vínculo migratorio		Sin vínculo /experiencia migratoria	Total	Prueba> F
	Exmigrante (retornada)	Con pareja migrante	En hogar migrante			
N	287	826	1,305	82,149	84,567	
Proporción n	0.34	0.98	1.54	97.14	100	
N	86,762	225,784	397,356	27,816,043	28,525,945	
Proporción N	0.31	0.79	1.39	97.51	100	
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva						
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	10.39	10.09	10.27	10.39	10.38	0.0217
Prevalencia anticonceptiva actual						
Usuaría	58.89	60.29	56.78	65.87	65.65	
Exusuaria	26.83	24.46	28.20	19.17	19.39	0.0000
Nunca usuaria	14.29	15.25	15.02	14.96	14.96	
Razón de uso actual						
Limitar los nacimientos de manera permanente	55.62	55.02	58.03	58.74	58.68	
Espaciar los nacimientos	33.14	31.33	27.94	29.81	29.81	0.0000
Por salud y otras razones no enlistadas	11.24	13.65	14.04	11.45	11.51	
Razon de no uso actual						
Está embarazada o se quiere embarazarse	17.80	28.05	15.60	19.87	19.87	0.0000

Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable	47.45	38.11	56.03	39.90	40.22	
Otras razones	34.75	33.84	28.37	40.23	39.91	
Número de anticonceptivos alguna vez usados						
0 anticonceptivos utilizados	14.29	15.25	15.02	14.96	14.96	
1 anticonceptivo utilizado	42.86	37.41	38.24	39.36	39.33	
2 anticonceptivos utilizados	30.31	33.17	33.10	31.86	31.88	NS
3 anticonceptivos utilizados	12.54	14.16	13.64	13.83	13.82	
Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹						
Permanente	32.06	31.48	33.79	37.53	37.40	
Hormonal	48.78	61.14	57.70	54.69	54.78	
De barrera	34.49	21.67	26.13	27.49	27.44	0.0000
Tradicional	5.92	7.99	7.20	7.35	7.35	
Sin uso	14.29	15.25	15.02	14.96	14.96	
Número de hijos al primer anticonceptivo usado						
0	47.04	30.39	41.00	42.00	41.89	
1	24.04	33.05	27.82	28.21	28.23	0.0000
2	12.20	18.77	14.64	15.85	15.85	
3 o más	16.72	17.80	16.55	13.95	14.04	
Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual	41.46	26.51	33.03	36.5	36.35	0.0000
Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta						
Tipo anticonceptivo actualmente usado						
Permanente	53.85	52.01	59.38	56.85	56.83	
Hormonal	28.4	31.12	27.8	27.17	27.22	
De barrera	15.38	11.45	9.72	12.3	12.27	0.0000
Tradicional	2.37	5.42	3.1	3.68	3.69	
Lugar de obtención del método actual						
Institución pública de salud	31.36	56.83	59.51	62.10	61.93	
Institución privada de salud	18.93	12.25	10.39	9.49	9.55	
Farmacia o tienda de autoservicio	23.08	11.45	10.80	12.75	12.74	0.0000
Otro o prefiere no responder	13.02	0.80	2.16	0.89	0.94	
Usuarías por razones de salud y de métodos tradicionales ²	13.61	18.67	17.14	14.77	14.83	

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación.

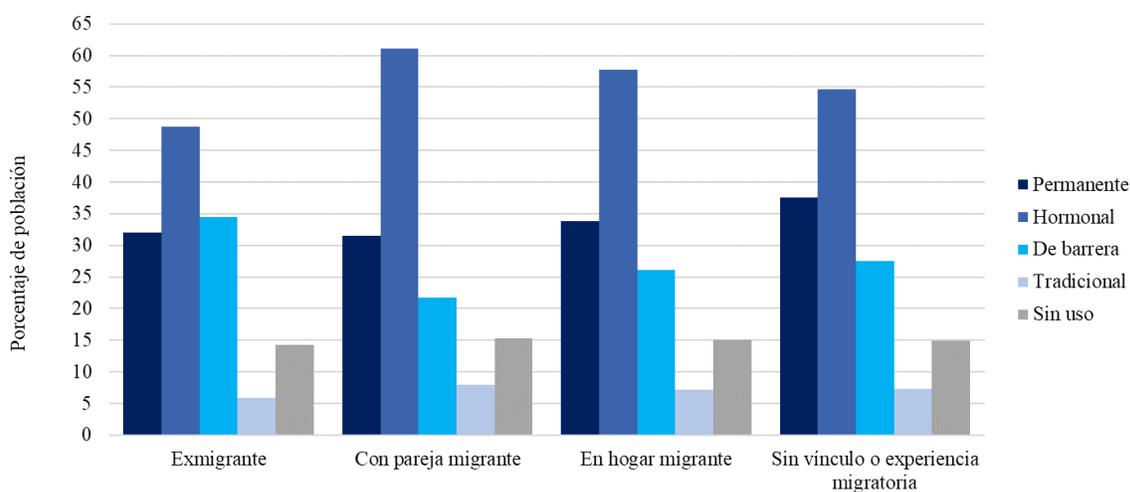
2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención. La prueba F indica cuando se rechaza la hipótesis nula, lo que quiere decir que se al menos uno de los grupos es estadísticamente diferente. NS indica que no hubo diferencia significativa en al menos un grupo.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Otra categoría que presenta importantes diferencias en las razones de no uso es la de “porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable”, en ella se observa que los valores más altos se presentan en las mujeres exmigrantes y en las mujeres en hogar migrante, lo cual se puede relacionar con que el proceso de movilidad compromete las prácticas sexuales.

Como se mencionó previamente, es necesario analizar de manera más amplia el comportamiento de las preferencias de uso. El indicador de alguna vez usuaria por tipo de método anticonceptivo, como su nombre lo menciona, muestra los diferentes métodos que tanto las usuarias como las exusuarias han preferido utilizar a lo largo del tiempo. En él se observan importantes diferencias principalmente para los métodos anticonceptivos hormonales y de barrera. De las diferentes poblacionales, las mujeres exmigrantes son las que tienen una mayor proporción de población que ha usado alguna vez métodos anticonceptivos de barrera (34.49%), lo que se podría estar relacionado con un mayor interés ante la protección de Infecciones de Transmisión Sexual, así como por tener menor acceso a servicios públicos de salud y optan por este método anticonceptivo que es más accesible. En contraste, las mujeres con pareja migrante tienen la menor proporción de alguna vez usuarias de este tipo método (21.67%). Lo contrario ocurre para los anticonceptivos hormonales, ya que en este se muestra que las mujeres con pareja migrante tienen una mayor proporción de población que ha usado métodos anticonceptivos hormonales (61.1%), mientras que las mujeres migrantes son las que tienen una menor proporción respecto a su total poblacional.

Gráfica 4. Porcentaje de población alguna vez usuaria de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos según su vínculo o experiencia migratoria



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

Otro indicador relevante sobre la dinámica de uso de métodos anticonceptivos es el número de hijos que reportaron haber tenido las mujeres al momento de usar su primer anticonceptivo. En este indicador se observa que un 47% de las mujeres exmigrantes no tenía hijos al usar su primer anticonceptivo, lo que podría reflejar que hayan tenido un mayor acceso a educación sexual o a información sobre protección anticonceptiva antes de convertirse en madres por primera vez. Esta proporción se diferencia de manera importante con la del grupo de mujeres con pareja migrante, entre quienes solo un 30% usaban métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo.

Un último indicador considerado para todas las mujeres -usuarias o no al momento de la encuesta- es el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, en el cual se observa que una mayor proporción de las mujeres exmigrantes fue usuaria de anticonceptivos en su primera relación sexual (41.46%) lo cual se diferencia con el grupo de mujeres con pareja migrante, en el cual únicamente el 26.51% usó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. Aunque con la fuente de información empleada no es posible asociar el uso de métodos en la primera relación sexual con la migración, lo anterior podría sugerir que estas mujeres tuvieron un mayor acceso a información sobre planificación familiar desde el inicio de su vida sexual, así como una posible mayor autonomía o “empoderamiento” para decidir usar anticonceptivos.

Indicadores para las mujeres usuarias al momento de la encuesta

Ahora, sobre los indicadores considerados para las mujeres usuarias al momento de la encuesta se observan diferencias entre las poblaciones que deben ser consideradas para la caracterización de las prácticas anticonceptivas. Sobre el tipo de anticonceptivo usado al momento de la encuesta se observa que la mitad de las mujeres que son parejas de migrante (52%) usan métodos anticonceptivos permanentes, proporción que es 7% menor a la de las mujeres que se encuentran en un hogar migrante. En cuanto a los métodos de barrera -los cuales son los de menor periodicidad de uso- se observa que, del total de mujeres migrantes, un 15% eran usuarias de este tipo de anticonceptivo al momento de la encuesta, mientras que para las mujeres en hogar migrante esta proporción fue del 9%. Si bien, existen diferencias en este indicador, su comportamiento puede estar estrechamente relacionado con la estructura por edad.

Sobre al lugar de obtención del anticonceptivo para las actualmente usuarias, se muestra que el grupo poblacional de mujeres exmigrantes tiene la proporción más baja de haberlo conseguido en una institución pública de salud, pero la más alta de obtención en farmacia o tiendas de

autoservicio; lo cual puede tener relación con su uso de métodos anticonceptivos de barrera, así como mayores dificultades para acceder a servicios de salud pública en donde se suelen adquirir los métodos hormonales. Asimismo, se observa que en este grupo poblacional tienen la proporción más alta de obtención de los métodos anticonceptivos en instituciones de salud privada.

A manera de resumen se puede afirmar que existen indicadores que no presentan diferencias muy amplias para cada una de las clasificaciones u opciones de respuestas, es decir, dentro de los grupos; sin embargo, entre grupos poblacionales, la mayoría de los indicadores presentan desemejanzas. Particularmente los indicadores donde se observan mayores diferencias son en alguna vez usuaria de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera, en el lugar de obtención del método, en las razones de no uso, en el número de hijos al primer anticonceptivo y en el que mide la utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual.

Como se menciona al principio de la sección, independientemente del conjunto de indicadores previamente mostrados se analiza la tasa de continuidad anticonceptiva, el cual, debido a que presenta una importante cantidad de valores no reportados en las preguntas necesarias para su construcción acorta el tamaño total de la muestra usada y dificultarían el análisis del comportamiento de la práctica de las poblaciones con vínculos o experiencias migratorias. A continuación, se muestran sus resultados según las diferentes poblaciones usadas a lo largo del capítulo.

4.2.2. Comportamiento de la tasa de continuidad de uso de métodos anticonceptivos para la población con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos

Anteriormente se mencionó que, para realizar el cálculo de la tasa de continuidad anticonceptiva, es necesario tener información sobre los periodos de uso en días, meses o años. Estos datos se obtienen por medio de preguntas que buscan captar el momento de inicio y de fin de la utilización de algún método anticonceptivo (ver la sección de preguntas del indicador de continuidad de uso de métodos anticonceptivos en el Cuadro A1). Al ser preguntas que buscan indagar en el pasado (retrospectivas) pueden presentar fallas debido a que las entrevistadas no recuerdan las fechas

exactas en las que comenzaron o dejaron de usar los métodos anticonceptivos, lo cual genera información faltante conocida como *missings values*.

En las preguntas de la ENADID sobre fechas de inicio y termino de uso de métodos anticonceptivos se observó que había una gran cantidad de datos no reportados: de un total de 71,915 mujeres alguna vez usuarias (usuarias y exusuarias en la tasa de prevalencia anticonceptiva), 13,929 (19.36% de la muestra) no recordaron algún mes o año de comienzo o fin de su uso de métodos anticonceptivos, lo que sería la proporción de población que se perdería al analizar este indicador de manera conjunta con los otros indicadores.

Recordando lo enunciado en el Capítulo 3, la tasa de continuidad anticonceptiva se basa en calcular la probabilidad de continuación de uso de métodos anticonceptivos por cada determinado intervalo de tiempo (el cual puede ser presentado en meses, días o años) con la técnica de tablas de vida (para detalles de la tabla de vida resultante ver Cuadro A3 en el apartado de Anexos). El cálculo de la tabla de vida se realizó tomando en cuenta los meses de uso de los anticonceptivos y tomando un intervalo de análisis de 30 meses, equivalentes a 2 años y medio. Se opto por este intervalo para observar de manera específica el comportamiento que surge en los dos primeros intervalos (0-30 meses 31-60 meses) esto con el fin de tener una visión más detallada sobre lo que ocurre en el periodo que se tomó como criterio para determinar a las diferentes poblaciones de mujeres con vínculos o experiencias migratorias (2013-2018). A continuación, se muestra un resumen de los resultados de la probabilidad de continuación anticonceptiva.

Cuadro 5. Probabilidad de continuidad de uso de todos los tipos de métodos anticonceptivos para la muestra total (n=57,986)

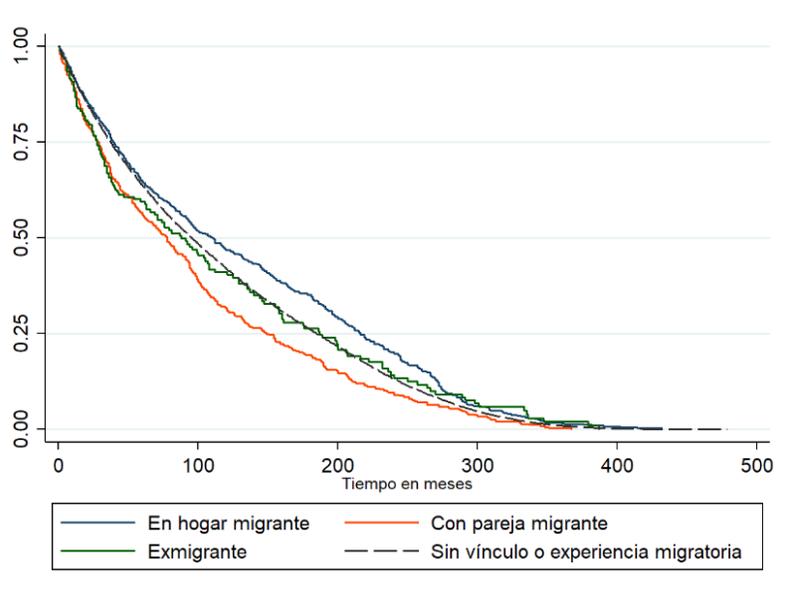
Intervalo en meses (x)	Intervalo en años	Probabilidad de continuar (fx)	Error estándar	Intervalo de confianza	
0 -30	2.5	0.7988	0.0017	0.7954	0.8021
31-60	5	0.6432	0.0021	0.6391	0.6473
61-90	7.5	0.5223	0.0022	0.518	0.5267
90-120	10	0.4237	0.0022	0.4193	0.4281
121-150	12.5	0.3374	0.0022	0.3332	0.3417

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

En el cuadro anterior se observa que en el primer intervalo de tiempo (de 0 a 30 meses) la probabilidad de continuar usando un método anticonceptivo es de casi el 80%, posteriormente esta disminuye a 64% en el momento de 31 a 60 meses. A partir de la información obtenida con la tabla

de vida, fue posible hacer un análisis de supervivencia Kaplan-Meier²² por poblaciones específicas como son las mujeres con algún vínculo o experiencia migratoria. Con el fin de tomar en cuenta toda la información posible se calcularon los segmentos de uso para todos los anticonceptivos que reportaron haber usado (el anticonceptivo actual, el penúltimo o último anticonceptivo y el primero) para las diferentes poblaciones.

Gráfica 5. Análisis de Kaplan-Meier para la probabilidad de discontinuidad de uso de todos los métodos anticonceptivos en meses



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Los resultados de la probabilidad de discontinuidad de uso muestran que, al comienzo de la utilización, las mujeres con pareja migrante y exmigrante presentan las probabilidades más altas de dejar de usar conforme avanzan los meses; mientras que para el caso de las mujeres en hogar migrante y sin vínculos o experiencias migratorias tienen una probabilidad de desuso más lenta y muy similar. Particularmente se observa que para el caso de las mujeres exmigrantes hay una probabilidad más alta de desuso a medida que avanza el tiempo, lo cual puede deberse al tipo de anticonceptivo más utilizado, como los anticonceptivos de barrera. Para el caso de las mujeres en

²² En estadística, los análisis de supervivencia buscan estudiar los procesos aleatorios que se relacionan con la muerte, discontinuación, falla o pérdida de organismos, sistemas o procesos. Una de las formas para estimar la probabilidad de supervivencia de manera no paramétrica, basándose en los tiempos de observación es por medio del análisis de Kaplan-Meier.

hogar migrante se observa que tienen la probabilidad de continuación más alta, lo cual puede asociarse a uso de anticonceptivos permanentes.

El conjunto de los resultados para cada uno de los indicadores mostrados señala que, a nivel descriptivo, las *mujeres exmigrantes* pareciera que son quienes han controlado su vida sexual y reproductiva debido a que desde el comienzo de esta han presentado mayor uso (observado los resultados en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y el número de hijos que tenían al primer anticonceptivo usado). Esta misma población presenta un mayor porcentaje de alguna vez haber sido usuaria de anticonceptivos de barrera, los cuales suelen ser utilizados por adolescentes y mujeres jóvenes -por lo que puede tener relación con la estructura por edad-, pero también porque pueden presentar un mayor uso debido a las restricciones que tiene este grupo en acceder a servicios de salud pública o por un mayor interés para protegerse de Infecciones de Transmisión Sexual. Esto último es importante de reconocer debido a que, como se mostró en el análisis de las características sociodemográficas, económicas y culturales son el grupo que presenta mayor nivel educativo alcanzado.

Por otra parte, las *mujeres con pareja migrante* presentan un comportamiento muy distinto en sus indicadores de práctica anticonceptiva, ya que en ellas se observa que la mayoría han tenido hijos, han preferido usar anticonceptivos hormonales -los cuales no protegen de Infecciones de Transmisión Sexual-, presentan la proporción más alta de usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales y son las que presentan menor proporción de población usuaria de métodos anticonceptivos antes de su primer hijo. Estos resultados en conjunto se pueden relacionar con una práctica más tradicional en la que el control de la fecundidad se ve menos presente en comparación con los demás grupos. Al observar este resultado en relación con sus características demográficas, socioeconómicas y culturales puede tener mayor sentido esta afirmación ya que son el grupo poblacional que presenta una mayor proporción de mujeres que residen en localidades rurales, con menor nivel educativo alcanzado y con mayor número de hijos promedio.

Para el caso de las *mujeres en hogares migrantes* se presenta una situación heterogénea al interior del grupo, ya que en algunos indicadores se observan similitudes con el comportamiento que tienen las mujeres sin vínculo o experiencias migratorias y en otros casos no. De manera general, los indicadores que presentan una mayor diferencia, en comparación con las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, son la prevalencia anticonceptiva y las razones de uso/ no uso. Lo anterior

se puede relacionar con que en este grupo poblacional se encuentran mujeres con parejas migrante que no es posible identificar²³, pero también se integran mujeres que tienen un vínculo migratorio muy “ajeno” o indirecto debido a la migración de un integrante del hogar con el cual no mantienen una relación afectiva cercana. Si bien no es posible por medio de la estadística descriptiva hipotetizar un comportamiento de su práctica anticonceptiva, se considera evidente que la migración del integrante del hogar puede definir, en algunos casos, diferencias con las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias.

El grupo poblacional de *mujeres sin vínculos o experiencias migratorias* presenta una mayor dificultad en su caracterización a partir de los resultados mostrados en los indicadores anteriores, ya que dentro de este se encuentra una gran cantidad de mujeres con características sociodemográficas, económicas y culturales distintas.

Tomando en cuenta la problemática que surge en caracterizar de manera descriptiva las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias debido a que dentro de esta misma se presentan características demográficas, socioeconómicas y culturales distintas, así como la dificultad de identificar de manera descriptiva las prácticas anticonceptivas específicas dentro de las poblaciones con vínculos o experiencias migratorias, a continuación se analizan los indicadores previamente mostrados por edad, nivel de escolaridad alcanzado y tamaño de localidad²⁴. Este análisis se divide en dos secciones. En la primera parte se muestran los resultados de la población con vínculos o experiencias migratorias y en la segunda para la población sin vínculos o experiencias, esto último con el fin de caracterizar de manera más detallada cada población.

4.3. Comportamiento de las prácticas anticonceptivas por características seleccionadas

En esta sección se busca mostrar por medio de estadística descriptiva la interacción que se da entre las dos dimensiones que definen las prácticas anticonceptivas, es decir cómo las características

²³ Como se mencionó previamente, uno de los criterios para identificar mujeres con pareja migrante fue a partir del parentesco “jefa/e de familia” y “esposo/a o pareja” por lo que aquellas personas que no se identificaron como tal no es posible considerarlas como pareja a pesar de que esta haya migrado.

²⁴ Se consideraron estas variables debido a los resultados presentados en la sección 4.1 y tomando en cuenta que, según la literatura revisada, son variables que marcan importantes diferencias en las prácticas anticonceptivas.

demográficas, socioeconómicas y culturales particulares definirán diferencias en los indicadores que caracterizan la dinámica de uso.

4.3.1. Prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias por edad, nivel de escolaridad y tamaño de localidad

A continuación, se presenta el comportamiento de los indicadores que componen las prácticas anticonceptivas para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, diferenciando primero por grupos de edad, después por el nivel de escolaridad alcanzado al momento de la encuesta y finalmente por el tamaño de localidad donde residen. Debido a que los indicadores de la práctica anticonceptivas se desagregan en varias categorías se puede presentar problemas de ceros estructurales o ceros muestrales²⁵ a causa del tamaño de las poblaciones con vínculos o experiencias migratorias, por lo que la interpretación de los resultados debe realizarse con cautela y sin el ánimo de hacer afirmaciones generalizadoras del comportamiento de los indicadores a la población que representa la muestra. A pesar de lo anteriormente observado, no en todas las clasificaciones se presenta esta dificultad por lo que es necesaria su realización para conocer más sobre el comportamiento de los indicadores dentro de cada una de las poblaciones estudiadas.

a) Comportamiento de los indicadores por edad de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias

En el Cuadro 6 se muestra un resumen con el comportamiento de los diferentes indicadores que componen las prácticas anticonceptivas para los 3 grupos de mujeres considerados a partir de su vínculo o experiencia migratoria y teniendo en cuenta la estructura etaria de la población. Entre los principales resultados que se observaron fueron los siguientes:

²⁵ Los ceros estructurales se refieren a que dentro de una variable no se presentan casos suficientes dentro de una categoría para considerarla representativa (al menos 30 casos), en cambio los ceros muestrales hacen referencia a que la variable al momento de la encuesta no captó suficientes casos; sin embargo, es posible que en otra encuesta o en otro momento se puedan captar, por lo que este registro se debe principalmente al mecanismo de muestreo por cual fue realizado el levantamiento de los datos (Velasco Vázquez, 2008)

Las adolescentes (15 a 19 años)

Se observa que las adolescentes de entre *15 a 19 años* presenta en todos los grupos poblacionales problemas de ceros muestrales o estructurales; sin embargo, esto se presenta en mayor grado entre las mujeres exmigrantes. Esta observación resulta importante ya que por su edad las adolescentes se consideran una población vulnerable ante riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva, por lo que es necesario evidenciar las limitantes que presenta la fuente de información seleccionada para realizar investigaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Mujeres de 20 a 29 años

Para el caso de las mujeres que tienen entre *20 a 29 años* se observa que aquellas que presentan una mayor proporción de usuarias son las exmigrantes y quienes tienen pareja migrante, con alrededor del 51% del total poblacional por grupo. En cambio, en el grupo de mujeres en hogar migrante alrededor de 43% son usuarias. Por otro lado, para todas las distintas poblaciones de mujeres que tienen se encuentran este grupo de edad (20 a 29 años) la principal razón de uso es espaciar los nacimientos; mientras que la razón de no uso más común es “porque dejó de tener relaciones sexuales, no tiene pareja o no tiene pareja estable”. Otro de los indicadores en el que presentan resultados particulares es el tipo de anticonceptivos alguna vez usados, ya que en él se observa que las mujeres exmigrantes tienen una alta proporción de haber sido alguna vez usuarias de anticonceptivos de barrera (53%), lo que se diferencia de manera importante con la proporción que presenta el grupo de mujeres con pareja migrante; ya que de su población total solo un 29% alguna vez ha usado anticonceptivos de este tipo.

Cuadro 6. Comportamiento de los indicadores por edad para la población de mujeres con vínculos o experiencias migratorias.

<i>Mujeres en edad reproductiva</i>	<i>Exmigrantes</i>				<i>Con pareja migrante</i>				<i>En hogar migrante</i>			
	<i>15-19</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-54</i>	<i>15-19</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-54</i>	<i>15-19</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>40-54</i>
N	17*	79	92	99	10*	263	304	249	71	410	263	561
Proporción n	5.92	27.53	32.06	34.49	1.21	31.84	36.8	30.15	5.44	31.42	20.15	42.99
N	4,585	25,248	28,375	28,554	2,769	67,952	82,112	72,951	24,931	125,785	71,462	175,178
Proporción N	5.28	29.1	32.7	32.91	1.23	30.1	36.37	32.31	6.27	31.66	17.98	44.09
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva												
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	11.12*	11.62	11.68	10.98	11.10*	11.32	10.94	11.06	10.83	11.53	11.54	11.02
<i>Prevalencia anticonceptiva actual</i>												
Usuaría	23.53*	53.16	60.87	67.68	60.00*	51.71	62.50	66.67	32.39*	43.41	54.75	70.59
Exusuaria	47.06*	35.44*	26.09*	17.17*	30.00*	33.46	21.71	18.07	42.25	40	31.18	16.4
Nunca usuaria	29.41*	11.39*	13.04*	15.15*	10.00*	14.83*	15.79*	15.26*	25.35	16.59	14.07	13.01
<i>Razón de uso actual</i>												
Limitar nacimientos de manera permanente	25.00*	23.81*	55.36	77.61	-	26.47	55.26	80.12	30.43*	19.1	54.86	78.28
Espaciar los nacimientos	75.00*	66.67	30.36*	11.94*	100*	63.24	29.47	4.82*	65.22*	73.6	33.33	3.28*
Por salud y otras razones no enlistadas	-	9.52*	14.29*	10.45*	-	10.29*	15.26*	15.06*	4.35*	7.3*	11.81*	18.43
<i>Razon de no uso actual</i>												
Está embarazada o se quiere embarazar	23.08*	18.92*	22.22*	9.38*	100*	37.01	30.7	7.23*	27.08*	21.12	16.81*	3.64*
Porque dejó de tener relaciones sexuales/ no tiene pareja o no tiene pareja estable	38.46*	56.76*	38.89*	50*	-	40.94	36.84	37.35	52.08*	61.64	61.34	45.45
Otras razones	38.46*	24.32*	38.89*	40.63*	-	22.05*	32.46	55.42	20.83*	17.24	21.85*	50.91
<i>Número de anticonceptivos alguna vez usados</i>												
0 utilizados	29.41*	11.39*	13.04*	15.15*	10*	14.83	15.79	15.26	25.35*	16.59	14.07	13.01
1 utilizado	47.06*	53.16	36.96*	39.39	60*	35.74	40.13	34.94	53.52	44.88	34.6	33.16
2 utilizados	23.53*	26.58*	34.78*	30.30	30*	37.64	28.62	34.14	16.9*	31.22	36.88	34.76
3 utilizados	-	8.86*	15.22*	15.15*	-	11.79	15.46	15.66	4.23*	7.32	14.45	19.07
<i>Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹</i>												
Permanente	-	3.80*	34.78	57.58	-	10.27*	35.53	50.2	1.41*	5.85*	29.66	60.25
Hormonal	52.94*	50.63	48.91	46.46	60*	68.06	60.53	54.62	38.03*	55.85	66.54	57.4

De barrera	35.29*	53.16	33.70	20.20*	50*	29.66	16.45	18.47	50.7	40.24	22.81	14.26
Tradicional	-	5.06*	8.70*	5.05*	-	8.75*	7.24*	8.43*	1.41*	7.56	6.08*	8.2
Sin uso	29.41*	11.39*	13.04*	15.15*	10*	14.83	15.79	15.26	25.35	16.59	14.07	13.01
Número de hijos al primer anticonceptivo usado												
0	94.12*	63.29	45.65	27.27	80*	37.64	28.95	22.49	81.69	60.98	34.22	24.42
1	5.88*	25.32*	22.83*	27.27	20*	42.97	29.28	27.71	16.9*	28.78	35.74	24.78
2	-	5.06*	15.22*	17.17*	-	14.07	21.05	21.69	1.41*	9.02	16.35	19.61
3 o más	-	6.33*	16.3*	28.28	-	5.32	20.72	28.11	-	1.22*	13.69	31.19
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	58.82*	63.29	44.57	18.18*	70*	40.30	23.68	13.65	59.15	56.1	28.52	14.97
Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta												
Tipo anticonceptivo actualmente usado												
Permanente	-	7.14*	57.14	83.58	-	19.85	56.84	74.7	4.35*	13.48*	54.17	85.1
Hormonal	75*	52.38*	28.57*	10.45*	83.33	56.62	28.42	11.45*	65.22*	60.67	36.81	7.58
De barrera	25*	38.1*	10.71*	4.48*	16.67	16.18*	10.53*	8.43*	30.43*	21.35	4.86*	5.05*
Tradicional	-	2.38*	3.57*	1.49*	-	7.35*	4.21*	5.42*	-	4.49*	4.17*	2.27*
Lugar de obtención del método actual												
Institución pública de salud	50.00*	19.05*	25.00*	43.28	50.00*	55.88	57.37	57.23	60.87*	57.3	63.19	59.09
Institución privada de salud	-	9.52*	25.00*	20.90*	-	8.82*	12.11*	15.66*	-	3.93*	9.72*	14.14
Farmacia o tienda de autoservicio	25.00*	59.52	16.07*	5.97*	50.00*	17.65*	10.00*	6.63*	34.78*	26.4	7.64*	3.54*
Otro o prefiere no responder	25.00*	0.00*	16.07*	17.91*	-	-	1.58*	0.60*	-	0.56*	3.47*	2.53*
Usuarias por razones de salud y de métodos tradicionales	-	11.90*	17.86*	11.94*	-	17.65*	18.95	19.88*	4.35*	11.8*	15.97*	20.71

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación / 2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

*Menos de 30 casos muestrales / “-” indica casos de ceros muestrales.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Mujeres de 30 a 39 años

Las mujeres del grupo decenal siguiente (*30 a 39 años*) presentan tendencias muy distintas en el comportamiento de los indicadores respecto del grupo de 20 a 29 años; además, al ser un grupo más grande cuenta con menos problemas de ceros estructurales o muestrales en el grupo de exmigrantes. Para el caso de la prevalencia anticonceptiva se observa que el grupo poblacional con mayor proporción de usuarias son las mujeres con pareja migrante (62.5%) y su principal razón de uso para ellas y los demás grupos de mujeres con vínculos o experiencias migratorias de esta edad es “limitar los nacimientos de manera permanente”. En cambio, para las no usuarias la principal razón varía entre los diferentes grupos poblacionales ya que las mujeres en hogar migrante presentan una mayor proporción de población en la razón de “porque dejó de tener relaciones sexuales, porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable” (61%), mientras que las exmigrantes y las mujeres con pareja migrante presentan una menor proporción (39% y 37% respectivamente).

Sobre las preferencias por los distintos tipos de métodos de estas mujeres se obtuvo que, en todos los grupos poblacionales, alrededor del 30% han optado por el uso de métodos anticonceptivos permanentes. En cambio, en las proporciones de los métodos anticonceptivos hormonales, las mujeres exmigrantes presentan una menor proporción de haber sido usuarias (49%) en comparación con el grupo de mujeres con pareja migrante y en hogar migrante, las cuales presentan una proporción de 60% y 66% respectivamente. De manera general, los datos enunciados para este grupo de edad señalan que parecen existir diferencias en la forma en que ejercen la anticoncepción las mujeres exmigrantes, con pareja migrante y en hogar migrante considerando que, a pesar de que presentan la misma edad, optan por el uso de distintos anticonceptivos.

Mujeres de 40 a 54 años

Para el caso de las mujeres de *40 a 54 años* se presenta un comportamiento particular, en comparación con los demás grupos debido a que se éstas encuentran en la última etapa del periodo reproductivo. Sobre la prevalencia anticonceptiva en los tres grupos poblacionales se observa una gran proporción de usuarias (por arriba del 66%) y la principal razón de uso declarada es la limitación de los nacimientos de manera permanente. En cambio, para las preferencias por tipo de método se observa que la mayor proporción de usuarias de métodos permanentes la presentan las mujeres en hogar migrante (60%), mientras que la menor la presenta el grupo de mujeres con pareja

migrante (50%). Sobre los métodos hormonales se observa que el porcentaje más bajo de usuarias lo tienen las mujeres exmigrantes (46%) y el más alto las mujeres en hogar migrante (57%), lo cual se comporta de manera inversa en los métodos de barrera, ya que las mujeres exmigrantes presentan la proporción más elevada de alguna vez haber sido usuaria (20%) mientras que las mujeres en hogar migrante las más baja (14%).

Finalmente, al hacer una revisión conjunta de los indicadores para todos los grupos de edad, uno de los datos que llama más la atención es que las mujeres con pareja migrante presentan una mayor proporción de haber decidido ser usuarias de métodos anticonceptivos permanentes desde las cohortes más jóvenes²⁶. Por otro lado, se observa que este mismo grupo poblacional presenta las proporciones más bajas, en las distintas edades, de haber usado algún anticonceptivo antes de tener su primer hijo, mientras que las mujeres exmigrantes la proporción más alta. Con el fin de presentar un análisis más detallado sobre esta relación, así como disminuir las problemáticas por el tamaño de la muestra, a continuación, se muestran unas graficas comparativas con la siguiente reclasificación.

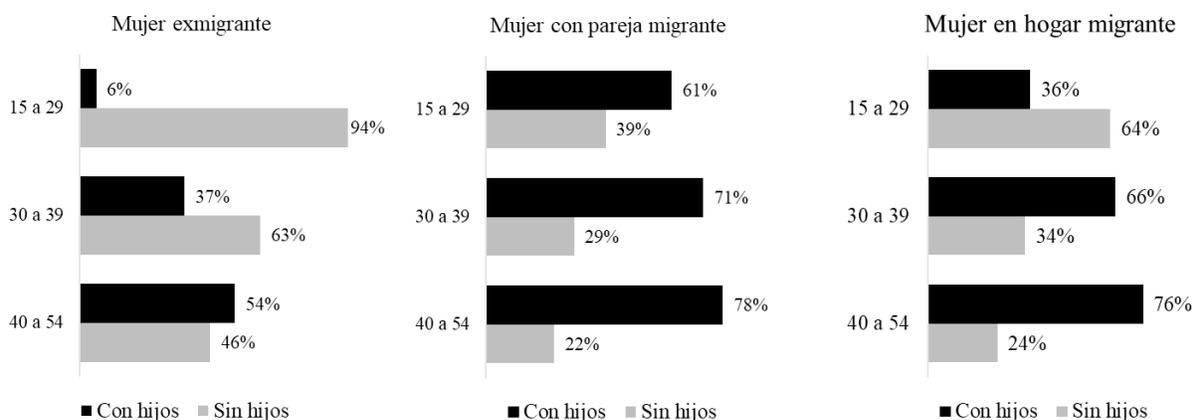
Cuadro 7. Reestructuración de la variable de edad y número de hijos al primer anticonceptivo usado

Grupos de edad		Hijos al primer anticonceptivo usado	
Clasificación original	Nueva clasificación	Clasificación original	Nueva clasificación
15 a 19	15 a 29	0	Sin hijos
20 a 29		1	
30 a 39	30 a 39	2	Con hijos
40 a 54	40 a 54	3 o más	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

²⁶ Con el indicador de alguna vez usuarias por tipo de métodos anticonceptivos es posible hablar de cohortes debido a la forma en cómo se construyó (ver sección 3.4) ya que permite observar el historial de uso por tipo de método para poblaciones de diferentes generaciones a las cuales técnicamente se les puede llamar cohortes.

Gráfica 6. Proporción de mujeres con hijos al usar el primer método anticonceptivo, por grupos de edad reagrupados



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Lo anterior podría ser indicativo de que las mujeres exmigrantes tuvieron mayor acceso a educación sexual o servicios de planificación familiar, en especial en las cohortes jóvenes; lo cual, puede analizarse en conjunto con los resultados del indicador de protección en su primera relación sexual en el que se muestra que en todos los grupos de edad, las mujeres exmigrantes presentan una mayor proporción de población que se protegió en este momento.

b) Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias

Tomando en cuenta que el nivel de escolaridad es diferente entre las poblaciones formadas y dentro de las mismas, en el Cuadro 8 se muestra un resumen con los resultados obtenidos en los indicadores que describen las prácticas anticonceptivas para los grupos poblacionales con vínculos o experiencias migratorias, desglosando por nivel educativo alcanzado. Para tener una visión más sintética de lo anterior, a continuación, se describen los resultados en donde se detectó mayor heterogeneidad.

Cuadro 8. Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado para la población con vínculos o experiencias migratorias

<i>Mujeres en edad reproductiva</i>	<i>Exmigrantes</i>				<i>Con pareja migrante</i>				<i>En hogar migrante</i>			
	<i>Sin escolaridad Preescolar Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa</i>	<i>Secundaria completa</i>	<i>Preparatoria completa y más</i>	<i>Sin escolaridad Preescolar Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa</i>	<i>Secundaria completa</i>	<i>Preparatoria completa y más</i>	<i>Sin escolaridad Preescolar Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa</i>	<i>Secundaria completa</i>	<i>Preparatoria completa y más</i>
n	14*	41	91	141	69	164	371	222	94	222	502	487
Proporción n	4.88	14.29	31.71	49.13	8.35	19.85	44.92	26.88	7.20	17.01	38.47	37.32
N	3,425	14,540	23,688	45,109	22,453	49,364	92,389	61,578	31,432	74,524	143,844	147,556
Proporción N	3.95	16.76	27.3	51.99	9.94	21.86	40.92	27.27	7.91	18.75	36.2	37.13
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva												
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	7.29*	10.46	11.73	11.85	9.04	9.77	11.02	12.84	8.63	10.14	10.98	12.61
<i>Prevalencia anticonceptiva actual</i>												
Usuaría	35.71*	70.73	65.93	53.19	62.32	54.27	58.49	67.12	58.51	59.01	56.97	55.24
Exusuaría	28.57*	19.51*	25.27	29.79	14.49*	26.83	26.95	21.62	21.28*	18.92	29.08	32.85
Nunca usuaria	35.71*	9.76*	8.79	17.02	23.19*	18.9	14.56	11.26*	20.21*	22.07	13.94	11.91
<i>Razón de uso actual</i>												
Limitar nacimientos de manera permanente	40.00*	79.31*	65.00	40.00	81.4	68.54	51.61	44.3	81.82	72.52	56.29	47.96
Espaciar los nacimientos	20.00*	10.34*	26.67*	48.00	6.98*	19.10*	32.26	44.3	3.64	9.92	30.77	38.66
Por salud y otras razones no enlistadas	40.00*	10.34*	8.33*	12.00*	11.63*	12.36*	16.13	11.41*	14.55	17.56	12.94	13.38
<i>Razón de no uso actual</i>												
Está embarazada o se quiere embarazar	22.22*	8.33*	22.58*	16.67*	11.54*	16.00*	30.52	41.1	5.13	14.29	14.35	19.27
Porque dejó de tener relaciones sexuales/ no tiene pareja o no tiene pareja estable	55.56*	25.00*	32.26*	57.58	42.31*	48.00	38.96	24.66*	43.59	51.65	57.87	58.26
Otras razones	22.22*	66.67*	45.16*	25.76*	46.15*	36.00*	30.52	34.25*	51.28	34.07	27.78	22.48
<i>Número de anticonceptivos alguna vez usados</i>												
0 utilizados	35.71*	9.76*	8.79*	17.02*	23.19*	18.90	14.56	11.26*	20.21	22.07	13.94	11.91
1 utilizado	42.86*	58.54*	32.97	44.68	43.48	43.29	35.85	33.78	43.62	33.78	36.85	40.66
2 utilizados	14.29*	19.51*	38.46	29.79	23.19*	28.66	36.12	34.68	27.66	32.88	34.66	32.65
3 utilizados	7.14*	12.2*	19.78*	8.51*	10.14*	9.15*	13.48	20.27	8.51	11.26	14.54	14.78
<i>Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹</i>												
Permanente	28.57*	58.54*	37.36	21.28	50.72	36.59	30.46	23.42	48.94	45.5	33.07	26.28
Hormonal	42.86*	41.46*	64.84	41.13	40.58*	53.05	66.04	65.32	48.94	52.7	63.75	55.44

De barrera	-	12.2*	29.67	47.52	14.49*	15.24*	19.41	32.43	8.51	12.16	24.3	37.78
Tradicional	7.14*	7.32*	7.69*	4.26*	7.25*	8.54*	5.93*	11.26*	4.26	4.05	4.18	12.32
Sin uso	35.71*	9.76*	8.79	17.02	23.19*	18.9	14.56	11.26*	20.21	22.07	13.94	11.91
Número de hijos al primer anticonceptivo usado												
0	35.71*	21.95*	32.97	64.54	26.09*	23.78	27.49	41.44	24.47	31.53	33.27	56.47
1	28.57*	12.2*	34.07	20.57	14.49*	26.83	36.66	37.39	15.96	23.42	32.07	27.72
2	21.43*	4.88*	18.68*	9.22*	8.7*	21.34	22.37	13.96	21.28	15.32	16.14	11.5
3 o más	14.29*	60.98*	14.29*	5.67*	50.72	28.05	13.48	7.21	38.3	29.73	18.53	4.31
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	14.29*	12.2*	32.97	58.16	8.7	9.76	24.53	47.75	3.19	13.06	27.89	53.18
Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta												
Tipo anticonceptivo actualmente usado												
Permanente	80*	82.76*	56.67	38.67	81.4	66.29	52.07	34.9	83.64	77.10	57.69	47.58
Hormonal	20*	10.34*	31.67*	33.33*	9.30*	16.85*	34.10	41.61	9.09*	12.21*	32.87	33.83*
De barrera	-	3.45*	10.00*	25.33*	6.98*	11.24*	9.22*	16.11*	3.64*	6.87*	8.39*	13.75
Tradicional	-	3.45*	1.67*	2.67*	2.33*	5.62*	4.61*	7.38*	3.64*	3.82*	1.05*	4.83
Lugar de obtención del método actual												
Institución pública de salud	40*	41.38*	36.67*	22.67*	72.09	62.92	59.45	44.97	69.09	58.78	69.23	47.58
Institución privada de salud	-	13.79*	20.00*	21.33*	13.95*	10.11*	11.06*	14.77*	10.91*	11.45*	7.34*	13.01
Farmacia o tienda de autoservicio	20*	3.45*	18.33*	34.67*	-	7.87*	9.22*	20.13	1.82*	4.58*	7.69*	18.96
Otro o prefiere no responder	-	27.59*	15.00*	6.67*	-	1.12*	-	2.01*	-	3.82*	1.75*	2.23*
Usuaris por razones de salud y de métodos tradicionales ²	40*	13.79*	10.00*	14.67*	13.95*	17.98*	20.28	18.12*	18.18*	21.37*	13.99	18.22

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación / 2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

*Menos de 30 casos muestrales / “-“clasificaciones con ceros muestrales.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Ningún nivel de escolaridad alcanzado, preescolar o primaria incompleta

Sobre el conjunto de mujeres que reportaron no tener *ningún nivel de escolaridad alcanzado, preescolar o primaria incompleta* se observa que aquellas que tienen una pareja migrante presentan la proporción más alta de usuarias (62%), respecto a las mujeres exmigrantes (36%) y en hogar migrante (58.5%) con este mismo nivel de escolaridad. Este indicador se relaciona directamente con los anticonceptivos alguna vez usados en el que se puede observar que, entre los diferentes grupos poblacionales de mujeres, las que tienen una pareja migrante presentan la proporción más alta de utilización de métodos anticonceptivos permanentes (51%), mientras que las mujeres exmigrantes presentan la más baja (28.5%). Lo anterior puede tener relación con el hecho de que las mujeres con pareja migrante y con este nivel de escolaridad presentan mayor número de hijos y por ende, una mayor proporción de mujeres que se integran a este grupo busca limitar embarazos de manera permanente

Primaria completa

Para el caso del nivel escolaridad alcanzado *primaria completa* se observa que en el indicador de prevalencia anticonceptiva se presentan proporciones muy similares de usuarias entre las mujeres con pareja migrante y las mujeres en hogar migrante con este nivel de escolaridad (62% y 58% respectivamente), mientras que para el caso de las mujeres exmigrantes es mayor (70%).

Sobre las razones de uso el cuadro muestra que en los tres diferentes grupos -mujeres exmigrantes, con pareja migrante y en hogar migrante con primaria completa- la gran mayoría ha decidido utilizar anticonceptivos para limitar los nacimientos de manera permanente. El indicador anterior se puede analizar en conjunto con el número de anticonceptivos alguna vez usados por las mujeres con primaria completa en el que se observa que, en los tres grupos de mujeres con vínculos o experiencias migratorias, la mayor proporción han utilizado solo un método anticonceptivo hasta el momento de levantada la encuesta. Los datos anteriores reflejan que gran parte de las mujeres con primaria completa desean limitar los embarazos de manera permanente por lo que su prevalencia de uso es una de las más altas entre los distintos grupos de mujeres con vínculos o experiencias migratorias y dentro de estos mismos.

Secundaria completa

Respecto con las principales características de las mujeres con *secundaria completa* se observan algunas desemejanzas y similitudes, principalmente con las mujeres con primaria completa. Por ejemplo, las mujeres exmigrantes con secundaria completa son las que presentan la proporción más alta de usuarias (con un 66%), lo que ocurre de manera similar con las mujeres exmigrantes con primaria completa. La principal razón de uso en los diferentes grupos es para “limitar los embarazos de manera permanente”, lo que de nuevo presenta un comportamiento similar con las mujeres con primaria completa ya que este también fue el principal motivo de uso. En contraste, sobre el número de anticonceptivos alguna vez usados se observa que, las mujeres con secundaria completa, en los tres grupos poblacionales, presentan una distribución muy similar en las distintas categorías de este indicador con la proporción más alta en la categoría de haber usado dos anticonceptivos hasta el momento de la encuesta.

Como se ha ido mencionando a lo largo del documento, el número de anticonceptivos usados se relaciona con el indicador que refleja las preferencias por los distintos tipos de métodos alguna vez usados, en el cual se observa que los más comunes entre las mujeres con secundaria completa, para todos los grupos poblacionales, son los anticonceptivos hormonales. A pesar de que una alta proporción de mujeres con secundaria completa ha usado alguna vez anticonceptivos hormonales al momento de la encuesta, el tipo de anticonceptivo más común entre las mujeres con este nivel de escolaridad fueron los permanentes, lo que se relaciona directamente con sus razones de uso y se debe analizar en conjunto con la estructura por edad.

Preparatoria completa o más

Las mujeres que alcanzaron *preparatoria completa o más* presentan un perfil con menos similitudes en comparación con las poblacionales anteriormente descritas. Por ejemplo, se observa que las mujeres con pareja migrante con este nivel de escolaridad presentan la prevalencia más alta entre los distintos grupos, lo cual, para las mujeres con menos escolaridad, se había presentado en las mujeres exmigrantes. Por otro lado, entre la población femenina con preparatoria completa o más, las mujeres exmigrantes presentan la proporción más baja de uso de métodos anticonceptivos hormonales (41%) y la más alta de uso de métodos de barrera (47%), en comparación con los otros grupos poblacionales con este mismo nivel educativo. Los datos sobre las distintas preferencias se consideran importantes de examinar ya que se ha detectado que los grupos poblacionales en donde

se presenta una mayor preferencia por el uso de anticonceptivos de barrera, tiene un nivel educativo más alto y tiende a usar anticonceptivos en su primera relación sexual.

Llama la atención que para todos los niveles de escolaridad las mujeres exmigrantes presentan las proporciones más bajas de obtención de anticonceptivos en instituciones de salud pública, sin importar el nivel educativo que tengan. Por otro lado, se observa que las mujeres con pareja migrante y con primaria, secundaria o preparatoria completa y más, presentan los valores más bajos de haber usado protección en su primera relación sexual. Las observaciones anteriores buscan apuntar a una reflexión sobre la heterogeneidad entre las distintas poblaciones, la cual se puede incrementar al dividir por el nivel de escolaridad alcanzado.

c) Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias

Tomando en cuenta que el tamaño de localidad es un factor sociodemográfico que afecta las condiciones de acceso y uso de métodos anticonceptivos de las mujeres, así como las diferencias que se presentan en la proporción de mujeres que viven en localidades rurales y urbanas en cada una de las distintas poblaciones -mujeres exmigrantes, con pareja migrante, en hogar migrante-, se considera importante observar cómo se comportan los indicadores de la práctica anticonceptiva según el tamaño de localidad donde residen. En el Cuadro 9 se muestra un resumen para las tres poblaciones y los principales resultados encontrados.

Antes de realizar la comparación de resultados de cada indicador, según los diferentes grupos poblacionales formados a partir de su vínculo o experiencia migratoria, es relevante mencionar que la proporción de población urbana en cada uno de ellos es diferente. Del total de mujeres exmigrantes, casi un 80% reside en una localidad urbana mientras que para el caso de las mujeres con pareja migrante la proporción es de casi 50% y para las mujeres en hogar migrante es de 60%.

Cuadro 9. Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad para la población con vínculos o experiencias migratorias.

Mujeres en edad reproductiva	Exmigrantes		Con pareja migrante		En hogar migrante	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
n	228	59	412	414	782	523
Proporción n	79.44	20.56	49.88	50.12	59.92	40.08
N	69,413	17,349	110,604	115,180	241,928	155,428
Proporción N	80.00	20.00	48.99	51.01	60.88	39.12
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva						
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	11.50	10.97	11.81	10.39	11.88	10.37
Prevalencia anticonceptiva actual						
Usuaría	59.21	57.63	67.23	53.38	58.82	53.73
Exusuaría	26.75	27.12*	20.87	28.02	28.01	28.49
Nunca usuaria	14.04	15.25*	11.89	18.6	13.17	17.78
Razón de uso actual						
Limitar los nacimientos de manera permanente	51.85	70.59*	56.32	53.39	57.61	58.72
Espaciar los nacimientos	36.30	20.59*	29.96	33.03	29.57	25.27
Por salud y otras razones no enlistadas	11.85*	8.82*	13.72	13.57	12.83	16.01
Razón de no uso actual						
Está embarazada o se quiere embarazar	16.13*	24.00*	29.63	25.93	14.6	16.94
Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable	51.61	32.00*	26.94	46.63	53.42	59.51
Otras razones	32.26	44.00*	28.05	38.11	31.99	23.55
Número de anticonceptivos alguna vez usados						
0 anticonceptivos utilizados	14.04	15.25*	11.89	18.6	13.17	17.78
1 anticonceptivo utilizado	42.11	45.76	36.17	38.65	36.83	40.34
2 anticonceptivos utilizados	30.26	30.51*	35.92	30.43	34.65	30.78
3 anticonceptivos utilizados	13.6	8.47*	16.02	12.32	15.35	11.09
Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹						
Permanente	31.14	35.59*	35.44	27.54	34.27	33.08
Hormonal	47.81	52.54	61.65	60.63	57.67	57.74
De barrera	37.72	22.03*	25.73	17.63	29.28	21.41
Tradicional	6.14*	5.08*	8.98	7.00*	9.97	3.06*
Sin uso	14.04	15.25	11.89	18.6	13.17	17.78
Número de hijos al primer anticonceptivo usado						
0	50.88	32.2*	31.8	28.99	44.5	35.76
1	22.81	28.81*	31.55	34.54	28.9	26.2
2	12.72	10.17*	21.36	16.18	13.68	16.06
3 o más	13.6	28.81*	15.29	20.29	12.92	21.99
Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual						
	46.93	20.34*	33.01	20.05	40.66	21.61

Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta						
Tipo anticonceptivo actualmente usado						
Permanente	51.85	61.76*	52.71	51.13	58.04	61.57
Hormonal	29.63	23.53*	28.88	33.94	28.04	27.4
De barrera	16.30	11.76*	12.64	9.95*	10.22	8.9*
Tradicional	2.22	2.94*	5.78	4.98	3.70	2.14*
Lugar de obtención del método actual						
Institución pública de salud	25.19	55.88*	51.62	63.35	54.57	67.62
Institución privada de salud	20.74	11.76*	14.08	9.95*	13.04	6.05*
Farmacia o tienda de autoservicio	26.67	8.82*	14.08	8.14*	13.26	6.76*
Otro o prefiere no responder	13.33	11.76*	1.08*	0.45*	2.61*	1.42*
Usuarias por razones de salud y de métodos tradicionales ²	14.07	11.76*	19.13	18.1	16.52	18.15

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación / 2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

*Menos de 30 casos muestrales

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Para el caso de las mujeres que viven en *localidades urbanas* la mayor proporción de usuarias se presenta en el grupo de mujeres con pareja migrante con 67%, mientras que la proporción más baja en el de mujeres en hogar migrante con 57%; las exmigrantes por su parte presentan una proporción de uso intermedia con 59%. La principal razón de no uso para las mujeres exmigrantes y en hogar migrante es “porque dejaron de tener relaciones sexuales, porque no tienen pareja o porque no tienen pareja estable”, mientras que para el caso de las mujeres con pareja migrante es porque están embarazadas o buscan embarazarse.

Uno de los indicadores que presenta mayores diferencias entre las poblaciones es el de número de hijos al primer anticonceptivo usado. Las mujeres exmigrantes que viven en una localidad urbana presentan la mayor proporción de haber usado anticonceptivos antes de tener su primer hijo (50%), mientras que las mujeres con pareja migrante presentan la proporción más baja de uso con 31%. Esta tendencia se puede observar también en el indicador que cuantifica la proporción de mujer que se protegieron en su primera relación sexual en el que las mujeres exmigrantes presentan una mayor proporción relativa de uso con 46%, mientras que las mujeres con pareja migrante una menor (33%).

A diferencia del grupo anterior, los datos de las mujeres en *localidades rurales* presentan como limitante que se captó una población pequeña de exmigrantes que habita en este tamaño de

localidad, por lo que en algunas clasificaciones de los indicadores se presentan ceros estructurales o muestrales que impiden generalizar los resultados a la población que representa la muestra.

El primer indicador analizado es la prevalencia anticonceptiva en el que se observan comportamientos muy similares entre las mujeres exmigrantes, con pareja migrante y en hogar migrante (entre 53 y 57% de la población es usuaria). Sobre las razones de uso se presenta una tendencia similar en donde la clasificación con una mayor proporción es “limitar los embarazos de manera permanente”. En cuanto a las preferencias por los diferentes tipos de métodos anticonceptivos las mujeres que viven en localidades rurales con pareja migrante presentan una mayor proporción de haber usado métodos anticonceptivos hormonales (60%), en comparación con las mujeres exmigrantes (52%).

De manera amplia se puede mencionar que en este análisis descriptivo no se perciben diferencias importantes en el comportamiento de los indicadores entre las mujeres que viven en localidades urbanas y rurales, a excepción de algunos de los indicadores ya descritos. Lo anterior apunta a que el tamaño de localidad, si bien es una condición que puede limitar u obstaculizar el acceso a métodos anticonceptivos, las diferencias en las características de uso de métodos anticonceptivos dadas a partir del tamaño de residencia serán muy específicas, como se observó en los datos sobre los distintos tipos de anticonceptivos usados.

4.3.2. Prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias por edad, nivel de escolaridad y tamaño de localidad

Es importante reconocer que dentro de la población que no presenta vínculos o experiencias migratorias existen diferentes prácticas anticonceptivas que no es posible observar si se considera como un gran grupo poblacional. Como se ha ido mencionando a lo largo de la investigación, el comportamiento de los indicadores que conforman las prácticas anticonceptivas se ve definido por las características demográficas, socioeconómicas y culturales particulares de las mujeres, las cuales, como se observa en el Cuadro 3, presentan variaciones dentro del grupo que no tienen vínculos o experiencias migratorias. Tomando en cuenta lo anterior, se presenta un análisis particular del comportamiento de los indicadores que definen la practica anticonceptiva para las

mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, considerando las variables de la edad, el nivel educativo alcanzado y el tamaño de localidad con el fin de identificar heterogeneidad dentro del grupo.

a) Comportamiento de los indicadores por edad de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias

Como se mencionó en el Capítulo 2, la edad es una de las variables que define en mayor grado las preferencias de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres, independientemente de si tienen o no un vínculo o experiencia migratoria. A continuación, en el Cuadro 10 se presenta el comportamiento de los indicadores que conforman las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias para los diferentes grupos de edad que se han construido para esta investigación, así como los principales resultados encontrados dentro de este.

Cuadro 10. Comportamiento de los indicadores por edad para la población sin vínculos o experiencias migratorias.

Mujeres en edad reproductiva	Grupos de edad				Total	Prueba >F
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 54		
n	4,485	21,272	23,476	32,916	82,149	
Proporción n	5.46	25.89	28.58	40.07	100	
N	1,492,511	7,253,870	7,879,566	11,190,096	27,816,043	
Proporción N	5.37	26.08	28.33	40.23	100	
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva						
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	10.55	11.61	11.65	11.18	11.39	0.0000
Prevalencia anticonceptiva actual						
Usuaría	46.22	58.71	70.48	69.88	65.87	
Exusuaría	30.75	25.68	16.57	15.25	19.17	0.0000
Nunca usuaria	23.03	15.62	12.95	14.87	14.96	
Razón de uso actual						
Limitar los nacimientos de manera permanente	5.84	24.94	62.05	79.47	58.74	
Espaciar los nacimientos	90.11	68.47	27.34	5.18	29.81	0.0000
Por salud y otras razones no enlistadas	4.05	6.60	10.61	15.35	11.45	
Razón de no uso actual						
Está embarazada o se quiere embarazar	27.74	27.74	27.88	5.39	19.87	
Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable	48.22	43.66	37.01	36.56	39.90	0.0000
Otras razones	24.05	28.60	35.11	58.05	40.23	
Número de anticonceptivos alguna vez usados						
0 anticonceptivos utilizados	23.03	15.62	12.95	14.87	14.96	
1 anticonceptivo utilizado	55.21	44.70	36.52	35.77	39.36	
2 anticonceptivos utilizados	18.53	29.27	33.43	34.22	31.86	0.0000
3 anticonceptivos utilizados	3.23	10.41	17.10	15.14	13.83	

Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹						
Permanente	0.56	10.93	40.16	57.89	37.53	
Hormonal	39.75	56.03	58.40	53.22	54.69	
De barrera	50.10	40.83	27.60	15.71	27.49	0.0000
Tradicional	3.37	6.53	8.01	7.95	7.35	
Sin uso	23.03	15.62	12.95	14.87	14.96	
Número de hijos al primer anticonceptivo usado						
0	80.98	57.95	36.79	30.09	42.00	
1	17.64	28.18	30.34	28.14	28.21	0.0000
2	1.27	9.99	19.04	19.34	15.85	
3 o más	0.11	3.87	13.82	22.43	13.95	
Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual						
	60.51	56.2	37.45	19.78	36.48	0.0000
Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta						
Tipo anticonceptivo actualmente usado						
Permanente	1.21	18.59	56.88	82.61	56.85	
Hormonal	55.72	53.54	28.06	9.63	27.17	0.0000
De barrera	39.6	23.09	10.87	5.00	12.3	
Tradicional	3.47	4.77	4.18	2.75	3.68	
Lugar de obtención del método actual						
Institución pública de salud	52.05	57.24	63.37	64.74	62.10	
Institución privada de salud	2.27	5.49	9.66	12.18	9.49	
Farmacia o tienda de autoservicio	36.95	25.22	11.80	4.49	12.75	
Otro o prefiere no responder	1.54	0.86	0.82	0.90	0.89	
Usuarias por razones de salud y de métodos tradicionales ²	7.19	11.19	14.34	17.70	14.77	0.0000

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación.

2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

La prueba F indica cuando se rechaza la hipótesis nula, lo que quiere decir que se al menos uno de los grupos es estadísticamente diferente. NS indica que no hubo diferencia significativa en al menos un grupo

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Las adolescentes (15 a 19 años)

Como se observa en el cuadro anterior, las adolescentes de entre 15 a 19 años son un grupo particular, ya que ellas se encuentran al comienzo de la edad reproductiva. Esto se aprecia al observar la prevalencia anticonceptiva en la que únicamente el 46% de las adolescentes sin vínculos o experiencias migratorias encuestadas reportaron ser usuarias al momento de la encuesta, el cual es el porcentaje más bajo en comparación con los otros grupos. Otra particularidad en este grupo poblacional es que reporta la proporción más alta de población nunca usuaria de métodos anticonceptivos (23%), a pesar de que un criterio de selección para la muestra fue el haber tenido al menos una relación sexual. Estos resultados son importantes de analizar en posteriores investigaciones ya que, como se mencionó en el Capítulo 2, las adolescentes son las que sistemáticamente han reportado menor uso de anticonceptivos.

Entre los distintos grupos de edad, las adolescentes sin vínculos o experiencias migratorias son las que presentan la mayor proporción de usuarias de anticonceptivos al momento de su primera relación sexual (60%). Por otro lado, particularmente para las adolescentes que al momento de la encuesta se reportaron como usuarias se observa que la mayoría utiliza anticonceptivos hormonales (56%), seguido de anticonceptivos de barrera (39%); y que el lugar de obtención más común es en instituciones de salud pública (52%), lo que va cambiando a lo largo de los diferentes grupos poblacionales, como se mencionará a continuación.

Mujeres de 20 a 29 años

Para el caso de las mujeres de 20 a 29 años sin vínculos o experiencias migratorias se presentan características diferentes a las de las adolescentes. El primer indicador que muestra cambios es el de prevalencia anticonceptiva, en el cual se observa una mayor proporción de usuarias en comparación con el grupo de adolescentes (59%). En estos resultados resalta el hecho de que estas mujeres tienen un mayor control sobre su fecundidad; sin embargo, la principal razón de uso es espaciar embarazos, por lo que es posible que tengan planes a futuros de tener más hijos.

Por otro lado, en el indicador de número de anticonceptivos alguna vez usados se observa un incremento en la proporción de mujeres que han utilizado 2 anticonceptivos (29%), en comparación con los resultados de las adolescentes (18%). Este resultado está coordinado con el indicador de alguna vez usuarias por tipo de método anticonceptivo, en donde se observa que incrementa la proporción de haber sido usuarias de métodos anticonceptivos permanentes (11%) y de métodos hormonales (56%). Con lo anterior se puede afirmar que en este grupo de edad se presenta un incremento en el uso y por ende diversificación en las preferencias.

Mujeres de 30 a 39 años

El grupo de mujeres de 30 a 39 años muestra diferencias respecto de los dos grupos anteriores (15 a 19 años y 20 a 29 años). Para el caso de la prevalencia anticonceptiva se obtuvo que el 70% de estas mujeres son usuarias de métodos anticonceptivos y que la principal razón de uso es “limitar los nacimientos de manera permanente”, lo cual puede deberse al período reproductivo en el que se encuentran, donde ya pudieron haber obtenido el número de hijos deseado. Otro indicador que muestra importantes cambios es el de alguna vez usuarias por tipo de método anticonceptivo al observar un incremento en el porcentaje de usuarias de esta edad que han optado por utilizar

métodos permanentes (40%), mientras que hay una proporción más baja que ha usado métodos de barrera (28%). Por otro lado, en el indicador de número de hijos al primer anticonceptivo usado se observa que 36% de las mujeres no tenían hijos al usar su primer anticonceptivo, lo cual presenta una amplia diferencia en comparación con el grupo de 20 a 29 años.

Mujeres entre 40 a 45 años

El último grupo es el de mujeres que tienen entre *40 a 54 años*, es decir que se encuentran al final de la edad reproductiva. Ellas presentan una prevalencia anticonceptiva muy similar a la de las mujeres del grupo anterior (30 a 39 años), con 69% de usuarias. Casi el 80% del total de mujeres de esta edad quieren limitar los embarazos de manera permanente razón por la cual presentan un control riguroso sobre su fecundidad. Pese a que estas mujeres declararon un mayor uso de anticonceptivos, esto no ha ocurrido a lo largo del tiempo, ya que ellas presentan las proporciones más elevadas de población que usó métodos anticonceptivos hasta después de tener a su primer hijo (70% del total), así como la más baja proporción de haber utilizado anticonceptivos en su primera relación sexual (19%).

b) Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias

Como se mencionó anteriormente, una de las variables que se ha documentado que ejerce mayor diferencia en el tipo de prácticas anticonceptivas que tienen las mujeres es la escolaridad por lo que se considera importante analizar esta variable para el gran conjunto poblacional de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias. Los principales resultados se muestran a continuación.

Antes de analizar los indicadores por nivel de escolaridad se observa que la mayoría de la población de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias tiene como nivel de escolaridad alcanzado preparatoria completa o más (40%), sin embargo la diferencia que este valor presenta con la proporción de mujeres que tienen secundaria completa o más no es tan amplia ya que su proporción es de casi 37%

Cuadro 11. Comportamiento de los indicadores por nivel de escolaridad alcanzado para la población sin vínculos o experiencias migratorias.

Mujeres en edad reproductiva	Nivel de escolaridad alcanzado				Total	Prueba >F
	Sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria completa	Preparatoria completa y más		
n	6,306	12,272	30,340	33,231	82,149	
Proporción n	7.68	14.94	36.93	40.45	100	
N	2,194,889	4,239,952	9,830,993	11,550,209	27,816,043	
Proporción N	7.89	15.24	35.34	41.52	100	
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva						
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	8.43	9.84	11.11	12.78	11.39	0.0000
<i>Prevalencia anticonceptiva actual</i>						
Usuaría	64.97	66.90	67.90	63.80	65.87	
Exusuaría	13.57	15.30	17.84	22.88	19.17	0.0000
Nunca usuaria	21.46	17.80	14.26	13.32	14.96	
<i>Razón de uso actual</i>						
Limitar los nacimientos de manera permanente	74.66	67.50	60.76	50.30	58.74	
Espaciar los nacimientos	11.81	19.81	28.08	38.86	29.81	0.0000
Por salud y otras razones no enlistadas	13.52	12.69	11.16	10.84	11.45	
<i>Razón de no uso actual</i>						
Está embarazada o se quiere embarazar	11.72	17.90	22.19	20.16	19.87	
Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable	28.20	30.48	36.35	48.10	39.90	0.0000
Otras razones	60.07	51.62	41.46	31.74	40.23	
<i>Número de anticonceptivos alguna vez usados</i>						
0 anticonceptivos utilizados	21.46	17.80	14.26	13.32	14.96	
1 anticonceptivo utilizado	45.73	39.61	37.72	39.55	39.36	0.0000
2 anticonceptivos utilizados	25.45	31.10	33.01	32.30	31.86	
3 anticonceptivos utilizados	7.36	11.50	15.01	14.84	13.83	
<i>Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo*</i>						
Permanente	51.57	46.14	40.00	29.43	37.53	
Hormonal	44.42	54.31	58.67	53.16	54.69	
De barrera	8.48	15.04	24.07	38.82	27.49	0.0000
Tradicional	3.22	4.78	6.46	9.90	7.35	
Sin uso	21.46	17.80	14.26	13.32	14.96	
<i>Número de hijos al primer anticonceptivo usado</i>						
0	27.43	28.55	34.41	56.66	42.00	
1	18.82	27.98	32.21	26.41	28.21	0.0000
2	16.49	18.87	18.71	12.00	15.85	
3 o más	37.25	24.59	14.67	4.93	13.95	
<i>Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual</i>	7.23	15.22	29.59	56.17	36.48	0.0000

Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta						
<i>Tipo anticonceptivo actualmente usado</i>						
Permanente	79.35	68.88	58.8	45.95	56.85	0.0000
Hormonal	15.79	22.23	28.46	30.02	27.17	
De barrera	2.93	6.03	9.39	19.37	12.3	
Tradicional	1.93	2.86	3.35	4.66	3.68	
<i>Lugar de obtención del método actual</i>						
Institución pública de salud	75.27	71.36	69.50	48.79	62.10	0.0000
Institución privada de salud	5.88	7.02	6.52	14.02	9.49	
Farmacia o tienda de autoservicio	2.56	5.53	8.91	21.24	12.75	
Otro o prefiere no responder	0.90	0.80	0.84	0.97	0.89	
Usuarías por razones de salud y de métodos tradicionales ¹	15.38	15.29	14.23	14.98	14.77	

* El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación.

1. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta

Para el caso de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias que se reportaron *sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta* el 64% eran usuarias al momento de la encuesta. Es importante señalar desde este momento que este valor no presenta importantes diferencias en comparación con las mujeres con niveles de escolaridad más altos (entre 63 y 67% de las mujeres al momento de la encuesta se reportaron como usuarias), por lo que se considera que relaciones de comportamiento proporcional entre el indicador de prevalencia anticonceptiva y el nivel de escolaridad se deben realizar con cautela. Así, se observa que entre las mujeres con los niveles más bajos de escolaridad la razón de uso más común es limitar los nacimientos de manera permanente, por lo que el 79% de ellas reportó ser usuaria de anticonceptivos permanentes.

Dos indicadores que se deben analizar de manera detallada para este grupo poblacional es el número de hijos al usar el primer método anticonceptivo y la utilización de protección en la primera relación sexual. Para el primer caso, se observa que la mayor proporción con este nivel de escolaridad reportó que decidió usar su primer anticonceptivo hasta después de tener su tercer hijo o más (37%); mientras que para el caso del indicador de utilización de protección en la primera relación sexual, del total de población con este nivel de escolaridad, solo el 7% utilizó anticonceptivos en este momento.

Las mujeres que se integran en la población que tiene *primaria completa* y no tienen ningún vínculo o experiencia migratoria presentan similitudes con las mujeres con el nivel de escolaridad anteriormente descrito. La principal razón de uso para ellas nuevamente es limitar los nacimientos de manera permanente y la mayoría solo han tenido el uso de un método, el cual es probable que sea esterilización, ya que el 68% de las mujeres con este nivel de escolaridad, al momento de la encuesta, reportó estar usando métodos anticonceptivos permanentes.

Secundaria completa

El grupo de mujeres con *secundaria completa* presentan un perfil con mayores diferencias en comparación con los anteriormente descritos. Estas mujeres, a pesar de reportar una proporción de usuarias similar a la de las mujeres con los niveles escolares más bajos (sin escolaridad, con preescolar o primaria incompleta, y primaria completa) muestran que una menor proporción de mujeres ha optado por usar anticonceptivos para limitar los nacimientos de manera permanente (61%). El resultado anterior, al observarlo en conjunto con el indicador de tipos de anticonceptivos alguna vez usados cobra sentido, ya que una gran proporción reporta haber usado alguna vez anticonceptivos hormonales (58%), pero también se muestra la utilización de permanentes (46%). Lo anterior señala que las mujeres con secundaria completa declaran en menor medida una intención de limitar los embarazos de manera permanente en comparación con las mujeres que reportaron no tener escolaridad, preescolar o primaria incompleta, sin embargo, al momento de la encuesta predominaron las usuarias de métodos anticonceptivos permanente como puede ser la esterilización.

Preparatoria completa o más

Para el caso de las mujeres con *preparatoria completa o más* se observa un comportamiento en los indicadores completamente diferente a los anteriormente descritos. Ellas, al igual que las mujeres con los demás niveles de escolaridad alcanzados presentan una prevalencia de alrededor del 64% y su principal razón de uso también fue limitar los nacimientos de manera permanente, sin embargo declararon esta razón en menor proporción (50%). Sobre las preferencias por los distintos tipos de métodos anticonceptivos se observa que estas mujeres presentan la proporción más alta de alguna vez haber usado anticonceptivos de barrera (39%) y la más baja de haber usado anticonceptivos hormonales (29%), lo cual si presenta importantes diferencias con las mujeres que tienen como escolaridad secundaria completa. Por otro lado se observa que estas mujeres presentan la

proporción más alta de uso de protección en la primera relación sexual (56%), así como lo más alta en haber decidido usar anticonceptivos antes de tener su primer hijo (57%).

En resumen se puede observar que el nivel educativo alcanzado de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias marca importantes diferencias en algunos indicadores como los distintos tipos de anticonceptivos alguna vez usados así como en la protección en la primera relación sexual; pero en otros no como, como la prevalencia anticonceptiva y las razones de uso, los cuales se ven más influenciados por la edad de las mujeres.

c) Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias

Como se mencionó en el apartado 4.2.2. el tamaño de localidad puede ser un factor que diferencie las prácticas anticonceptivas que se dan entre las mujeres, por lo que es importante realizar su análisis para la población sin vínculos o experiencias migratorias. A continuación, se muestran los principales resultados.

En un principio se observa que los indicadores de prevalencia anticonceptiva actual, razón de uso/no uso y número de anticonceptivos alguna vez usados presentan un comportamiento muy similar entre las mujeres que habitan en localidades urbanas y rurales (diferencias no mayores al 4% entre las clasificaciones de cada indicador). En cambio, en el indicador de alguna vez usuaria por tipo de método anticonceptivo la clasificación que presenta mayores diferencias es la de métodos anticonceptivos de barrera, en donde se reporta una mayor proporción de uso por parte de las mujeres que residen en localidades urbanas (29%), en comparación con las rurales (19%). Los datos anteriores pueden ser un primer indicativo de que no se presentan diferencias importantes en el comportamiento de los indicadores de las mujeres urbanas y rurales que no tienen vínculos o experiencias migratorias

Cuadro 12. Comportamiento de los indicadores por tamaño de localidad para la población sin vínculos o experiencias migratorias

Mujeres en edad reproductiva	Tamaño de localidad			Prueba >F
	Urbano	Rural	Total	
n	63,356	18,793	82,149	
Proporción n	77.12	22.88	100	
N	21,984,613	5,831,430	27,816,043	
Proporción N	79.04	20.96	100	
Indicadores para todas las mujeres en edad reproductiva				
<i>Número promedio de anticonceptivos que conoce</i>	10.55	11.61	11.39	0.0000
<i>Prevalencia anticonceptiva actual</i>				
Usuaría	66.32	64.35	65.87	0.0000
Exusuaría	19.49	18.09	19.17	
Nunca usuaria	14.19	17.56	14.96	
<i>Razón de uso actual</i>				
Limitar los nacimientos de manera permanente	59.18	57.21	58.74	0.0000
Espaciar los nacimientos	29.31	31.57	29.81	
Por salud y otras razones no enlistadas	11.51	11.22	11.45	
<i>Razón de no uso actual</i>				
Está embarazada o se quiere embarazar	19.00	22.64	19.87	0.0041
Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable	42.49	31.64	39.90	
Otras razones	38.51	45.72	40.23	
<i>Número de anticonceptivos alguna vez usados</i>				
0 anticonceptivos utilizados	14.19	17.56	14.96	0.0000
1 anticonceptivo utilizado	39.31	39.51	39.36	
2 anticonceptivos utilizados	32.31	30.33	31.86	
3 anticonceptivos utilizados	14.19	12.61	13.83	
<i>Alguna vez usuaria por tipo de anticonceptivo¹</i>				
Permanente	37.96	36.08	37.53	0.0000
Hormonal	54.12	56.63	54.69	
De barrera	29.84	19.57	27.49	
Tradicional	7.91	5.46	7.35	
Sin uso	14.19	17.56	14.96	
<i>Número de hijos al primer anticonceptivo usado</i>				
0	44.61	33.19	42.00	0.0000
1	27.98	28.97	28.21	
2	15.39	17.39	15.85	
3 o más	12.02	20.44	13.95	
<i>Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual</i>	40.91	21.54	36.48	0.0000

Indicadores para las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta				
<i>Tipo anticonceptivo actualmente usado</i>				
Permanente	57.09	56.02	56.85	0.0000
Hormonal	25.84	31.77	27.17	
De barrera	13.32	8.77	12.30	
Tradicional	3.75	3.45	3.68	
<i>Lugar de obtención del método actual</i>				
Institución pública de salud	59.14	72.39	62.10	0.0000
Institución privada de salud	10.55	5.80	9.49	
Farmacia o tienda de autoservicio	14.51	6.64	12.75	
Otro o prefiere no responder	0.92	0.80	0.89	
Usuarías por razones de salud y de métodos tradicionales ²	14.88	14.37	14.77	

1. El total de este indicador no suma 100% debido a que las mujeres pueden haber sido usuarias alguna vez de más de un tipo de método anticonceptivo por lo que pueden incluirse en más de una clasificación.

2. A las mujeres que usan anticonceptivos por razones de salud (fueron recetados) no se les pregunta el lugar de obtención.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

En un principio se observa que los indicadores de prevalencia anticonceptiva actual, razón de uso/no uso y número de anticonceptivos alguna vez usados presentan un comportamiento muy similar entre las mujeres que habitan en localidades urbanas y rurales (diferencias no mayores al 4% entre las clasificaciones de cada indicador). En cambio, en el indicador de alguna vez usuaria por tipo de método anticonceptivo la clasificación que presenta mayores diferencias es la de métodos anticonceptivos de barrera, en donde se reporta una mayor proporción de uso por parte de las mujeres que residen en localidades urbanas (29%), en comparación con las rurales (19%). Los datos anteriores pueden ser un primer indicativo de que no se presentan diferencias importantes en el comportamiento de los indicadores de las mujeres urbanas y rurales que no tienen vínculos o experiencias migratorias.

Para respaldar el hallazgo anterior se observó el comportamiento del indicador de número de hijos al primer anticonceptivo usado, en el cual las mujeres que residen en localidades urbanas reportan una mayor proporción de uso de métodos anticonceptivos antes de tener su primer hijo (44%), en comparación con las mujeres que viven en localidades rurales quienes muestran una proporción del 33%. Un comportamiento similar ocurre en el indicador de protección en la primera relación sexual, el 40% de las mujeres urbanas reportaron haber usado protección en este momento, mientras que la proporción de las mujeres residentes de localidades rurales es del 21%. Finalmente, se observa que el lugar de obtención del método anticonceptivo actual más común entre las mujeres

urbanas y rurales son las instituciones de salud pública, sin embargo, la proporción es mayor para las que habitan en una localidad rural (72%). Con los valores presentados se puede considerar que entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias que viven en localidades urbanas y rurales no presentan amplias diferencias en sus características de uso de métodos anticonceptivos.

4.4. Reflexión final del comportamiento descriptivo de los indicadores

En la sección 4.2 de este capítulo se realizó un análisis del comportamiento de los indicadores que caracterizan las prácticas anticonceptivas diferenciando por el vínculo o experiencia migratoria que tienen las mujeres. Se observó que la población de mujeres exmigrantes y con pareja migrante presentaron las diferencias más importantes, en comparación con los resultados que se obtuvieron para la población sin vínculos o experiencias migratorias. Sin embargo, el análisis de manera agregada para cada una de las distintas poblaciones (es decir, sin diferenciar a partir de sus características demográficas, socioeconómicas y culturales) asume la existencia de homogeneidad dentro de los diferentes grupos -mujeres exmigrantes, con pareja migrante, en hogar migrante y sin vínculos o experiencias migratorias-, lo cual es contradictorio a los resultados que se obtuvieron en el análisis de la sección 4.1. donde se muestra que dentro de cada población hay mujeres con diferentes características.

Con el fin de dar una alternativa a esta limitante se analizaron los indicadores de las prácticas anticonceptivas para cada población, pero ahora considerando las diferencias que existen dentro de estas a partir de su estructura etaria, del nivel de escolaridad alcanzado y del tamaño de localidad en donde habitan las mujeres que conforman cada grupo. Este análisis se realizó de manera independiente para las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias (secciones 4.3.1. y 4.3.2.), lo que permitió, por un lado, obtener una caracterización específica de la anticoncepción de las mujeres a partir del tipo evento migratorio asociado y por otro lado, observar específicamente el comportamiento de los indicadores dentro del gran grupo de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, lo cual es necesario si se realizara una comparación de las prácticas anticonceptivas de cada población. A partir de analizar los indicadores de esta manera se pudieron obtener las siguientes conclusiones generales:

Entre las diferentes poblaciones analizadas -mujeres exmigrantes, con pareja migrante, en hogar migrante y sin vínculos o experiencias migratorias-, existen diferencias en sus características demográficas, socioeconómicas, culturales y en los indicadores que definen las prácticas anticonceptivas. Estas diferencias no solo se presentan entre los distintos grupos, sino también dentro de ellos. Lo anterior quiere decir que, si bien hay comportamientos comunes en los indicadores analizados para cada grupo (como se mencionó en la sección 4.2.1), no todas las mujeres al interior de estos tienen el mismo comportamiento. Por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva es diferente entre las mujeres exmigrantes y con pareja migrante, pero también dentro de cada una de estas poblaciones según su estructura etaria.

Con lo anteriormente enunciado es posible afirmar que en la población de mujeres con vínculos o experiencias migratorias se presentan comportamientos particulares para cada grupo poblacional por lo que generalizar que todas tienen el mismo comportamiento en los indicadores que describen las prácticas anticonceptivas debido a que ellas o un familiar suyo migró a Estados Unidos es incorrecto. Es importante enunciar de manera textual este hallazgo ya que en investigaciones pasadas se ha buscado analizar cómo, el haber tenido contacto con una migración, o de manera amplia vivir en un contexto migratorio, puede tener repercusiones sobre la anticoncepción de las mujeres, sin embargo no se hace la distinción de las consecuencias a partir de la forma en que se da la integración a estos procesos, es decir como migrantes, como pareja de un migrante, o como integrante del hogar de origen.

A pesar de las diferencias encontradas dentro de las poblaciones, se considera que en los grupos de mujeres con vínculos o experiencias migratorias se presentan comportamientos modales que las pueden caracterizar, esto quiere decir que existe la posibilidad de que haya prácticas anticonceptivas particulares asociadas a si las mujeres migraron, si son pareja de un migrante o si viven en un hogar migrante. Lo anterior, dentro de la modelación estadística del siguiente capítulo, si bien puede resultar en una práctica para cada grupo poblacional formado, también puede dar como resultado prácticas anticonceptivas en las que se integren más de un grupo poblacional ya que hay indicadores que tienen comportamientos similares entre las diferentes poblaciones con vínculos o experiencias migratorias que están asociados a las características sociodemográficas de las mujeres. Por ejemplo, se observó que las mujeres del grupo de edad de 40 a 54 años presentaron

una prevalencia de uso muy similar en todas las poblaciones con vínculos o experiencias migratorias, lo cual no ocurre con el grupo de 20 a 29 años.

Finalmente, con los análisis realizados se demuestra que la heterogeneidad que se presenta entre grupos y dentro de los grupos dificulta la tarea de determinar prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias por medio de estadística descriptiva por lo que a continuación se presenta los resultados de la técnica de Análisis de Clases Latentes la cual permitirá realizar una modelación estadística de clasificación de datos a partir de los resultados mostrados en este capítulo.

Capítulo 5. Tipos y perfiles de prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)

Como se mencionó en el Capítulo 3, los objetivos de esta investigación son identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas que tienen las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos, para posteriormente observar sus diferencias y similitudes con las prácticas de las mujeres que no tienen vínculos migratorios de este tipo, o que no han realizado una migración a este país recientemente. Para lograr la clasificación se ha optado por la utilización de una técnica estadística que permita la agrupación de casos considerando la interrelación no observable (o latente) que se da entre las variables que, según la literatura presentada en el capítulo teórico-empírico, definen las prácticas anticonceptivas. La técnica estadística seleccionada es el Análisis de Clases Latentes, la cual permite reducir el número de variables en una sola (la variable latente) que identifica la membresía de cada caso a las clases o grupos identificados, que en este caso serán las distintas prácticas anticonceptivas (ver descripción técnica de la modelación de clases latentes en la sección 3.5.).

El primer paso para lograr la clasificación de prácticas anticonceptivas entre las mujeres en México, con y sin experiencia o vínculo migratorio, fue analizar por medio de estadística descriptiva las dos dimensiones que conforman las prácticas anticonceptivas: la que describe las características demográficas, socioeconómicas-culturales y la dimensión de indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas. En este análisis descriptivo del Capítulo 4 se pudieron identificar dos hallazgos importantes: (1) la presencia de heterogeneidad en las características demográficas, socioeconómicas y culturales de los distintos grupos de mujeres estudiados, así como en los indicadores que describen la forma en que se lleva a cabo el uso de métodos anticonceptivos; y (2) la presencia de diferencias dentro de los grupos de mujeres exmigrantes, con parejas migrante, en hogar migrante y sin vínculos o experiencias migratorias, las cuales principalmente están dadas por la edad, el nivel de escolaridad y, en menor medida, por el tamaño de localidad.

Sobre lo enunciado en el punto (2), la población que dentro de sí misma presenta mayor diversidad en sus características e indicadores es la de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias. Lo anterior se debe a que este grupo está conformado por la mayoría de las mujeres en edad reproductiva que residen en México, por lo que dentro de él habrá características e indicadores

heterogéneos asociados con factores demográficos, socioeconómicos y culturales que definirán distintas prácticas anticonceptivas. Así, en el presente capítulo se ha optado por realizar la clasificación de las prácticas anticonceptivas de esta población de manera independiente a partir del ajuste de dos modelos de clases latentes: uno para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias y, otro para aquellas sin vínculos o que no hayan realizado una migración a Estados Unidos en el periodo de análisis.

El presente capítulo se divide en cuatro secciones. En la primera parte se identifican y justifican las variables usadas para ambos modelos estadísticos. En la segunda y tercera parte se presentan los resultados del primer modelo en el que se consideró únicamente a las mujeres con vínculos o experiencias migratorias y, el segundo modelo que se ajustó para las mujeres sin vínculos ni experiencias migratorias a Estados Unidos, respectivamente. Finalmente, en la última parte se discuten los resultados obtenidos y las principales diferencias encontradas.

5.1. Las variables incorporadas en los modelos ajustados

Para la clasificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres residentes en México en el 2018 con y sin vínculos o experiencias migratorias se consideraron dos dimensiones: 1) una demográfica, socioeconómica y cultural y 2) la dimensión de indicadores de las prácticas anticonceptivas. Cada una a su vez se encuentra compuesta de las variables que presentaron mayor heterogeneidad entre las distintas poblaciones en el análisis estadístico del Capítulo 4, ya que éstas permitirán que el modelo realice una mejor clasificación a partir de las diferencias.

Variables de la dimensión demográfica, socioeconómica y cultural

En el Cuadro 13 se puede observar que, para representar esta dimensión en los modelos de clasificación de las mujeres, se consideraron cinco variables: edad, número de hijos, nivel de escolaridad, tamaño de localidad y vínculo o experiencia migratoria. Las primeras cuatro variables enlistadas tienen las mismas categorías que se han empleado a lo largo de la investigación (para más detalles ver Cuadro 2); mientras que, la variable de vínculo o experiencia migratoria únicamente se usa en el Modelo de Clases Latentes estimado para identificar las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculo o experiencia migratoria, categorizando si son

exmigrantes, con pareja migrante y que viven en hogar migrante (variable categórica). Esta última variable es una de las más sustantivas en la modelación ya que con ella fue posible realizar el ajuste de ambos modelos identificando a las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias y, además, dentro de la modelación correspondiente a las mujeres con vínculos o experiencias migratorias será el medio por el cual se analizan las prácticas anticonceptivas según el tipo de vínculo o experiencia migratoria.

Es importante reconocer que las variables de estado conyugal, afiliación a institución de salud, autoadscripción indígena, remesas y regiones de residencia no se consideraron dentro de la modelación de clases latentes ya que, según lo observado en el análisis descriptivo del Capítulo 4, no presentaron suficientes diferencias entre los grupos para ser potencialmente útiles en la formación de las prácticas anticonceptivas. A pesar de no considerar todas las variables que componen la dimensión demográfica, socioeconómica y cultural, esta se sigue nombrando de igual forma con el fin de que sea consistente con lo ya menciona en los capítulos previos.

Cuadro 13. Dimensiones y variables seleccionadas para la clasificación de las prácticas anticonceptivas entre mujeres con y sin vínculos migratorios a Estados Unidos.

Dimensión	Variable
Demográfica, socioeconómica y cultural	Edad
	Número de hijos
	Nivel de Escolaridad
	Tamaño de localidad
	Vínculo o experiencia migratoria
Indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas	Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual
	Total hijos al primer método anticonceptivo
	Usuaría de anticonceptivos de barrera
	Usuaría de anticonceptivos hormonales
	Usuaría de anticonceptivos permanentes
	Prevalencia anticonceptiva

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis del Capítulo 4 y con datos de la ENADID, 2018.

Variables de la dimensión de las prácticas anticonceptivas

Para la siguiente dimensión se consideraron seis variables que describen las características de las prácticas anticonceptivas que llevan a cabo las mujeres, con y sin vínculos o experiencias migratorias. El orden en el que se enlistan las variables intenta representar las características de

uso de métodos anticonceptivos que han tenido las mujeres en diferentes etapas de la vida, es decir, desde el comienzo de la vida sexual hasta el momento de la encuesta.

- Variables sobre el inicio de la vida sexual

Como se observa en el cuadro 13, el primer indicador enlistado es el uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual, el cual, como previamente se mostró, clasifica a las mujeres en aquellas que fueron usuarias o no de protección anticonceptiva en este momento. La siguiente variable considerada para representar esta dimensión es el número de hijos que tenían las mujeres al usar su primer anticonceptivo; esta variable si bien puede mostrar la adopción de un método anticonceptivo en el pasado o recientemente, debido a que no se integran fechas de nacimiento de los hijos, pretende principalmente dar un acercamiento a la accesibilidad que tuvieron a educación sexual y servicios de planificación antes de tener hijos, así como las diferencias en la paridad promedio a partir de la cual las mujeres decidieron comenzar a usar métodos anticonceptivos. Las clasificaciones que toma esta variable son cero, uno, dos o tres hijos o más.

- Variables sobre los métodos usados alguna vez

Las siguientes tres variables enlistadas representan el tipo de anticonceptivos alguna vez usados para tres distintos tipos de métodos (de barrera, hormonales y permanentes). Cada una de estas variables se construyó de manera dicotómica (alguna vez usuaria/ nunca usuaria para cada tipo de anticonceptivo). Con estas variables se busca obtener un panorama sobre las preferencias de uso que existen entre las diferentes prácticas anticonceptivas. Esta información se considera importante de integrar ya que puede otorgar una visión general sobre la efectividad de la práctica para prevenir embarazos no deseados, así como la protección que brindan los anticonceptivos alguna vez usados ante Infecciones de Transmisión Sexual.

- Variables al momento de la encuesta

Con los cinco indicadores enlistados hasta este punto se pretende dar un panorama general de las distintas preferencias anticonceptivas que han tenido las mujeres hasta el momento del levantamiento de los datos. Al tener este acercamiento a las preferencias de uso que han tenido en el pasado, es posible analizar de una manera más amplia el indicador de prevalencia anticonceptiva al momento de la encuesta, el cual emplea la clasificación que se ha usado a lo largo de la

investigación: usuarias, exusuarias y nunca usuarias. Este indicador es potencial diferenciador entre las distintas prácticas anticonceptivas ya que las mujeres usuarias y exusuarias al momento de la encuesta es imposible que se clasifiquen en la misma práctica anticonceptiva de las que nunca han sido usuarias.

Otros de los indicadores analizados en el capítulo 4 como son el tipo de anticonceptivo usado al momento de la encuesta, las razones de uso/no uso y el lugar de obtención del último anticonceptivo se considera que no proporcionan suficientes diferencias entre las poblaciones por lo que no se integran en la modelación estadística. Además, se debe considerar que su comportamiento, más allá de describir una práctica anticonceptiva, muestra alguna preferencia particular que tuvieron las mujeres al momento de la encuesta, lo cual no necesariamente describe el uso de métodos anticonceptivos que han tenido en su vida reproductiva. Habiendo mencionado lo anterior, a continuación se muestra el modelo de clases latentes de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias.

5.2. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres en México *con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos entre el 2013 y 2018*

La estimación de este Modelo de Clases Latentes (MCL) tomó en cuenta las once variables previamente descritas para la clasificación de las prácticas anticonceptivas. El primer modelo estimado únicamente considera una clase latente o clúster, es decir, se parte del supuesto de que todas las mujeres con vínculos o experiencias migratorias tienen una única práctica anticonceptiva, lo que quiere decir que es una población con un comportamiento y perfil homogéneo. El proceso de estimación continúa dividiendo en un número cada vez mayor de clúster hasta obtener un modelo en el cual ya no sea estadísticamente válido dividir un clúster en otros subgrupos, porque presentan un perfil homogéneo. El modelo adecuado se eligió a partir de los siguientes criterios estadísticos:

Criterios de selección del modelo estadístico

Anteriormente se mencionó que el primer objetivo que guía esta investigación es identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias para lo

cual se opta por la realización de un Modelo de Clases Latentes. Esta técnica estadística, por medio de un enfoque de máxima verosimilitud, busca patrones de respuesta en las variables manifiestas (o variables observadas) con los cuales se forman las distintas clases o grupos. A partir del patrón de respuestas de cada observación (cada mujer en este caso), se obtiene una probabilidad de membresía a cada clase la cual indicará a que categoría de la variable latente pertenece. Esto quiere decir que, para lograr su correcto desarrollo de la modelación primeramente se debe analizar cuál es el número de clases (o número de categorías de la variable latente) que represente a toda la población estudiada. Para determinar el número de clases o grupos que mejor se ajustan a la heterogeneidad intragrupo se suelen usar distintas medidas estadísticas comparativas de bondad de ajuste, como son los Criterios de Información Bayesiana y de Akaike (BIC y AIC, respectivamente por sus siglas en inglés) (Cazorla *et al.*, 2010).

Los Criterios de Información Bayesiana (BIC) y Akaike (AIC) son dos de los estadísticos más comunes para seleccionar el modelo más adecuado. Estos estadísticos son medidas de bondad de ajuste que evalúan si el número de parámetros integrados al modelo y el tamaño de la muestra funcionan de manera correcta. Los valores bajos en estos dos estadísticos suelen asociarse a un mejor ajuste del modelo al tamaño de la muestra. Como se observa en el Cuadro 14, en el proceso de estimación, el modelo de 7 clases latentes el estadístico BIC presenta su mayor disminución para posteriormente comenzar a aumentar en el modelo con 8 clases latentes. Esto quiere decir que el modelo que estima la existencia de 7 diferentes clases o grupos presenta la mejor consistencia estadística en general y, por ende, es el mejor ajuste para representar los datos totales.

Cuadro 14. Resumen de estadísticos de bondad de ajuste del Modelo de Clases Latente para la clasificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculo o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)

N° de clases	LL	BIC(LL)	AIC(LL)	AIC3(LL)	Número de parámetros	L ²	Grados de libertad	p-value	Error de clasificación	Entropía
1-Cluster	-25197.7807	50566.9567	50439.5614	50461.5614	22	16025.6985	2396	2.5e-1974	0	1
2-Cluster	-23258.121	46866.8234	46606.2421	46651.2421	45	12146.3792	2373	3.9e-1284	0.0414	0.8623
3-Cluster	-22083.152	44696.0714	44302.304	44370.304	68	9796.4411	2350	1.2e-891	0.0355	0.9173
4-Cluster	-21526.308	43761.5694	43234.6161	43325.6161	91	8682.7532	2327	7.2e-718	0.0574	0.8917
5-Cluster	-21176.8257	43241.7907	42581.6514	42695.6514	114	7983.7884	2304	1.2e-614	0.0608	0.9041
6-Cluster	-20925.3288	42917.983	42124.6576	42261.6576	137	7480.7947	2281	7.7e-544	0.051	0.9256
7-Cluster	-20794.2965	42792.6637	41908.5931	42068.5931	160	7218.7302	2258	2.4e-510	0.0708	0.906
8-Cluster	-20683.4831	42835.1045	41732.9663	41915.9663	183	6997.1034	2235	3.5e-483	0.0875	0.9031
9-Cluster	-20596.0341	42796.9515	41604.0682	41810.0682	206	6822.2053	2212	4.5e-463	0.1002	0.8942
10-Cluster	-20516.3287	42816.7269	41490.6575	41719.6575	229	6662.7946	2189	2.5e-445	0.1017	0.8956
11-Cluster	-20457.4376	42878.1306	41418.8752	41670.8752	252	6545.0122	2166	1.0e-433	0.1058	0.8897
12-Cluster	-20405.8461	42954.1336	41361.6922	41636.6922	275	6441.8293	2143	2.9e-424	0.115	0.8875

Fuente: Elaboración con paquetería de Latent Gold con información de la ENADID, 2018.
LL: Log Likelihood; BIC: Criterio de información Bayesiana; AIC: Criterio de información Akaike

Es importante reconocer que los estadísticos BIC y AIC son unas de las medidas más utilizadas para la selección del modelo, sin embargo, no son las únicas. Otros criterios que ayudan a determinar qué modelo se ajustan mejor son el 1) *p-value*, 2) el número de parámetros, 3) el error de clasificación y 4) la entropía.

1. El *p-value*, busca reflejar la significancia del modelo y el criterio de validación para ser usado como indicativo de un buen ajuste es que su valor sea mayor a 0.05. Este estadístico suele ser menos usado ya que se ha documentado que, debido a que las tablas de contingencia de gran tamaño con variables categóricas no suelen aproximarse a una distribución chi-cuadrada, otorga poca información como único indicador para la selección (Vermunt y Magidson, 2002).

2. El número de parámetros se suele evaluar según su tamaño, en el que un menor número es indicativo de un mejor ajuste, en el Cuadro 14 se observa que este no deja de disminuir por lo que debe ser evaluado en conjunto con los otros estadísticos.

3. El error de clasificación muestra si los valores de los casos con cierto conjunto de respuestas han sido asignados correctamente, es decir que obtiene el porcentaje de casos que han sido mal clasificados por lo que valores cercanos a 0 son ideales. Para el caso del conjunto de modelos realizados, se presenta que el modelo de 7 clases cuenta con un error clasificación bajo, respecto a los modelos que van de 9 hasta 12 clases.

4. La entropía es un estadístico que indica que tan bien se puede predecir la membresía de la clase en función de las variables o indicadores integrados en la modelación, por lo que valores cercanos a 1 en este estadístico indican mejores predicciones. Para el caso de este estadístico se observa que los modelos de 5, 6, 7 y 8 clases presentan entropías por arriba de 0.90, sin embargo el único que pasó la prueba BIC de ellos es el de 7 clases por lo que se considera que este es el que presenta un mejor ajuste. Tomando en cuenta la evaluación anterior a continuación se presentan los resultados del modelo de clases latentes que se conforma por 7 categorías o clúster.

Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con experiencias o vínculos migratorios a Estados Unidos

En esta sección se presenta el análisis de las distintas prácticas anticonceptivas que se obtuvieron a partir de la modelación de clases latentes con las variables seleccionadas y descritas en el apartado anterior (ver Cuadro 13). El universo de este grupo refiere a la población total de mujeres en edad reproductiva que han iniciado su vida sexual y que tienen vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos entre el 2013 y el 2018, es decir, 2,418 mujeres. La información que se muestra en el Cuadro 15 presenta la probabilidad de cada clase, es decir, el tamaño poblacional que tiene cada grupo o tipo (la suma es 1); y un resumen del perfil sociodemográfico y de práctica anticonceptiva más probable de cada práctica anticonceptiva estimada.

Adicionalmente, en el Cuadro 16 se muestra la probabilidad de respuesta por categoría para variable incluida, en cada clúster o práctica anticonceptiva creada (suma 1). Este cuadro de probabilidades permite observar de manera más clara en qué práctica anticonceptiva (o clúster) es más probable que estén representadas las diversas categorías de mujeres con vínculo o experiencia migratoria: exmigrantes, con pareja migrante o en hogar migrante. Esto quiere decir que la información de las probabilidades condicionales del total de variables integradas otorga los perfiles de las prácticas anticonceptivas, mientras que las probabilidades de respuesta por categoría muestran la práctica más probable según la categoría de cada variable incluida.

Los resultados serán descritos clúster por clúster tomando en consideración la información de ambos cuadros para su caracterización. Para facilitar la lectura de la variable que representa los diversos vínculos y experiencias migratorias de las mujeres, se ha optado por interpretar principalmente los resultados de las probabilidades de respuesta.

Práctica anticonceptiva 1: mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual

Como se observa en el Cuadro 15, la clase que agrupa el mayor porcentaje de población es la uno, con una probabilidad de que el 21% del total de mujeres con vínculo o experiencia migratoria se encuentre en ella. Con los resultados más probables para cada categoría de las variables integradas

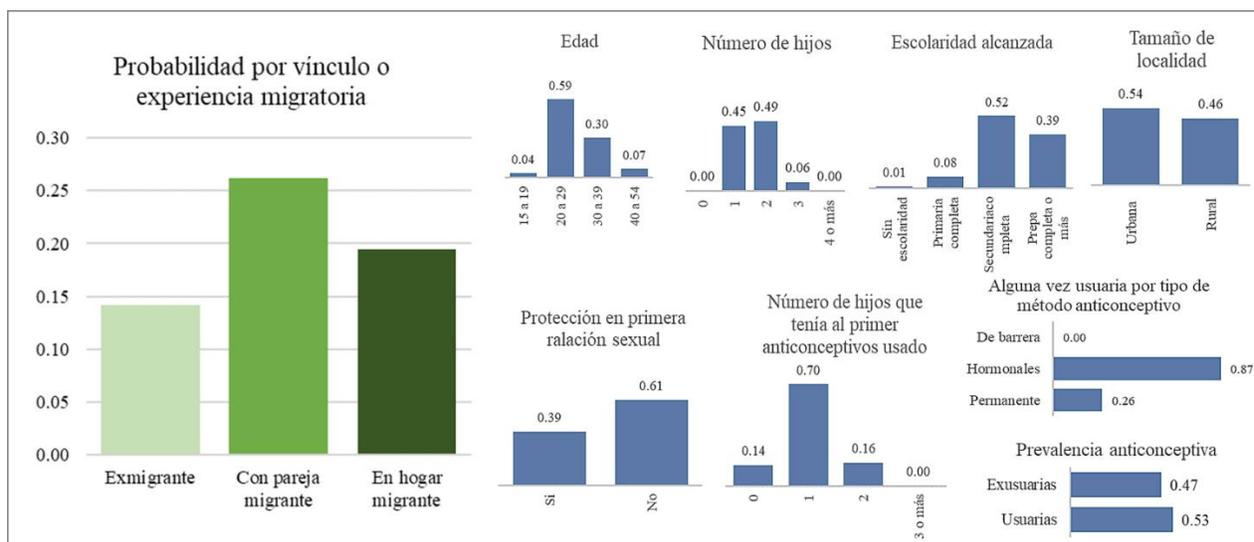
se puede afirmar que en este grupo se conforma una *práctica anticonceptiva de mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual.*

De acuerdo con lo anterior es más probable encontrar que en este tipo de práctica anticonceptiva, las mujeres en edad reproductiva tengan las siguientes características sociodemográficas: entre 20 y 29 años ($P=0.59$), con secundaria completa como nivel de escolaridad alcanzado ($P=0.52$), residentes de localidades urbanas ($P=0.54$) y con 2 hijos ($P=0.49$). Mientras que en los indicadores que describen la práctica anticonceptiva, se observa que es más probable que no se hayan protegido en su primera relación sexual ($P=0.61$) y que hayan decidido usar anticonceptivos después de tener su primer hijo ($P=0.70$). Entre sus preferencias por los distintos métodos anticonceptivos se obtuvo que es más probable que no hayan sido alguna vez usuarias de anticonceptivos de barrera ($P=0.74$), ni permanentes ($P=1.0$), pero sí usuarias de anticonceptivos hormonales ($P=0.87$). Finalmente se muestra que esta práctica anticonceptiva se llevaba a cabo por mujeres usuarias de algún método al momento de la encuesta ($P=0.53$), sin embargo esta probabilidad es casi igual a la de exusuarias ($P=0.47$), por lo que se considera que no tienen una prevalencia regular, es decir que al momento de la encuesta pueden haber sido usuarias o no.

Con las probabilidades de respuesta de cada categoría (Cuadro 16), se obtuvo que el 26% de las mujeres con pareja migrante y el 19% de las mujeres en hogar migrante se encuentran dentro de esta práctica anticonceptiva. Comparando esta probabilidad con la que se presenta en los otros seis clústeres se observa que es la práctica anticonceptiva más probable entre las mujeres con pareja migrante y una de las más probables de las mujeres que residen en un hogar migrante. En este grupo también destaca que se encuentra el 40% de las mujeres que tienen entre 20 y 29 años, lo que quiere decir que es uno de los más representativos para este grupo de edad; además se obtuvo que dentro de ella el 53% de las mujeres tienen un hijo y el 41% tienen dos. Sobre las preferencias que se presentan en este grupo, se observa que se integran el 32% de las mujeres alguna vez usuarias de anticonceptivos hormonales, el cual es el porcentaje más alto entre los distintos tipos de prácticas anticonceptivas.

En el Esquema 4 se muestra un resumen gráfico en el cual se resalta probabilidad de repuesta que tienen las mujeres a partir de su vínculo o experiencia migratoria de integrarse en dicha práctica, así como los resultados para las distintas variables e indicadores que definen las dimensiones de las prácticas anticonceptivas.

Esquema 4. Resumen de la práctica anticonceptiva 1: *mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual*



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Práctica anticonceptiva 2: mujeres usuarias al final de su periodo reproductivo, con poco uso de métodos anticonceptivos al comienzo de su vida sexual

El segundo grupo o clúster que agrupa a la mayor población estimada, integra el 17% del total de mujeres en edad reproductiva con experiencia o vínculo migratorio. Sobre el comportamiento de los indicadores del grupo 2 se observa que estos conforman una *práctica anticonceptiva de mujeres usuarias, al final de su periodo reproductivo, con poca adopción de métodos anticonceptivos al comienzo de su vida sexual*. El perfil sociodemográfico y de práctica anticonceptiva más probable de este grupo es que sean mujeres de 40 a 54 años (P=0.63), con secundaria completa (P=0.47), residentes de comunidades urbanas (P=0.59) y con aproximadamente 3 hijos (P=0.50). De manera específica, se observa que la mayoría no usó protección anticonceptiva en la primera relación sexual (P=0.88) y que la utilización del primer anticonceptivo se dio después de tener a su primer hijo (P=0.56). Es un grupo que no ha sido alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos de barrera (P=0.92), pero si de métodos anticonceptivos hormonales (P=0.83) y permanentes (P=1.0), lo que se relaciona con que es un grupo conformado por mujeres usuarias en el momento de la encuesta (P=1.0).

Este tipo de práctica anticonceptiva es una de las tres más comunes entre las mujeres con pareja migrante, con una probabilidad de dicha categoría de respuesta de 18%. Lo anterior al analizarlo de manera conjunta con los resultados del Clúster 1 muestra que en estos dos grupos se acumula aproximadamente el 46% de la población de mujeres con pareja migrante. Este grupo también se puede denominar como de “mujeres al final de su vida reproductiva con uso de anticonceptivos permanentes”, ya que integra al 50% de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias usuarias de métodos permanentes.

Cuadro 15. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018), estimadas a partir del Modelo de Clases Latentes

		Cluster1	Cluster2	Cluster3	Cluster4	Cluster5	Cluster6	Cluster7
	Probabilidad de clase	0.21	0.17	0.15	0.15	0.14	0.11	0.07
Dimensión demográfica, socioeconómica y cultural	Grupos de edad	20 a 29	40 a 54	40 a 54	20 a 29	40 a 54	40 a 54	40 a 54
		0.59	0.63	0.35	0.66	0.53	0.72	0.59
	Número de hijos	2	3	2	0	3	4 o más	2
		0.49	0.50	0.25	0.60	0.44	0.72	0.52
	Nivel de escolaridad alcanzado	Secundaria completa	Secundaria completa	Secundaria completa	Preparatoria completa o más	Secundaria completa	Primaria completa	Preparatoria completa o más
		0.52	0.47	0.36	0.71	0.45	0.38	0.75
	Tamaño de localidad	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Rural	Rural	Urbana
		0.54	0.59	0.51	0.75	0.53	0.50	0.96
Exmigrante	0.08	0.08	0.11	0.20	0.09	0.12	0.21	
Con pareja migrante	0.42	0.38	0.35	0.16	0.43	0.31	0.26	
En hogar migrante	0.50	0.54	0.54	0.64	0.48	0.57	0.53	
Dimensión de indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas	Protección en la primera relación sexual	No	No	No	Si	No	No	Si
		0.61	0.88	1.00	0.80	0.93	0.91	0.67
	Total de hijos al primer anticonceptivo usado	1	1	0	0	3 o más	3 o más	0
		0.70	0.56	1.00	0.98	0.40	0.98	0.44
	Alguna vez usuaria de anticonceptivos de barrera	No	No	No	Si	No	No	No
		0.74	0.92	1.00	0.80	0.75	0.96	0.57
	Alguna vez usuaria de anticonceptivos hormonales	Si	Si	No	No	Si	No	Si
		0.87	0.83	1.00	0.55	0.82	0.68	0.53
Alguna vez usuaria de anticonceptivos permanentes	No	Si	No	No	No	Si	Si	
	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00	0.98	0.71	
Prevalencia anticonceptiva	Usuaris	Usuaris	Nunca usuarias	Exusuarias	Exusuarias	Usuaris	Usuaris	
	0.53	1.00	1.00	0.55	0.60	0.99	0.98	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Cuadro 16. Probabilidad de respuesta por categoría en cada variable incluida en el Modelo de Clases Latentes de 7 prácticas anticonceptivas para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)

	Cluster1	Cluster2	Cluster3	Cluster4	Cluster5	Cluster6	Cluster7
Probabilidad de clase	0.21	0.17	0.15	0.15	0.14	0.11	0.07
Probabilidad por categoría de respuesta							
Grupos de edad							
15 a 19	0.19	0.00	0.24	0.56	0.00	0.00	0.00
20 a 29	0.40	0.04	0.15	0.32	0.06	0.01	0.02
30 a 39	0.24	0.17	0.15	0.08	0.18	0.11	0.08
40 a 54	0.04	0.28	0.14	0.02	0.20	0.22	0.11
Número de hijos							
0	0.00	0.01	0.33	0.66	0.00	0.00	0.00
1	0.53	0.00	0.18	0.27	0.00	0.00	0.02
2	0.41	0.17	0.15	0.04	0.09	0.00	0.15
3	0.05	0.37	0.06	0.01	0.27	0.14	0.09
4 o más	0.00	0.18	0.10	0.00	0.27	0.39	0.05
Nivel de escolaridad							
Sin escolaridad	0.03	0.20	0.23	0.02	0.23	0.29	0.00
Primaria completa	0.10	0.19	0.20	0.03	0.24	0.24	0.00
Secundaria completa	0.27	0.19	0.14	0.09	0.16	0.10	0.04
Preparatoria completa o más	0.23	0.11	0.13	0.30	0.05	0.03	0.15
Tamaño de localidad							
Urbana	0.19	0.16	0.13	0.19	0.11	0.10	0.12
Rural	0.24	0.17	0.18	0.09	0.18	0.14	0.01
Vínculo o experiencia migratoria							
Exmigrante	0.14	0.12	0.14	0.25	0.11	0.11	0.13
Con pareja migrante	0.26	0.18	0.15	0.07	0.18	0.10	0.05
En hogar migrante	0.19	0.16	0.15	0.18	0.12	0.12	0.07
Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual							
Si	0.26	0.06	0.03	0.41	0.03	0.03	0.17
No	0.19	0.21	0.18	0.04	0.19	0.15	0.03
Número de hijos que tenía al primer anticonceptivo usado							
0	0.08	0.04	0.40	0.38	0.02	0.01	0.08
1	0.50	0.32	0.00	0.01	0.10	0.00	0.07
2	0.22	0.38	0.00	0.00	0.30	0.00	0.11
3 o más	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.65	0.02
Alguna vez usuaria de anticonceptivos de barrera							
Si	0.21	0.05	0.00	0.47	0.14	0.02	0.12
No	0.21	0.20	0.20	0.04	0.14	0.15	0.05
Alguna vez usuarias de anticonceptivos hormonales							
Si	0.32	0.24	0.00	0.12	0.20	0.06	0.06
No	0.06	0.07	0.36	0.19	0.06	0.18	0.08
Alguna vez usuarias de anticonceptivos permanentes							
Si	0.00	0.50	0.00	0.01	0.00	0.34	0.15
No	0.31	0.00	0.22	0.22	0.21	0.00	0.03
Prevalencia anticonceptiva							
Usuarías	0.19	0.28	0.00	0.12	0.10	0.19	0.12
Exusuarías	0.37	0.00	0.00	0.30	0.31	0.00	0.01
Nunca usuarias	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Práctica anticonceptiva 3: Nunca usuarias de métodos anticonceptivos

El grupo 3 presenta una probabilidad de clase del 15%. La principal característica de esta práctica anticonceptiva es que se conforma de *mujeres que nunca han sido usuarias de métodos anticonceptivos*. Dentro de este grupo se observa que es más probable que se integren mujeres de 40 a 54 años ($P=0.35$), sin embargo esta probabilidad es muy similar a la del grupo de edad de 20 a 29 años ($P=0.32$), por lo que integra tanto mujeres al final de su vida reproductiva como de jóvenes que apenas la comienzan. Es más común que su nivel de escolaridad alcanzado sea secundaria completa ($P=0.36$) y que tengan dos hijos ($P=0.25$). Respecto a los indicadores que describen la práctica anticonceptiva, en todos ellos se obtiene una probabilidad de 0% de alguna vez haber sido usuarias de los diferentes tipos de métodos y 100% de probabilidad de que sean nunca usuarias ($P=1.0$). Se observa que las probabilidades de pertenencia a esta práctica anticonceptiva son muy similares en las mujeres exmigrantes (15%), con pareja migrante (15%) y en hogar migrante (14%), lo que significa que no hay un tipo de población de mujeres con vínculos o experiencias migratorias que tenga mayor probabilidad de nunca haber sido usuaria de métodos anticonceptivos.

Práctica anticonceptiva 4: “Moderna” y segura desde el comienzo de la vida sexual

En el clúster 4 integra el 15% de las mujeres con experiencia o vínculos migratorios y de manera amplia se puede describir como una *práctica anticonceptiva “moderna” y segura desde el comienzo de la vida sexual*. Es más probable que se conforme por mujeres jóvenes de 20 a 29 años ($P=0.66$), con niveles de escolaridad elevados, de preparatoria completa o más ($P=0.71$), que residen en localidades urbanas ($P=0.75$) y que no han experimentado la maternidad ($P=0.60$). Para el caso de los indicadores que la describen, se observa que son mujeres que usaron algún anticonceptivo en su primera relación sexual ($P=0.85$) y además, usaron el primer anticonceptivo antes de tener su primer hijo ($P=0.98$). Este grupo se caracteriza por tener la probabilidad más alta de haber usado alguna vez métodos anticonceptivos de barrera ($P=0.80$), una probabilidad de no haber sido alguna vez usuarias de anticonceptivos hormonales por arriba del 50% ($P=0.55$) y ninguna de ellas ha sido usuaria de anticonceptivos permanentes ($P=1.0$), lo cual se relaciona con su estructura por edad. Este grupo, al momento de la encuesta, se reportó como exusuaria de métodos anticonceptivos ($P=0.55$), sin embargo, esta probabilidad es muy similar a la de usuarias ($P=0.42$).

Adicionalmente, se observa que el grupo de mujeres con vínculos o experiencias migratorias que tiene la probabilidad de pertenencia más alta a esta práctica anticonceptiva son las mujeres exmigrantes con 25% de su total y la más baja es la de mujeres con pareja migrante (7%), lo cual puede ser indicativo de que su condición de haber sido migrantes recientemente se interrelaciona con la adopción de conductas más seguras. Lo anterior se debe analizar en conjunto con las probabilidades de respuesta por categoría, ya que se observa que este grupo integra al 54% de adolescentes de 15 a 19 años y el 33% de las mujeres de 20 a 29 años; además de que en ella se encuentran el 66% de mujeres sin hijos y el 46% de mujeres alguna vez usuarias de anticonceptivos de barrera.

Práctica anticonceptiva 5: poco controlada e inconsistente

El quinto grupo se compone de 14% de la población de mujeres. Debido a sus características se puede decir que es una *práctica anticonceptiva poco controlada e inconsistente* debido a que desde el comienzo y actualmente está caracterizada por el uso de anticonceptivos hormonales. Respecto a sus características sociodemográficas se observa que es más probable encontrar mujeres que tienen entre 40 a 54 años ($P=0.53$), con nivel de escolaridad alcanzado de secundaria completa ($P=0.45$), que viven en localidades rurales ($P=0.53$) y con un promedio de tres hijos ($P=0.44$). En sus indicadores se observa que es más probable que no hayan usado protección anticonceptiva en su primera relación sexual ($P=0.93$) y que decidieron usar anticonceptivos hasta después de tener su tercer hijo o más ($P=0.40$), mientras que para el caso de las preferencias por los distintos tipos de anticonceptivos, se muestra que es más probable que no hayan sido alguna vez usuarias de anticonceptivos de barrera ($P=0.75$), ni permanentes ($P=1.0$), pero sí de anticonceptivos hormonales ($P=0.82$). Finalmente, se muestra que este grupo está conformado por mujeres exusuarias al momento de la encuesta ($P=0.60$), lo cual puede ser indicativo de un uso “no regular”.

Esta práctica anticonceptiva es una de las tres más comunes entre las mujeres con pareja migrante, con 18% de su total. Este valor al analizarlo en conjunto con los resultados de los clústers anteriormente descritos se observa que, las mujeres con pareja migrante de mayor edad (40 a 54 años) presentan dos tipos de prácticas frecuentes, una con mayor adopción de anticonceptivos al final del periodo reproductivo, incluyendo anticonceptivos permanentes y con menor fecundidad

(Clúster 2), y otra, con poco control a lo largo de todo el periodo reproductivo, principalmente usuarias de anticonceptivos hormonales y con fecundidad alta (Clúster 5).

Práctica anticonceptiva 6: tradicional, en condiciones de desventaja sistemática hasta el final del periodo reproductivo con uso de métodos permanentes

La población agrupada en el grupo 6 es de 11%. En este conjunto se presenta una *práctica anticonceptiva en condiciones de desventaja, solo con uso de anticonceptivos permanentes al final del periodo reproductivo*. Es más probable que se presente entre mujeres de 40 a 54 años ($P=0.72$), que tienen la misma probabilidad de residir en localidades rurales y urbanas ($P=0.50$), con primaria completa ($P=0.38$) y con 4 o más hijos ($P=0.72$). Para el caso de los indicadores que describen la práctica, se observa que son mujeres que no fueron usuarias de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual ($P=0.91$) y que decidieron usar su primer anticonceptivo hasta después de haber tenido 3 o más hijos ($P=0.98$). Este grupo se caracteriza por tener probabilidades altas de no haber usado alguna vez anticonceptivos de barrera ($P=0.96$) y hormonales ($P=0.68$), pero sí de anticonceptivos permanentes ($P=0.98$), lo cual se puede relacionar con que al momento de la encuesta se hayan reportado como usuarias de métodos anticonceptivos ($P=0.99$).

El porcentaje de población exmigrante (11%), con pareja migrante (10%) y en hogar migrante (12%) que se encuentra en esta práctica anticonceptiva es muy similar; y entre las probabilidades de respuesta que resaltan es que en este grupo se ubica el 39% de las mujeres con 4 o más hijos y el 34% de las usuarias de métodos permanentes.

Práctica anticonceptiva 7: “Moderna” desde el comienzo hasta el final de la vida reproductiva

El último cluster o grupo que se obtuvo a partir de la modelación de clases latentes es el 7, el cual integra a un 7% de la población total. De manera amplia se observa que es una *práctica anticonceptiva “moderna” desde el comienzo hasta el final de la vida reproductiva*. La primera característica que resalta dentro de ella es que es más probable que esta práctica anticonceptiva se presente en mujeres de 40 a 54 años ($P=0.59$), con preparatoria completa o más ($P=0.75$), que viven en localidades urbanas ($P=0.96$) y tienen dos hijos ($P=0.52$).

Por otro lado, en los indicadores que describen la práctica anticonceptiva se observa que dentro de este grupo es más probable que las mujeres en la primera relación sexual hayan usado protección anticonceptiva (P=0.67) y en consecuencia que hayan usado anticonceptivos antes de su primer hijo (P=0.44). Para el caso de las preferencias anticonceptivas se observa que es probable que no hayan sido usuarias de anticonceptivos de barrera (P=0.57), pero sí de hormonales (P=0.53) y permanentes (P=0.71). Finalmente, sobre el indicador que describe el uso al momento de la encuesta se observa que este grupo lo conforman usuarias de métodos anticonceptivos (P=1.0). En las probabilidades de respuesta se muestra que los porcentajes de población según su vínculo o experiencia migratoria en esta práctica son bajos debido a que es un clúster pequeño; sin embargo, se observa que las mujeres exmigrantes presentan la probabilidad más alta de pertenencia en este grupo con 13%.

Para visualizar de forma más fácil los resultados de este primer apartado se muestra un cuadro descriptivo de las prácticas anticonceptivas y el grupo de mujeres con vínculos o experiencia migratoria en Estados Unidos más probable que la presente (cuadro 17).

Cuadro 17. Resumen del tipo de prácticas anticonceptivas encontradas entre las mujeres con vínculos o experiencias migratorias en Estados Unidos (2013-2018)

Número de clúster	Práctica anticonceptiva	Grupo más probable de respuesta	Edad más probable
Clúster 1	<i>Mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual.</i>	Con pareja migrante	20 a 29
Clúster 2	<i>Mujeres al final de su periodo reproductivo usuarias de métodos anticonceptivos permanentes con poca utilización al comienzo de su vida sexual.</i>	Con pareja migrante	40 a 54
Clúster 3	<i>Mujeres que nunca han sido usuarias de métodos anticonceptivos.</i>	Homogénea entre poblaciones	40 a 54
Clúster 4	<i>Mujeres jóvenes con práctica anticonceptiva “moderna” y segura desde el comienzo de la vida sexual.</i>	Exmigrantes	20 a 29
Clúster 5	<i>Mujeres al final del periodo reproductivo con una práctica poco controlada e inconsistente desde el comienzo de la vida sexual.</i>	Con pareja migrante	40 a 54
Clúster 6	<i>Mujeres con alta fecundidad, en condiciones de desventaja sistemática hasta el final del periodo reproductivo con uso de método permanentes</i>	Homogénea entre poblaciones	40 a 54
Clúster 7	<i>Mujeres con práctica anticonceptiva “moderna” desde el comienzo hasta el final del periodo reproductivo.</i>	Exmigrantes	40 a 54

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

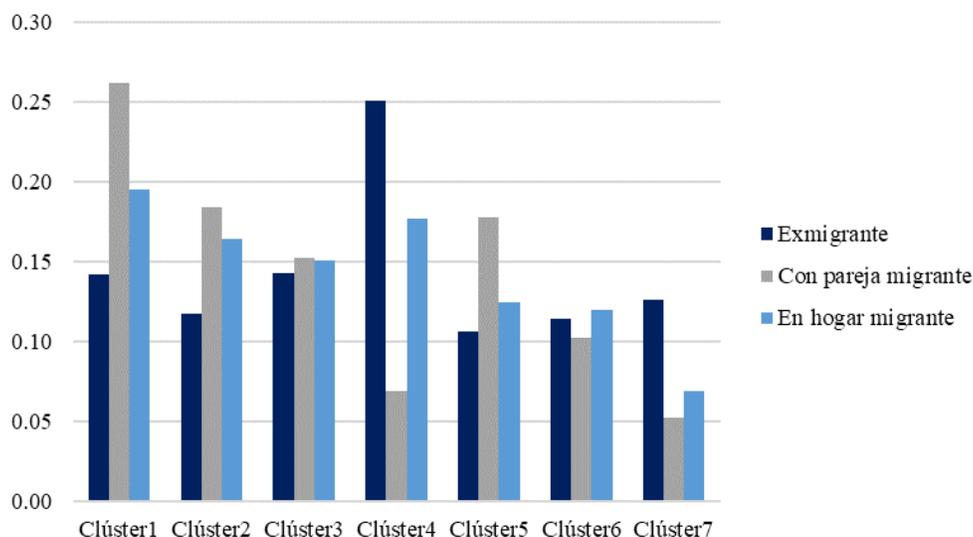
A manera de resumen, se observa que las mujeres exmigrantes tienen una mayor presencia en la práctica anticonceptiva 4 y en la 7 (como se puede observar en la gráfica 10). En el caso del clúster 4 se compone por mujeres jóvenes principalmente exusuarias al momento de la encuesta y que

tienen una utilización que se podría describir como “moderna” debido a que optan por el uso de anticonceptivos desde el comienzo de la vida sexual y con preferencia a los de barrera, los cuales, además de prevenir embarazos protegen ante las Infecciones de Transmisión Sexual. Otro clúster en donde se presenta alta probabilidad de pertenencia de mujeres exmigrantes, en comparación con lo resultante en las mujeres con pareja migrante y en hogar migrante, es el clúster 7, el cual, principalmente se compone de mujeres de 40 a 54 años con una práctica anticonceptiva “moderna” desde el comienzo hasta el momento de la encuesta. Es decir que las mujeres exmigrantes, ya sea que se encuentran al comienzo o al final de su vida reproductiva, presentan una práctica anticonceptiva más moderna, con alta probabilidad de adopción de métodos de barrera y casi una probabilidad del 50% de alguna vez haber sido usuaria de métodos hormonales, lo cual dificulta determinar si la utilización de este tipo de método es usual entre ellas.

Por otra parte, para el caso de las mujeres con pareja migrante se observó que presentan una mayor probabilidad de pertenencia a la práctica 1, 2 y 5 (gráfica 10). El clúster 1 se caracteriza por estar principalmente compuesta por mujeres jóvenes, pero en ellas no se observa una práctica anticonceptiva del todo segura, ya que son mujeres no usuarias de anticoncepción en la primera relación sexual; además, ellas optaron por el uso de métodos anticonceptivos hasta después de tener su primer hijo. Por otra parte, se observa que se presenta una muy alta probabilidad de uso de métodos anticonceptivos hormonales; sin embargo, esta no se puede identificar como una práctica regular, ya que el 53% de ellas se reportaron como usuarias al momento de la encuesta, el cual es un resultado muy similar al que tienen la clasificación de exusuarias.

Otra práctica en la que tienen presencia las mujeres con pareja migrante es la 2 (Clúster 2) la cual principalmente se compone de mujeres al final del periodo reproductivo (40 a 54 años) que en un principio de su vida sexual tuvieron poco uso de métodos anticonceptivos, pero al momento de la encuesta se reportan como usuarias por lo que se considera que presentan un uso más regular principalmente por la adopción de métodos permanentes. En cambio, para el caso del clúster 3 y 5 se observa que tienen un comportamiento similar para las distintas poblaciones de mujeres por lo que no se puede determinar que estas prácticas sean predominantes en alguno de los grupos.

Gráfica 10. Probabilidad de respuesta por vínculo o experiencia migratoria para las distintas prácticas anticonceptivas identificadas (clúster)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

Finalmente, las mujeres en hogar migrante se distribuyen de manera homogénea entre las distintas prácticas. En esta población resalta el hecho de que tienen una probabilidad de respuesta alta en el Clúster 1 y 4; sin embargo, se considera que esta no es significativamente mayor a la que se presenta en las otras clases, como ocurre con las mujeres exmigrantes y con pareja migrante, por lo que se puede decir que ellas no tienen una práctica anticonceptiva particular entre los distintos clústeres formados. Lo anterior se puede deber a que el vínculo migratorio que tienen es muy ajeno a la vivencia de su práctica anticonceptiva y por ende presentan una distribución de pertenencia a las clases o prácticas más homogénea, como se espera que ocurra con las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias de las cuales se hablará a continuación.

5.3. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres *sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)*

La estimación del modelo para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias tomó en cuenta las variables previamente mencionadas, a excepción de la construida para identificar a las mujeres con vínculos o experiencias de este tipo.

Criterios de selección del modelo estadístico

Para poder responder a la segunda pregunta de investigación, es decir, identificar cuáles son las diferencias entre las prácticas anticonceptivas de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias, se optó por realizar dos modelos de clases latentes; uno para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos, el cual fue presentado en la sección anterior, y otro para las mujeres con vínculos o experiencias de este tipo. En el Modelo de Clases Latentes para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias se realiza la evaluación de las mismas medidas estadísticas ya mencionadas para determinar el número ideal de clases o grupos que representan a la población estudiada.

En dicha evaluación se obtuvo que los Criterios de Información Bayesiana (BIC) y de Akaike (AIC) disminuían a medida que el número de grupos o clases aumentaba lo cual sugiere que, para el caso de esta muestra, no es el estadístico óptimo para realizar la evaluación. Como se mencionó anteriormente, otros de los criterios que ayudan a determinar qué modelo se ajusta mejor es el 1) *p-value*, 2) el número de parámetros, 3) el error de clasificación y 4) la entropía.

1. Respecto al *p-value* se observa que este comienza a presentar un valor mayor a 0.05 a partir del modelo con ocho clases, lo cual es una señal de buen ajuste, pero como se mencionó previamente no es recomendable tomar este estadístico como único criterio para la selección del modelo, por lo que también se considera la evaluación de los otros estadísticos.

2. Para el caso de del número de parámetros se observa que este no deja de disminuir lo cual es indicativo de tener que realizar una evaluación más amplia como se puede observar en el criterio BIC y AIC.

3. En el error de clasificación se observa que, del conjunto de modelos que presentan un *p-value* mayor a 0.05, el modelo 8 cuenta con el más bajo, lo cual habla de una buena asignación de los valores observados a los distintos clústeres.

4. Respecto a la entropía de los modelos evaluados se observa que la del modelo de 8 clases presenta un aumento respecto al de 7 clases, para posteriormente volver a disminuir; lo que quiere decir que el modelo 8 presenta una buena membresía de clase.

Cuadro 18. Resumen de estadísticos de bondad de ajuste del Modelo de Clases Latente para la clasificación de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculo o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018)

N° de clases	LL	BIC(LL)	AIC(LL)	AIC3(LL)	N° de parámetros	L ²	Grados de libertad	p-value	Error de clasificación	Entropía
1-Cluster	-764791.225	1529820.092	1529624.45	1529645.45	21	345534.8445	61418	1.9e-38661	0	1
2-Cluster	-699737.2085	1399961.018	1399560.417	1399603.417	43	215426.8115	61396	8.0e-16716	0.032	0.8859
3-Cluster	-662417.6326	1325570.824	1324965.265	1325030.265	65	140787.6597	61374	8.2e-6183	0.0354	0.9136
4-Cluster	-646573.2205	1294130.958	1293320.441	1293407.441	87	109098.8354	61352	1.3e-2702	0.0429	0.9205
5-Cluster	-634127.6866	1269488.849	1268473.373	1268582.373	109	84207.7677	61330	7.5e-749	0.0569	0.9182
6-Cluster	-628455.3559	1258393.146	1257172.712	1257303.712	131	72863.1063	61308	4.8E-213	0.0339	0.9503
7-Cluster	-624284.9089	1250301.21	1248875.818	1249028.818	153	64522.2123	61286	4.7E-20	0.0761	0.9038
8-Cluster	-620745.3119	1243470.975	1241840.624	1242015.624	175	57443.0183	61264	1	0.079	0.9054
9-Cluster	-618785.0472	1239799.404	1237964.094	1238161.094	197	53522.4889	61242	1	0.0942	0.8933
10-Cluster	-615519.4685	1233517.205	1231476.937	1231695.937	219	46991.3316	61220	1	0.0835	0.9020
11-Cluster	-613507.6064	1229742.439	1227497.213	1227738.213	241	42967.6074	61198	1	0.0826	0.8988
12-Cluster	-611537.3949	1226050.974	1223600.79	1223863.79	263	39027.1843	61176	1	0.0976	0.8974

Fuente: Elaboración con paquetería Latent Gold con información de la ENADID, 2018.

LL: Log Likelihood; BIC: Criterio de información Bayesiana; AIC: Criterio de información Akaike

De manera general se considera que el modelo de 8 clases es el que presenta mejor ajuste considerando que tiene un buen comportamiento en tres criterios estadísticos. A continuación, se muestran los resultados que se obtuvieron a partir del Modelo de Clases Latentes de 8 clústeres.

Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin experiencias o vínculos migratorios a Estados Unidos

En esta sección se hace el análisis de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias obtenidas a partir de la Modelación de Clases Latentes (MCL) con las diez variables seleccionadas. Para este caso, se tomó en cuenta el total de mujeres que no presentaron ningún vínculo o experiencia migratoria a Estados Unidos entre el 2013 y 2018, es decir, 82,149 mujeres. En el Cuadro 19 se muestra el perfil más probable que tiene cada una de las prácticas anticonceptivas y sus probabilidades de clase, que equivalen a un aproximado de la población que representan. De igual forma a como se realizó en la sección 5.2. se muestra en el Cuadro 20 la probabilidad de respuesta por categoría para cada clúster o práctica anticonceptiva con el fin de dar una interpretación conjunta más amplia.

Práctica anticonceptiva 1: mujeres al final de su edad reproductiva con uso regular

En el cuadro 19 se observa que la clase que representa mayor cantidad de población es la uno, con una probabilidad del 18%. Con el conjunto de resultados más probables por variable se puede afirmar que esta es una *práctica anticonceptiva de mujeres al final de su edad reproductiva con*

uso regular. De manera resumida se observa una mayor probabilidad de que se encuentren en el grupo de edad de 40 a 54 años (P=0.64) con un promedio de tres hijos (P=0.42) con secundaria completa como nivel de escolaridad alcanzado (P=0.46) y principalmente residentes en localidades urbanas (P=0.75). Sobre los indicadores que describen la práctica se observa que es muy probable que no hayan sido usuarias de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (P=0.89) y que hayan decidido la utilización hasta después de su segundo hijo. Por otra parte se muestra que son usuarias al momento de la encuesta (P=1.0) lo cual se relaciona con que hayan optado por métodos permanentes (P=1.0) y alguna vez sido usuarias de métodos hormonales (P=0.74), pero no de barrera (P=0.91).

Con las probabilidades de respuesta de cada categoría se obtuvo que el 29% de las mujeres que tienen entre 40 y 54 años se integran a este grupo así como el 35% de las que tienen 3 hijos y 49% de las que han sido usuarias de métodos anticonceptivos permanentes. Con la información anterior es posible observar que es un grupo caracterizado por una fecundidad por arriba del promedio pero al momento de la encuesta usuarias de anticonceptivos permanentes por lo cual se describen como usuarias regulares. Por las características evaluadas en su perfil se considera que este grupo presenta condiciones similares a las descritas en el Clúster 2 de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, a excepción de que ellas decidieron usar anticonceptivos antes de su primer hijo, mientras que las mujeres sin vínculos o experiencias al segundo.

Práctica anticonceptiva 2: mujeres jóvenes usuarias de anticonceptivos de barrera a lo largo del periodo reproductivo

El segundo clúster agrupa el 16% de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias. Este conforma una *práctica anticonceptiva de mujeres jóvenes usuarias de anticonceptivos de barrera segura a lo largo del periodo reproductivo*, ya que es más probable que en él se integren mujeres de 20 a 29 años (P=0.54), con cero hijos (P=0.68), con nivel de escolaridad alcanzado preparatoria completa o más (P=0.73) y residentes de localidades urbanas (P=0.88). Se caracteriza porque es uno de los grupos con la probabilidad más alta de ubicar a usuarias de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (P=0.83) y en consecuencia tener cero hijos al usar su primer anticonceptivo (P=1.0). Es muy probable que al menos una vez hayan sido usuarias de anticonceptivos de barrera (P=0.81), pero no de hormonales (P=0.57) ni permanentes (P=1.0)

debido a su edad. Finalmente, se observa que al momento de la encuesta poco más de la mitad se reportaron como usuarias (P=0.53).

En este grupo se integra el 67% de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias que tienen cero hijos, el 47% de las mujeres que alguna vez han sido usuarias de métodos de barrera, estos valores son los más altos respecto a los que hay en los demás clústeres, por lo que se le podría describir como una práctica anticonceptiva moderna. Según las características observadas en este Clúster, es una práctica anticonceptiva muy similar a la presentada en el Clúster 4 de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, la cual a su vez es la que presentó la probabilidad más alta entre las mujeres exmigrantes.

Cuadro 19. Tipos y perfil de las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos (2013-2018) obtenidas a partir del Modelo de Clases Latentes

		Cluster1	Cluster2	Cluster3	Cluster4	Cluster5	Cluster6	Cluster7	Cluster8
Probabilidad de clase		0.18	0.16	0.15	0.12	0.11	0.11	0.10	0.07
Dimensión demográfica, socioeconómica y cultural	Grupos de edad	40 a 54	20 a 29	40 a 54	30 a 39	40 a 54	20 a 29	40 a 54	40 a 54
		0.64	0.54	0.40	0.36	0.47	0.49	0.69	0.56
	Número de hijos	3	0	0	2	2	1	3 o más	3 o más
		0.42	0.68	0.33	0.85	0.56	0.93	0.58	0.53
	Nivel de escolaridad alcanzado	Secundaria completa	Preparatoria completa o más	Preparatoria completa o más	Secundaria completa	Preparatoria completa o más	Preparatoria completa o más	Secundaria completa	Secundaria completa
	0.46	0.73	0.36	0.46	0.68	0.48	0.38	0.44	
Tamaño de localidad	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana
	0.75	0.88	0.73	0.74	0.93	0.75	0.70	0.59	
Dimensión de indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas	Protección en la primera relación sexual	No	Si	No	No	Si	No	No	No
		0.89	0.83	1.00	0.69	0.68	0.54	0.90	0.89
	Total de hijos al primer anticonceptivo usado	2	0	0	1	0	1	3 o más	3 o más
		0.51	1.00	1.00	0.47	0.50	0.77	0.99	0.58
	Alguna vez usuaria de anticonceptivos de barrera	No	Si	No	No	No	No	No	No
		0.91	0.81	1.00	0.73	0.58	0.72	0.96	0.78
	Alguna vez usuaria de anticonceptivos hormonales	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si
		0.74	0.57	1.00	0.86	0.62	0.84	0.78	0.85
Alguna vez usuaria de anticonceptivos permanentes	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	
	1.00	1.00	1.00	1.00	0.84	1.00	1.00	1.00	
Prevalencia anticonceptiva	Usuarias	Usuarias	Nunca usuarias	Usuarias	Usuarias	Usuarias	Usuarias	Usuarias	
	1.00	0.53	1.00	0.63	0.99	0.63	1.00	0.55	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Cuadro 20. Probabilidad de respuesta por categoría en cada variable incluida en el Modelo de Clases Latentes de 8 prácticas anticonceptivas para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos

	Cluster1	Cluster2	Cluster3	Cluster4	Cluster5	Cluster6	Cluster7	Cluster8
Probabilidad de clase	0.21	0.17	0.15	0.15	0.14	0.11	0.07	0.07
Grupos de edad								
15 a 19	0.00	0.53	0.23	0.02	0.00	0.21	0.00	0.00
20 a 29	0.05	0.34	0.16	0.16	0.05	0.20	0.02	0.03
30 a 39	0.19	0.11	0.13	0.16	0.15	0.09	0.09	0.08
40 a 54	0.29	0.03	0.15	0.09	0.13	0.04	0.17	0.10
Número de hijos								
0	0.00	0.67	0.31	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00
1	0.02	0.20	0.22	0.00	0.04	0.51	0.00	0.00
2	0.23	0.04	0.10	0.38	0.23	0.03	0.00	0.00
3	0.35	0.01	0.07	0.08	0.16	0.00	0.19	0.15
4 o más	0.26	0.00	0.10	0.00	0.03	0.00	0.37	0.24
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	0.23	0.01	0.21	0.06	0.01	0.04	0.27	0.16
Primaria completa	0.26	0.03	0.18	0.12	0.03	0.07	0.18	0.13
Secundaria completa	0.23	0.10	0.14	0.15	0.08	0.11	0.10	0.08
Preparatoria completa o más	0.11	0.29	0.13	0.11	0.18	0.12	0.04	0.02
Tamaño de localidad								
Urbana	0.18	0.18	0.14	0.12	0.13	0.10	0.09	0.05
Rural	0.20	0.08	0.18	0.14	0.03	0.11	0.13	0.13
Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual								
Sí	0.24	0.04	0.22	0.13	0.05	0.09	0.13	0.09
No	0.06	0.40	0.00	0.11	0.23	0.15	0.03	0.02
Número de hijos que tenía al primer anticonceptivo usado								
0	0.03	0.38	0.36	0.03	0.13	0.06	0.00	0.01
1	0.33	0.00	0.00	0.20	0.12	0.29	0.00	0.05
2	0.48	0.00	0.00	0.32	0.13	0.00	0.00	0.08
3 o más	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.29
Alguna vez usuaria de anticonceptivos de barrera								
Sí	0.06	0.47	0.00	0.12	0.17	0.11	0.01	0.06
No	0.23	0.04	0.21	0.12	0.09	0.10	0.13	0.08
Alguna vez usuarias de anticonceptivos hormonales								
Sí	0.25	0.13	0.00	0.19	0.12	0.16	0.04	0.11
No	0.11	0.20	0.33	0.04	0.09	0.04	0.17	0.02
Alguna vez usuarias de anticonceptivos permanentes								
Sí	0.49	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.27	0.00
No	0.00	0.26	0.24	0.19	0.03	0.17	0.00	0.11
Prevalencia anticonceptiva								
Usuarias	0.28	0.13	0.00	0.12	0.17	0.10	0.15	0.06
Exusuarias	0.00	0.39	0.00	0.23	0.00	0.20	0.00	0.16
Nunca usuarias	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Práctica anticonceptiva 3: nunca usuarias y sin hijos al final del período reproductivo

La tercera práctica anticonceptiva agrupa al 15% de la muestra. Esta se conforma de mujeres *nunca usuarias* principalmente de 40 a 54 años (P=0.40), sin hijos (P=0.33), preparatoria o más como nivel educativo alcanzado (P=0.36) y residentes de localidades urbanas (P=0.88). Por su condición

de nunca usuaria se observa que en todos los demás indicadores se presenta una probabilidad del 100% de no uso. Esta práctica tiene algunas similitudes a la de nunca usuarias del modelo de mujeres con vínculos o experiencias migratorias; sin embargo en el caso de las mujeres sin vínculo o experiencias migratorias predomina la probabilidad que no tengan hijos y que el nivel de escolaridad alcanzado sea preparatoria completa o más, lo cual se diferencia de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias en donde se observó que es más probable que aquellas mujeres que nunca han sido usuarias tengan dos hijos y como nivel de escolaridad alcanzado preparatoria completa o más.

Práctica anticonceptiva 4: mujeres a mitad del periodo reproductivo controlando su fecundidad

En el cuarto clúster se observa un 12% de probabilidad de clase. Es una *práctica anticonceptiva de mujeres a mitad del periodo reproductivo controlando su fecundidad*. Se integra por mujeres de 30 a 39 años (P=0.36) que en promedio tienen dos hijos (P=0.85), con nivel de escolaridad alcanzado secundaria completa (P=0.46), principalmente residentes de localidades urbanas (P=0.74), que no usaron protección en su primera relación sexual (P=0.69) y decidieron usar su primer método hasta después de tener su primer hijo (P=0.47). Al momento de la encuesta se reportaron como usuarias (P=0.63) que principalmente optan por los anticonceptivos hormonales (P=0.86) y menos por los de barrera (P=0.73) y permanentes (P=1.0).

En este grupo se observa que, según las probabilidades de respuesta por categoría, el 38% de las mujeres con dos hijos tienen esta práctica anticonceptiva, así como el 32% de las que decidieron usar anticonceptivos después de tener su segundo hijo por lo cual se considera que se encuentran controlando su fecundidad. Por otra parte, es una práctica anticonceptiva que tiene un perfil similar al clúster 1 de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, a excepción de que en ellas se presenta a una edad más temprana esta práctica anticonceptiva.

Práctica anticonceptiva 5: mujeres al final del periodo reproductivo con protección a lo largo de este

El quinto grupo se conforma por el 11% de la población y es una *práctica anticonceptiva de mujeres al final del periodo reproductivo con protección a lo largo de este*. Ellas principalmente se encuentran en el grupo de edad de 40 a 54 años (P=0.47), en promedio tienen dos hijos (P=0.56),

cuentan con nivel de escolaridad alcanzado preparatoria completa o más y es muy probable que vivan en localidades urbanas (P=0.93). Para el caso del comportamiento de los indicadores se observa que es probable que si hayan usado protección en la primera relación sexual (P=0.68) y por ende más probable que hayan sido usuarias de su primer método anticonceptivo antes de tener hijos (P=0.50). Es un grupo que reportó no haber usado alguna vez anticonceptivos de barrera (P=0.58) pero sí hormonales (P=0.84) y permanentes (P=0.84), por lo que al momento de la encuesta la mayoría se reportó como usuaria (P=1.0).

Sobre las probabilidades de respuesta por categoría resalta que en esta práctica se integra el 17% de las mujeres alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos de barrera, el cual, en comparación con los demás clústeres es el segundo con mayor población usuaria de este tipo de método. Por otra parte se observa que el clúster se integra un 25% de las mujeres usuarias de métodos de barrera por lo que se considera que, al leer los valores en conjunto se considera que se han protegido a lo largo de su periodo reproductivo. La práctica anticonceptiva descrita tuvo parecido con el clúster 7 de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, la cual es la segunda donde se integra mayor población de exmigrantes.

Práctica anticonceptiva 6: mujeres jóvenes, con una práctica poco regulada al comienzo de la vida sexual y más controlada al momento de la encuesta

En el sexto clúster se integra el 11% de la población. De manera amplia se podría considerar que está conformado por *mujeres jóvenes con una práctica poco regulada al comienzo de la vida sexual y más controlada al momento de la encuesta*. Entre sus características sociodemográficas se observa que es más probable que tengan de 20 a 29 años (P=0.49), con un hijo (P=0.93), con preparatoria completa o más como nivel de escolaridad alcanzado (P=0.48) y residentes de localidades urbanas (P=0.75). Por otra parte, se observa que es más probable que no hayan sido usuarias de anticonceptivos en la primera relación sexual (P=0.54) y que hayan decidido la utilización hasta después de tener su primer hijo (P=0.77). Sobre las preferencias que tienen por los distintos métodos anticonceptivos se muestra que es más probable que no hayan sido alguna vez usuarias de anticonceptivos de barrera (P=0.72) ni permanentes (P=1.0), pero sí de anticonceptivos hormonales (P=0.84) y al momento de la encuesta se reportaron en su mayoría como usuarias (P=0.63). Este clúster se caracteriza por integrar al 51% de población con un hijo y

al 29% de las mujeres que desearon usar anticonceptivos después de tener a su primer hijo. Tomando en cuenta las características ya descritas se considera que esta práctica anticonceptiva no se presentó entre las mujeres con vínculos o experiencias migratorias.

Práctica anticonceptiva 7: inconsistente al inicio y controlada con métodos anticonceptivos permanentes al momento de la encuesta

El siguiente clúster se agrupa el 10% de la población. En él se conforma una práctica anticonceptiva *inconsistente al inicio y controlada con métodos anticonceptivos permanentes al momento de la encuesta*. Sus principales características es que tienen entre 40 a 54 años ($P=0.69$), con 3 hijos o más (0.58), con nivel de escolaridad de secundaria completa ($P=0.38$) y residentes de localidades urbanas ($P=0.70$). Sobre las características de la práctica se observa que es muy probable que no hayan sido usuarias de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual ($P=0.90$) y que hayan decidido usar anticonceptivos hasta después de tener a su tercer hijo o más ($P=0.99$). Es probable que ellas nunca hayan sido usuarias de métodos anticonceptivos de barrera ($P=0.96$) y poco probable que hayan utilizada métodos hormonales ($P=0.78$), pero si son usuarias de métodos anticonceptivos permanentes ($P=1.0$) por lo que se reportan como usuarias al momento de la encuesta ($P=1.0$).

Sobre las probabilidades de respuesta por categoría destaca que en este clúster se integra el 37% de la población que tiene 4 o más hijos, así como el 27% que reportaron no tener ningún nivel de escolaridad, preescolar o primaria incompleta. Esta práctica anticonceptiva tiene un perfil similar al del clúster 6 de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a excepción de que ellas presentaron una probabilidad más alta de tener como nivel de escolaridad alcanzado primaria completa.

Práctica anticonceptiva 8: inconsistente al inicio y controlada con métodos anticonceptivos hormonales al momento de la encuesta

Finalmente, en el grupo ocho se observa que hay 7% de la población. En este se observan características muy similares a las del grupo 7, sin embargo en su caso son mujeres usuarias de

métodos anticonceptivos hormonales con una práctica anticonceptiva poco regulada. Entre sus características demográficas destaca que la mayoría tienen de 40 a 54 años (P=0.56), con 3 o más hijos (P=0.53), con secundaria completa como nivel de escolaridad alcanzado (P=0.44) y residentes de localidades urbanas (P=0.59), destacando que este grupo presenta la probabilidad más baja de vivir en este tamaño de localidad. Sobre sus preferencias se observa que es poco probable que alguna vez hayan sido usuarias de métodos anticonceptivos de barrera (P=0.78) ni permanentes (P=1.0), pero sí de hormonales (P=0.85). Al momento de la encuesta casi la mitad se reportó como usuaria (P=0.55) y la otra mitad como exusuaria. A pesar de que se integra un valor bajo de población en este clúster, de ese total, el 24% de esta población tiene 4 o más hijos y el 29% decidió usar anticonceptivos hasta después de tener su tercer hijo o más. Esta fue una práctica anticonceptiva muy similar al del grupo 5 de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias a excepción de que ellas reportaron una mayor probabilidad de tener tres hijos.

Al igual que en las prácticas anticonceptivas obtenidas para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias se muestra un resumen general de cada una de ellas con el fin de identificar las características más relevantes.

Cuadro 21. Resumen de las prácticas anticonceptivas encontradas entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias.

Número de clúster	Práctica anticonceptiva	Edad más probable
Clúster 1	<i>Mujeres al final de su edad reproductiva con uso regular principalmente de métodos permanentes</i>	40 a 54
Clúster 2	<i>Mujeres jóvenes usuarias de anticonceptivos de barrera a lo largo del periodo reproductivo</i>	20 a 29
Clúster 3	<i>Mujeres al final del periodo reproductivo, nunca usuarias y sin hijos</i>	40 a 54
Clúster 4	<i>Mujeres a mitad del periodo reproductivo controlando su fecundidad</i>	30 a 39
Clúster 5	<i>Mujeres al final del periodo reproductivo con protección a lo largo de este</i>	40 a 54
Clúster 6	<i>Mujeres jóvenes con una práctica poco regulada al comienzo de la vida sexual y más controlada al momento de la encuesta</i>	20 a 29
Clúster 7	<i>Mujeres con alta fecundidad inconsistente al inicio y controlada con métodos anticonceptivos permanentes al momento de la encuesta</i>	40 a 54
Clúster 8	<i>Mujeres con alta fecundidad inconsistente al inicio y controlada con métodos anticonceptivos hormonales al momento de la encuesta</i>	40 a 54

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018.

Para el caso de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias se obtuvieron ocho distintas prácticas anticonceptivas, en las cuales se observa que la que presenta una mayor probabilidad de clase es la 1 (Clúster 1). En ella se identificó que se conforma principalmente mujeres que tienen

entre 40 y 54 años y que al principio de su vida reproductiva tuvieron poco uso, pero al momento de la encuesta principalmente se reportaron como usuarias debido a la preferencia por métodos anticonceptivos permanentes.

Entre las mujeres de 20 a 29 años se identificaron dos prácticas anticonceptivas, una que alude a una mayor protección y control de la fecundidad principalmente caracterizada por la utilización de métodos anticonceptivos de barrera y otra, menos protegida en la que principalmente utilizan métodos anticonceptivos hormonales. Finalmente, para el caso de las mujeres que se encuentra a mitad de su periodo reproductivo (30 a 39) se observa que ellas presentan una práctica anticonceptiva regulada al momento de la encuesta.

5.4. Discusión de los resultados

En este último capítulo de la investigación se estimaron dos Modelos de Clases Latentes para identificar los diferentes tipos de prácticas anticonceptivas que tenían las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos entre el 2013 y el 2018, así como el perfil sociodemográfico y de la práctica anticonceptiva prevalente. Para su realización se tomaron en cuenta los resultados de las variables e indicadores presentados en el Capítulo 4, con el fin de representar las dos dimensiones que componen las prácticas anticonceptivas de las mujeres. En este análisis se identificó que las variables sobre la dimensión demográfica, socioeconómica y cultural que presentaban mayor heterogeneidad, y por ende una mayor utilidad para la realización de la Modelación de Clases Latentes fueron la edad, el número de hijos, el nivel de escolaridad, el tamaño de localidad y el haber tenido un vínculo o experiencia migratoria; mientras que, para el caso de los indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas fueron el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, el total de hijos al primer método anticonceptivo usado, los indicadores sobre los métodos alguna vez usados (por tipo de método) y la tasa de prevalencia anticonceptiva al momento de la encuesta.

Los resultados de los modelos presentados permitieron validar las dos hipótesis planteadas en esta investigación, la primera sobre la heterogeneidad de las prácticas y los factores que influyen en su definición; y la segunda sobre el tipo de práctica anticonceptiva que tendrán las mujeres a partir de la forma en que ellas se integran a los procesos migratorios, es decir, si son exmigrantes, con pareja

migrante o viven en un hogar con experiencia migratoria. La primera hipótesis en la que se esperaba que existieran distintas prácticas anticonceptivas, las cuales estarían definidas por la interrelación de las características demográficas, socioeconómicas y culturales y por los indicadores que caracterizan el uso de métodos anticonceptivos fue verdadera, ya que ambas dimensiones descritas conformaron distintos tipos de prácticas anticonceptivas, es decir, fue posible observar evidencia de heterogeneidad dada por estas variables en la Modelación de Clases Latentes. Por otra parte, la hipótesis sobre el tipo de prácticas anticonceptivas que tienen las mujeres según su vínculo o experiencia migratoria se consideró acertada debido principalmente a los resultados del primer Modelo de Clases Latentes.

En este primer modelo, es decir, el MCL de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos, se logró identificar que entre las mujeres exmigrantes es más común una práctica anticonceptiva moderna y completamente distinta a la de las mujeres con pareja migrante. En un primer momento, al comparar las probabilidades de respuesta por categoría obtenidas para las distintas poblaciones, se observa que las mujeres exmigrantes tienen una mayor presencia en las prácticas anticonceptivas representadas en el clúster 4 y 7, en comparación con las mujeres con pareja migrante y en hogar migrante. Estas prácticas se caracterizan por tener una alta probabilidad de uso de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual; sin embargo, con diferencias en los anticonceptivos alguna vez usados, dadas principalmente por la estructura por edad de cada una de las prácticas. Es decir, se presentó una práctica anticonceptiva para las mujeres exmigrantes jóvenes que tienen entre 20 y 29 años, “moderna”, sin hijos, con uso de anticonceptivos desde el comienzo de la vida sexual y que principalmente destaca la utilización de anticonceptivos de barrera; y por otro lado, otra práctica anticonceptiva para las mujeres que se ubican al final del periodo reproductivo (entre 40 a 54 años), con uso de protección anticonceptiva desde el comienzo de la vida sexual, pero con una mayor fecundidad (aproximadamente dos hijos) y con un probable uso al momento de la encuesta de métodos anticonceptivos permanentes.

Para el caso de las mujeres con pareja migrante se observaron tres prácticas anticonceptivas, en donde se observa una mayor representatividad según las probabilidades de respuesta por categorías. La primera es la práctica anticonceptiva 1: *mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual*, la cual, como su nombre lo indica, se caracteriza por ser mujeres jóvenes (20 a 29 años), con un promedio de dos hijos, que no usaron

protección al comienzo de su vida sexual y al momento de la encuesta es muy probable que sean usuarias de anticonceptivos hormonales. Este grupo al compararlo con la práctica anticonceptiva 4: *Mujeres jóvenes con práctica anticonceptiva “moderna” y segura desde el comienzo de la vida sexual*, en la cual las exmigrantes jóvenes tuvieron una mayor representatividad, se observa que es completamente diferente, lo que es indicativo de que, según la forma en que las mujeres jóvenes se integren a los procesos migratorios, en este caso como exmigrante o como pareja de un migrante, se presentará una probabilidad más alta de tener cierto tipo de práctica anticonceptiva.

Otras de las prácticas anticonceptivas que están altamente representadas por las mujeres con pareja migrante son la 2 y la 5 (*Mujeres al final de su periodo reproductivo usuarias de métodos anticonceptivos permanentes con poca utilización al comienzo de su vida sexual* y *Mujeres al final del periodo reproductivo con una práctica poco controlada e inconsistente desde el comienzo de la vida sexual*, respectivamente). Ambas prácticas anticonceptivas, como se indica en sus nombres, son de mujeres que se encuentran al final del periodo reproductivo y con características muy similares sobre las variables que componen la dimensión demográfica, socioeconómica y cultural; pero con importantes diferencias en los indicadores que describen el uso. Esto, debido a que en la práctica anticonceptiva 2 se observa que las mujeres, a pesar de que es probable que no hayan usado protección en su primera relación sexual, decidieron comenzar con la utilización posterior a tener su primer hijo, en cambio, para las mujeres de la práctica anticonceptiva 4, el momento en que comenzaron a utilizar anticonceptivos fue después de su tercer hijo o más.

Por otra parte, en estas dos prácticas anticonceptivas se observa que la probabilidad de que hayan usado anticonceptivos de barrera es casi nula, mientras que para los otros tipos de métodos anticonceptivos se presentan comportamientos distintos. Las mujeres que se integraron en la práctica 2 tienen una mayor probabilidad de alguna vez haber usado anticonceptivos hormonales, pero también permanentes, por lo que al momento de la encuesta se reportaron como usuarias de este tipo de método; en cambio, para el caso de las mujeres con pareja migrante que se integraron a la práctica anticonceptiva 5 reportaron una probabilidad alta de no ser usuarias de anticonceptivos permanentes, además de que, al momento de la encuesta, se reportaron como exusuarias por lo cual se nombraron con una práctica anticonceptiva inconsistente. A manera de resumen, se considera importante explorar de forma particular las razones de uso y no uso de las mujeres con pareja

migrante ya que, según lo observado en la práctica anticonceptiva 1 y 5 son usuarias poco regulares, lo que puede tener relación con diferentes situaciones, como puede ser la ausencia de su pareja.

Para el caso de las mujeres que se encuentran en un hogar migrante se observa que presentan una distribución relativamente homogénea de probabilidades de respuesta en las distintas prácticas anticonceptivas, a excepción de una ligera representatividad mayor en la práctica anticonceptiva 1 y 4. Lo anterior puede ser indicativo de que la forma en que se produce su vínculo con el evento migratorio es muy ajeno o poco determinante en que tengan una práctica anticonceptiva particular, por lo cual no fue posible determinar si en ellas existía un tipo de uso más común.

Finalmente, para lograr observar si las prácticas antes descritas, especialmente de las mujeres exmigrantes y con pareja migrante son particularmente distintas a las de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias se realizó un Modelo de Clases Latentes para este último grupo de mujeres. Al comparar los resultados de ambos modelos se observa que las mujeres con vínculos o experiencias migratorias no presentan una práctica diferenciada o particular, que no haya sido identificada entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias. Esto, se puede deber a que entre las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias existe una gran heterogeneidad de prácticas (que también se agrupan en 8 tipos de prácticas anticonceptivas estadísticamente significativas) y que la experiencia o vínculo migratorio no moldea necesariamente un comportamiento de práctica anticonceptiva completamente distinto al que tienen las mujeres mexicanas sin vínculos o experiencias migratorias.

Conclusiones

En este capítulo se hace una recopilación de los elementos que guiaron la realización de esta tesis, se comienza explicando el contexto y la problemática de la investigación, el marco teórico-analítico para su estudio, las estrategias metodológicas a seguir y los principales resultados y preguntas que surgen para abordarse en próximas investigaciones.

El objetivo de esta investigación fue identificar cuáles son las prácticas anticonceptivas de las mujeres mexicanas que tienen vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos, para posteriormente analizar sus diferencias con las prácticas de las mujeres que no han realizado una migración o tienen un vínculo de este tipo. El estudio buscó generar conocimiento del estado actual del acceso y uso de métodos anticonceptivos que tienen las mujeres que realizaron o tienen contacto con una migración, considerando que el fenómeno migratorio, según lo documentado en distintas investigaciones, es un proceso que puede poner en riesgo el bienestar de la salud sexual y reproductiva de las personas, pero también puede ser un medio por el cual se tiene contacto con nuevas preferencias y conocimientos al respecto. La investigación de esta temática requiere de especial atención en México, ya que a lo largo de su historia el país se ha caracterizado por tener un flujo migratorio constante, de salida de población hacia Estados Unidos, el cual recientemente ha tenido importantes transformaciones, entre las que destaca una mayor participación de las mujeres en edad reproductiva y una constante movilidad de retorno a causa de los cambios políticos y sociales que ocurren en el país vecino del norte.

Para lograr el objetivo previamente enunciado se comenzó analizando el concepto de salud sexual y reproductiva, el cual alude a un estado general de bienestar en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción por lo que, de manera implícita lleva consigo el derecho al acceso a métodos anticonceptivos que sean capaces de regular el número y momento en que se tienen hijos, prevenir embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual. El que toda persona, independientemente de su condición física, social, étnica, cultural o política, pueda gozar de servicios de planificación familiar y por ende acceso a métodos anticonceptivos adaptados a sus necesidades, se ha considerado un derecho humano, debido a que estos pueden ser indispensables para gozar de manera libre y segura la sexualidad y reproducción.

A pesar de que en las últimas décadas a nivel internacional, se ha destacado la importancia de evaluar y estudiar la salud sexual y reproductiva de todas las personas, dicha tarea se ha focalizado en las mujeres, esto debido a que, por construcciones simbólicas como el género, se ha asumido que la reproducción y sexualidad y sobre todo la planificación de embarazos les corresponde a las mujeres, por lo que la mayoría de las encuestas representativas a nivel nacional sobre esta temática se les realizan a ellas y se tiene poca información sobre los hombres. El que se documente en mayor medida información sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres ha dado como resultado un panorama parcial de cómo se lleva a cabo el uso de métodos anticonceptivos entre la población; sin embargo, con esta información se ha evidenciado la existencia de diferencias en las preferencias así como en el acceso entre las mujeres, según sus características demográficas, socioeconómicas y culturales.

Tomando en cuenta la importancia de estudiar la anticoncepción de poblaciones específicas y el contexto migratorio que se vive en México, la población de estudio se delimitó a las mujeres en edad reproductiva que hayan iniciado su vida sexual, residentes en México con vínculos o experiencias migratorias a Estados Unidos en el periodo del 2013 al 2018. Es decir que, se refiere a todas las mujeres que tienen entre 15 a 54 años, que realizaron una migración a Estados Unidos en este periodo y que ahora residen en México (mujeres exmigrantes), así como aquellas que tienen cercanía con un evento migratorio debido a que su pareja migró (mujeres con pareja migrante) o viven en un hogar con algún integrante que realizó una movilidad de este tipo (mujeres en hogar migrante), así como a aquellas mujeres sin vínculo o experiencia migratoria. La fuente seleccionada para estudiar esta población fue la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018, ya que fue la encuesta con los datos más detallados de tópicos relacionados con la anticoncepción, aunque presenta una muestra limitada de mujeres con vínculos o experiencias migratorias, por lo que se dificulta la generalización de los resultados para la población que representa la muestra.

Cabe destacar que una de las dificultades que se presentaron para realizar la investigación fueron las limitadas fuentes de información disponibles para evaluar la anticoncepción de la población en condición o con vivencia migrante. Habiendo observado lo anterior, se considera necesario que las encuestas con representatividad a nivel nacional y especializadas en temas de fecundidad y salud sexual y reproductiva, estén diseñadas de tal manera que puedan brindar datos según las distintas

condiciones y características de cualquier tipo de población. Esta recomendación se resalta en el marco de la poca consideración de preguntas sobre salud sexual y reproductiva en las encuestas especializadas para medir migración y movilidad poblacional, ya que en su mayoría se identificó que se realizan pocas preguntas sobre esta temática.

Perspectivas, teorías y conceptos para el estudio de las prácticas anticonceptivas

Al tener seleccionada a la población de estudio, lo siguiente a realizar fue delimitar el término de prácticas anticonceptivas, tema principal a estudiar en conjunto con la condición de haber migrado. Este concepto, se ha usado para hacer referencia a las preferencias de uso de métodos anticonceptivos que tiene determinado grupo de personas, principalmente mujeres, las cuales se considera que se ven influenciadas por sus características demográficas, socioeconómicas y culturales. Para fines de esta investigación se consideró que el término de prácticas anticonceptivas hace referencia a la interrelación entre las características de la persona y su dinámica de uso de métodos anticonceptivos, la cual suele ser descrita por medio de diversos indicadores.

Los indicadores son una aproximación a los conceptos que categorizan a las poblaciones y tienen como principal fin ser un medio por el cual evaluar y describir la forma en que las personas acceden a programas de planificación familiar. Actualmente dos de los indicadores más usados por organismos internacionales dedicadas al monitoreo de la salud sexual y reproductiva son la tasa de prevalencia anticonceptiva y las necesidades insatisfechas de planificación familiar (Naciones Unidas, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2009). Estos indicadores, si bien se observó que son útiles en el estudio de la anticoncepción, presentan algunas limitantes. Para el caso de la tasa de prevalencia anticonceptiva su principal limitante es que únicamente muestra en un momento en el tiempo si las mujeres eran usuarias de métodos anticonceptivos, lo cual dificulta la obtención de información sobre las prácticas anticonceptivas de las mujeres que viven o tienen interacción con un proceso migratorio, ya que no muestra las razones por las cuales no son usuarias, como puede ser por cuestiones de salud, no ser sexualmente activa o por el proceso de movilidad.

Por otra parte, las necesidades insatisfechas de planificación familiar es un indicador sofisticado que ha ayudado a identificar poblaciones que, a pesar de su deseo de no tener hijos, no tienen acceso a métodos anticonceptivos adaptados a sus necesidades. Su utilidad se ha documentado en distintos estudios (Measure Evaluation, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2009); sin embargo, para su estimación se requiere de información muy detallada como las razones de no uso

incluyendo condiciones de salud específicas como amenorrea, lo cual puede ser de difícil obtención en poblaciones particulares, como ocurrió con la población exmigrante de este estudio. Tomando en cuenta las distintas limitantes de ambos indicadores, así como la afirmación de que es difícil dar cuenta del estado de la salud sexual y reproductiva con un único indicador (Dixon-Mueller y Germain, 2007), fue necesaria la integración de otros para explorar con mayor profundidad las características de las prácticas anticonceptivas en la población de interés.

Entre los distintos indicadores y conceptos que se han desarrollado para el monitoreo de las prácticas anticonceptivas, además de los anteriormente descritos, se encuentran el conocimiento de métodos anticonceptivos, la utilización de anticonceptivos alguna vez (uso pasado por tipo de método), la fuente de suministro de métodos anticonceptivos, el uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual y la tasa de continuidad anticonceptiva. Debido a la naturaleza de la investigación, la utilidad de cada uno dependió de su capacidad de ser analizados en conjunto con las características demográficas, socioeconómicas y culturales de las mujeres, ya que, como se mencionó anteriormente, su interrelación con estos factores es lo que define las prácticas anticonceptivas en el presente estudio. Entre los distintos factores que, según la literatura revisada, pueden influir en el uso de métodos anticonceptivos son la edad (Palma Cabrera *et al.*, 1990), el estado conyugal (Allen-Leigh *et al.*, 2013), la paridad (Bronfman *et al.*, 1986; Ordóñez, 1994), el tamaño de localidad (García, 1976), la escolaridad (Lira, 2018), la condición indígena (Valdiviezo, 2014), el género (Bentley y Kavanagh, 2008; Casique, 2011) y la migración (Battaglia, 2015; De, 2013; Kessler *et al.*, 2010; Unger y Molina, 2000; White y Potter, 2015).

Pese a que la relación entre migración y uso de anticonceptivos en las mujeres ha sido menos explorada, se han realizado diferentes investigaciones que, por medio de técnicas cuantitativas y cualitativas analizan cómo se moldea, modifica y caracteriza la utilización de anticonceptivos en hombres y mujeres que migraron, que tienen una pareja migrante o que viven en un hogar con experiencia migratoria (Battaglia, 2015; De, 2013; Kessler *et al.*, 2010; Unger y Molina, 2000; White y Potter, 2015). En estas investigaciones se presentan similitudes en los elementos analíticos a tomar en cuenta para su realización, como son la identificación de la población que interactúa con el proceso migratorio y en qué etapa de la movilidad se encuentra, así como los factores estructurales que permean en la definición de la migración y características de la movilidad.

En las investigaciones revisadas, las perspectivas teóricas que se usaron como medio para explicar las diferencias, cambios o preferencias de uso de métodos anticonceptivos de la población que realiza o tiene interacción cercana con una migración, dependieron directamente de la etapa del proceso migratorio en la que se encontraba la población de estudio. Particularmente en esta investigación, al tener como población de interés a las mujeres residentes en México exmigrantes o retornadas, a las mujeres con pareja migrante y a las mujeres que viven en un hogar migrante, se consideró que los elementos teóricos para estudiar la condición migratoria como parte de la definición de sus prácticas anticonceptivas fueron los siguientes: el género como factor estructural para comprender la integración de las mujeres en los procesos migratorios, así como una parte de las teorías de la causalidad acumulativa, la teoría transnacional y de la socialización para dar un acercamiento a los cambios en las preferencias de salud sexual a partir de la migración.

Al revisar estas teorías se identificaron tres mecanismos por los cuales se puede definir una práctica anticonceptiva particular entre las mujeres con vínculos o experiencias migratorias: (1) según lo mencionado por Ariza (2000) la migración internacional a Estados Unidos puede ser un evento que, si se realiza por las mujeres, propicia su autonomía y el progreso individual lo que da un mayor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva a causa de interactuar con otras culturas. Pero, también como un fenómeno que puede incrementar las vulnerabilidades (Ariza, 2000; Pessar, 2005) y dificultar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva debido a que las personas exmigrantes o retornadas cuentan con un perfil epidemiológico específico derivado de la movilidad (Castañeda *et al.*, 2018); (2) El género y las relaciones de parentesco como elementos mediadores en la dinámica migratoria de los hogares, las cuales pueden definir nuevos escenarios en los que las mujeres con pareja migrante llevan a cabo los ciclos reproductivos (Muñoz, 2000) y de anticoncepción, así como remarcar los roles de género y los “sistemas de vigilancia” por parte de la familia y la comunidad mientras su pareja migrante retorna (Pessar, 2005; Szasz, 2010). Y, (3) la condición de tener un vínculo o experiencia migratoria, según lo mencionado por la teoría de la causalidad acumulativa (Torres, 2012) y la teoría transnacional (Ariza, 2002), puede ser precursora de adaptación a nuevas formas de vida y generadora de preferencias y expectativas distintas debido al intercambio de información (Massey *et al.*, 2000) lo que derivaría en una práctica anticonceptiva particular.

Tomando en cuenta estos mecanismos, se consideró que las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias se pueden ver influenciadas o definidas por la migración considerándola como una condición que, de manera indirecta determina preferencias, decisiones y formas de vida distintas de las cuales surge como resultado una práctica anticonceptiva particular. La revisión del marco contextual, así como de las perspectivas, teorías y conceptos para el estudio de la anticoncepción de las personas con vínculos o experiencias migratorias permitió plantear las dos principales hipótesis de la investigación: (1) la existencia de distintas prácticas anticonceptivas que están definidas por la interrelación de las características demográficas, socioeconómicas y culturales y por los indicadores que caracterizan la utilización de métodos anticonceptivos, y (2) diferencias en las prácticas anticonceptivas a partir del tipo de vínculo o experiencia migratoria que tengan las mujeres; para el caso de las exmigrantes una práctica más “autónoma” o “moderna”, caracterizada por el uso de anticonceptivos de menos duración; mientras que las mujeres con pareja migrante con una práctica anticonceptiva más asociada al control de la fecundidad temporal, es decir, con menor uso de anticonceptivos permanentes; y las mujeres en hogares migrantes con una práctica anticonceptiva similar a la de las mujeres sin vínculos o experiencia migratoria, debido a la lejanía de la interacción con el proceso migratorio.

Estrategia metodológica

Se consideró que la estrategia metodológica más adecuada para responder a las hipótesis planteadas fuera primero, un análisis estadístico descriptivo tanto de los indicadores que describen la práctica anticonceptiva como de las características demográficas, socioeconómicas y culturales de cada grupo de mujeres según su vínculo o experiencia migratoria; para posteriormente realizar un Análisis de Clases Latentes, técnica estadística que permite hacer agrupación de casos (mujeres) considerando el comportamiento que tienen con base en un conjunto de variables e interrelaciones definidas a partir del primer análisis descriptivo. Esta estrategia busca tomar en cuenta la dificultad de hacer conjeturas de relaciones lineales entre el haber realizado una migración y un cambio en la forma de uso de métodos anticonceptivos debido a la complejidad del fenómeno migratorio y de las prácticas anticonceptivas. Se considera que suponer o hipotetizar sobre este tipo de relaciones de causa-efecto se requieren datos longitudinales tanto de uso de métodos anticonceptivos como de los momentos de ocurrencia del proceso migratorio.

Lo anteriormente señalado es importante debido a que una de las principales limitantes que se presentó en la investigación fue que no se pudo desarrollar de manera más detallada el indicador de la tasa de continuidad anticonceptiva, el cual toma en cuenta fechas de inicio y fin de uso de cierto método anticonceptivo y permite analizar la información resultante en conjunto con otros sucesos, como puede ser el haber migrado o vivir con alguien que migró. Para el caso particular de esta investigación, el análisis de este indicador se tuvo que analizar de manera independiente de los demás indicadores debido a que, del total de la muestra conformada por mujeres con vínculos o experiencias migratorias, aproximadamente el 20% no contestó alguna de las preguntas con las cuales se crea la tasa de continuidad anticonceptiva. Habiendo reconocido esta limitante, en esta investigación fue posible analizar las dos dimensiones que componen las prácticas anticonceptivas, es decir: 1) las características demográficas, socioeconómicas y culturales y 2) los indicadores de la práctica anticonceptiva.

Características demográficas, socioeconómicas y culturales

Sobre las características demográficas, socioeconómicas y culturales se obtuvo que la estructura etaria de los cuatro grupos es muy similar, en la que predomina la población que tiene entre 40 y 54 años. Por otra parte, el grupo poblacional que presentó una mayor proporción de mujeres en hogares en localidades rurales fue el de mujeres con pareja migrante, lo cual fue una característica importante a considerar en relación con el comportamiento de los indicadores para la caracterización de las prácticas anticonceptivas. De igual forma, la variable nivel de escolaridad alcanzado reveló características peculiares entre las que se destaca que las mujeres exmigrantes son las que presentan una mayor proporción de población que tiene preparatoria concluida o más, mientras que para el caso de las mujeres con pareja migrante la mayoría presentó como nivel alcanzado secundaria completa lo cual las coloca como el grupo con menor nivel de escolaridad alcanzado.

Por otra parte, variables como la afiliación a instituciones de salud y autoadscripción indígena presentaron un comportamiento particular principalmente en las mujeres exmigrantes. Para el primer caso se observó que ellas son las que presentan el porcentaje más bajo de estar afiliadas a una institución de salud, en comparación con los otros grupos poblacionales, lo cual es importante de analizar en relación con el proceso migratorio, ya que, según lo revisado en la literatura (Castañeda *et al.*, 2018), ellas podrían presentar un perfil particular que les puede impedir el acceso

a servicios debido a falta de documentos para comprobar su residencia en México. Por otro lado, para el caso de autoadscripción indígena se observó que ellas fueron las que presentaron la proporción más baja de considerarse pertenecientes a algún grupo étnico.

Para el caso de las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias se observó, a manera de resumen, que la mayoría residen en localidades urbanas, el nivel de escolaridad alcanzado más común es preparatoria completa o más, la mayoría están unidas y tienen dos hijos. Este grupo poblacional, debido al gran tamaño de la muestra, presenta una mayor heterogeneidad dentro de sí mismo, lo cual fue necesario tener en cuenta a lo largo del análisis de los indicadores para caracterizar las prácticas anticonceptivas ya que, como se ha ido mencionando sus características se interrelacionan con su comportamiento.

Características de las prácticas anticonceptivas

Posterior a la caracterización del perfil demográfico, socioeconómico y cultural de cada una de las poblaciones se procedió a analizar los distintos indicadores construidos para la caracterización de las prácticas anticonceptivas. Se consideró que la mejor forma de examinar estos indicadores fue agrupándolos según su capacidad para ser analizados para todas las mujeres (independientemente de si eran usuarias o no al momento de la encuesta), para las usuarias al momento de la encuesta y aquellos que se deben analizar a nivel grupal, es decir a partir de un resultado único para una población agregada como ocurre con la tasa de continuidad anticonceptiva. La estrategia de clasificar los indicadores nace de haber examinado de una manera más detallada el indicador de tasa de prevalencia anticonceptiva en el cual se integró una nueva categoría nombrada como “exusuarias”.

La categoría de exusuarias en el indicador de prevalencia permitió explorar la utilización de anticonceptivos entre las mujeres que al momento de la encuesta no eran usuarias, pero que en algún momento de su vida lo han sido, lo cual se considera un aporte útil para el análisis de las prácticas anticonceptivas y, de manera amplia, para el estudio del acceso diferenciado de métodos anticonceptivos al permitir explorar el uso de una mayor población. Los indicadores que presentaron mayor heterogeneidad entre los distintos grupos poblacionales fueron las razones de no uso, los tipos de anticonceptivos alguna vez usados, el número de hijos que tenían las mujeres

al usar su primer anticonceptivo y si emplearon protección en la primera relación sexual²⁷. La heterogeneidad expuesta reveló que para comprender las prácticas anticonceptivas de las mujeres, con y sin vínculos o experiencias migratorias, es indispensable considerar que dentro de cada grupo poblacional conformado hay mujeres con distintas características demográficas, socioeconómicas y culturales, independiente del contexto migratorio.

Es importante considerar lo anterior en las investigaciones que exploran el uso de métodos anticonceptivos, ya que características como la edad, el nivel de escolaridad y el tamaño de localidad marcarán importantes diferencias en las preferencias de uso a pesar de que la población estudiada tenga alguna característica social o cultural en común. Con el fin de explorar de manera detallada esta variación, se realizó un análisis desagregado por las tres variables mencionadas para observar la heterogeneidad dentro de las poblaciones construidas, es decir, para las mujeres exmigrantes, con pareja migrante, que habitan en un hogar migrante y las que no tienen vínculos o experiencias migratorias.

En el análisis por edad dentro de cada grupo, tanto de las mujeres exmigrantes como de las mujeres con vínculos y sin vínculos migratorios, se observó la problemática estadística de contar con ceros muestrales en el grupo conformado por adolescentes, por lo que se considera necesario ampliar el alcance de la encuesta para esta población específica, ya que es una de las que puede estar más expuesta a riesgos de salud sexual y reproductiva. Por otra parte, se observó que la prevalencia anticonceptiva se ve fuertemente influenciada por el incremento de la edad, es decir, que las mujeres que se encuentran al final de la etapa reproductiva presentan un mayor uso de métodos anticonceptivos, esto sin importar si han tenido o no un vínculo o experiencia migratoria cercana. Lo anterior es un elemento por tomar en cuenta cuando se analiza la tasa de prevalencia anticonceptiva, ya que, según lo revisado en la literatura (Naciones Unidas, 2019), es un indicador usado por los ODS y por el gobierno federal para evaluar las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos que existen a lo largo del territorio mexicano, sin embargo, éste al ser analizado considerando la estructura etaria de la población puede evidenciar un mayor número de diferencias en el acceso a anticoncepción.

²⁷ Es importante recordar que aunque el haber usado en la primera relación sexual un método anticonceptivo no tiene una relación con la migración al no tener información longitudinal, se puede suponer que por la revisión de la literatura, que quienes usan protección en la primera relación sexual tienen a usar en las subsiguientes.

Siguiendo la misma línea de analizar el comportamiento de los indicadores según las características de cada población, se observó que al hacerlo por nivel de escolaridad se marcaban importantes diferencias no solo en las preferencias por los distintos métodos anticonceptivos, sino también en el número de hijos que tenían en el primer anticonceptivo usado tanto para las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias. En cambio, la condición de vivir en una localidad rural o urbana no mostró disimilitudes entre las poblaciones y dentro de ellas, lo que posiblemente sea indicativo de una disminución de las barreras que impiden el acceso a métodos anticonceptivos en localidades rurales.

El conjunto de resultados del análisis descriptivo reveló algunas características distintivas del uso de anticonceptivos en las mujeres con pareja migrante y exmigrantes y otras menos claras de identificar como para el caso de las mujeres en hogar migrante. Estos resultados permitieron hacer las siguientes afirmaciones: (1) existen diferencias en el comportamiento de uso de anticonceptivos de las mujeres con y sin vínculos o experiencias migratorias, (2) dentro de las distintas poblaciones, es decir, para cada grupo de mujeres, existen diferencias principalmente marcadas por la edad y el nivel de escolaridad alcanzado, (3) no es posible considerar que las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias presentan una única práctica anticonceptiva debido a la heterogeneidad de características demográficas, socioeconómicas y culturales que tiene el grupo dentro de sí mismo, (4) las mujeres exmigrantes y las mujeres con paraje migrante presentan características sociodemográficas y culturales completamente distintas por lo que es incorrecto afirmar que la migración internacional moldea una práctica anticonceptiva única en todas las mujeres que tienen contacto con una migración, ya que su definición se dará en función a la forma en como ellas se integren a los procesos migratorios y (5) es difícil realizar una identificación de las prácticas anticonceptivas que tiene cada grupo por medio de estadística descriptiva debido a la heterogeneidad que se presenta entre grupos y dentro de ellos.

Al evidenciar que no es posible la identificación de las prácticas anticonceptivas que tienen las distintas poblaciones por medio de estadística descriptiva, pero sí observar heterogeneidad en las dos dimensiones que las componen; se procedió a realizar el análisis de clases latentes para corroborar la existencia de grupos relacionados con perfiles específicos. Debido a la diversidad de características que se observaron dentro del grupo de mujeres sin vínculos o experiencias migratorias, así como las grandes diferencias de tamaños muestrales que presenta cada población,

se identificó la necesidad realizar dos modelos que clasificaran a las mujeres de acuerdo a la similitud de sus características, uno para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias y otro para las mujeres que no tienen vínculos o no han realizado una migración de este tipo. Lo anterior permitió mostrar un panorama más exacto de los resultados para cada grupo sin tener problemas asociados a los distintos tamaños de la muestra poblacional.

Tipos y perfiles de prácticas anticonceptivas

Para el caso de la modelación de clases latentes de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias se obtuvo que existen a su interior siete clases o grupos de mujeres que refieren a distintas prácticas anticonceptivas, en cambio para las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias se obtuvieron ocho clases o grupos. En la primera modelación, es decir, la de mujeres con vínculos o experiencias migratorias, se identificó que las mujeres exmigrantes tuvieron una mayor presencia en dos prácticas anticonceptivas en comparación con la de los otros dos grupos poblacionales (con pareja y en hogar migrante), las cuales de manera amplia se pueden considerar como “modernas”. Esto al analizarlo en relación con las perspectivas teóricas de referencia, muestra información importante, ya que, según lo enunciado por Ariza (2000) en la perspectiva de género, se espera que uno de los mecanismos por los cuales se define una práctica anticonceptiva particular es por medio de la migración como un evento que, al ser realizado por las mujeres, puede dar como resultado una mayor “autonomía” y “empoderamiento”.

Lo anterior puede ser un medio para explicar los resultados encontrados en las prácticas anticonceptivas de las mujeres exmigrantes, considerando que el estudio de la migración (en relación con la anticoncepción) se debe analizar como una condición que puede poner a las mujeres tanto en situaciones de ventaja como de desventaja para el desarrollo libre y sano de su sexualidad. Es decir que, como se ha ido mencionando a lo largo de la investigación, el evento migratorio *per se* no necesariamente cambiará la forma en que las mujeres usan los métodos anticonceptivos, pero sí las características sociales y culturales peculiares de su condición. Esto último cobra especial relevancia al analizarlo en conjunto con los resultados descriptivos de esta población, como ocurrió con la variable de afiliación a una institución de salud; en la que se observó que las mujeres exmigrantes presentan la proporción más baja de estar afiliadas y la mayor proporción de obtención de anticonceptivos en farmacias y tiendas de autoservicio. Este resultado particular es importante de enunciar ya que, como menciona Castañeda *et al* (2018) las personas retornadas

pueden enfrentar barreras institucionales, como la falta de documentos de identidad, para acceder a servicios de salud.

Por otro lado, para el caso de las mujeres con pareja migrante se observaron tres prácticas anticonceptivas representativas; una para las mujeres jóvenes y dos para las que se encuentran al final de la edad reproductiva. En estos tres perfiles se destaca que tienen un nivel de escolaridad alcanzado de secundaria completa y hay una mayor probabilidad de que las mujeres sean residentes de localidades rurales. La práctica anticonceptiva de las mujeres jóvenes se nombró como de *usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual*, en la que una de sus principales características es la utilización de anticonceptivos hormonales, lo cual, según la segunda hipótesis planteada, es lo que se esperaba debido a su condición de estar unidas o en pareja. En cambio, para las mujeres que se encuentran al final de su periodo reproductivo, no necesariamente se cumple esta hipótesis ya que, una de las prácticas anticonceptivas que se identificaron se caracteriza por el uso de anticonceptivos permanentes, aunque nuevamente con poco control de la fecundidad al comienzo de la vida sexual.

Los resultados anteriores pueden reafirmar lo planteado en el segundo mecanismo identificado por el cual se pueden dar prácticas anticonceptivas particulares. Este mecanismo toma en cuenta que los rasgos distintivos de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con pareja migrante estarían mediados por la adaptación de los ciclos reproductivos a causa de la migración de la pareja (Muñoz, 2000), así como por modos de vida en los que se remarcan los roles de género y los “sistemas de vigilancia” (Pessar, 2005; Szasz, 2010). Si bien, la afirmación de la adaptación de los ciclos reproductivos (y por ende cambios en el uso de métodos anticonceptivos) es difícil de comprobar por la limitada información sobre fechas de uso e interrupción, se observa que las características sociodemográficas de estas mujeres son indicativas de un perfil de “desventaja” en el que es común observar desigualdad de género. Lo anterior puede ser un factor que permee en una utilización menos “autónoma” y más adaptado a la dinámica del hogar con relaciones asimétricas de géneros y parentescos, en donde la anticoncepción está adaptada a las decisiones en pareja, en la cual, es posible que los hombres tengan un rol decisivo en qué y cuándo emplearlo.

Para el caso de las mujeres residentes en hogares con experiencias migratorias se observó que no hay una práctica anticonceptiva en la que tengan una mayor representatividad, en comparación con las otras dos poblaciones con vínculos o experiencias migratorias. Lo anterior reafirma de manera

parcial la segunda hipótesis planteada para el caso de esta población, ya que en ellas se esperaba que la condición de tener contacto con un evento migratorio no definiera particularidades en su práctica anticonceptiva tan evidentes debido a la lejanía del vínculo migratorio con la persona. A pesar de lo anterior es importante resaltar que las mujeres en hogar migrante presentaron una mayor proporción de población integrada en dos prácticas anticonceptivas: *mujeres jóvenes usuarias no regulares, con poca utilización de anticonceptivos al comienzo de la vida sexual* y la de *Mujeres jóvenes con práctica anticonceptiva “moderna” y segura desde el comienzo de la vida sexual*, las cuales a su vez son las más comunes en las mujeres con pareja migrante y exmigrantes respectivamente. Estos resultados reflejan la complejidad de identificar las prácticas anticonceptivas de las mujeres que residen en hogares migrantes, sin embargo, las ligeras similitudes mencionadas que presentan con las mujeres exmigrantes y con pareja migrante pueden ser indicativo de que la condición de tener un vínculo migratorio es capaz de generar nuevas preferencias y expectativas en los hogares (Ariza, 2002; Massey *et al.*, 2000).

Hasta este punto se logró el primer objetivo de la investigación, es decir, identificar las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias, el siguiente paso fue hacer una comparación con las prácticas anticonceptivas de las mujeres sin vínculos migratorios o que no han realizado una migración a Estados Unidos. Para lograr su comparación se usó la información de la segunda modelación de clases latentes, En ella se pudieron identificar ocho prácticas anticonceptivas muy similares a las ya obtenidas en la modelación de clases latentes para las mujeres con vínculos o experiencias migratorias. Lo anterior quiere decir que, debido a la variedad de características demográficas, socioeconómicas y culturales que tienen las mujeres sin vínculos o experiencias migratorias residentes en México, no se presentó una práctica anticonceptiva que no haya sido identificada también por el perfil sociodemográfico y de práctica anticonceptiva estimado en las mujeres con vínculos o experiencias migratorias.

Lo anterior debe ser analizado en conjunto con las variables seleccionadas para las modelaciones de clases latentes ya que es posible que sí existan particularidades en las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias en comparación con las prácticas de las mujeres sin vínculo o experiencias de este tipo, lo cual se puede ver reflejado con la selección de otras variables que sirvan para discriminar o perfilar mejor su utilización de anticonceptivos. Este es una de las varias cuestiones que quedan abiertas para próximas investigaciones, es decir ¿qué

otras variables e indicadores pueden describir de mejor manera las particularidades de las prácticas anticonceptivas de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias? Esta pregunta se plantea en el marco de la limitada información generada sobre la temática estudiada en el contexto mexicano y que pudiera tener una aproximación cuantitativa; por lo que en próximas investigaciones se pueden analizar otros indicadores y características que muestren de manera más amplia cómo la condición de ser migrante genera particularidades en las prácticas anticonceptivas o de manera más amplia en la experiencia de la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se considera importante hacer una reflexión sobre uno de los principales hallazgos de esta investigación, es decir, la importancia de estudiar los procesos migratorios y las distintas adaptaciones y consecuencias que conllevan desde una perspectiva de género. Lo anterior es relevante ya que, si bien, no fue posible identificar de manera exacta cómo ciertas desigualdades de género pueden traer consecuencias sobre la utilización de anticonceptivos que tienen las mujeres, se identifica a la migración como un proceso que sí puede aminorar o incrementar estas desigualdades y al parecer, tener consecuencias sobre las prácticas anticonceptivas. Este hallazgo puede servir como base en otras posteriores investigaciones que exploren aspectos relacionados con la anticoncepción de las mujeres con vínculos o experiencias migratorias pero también en aquellas que se busque estudiar todo lo relacionado con su sexualidad y reproducción.

Bibliografía

- Åkerman, E., Östergren, P., Essén, B., Fernbrant, C., y Westerling, R. (2016). Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *International Health and Human Rights*, 16(25), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0100-4>
- Alba, F., Giorguli, S., y Pascua, M. (2014). Cambios demográficos y desarrollo: acomodos azarosos. En C. Rabell Romero (Ed.), *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico* (pp. 561–593). Fondo de Cultura Económica.
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. I., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F., y Schiavon-Ermani, R. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica de Mexico*, 55(SUPPL.2), 235–240. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5120>
- Arango, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones : luz y sombra. *Migración y Desarrollo*, 1, 1–30. <https://doi.org/10.1177/0170840602232004>
- Araya Alpízar, C. (2010). *Modelos de clases latentes en tablas poco ocupadas : Una contribución basada en bootstrap*. Universidad de Salamanca.
- Ariza, M. (2000). Género y migración femenina: dimensiones analíticas y desafíos metodológicos. En D. Barrera Bassols y C. Oechmichen Bazán (Eds.), *Migración y relaciones de género en México* (Primera ed, pp. 33–62). GIMTRAP, A.C UNAM.
- Ariza, M. (2002). Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Revista Mexicana de Sociología*, 64(4), 53. <https://doi.org/10.2307/3541596>
- Arizpe, L. (1975). *Indígenas en la ciudad de México, el caso de “las Marias”*. Editorial Diana.
- Arriaga Estrada, M. J. (2016). *Hogares de los inmigrantes residentes en México en el año 2010: tipología y perfil comparativo de sus condiciones de vida*. El Colegio de México.
- Battaglia, M. (2015). Migration, health knowledge and teenage fertility: Evidence from Mexico. *SERIEs*, 6(2), 179–206. <https://doi.org/10.1007/s13209-015-0124-3>
- Bentley, R., y Kavanagh, A. M. (2008). Gender equity and women’s contraception use. *Australian Journal of Social Issues*, 43(1), 65–80. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.2008.tb00090.x>
- Bobes León, V. C. (2012). El transnacionalismo como enfoque. Una reflexión para construir un modelo analítico. En V. C. Bobes León (Ed.), *Debates sobre transnacionalismo* (Primera ed, pp. 9–24). FLACSO México.
- Bongaarts, J., Mauldin, W. P., y Phillips, J. F. (1990). The demographic impact of family planning programs. *Studies in Family Planning*, 21(6), 299–310. <https://doi.org/10.2307/1966918>
- Bronfman, M., López, E., y Tuirán, R. (1986). Practica anticonceptiva y clases sociales en Mexico: la experiencia reciente. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 1(2), 165–203.
- Caballero, M., Leyva Flores, R., Ochoa-Marín, S. C., Zarco, A., y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 50(3), 241–250. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000300008>
- Casique, I. (2001). What diference does it make? women’s autonomy and power and use of contraception in Mexico. *XXIV IUSSP General Population Conference, August*.

- Casique, I. (2011). Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26(3), 601–637.
- Castañeda, X., Castañeda-Camey, N., Valdemar Díaz, C. R., y Alonzo, O. (2018). Salud y derechos de los migrantes mexicanos retornados. Seguridad o desconsuelo. *Notas para la integración de los retornados*, 4.
- Cazorla, L. M., Vidal Uribe, R. S., y Saade Hazin, A. (2010). *Análisis de clases latentes. Una técnica para detectar heterogeneidad en poblaciones*. <https://martinpaladino.xyz/2018/10/08/análisis-de-clases-latentes/>
- CEPAL/CELADE. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*.
- Chandhick, N., Dhillon, B. S., Kambo, I., y Sexena, N. C. (2003). Contraceptive knowledge, practices and utilization of services in the rural areas of India. *Indian Journal of Medical Sciences*, 57(7), 301–310.
- Charlotte, E. (1978). *Migración femenina en América Latina, factores determinantes*. CELADE.
- Chávez Carapia, J. del C. (2004). *Perspectiva de género* (ENTS-UNAM (ed.)). Plaza y Valdés.
- Chávez Carapia, J. del C., Granados Alcantar, J. A., y Castro Guzmán, M. (2011). *Migración internacional, identidad de género y participación social de las mujeres* (J. del C. Chávez Carapia, J. A. Granados Alcantar, y M. Castro Guzmán (eds.); Primera ed). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Cibula, D. (2008). Women’s contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(4), 362–375. <https://doi.org/10.1080/13625180802511541>
- Consejo Nacional de Población. (2014). *Salud Sexual y Reproductiva de México*.
- Consejo Nacional de Población. (2016). *Prontuario sobre movilidad y migración internacional. Dimensiones del fenómeno*.
- De, P. K. (2013). Cultural transmission and contraceptive use: evidence from USA–Mexico migration. *Migration and Development*, 2(2), 286–311. <https://doi.org/10.1080/21632324.2013.800701>
- Dixon-Mueller, R., y Germain, A. (2007). Fertility regulation and reproductive health in the millennium development goals: The search for a perfect indicator. *American Journal of Public Health*, 97(1), 45–51. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.068056>
- Domingo, A., Bueno, X., y Esteve, A. (2014). El rapto de las latinas:migración latinoamericana y mercado matrimonial en España. En M. E. Zavala de Cosío y V. Rozée Gomez (Eds.), *El género en movimiento. Familias y migraciones* (Primera ed, pp. 41–66). El Colegio de México.
- Durand, J., y Massey, D. S. (2003). *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI* (Primera ed). Miguel Ángel Porrúa.
- Eguiluz Cárdenas, I., Torres Pereda, P., y Allen Leigh, B. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 3. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1124080213>
- Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., De Leon, M. E., Lomelin, G., y Quintanilla, M. de L. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos : Información general. En *Secretaría de Salud* (Vol. 1).
- García, B. (1976). Anticoncepción en el México rural, 1969. *Demografía y economía*, 10 (3), 297–351.
- Gardner, R., y Blackburn, R. (1997). People who move: new reproductive health focus. *Population reports*.

Series J: Family planning programs, 45, 1–27.

- Hughes, G. D., Hoyo, C., y Puoane, T. R. (2006). Fear of sexually transmitted infections among women with male migrant partners – relationship to oscillatory migration pattern and risk-avoidance behaviour. *South African Medical Journal, 96*(5).
- Humphries, H., Osman, F., Knight, L., y Abdool Karim, Q. (2019). Who is sexually active? Using a multi-component sexual activity profile (MSAP) to explore, identify and describe sexually-active high-school students in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health, 19*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6602-y>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). *Salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100805.pdf
- Kanaiaupuni, S. M. (2000). Reframing the migration question: An analysis of men, women, and gender in Mexico. *Social Forces, 78*(4), 1311–1347. <https://doi.org/10.1093/sf/78.4.1311>
- Kessler, K., Goldenberg, S. M., Quezada, L., Kessler, K., Goldenberg, S. M., y Quezada, L. (2010). Contraceptive Use, Unmet Need for Contraception, and Unintended Pregnancy in a Context of Mexico-U.S. Migration Electronic reference. *The Journal of Field Actions, 2010*(2), 0–6.
- Khan, R., Macquarrie, K. L. D., Nahar, Q., Sultana, M., y Arrangements, L. (2015). “*The Men Are Away*”: *How Women in Bangladesh with a Migrant Spouse Manage Fertility Intentions and Contraception*.
- Lakshmi Manjeera, M. (2013). Contraceptive practice among reproductiva age group of women in Justice K.S. Hegde Medical Collage Hospital, Mangalore. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2*(1), 39.
- Lapham, R. J., y Mauldin, W. P. (1985). Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs. *Studies in Family Planning, 16*(3), 117–137. <https://doi.org/10.2307/1967015>
- Lara, D., Decker, M. J., y Brindis, C. D. (2016). Exploring how residential mobility and migration influences teenage pregnancy in five rural communities in California: youth and adult perceptions. *Culture, Health and Sexuality, 18*(9), 980–995. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1150514>
- Latorre Reolon, A. (2016). *Trayectorias migratorias y socialización familiar: Las familias migrantes frente al riesgo de exclusión y malestar psicosocial de los hijos adolescentes*. Universitat de Barcelona.
- Lazarsfeld, P. F., y Henry, N. W. . (1968). *Latent Structure Analysis*. Houghton, Mifflin.
- Lerner, S., y Szasz, I. (2003). La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción. *Estudios Demográficos y Urbanos, 18*(2), 299–352.
- Leslie, J., Rubin-Kurtzman, J., y Goldani, A. M. (2001). La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres. En C. Stern y J. G. Figueroa (Eds.), *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos para la investigación* (Primera, pp. 165–196).
- Levitt, P. (2011). Social remittances revisited. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 37*(1).
- Leyva Flores, R., y Guerra y Guerra, G. (2011). *Fronteras y salud en América Latina* (Primera Ed). Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA.
- Leyva Flores, R., Quintino, F., Castañeda, X., Ruiz, J., y Lemp, G. (2008). *Oaxacalifornia: Vulnerabilidad y VIH/SIDA en migrantes indígenas*.
- Lindau, S. T., y Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ (Online)*,

340(7746), 580. <https://doi.org/10.1136/bmj.c810>

- Lindstrom, D. P., y Hernández Herrera, C. (2006). Internal Migration and Contraception in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 146–153.
- Lindstrom, D. P., y Muñoz-Franco, E. (2005). Migration and the diffusion of modern contraceptive knowledge and use in rural Guatemala. *Studies in Family Planning*, 36(4), 277–288. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2005.00070.x>
- Lira, N. E. O. (2018). *El patrón de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas y solteras: ¿las mexicanas ejercen su derecho a espaciar y limitar sus nacimientos?* [El Colegio de México]. <http://cedua.colmex.mx/>
- Manning, W. D., Longmore, M. A., y Giordano, P. C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 104–110. <https://doi.org/10.2307/2648158>
- Massey, D., Arango, J., Garaeme, H., Kouaosi, A., Pellegrino, A., y Taylor, J. E. (2000). Teorías sobre la migración internacional: una reseña y una evaluación. *Trabajo*, 3, 5–50.
- Massey, D. S. (1990). Social Structure, Household Strategies, and the Cumulative Causation of Migration. *Population Index*, 56(1), 3–26. <https://doi.org/10.2307/3644186>
- Measure Evaluation. (2016). *MEASURE Evaluation Population and Reproductive Health Project*.
- Minnis, A. (2010). U.S. Migration and Reproductive Health among Mexican Women: Assessing the Evidence for Health Selectivity. *Field Actions Science Reports. The journal of field actions, Special Issue 2*, 0–7.
- Mohammadi, M. R. F. (2004). Contraception continuation rate and reason for discontinuation in Zahedan, Islamic Republic in Iran. *La Revue de Sante de la Mediterranee orientale, Vol 10, No*, 260–267.
- Moreno, L. (1994). Residential Mobility and Contraceptive Use in Northeast Brazil. *DHS Working Papers*, 9, 2–41.
- Muñoz Aguirre, C. D. (2000). Impacto de la migración en la estructura y dinámica de los hogares. En D. Barrera Bassols y C. Oehmichen Bazán (Eds.), *Migración y relaciones de género en México* (Primera ed, pp. 157–181). GIMTRAP, A.C UNAM.
- Naciones Unidas. (2019). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Nájera, J. (2014). *Movilidad laboral transfronteriza y vida familiar de los trabajadores guatemaltecos en Chiapas*. El Colegio de México.
- Obel, J., Larsson, M., y Sodemann, M. (2014). Sexual and reproductive health and HIV in border districts affected by migration and poverty in Tanzania. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6), 420–431. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.944639>
- Oliveira, O. De. (1984). Migración femenina, organización familiar y mercados laborales en México. *Comercio Exterior*, 34(7), 676–687.
- Oliveira, O. De. (1998). Familia y relaciones de género en México. En B. Schmukler (Ed.), *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascentenales en América Latina y el Caribe* (pp. 23–52). Population Council, EDAMEX.
- Oliveira, O. De, Eternod, M., y De la Paz López, M. (1999). Familia y género en el análisis sociodemográfico. En B. García (Ed.), *Mujer, género y población en México* (p. 544). El Colegio de

México.

- Ordóñez Gómez, M. (1994). *La dinámica anticonceptiva en Colombia: Discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos*. Seminario sobre la Dinámica Anticonceptiva en América Latina.
- Ordorica-Mellado, M. (2014). 1974: Momento crucial de la política de población. *Papeles de Poblacion*, 81, 9–23.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2015). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*.
- Palma Cabrera, Y., Figueroa Perea, J. G., y Cervantes Carson, A. (1990). Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 52(1), 51–81.
- Palmerín Velasco, D. G. (2012). (Re)pensar el género y el transnacionalismo en el estudio de la migración: una propuesta basada en la experiencia vivida y la subjetividad. En V. C. Bobes León (Ed.), *Debates sobre transnacionalismo* (Primera ed, pp. 89–113). FLACSO México.
- Pedraza, S. (1991). Women and migration: the social consequences of gender. *Annual Review of Sociology*, 17, 303–326.
- Pessar, P. (2005). Women, gender, and international migration across and beyond the Americas: inequalities and limited empowerment. *Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean*, 30(November), 1–26. https://www.un.org/esa/population/meetings/IttMigLAC/P08_PPessar.pdf
- Ponce, A. M., y CEPAL/CELADE. (1973). A proposito de las preguntas que miden conocimiento de métodos anticonceptivos; un enfoque metodológico. *Series históricas de la CEPAL*, 2.
- Portes, A. (2005). Convergencias teóricas y evidencias empíricas en el estudio del transnacionalismo de los inmigrantes. *Migración y Desarrollo*, 4(primer semestre), 2–19.
- Quintino, F., Leyva Flores, R., Cerón, M., y Guzmán, E. (2011). El contexto: Salud y migración en la frontera México-Guatemala. En R. Leyva Flores y F. Quintino (Eds.), *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México* (Primera Ed, pp. 37–50). Instituto Nacional de Salud Pública UNFPA.
- Regules García, R. (2014). “*Sí quiero...y no puedo...migración y el imaginario reproductivo*” [El Colegio de México]. <http://cedua.colmex.mx/>
- Richters, J., Fitzadam, S., Yeung, A., Caruana, T., Rissel, C., Simpson, J. M., y de Visser, R. O. (2016). Contraceptive practices among women: the second Australian study of health and relationships. *Contraception*, 94(5), 548–555. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.06.016>
- Rodríguez Wong, L., y Perpétuo, I. (2011). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo - 1994. En *Serie Población y Desarrollo*.
- Romo, L. F., Berenson, A. B., y Segars, A. (2004). Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States. *Contraception*, 69(3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2003.10.011>
- Rondán Cataluña, F. J., Villarejo Ramos, Á. F., y Sánchez Franco, M. J. (2007). La segmentación mediante clases latentes en el sector de la telefonía móvil: relación entre calidad de servicio, satisfacción y confianza con la intención de recompra. *Estudios sobre consumo*, 81(81), 79–88.

- Sandoval Forero, E. A. (2013). Dinámicas familiares transnacionales en la migración México-Estados Unidos. En E. A. Sandoval Forero, R. P. Román Reyes y R. Salas Alfaro (Eds.), *Familia y migración* (Primera ed, pp. 55–122). Miguel Ángel Porrúa.
- Sandoval Forero, E. A., Román Reyes, R. P., y Salas Alfaro, R. (2013). *Familia y migración* (Primera ed). Miguel Ángel Porrúa.
- Shattuck, D., Wasti, S. P., Limbu, N., Chipanta, N. S., y Riley, C. (2019). Men on the move and the wives left behind: the impact of migration on family planning in Nepal. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 1647398. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1647398>
- Skouby, S. O. (2010). Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(sup2), S42–S53. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.533002>
- Szasz, I. (2010). La perspectiva de género en el estudio de la migración femenina en México. En B. García (Ed.), *Mujer, género y población en México* (Segunda Ed, pp. 167–210). El Colegio de México.
- Torres Falcon, M. (2012). La migración y sus efectos en la cultura. *Sociológica*, 77, 301–306.
- Unger, J. B., y Molina, G. B. (2000). Acculturation and attitudes about contraceptive use among latina women. *Health Care for Women International*, 21, 235–249.
- Valdiviezo, N. V. (2014). Uso de métodos anticonceptivos en un grupo de mujeres indígenas jóvenes de Oaxaca, México, en 2008. Algunas reflexiones desde la salud sexual y reproductiva, y los derechos humanos. En *VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población* (Vol. 2).
- Velasco Vázquez, M. de L. (2008). *Un Modelo de Regresión Poisson Inflado para Analizar datos de un Experimento de Fungicidas en Jitomate*. Universidad Veracruzana.
- Welti, C. (1994). La Demografía en México, las etapas iniciales de su evolución y sus aportaciones al desarrollo nacional. *Papeles de población*, 17(69), 9–47. <https://bit.ly/2mIMXF3>
- White, K. L., y Potter, J. E. (2015). Patterns of contraceptive use among Mexican-origin women. *Demographic Research*, 28(41). <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.28.41.Patterns>
- Zabin, L. S., Kantner, J. F., y Zelnik, M. (1979). The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. *Family Planning Perspectives*, 11(4), 215–222. <https://doi.org/10.2307/2134252>
- Zavala de Cosío, M. E., y Rozée Gomez, V. (2014). *El género en movimiento. Familias y Migraciones* (M. E. Zavala de Cosío y V. Rozée Gomez (eds.); Primera ed). El Colegio de México.
- Zheng, Z., Zhou, Y., Zheng, L., Yang, Y., Zhao, D., y Zhao, S. (2001). Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers in five cities in China. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 118–127. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90015-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90015-1)

Anexos

Mapa A1. Regiones migratorias



Fuente: Elaboración propia con base en Durand y Massey (2003). Regiones Migratorias [mapa]. *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI* (p. 71)

Cuadro A1. Consideraciones para la creación de indicadores de la dinámica de uso de métodos anticonceptivos.

Indicador	Pregunta	Respuestas de encuesta	Clasificaciones del indicador
<i>Conocimiento de métodos anticonceptivos</i>	8.1. ¿Quisiera usted decirme de qué métodos ha oído hablar? A. Operación femenina, OTB o ligadura de trompas B. Operación masculina o vasectomía C. Pastillas anticonceptivas D. Inyecciones o ampollitas anticonceptivas E. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant F. Parche anticonceptivo G. DIU, dispositivo o aparato (de cobre) H. Condón o preservativo masculino I. Condón o preservativo femenino J. Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas K. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica L. Retiro o coito interrumpido M. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia N. Otros métodos para evitar embarazo	Sí (espontáneamente) Sí (con ayuda) No	Cuenta el total de anticonceptivos que conoce (espontáneamente o con ayuda) cada mujer
<i>Prevalencia anticonceptiva</i>	8.3. ¿Alguna vez usted o su pareja han utilizado algún método para evitar embarazo? 8.9. ¿Actualmente usted (o su pareja) están utilizando algún método para evitar embarazo? 8.10. ¿Está usted (o su pareja) operada para evitar el embarazo?	Sí No	a) Usuaría b) Exusuaría c) Nunca usuaria
<i>Tipo de método anticonceptivo usado al momento de la encuesta</i>	8.11. ¿Qué está utilizando usted (o su pareja) para no tener hijas(os)?	1. Operación femenina 2. Operación masculina 3. Pastillas anticonceptivas 4. Inyecciones o ampollitas anticonceptivas 5. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant 6. Parche anticonceptivo 7. DIU, dispositivo o aparato (de cobre) 8. Condón o preservativo masculino 9. Condón o preservativo femenino 10. Óvulos jaleas o espumas anticonceptivas 11. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica 12. Retiro o coito interrumpido 13. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 14. Otro método 99. No responde	a) Permanentes (1,2) b) Hormonales y espermatocidas (3,4,5,6,7,10,13) c) De barrera (8,9) d) Tradicionales (11,12)

<i>Alguna vez usuaria por tipo de método anticonceptivo</i>	8.11. ¿Qué está utilizando usted (o su pareja) para no tener hijas(os)? 8.23. ¿Qué hicieron usted o su pareja antes de (método actual), para evitar embarazo? / ¿Qué fue lo último que usted o su pareja hicieron para evitar el embarazo? 8.31. ¿Qué fue lo primero que usted o su pareja hicieron para evitar el embarazo?	1. Operación femenina 2. Operación masculina 3. Pastillas anticonceptivas 4. Inyecciones o ampollas anticonceptivas 5. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant 6. Parche anticonceptivo 7. DIU, dispositivo o aparato (de cobre) 8. Condón o preservativo masculino 9. Condón o preservativo femenino 10. Óvulos jaleas o espumas anticonceptivas 11. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica 12. Retiro o coito interrumpido 13. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 14. Otro método 99. No responde	a) Permanentes (1,2) b) Hormonales y espermatocidas (3,4,5,6,7,10,13) c) De barrera (8,9) d) Tradicionales (11,12) e) Sin uso
<i>Lugar de obtención de anticonceptivo actual</i>	8.13. Lugar de obtención del anticonceptivo actual ¿Dónde la (lo) operaron? / ¿A dónde fue a que le pusieran el anticonceptivo? / ¿Dónde consiguió el anticonceptivo (menor código de pregunta 8.11) cuando lo empezó a usar?	1. Seguro social (IMSS, IMSS-PROSPERA/Oportunidades) 2. ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3. Centro de salud u hospital de la SSA (Seguro Popular) 4. Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.) 5. Consultorio, clínica u hospital privado 6. Partera(o) 7. Farmacia o tienda de autoservicio 8. Otro lugar 9. No responde	a) Institución de salud pública (1,2,3,4) b) Institución de salud privada (5) c) Farmacia o tienda de autoservicio (7) d) Otro lugar o prefiere no responder (6,8,9) e) Usarias recetadas (razones de salud) y de métodos tradicionales
<i>Razón de uso</i>	8.12. Motivo de uso (actual) ¿Usted (o su pareja) se operó... ¿Actualmente usa (Método de menor código en pregunta 8.11) ...	1. para que no se embarace nunca más? 2. para que no quede embarazada por algún tiempo? 3. porque se lo indicó el (la) doctor(a) por motivos de salud? 4. ¿por otra razón?	a) Limitar los nacimientos b) Espaciar los nacimientos c) Por razones de salud y otras

<i>Razón de no uso</i>	8.21. ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está utilizando algún método para evitar embarazo?	1. Está embarazada 2. Quiere embarazarse 3. Porque dejó de tener relaciones sexuales 4. Porque nunca ha tenido relaciones sexuales 5. Porque está en menopausia o por esterilidad de ella o su pareja 6. Porque no tiene pareja, por ausencia temporal de pareja o porque no tiene pareja estable 7. Teme a los efectos secundarios 8. Tuvo efectos secundarios 9. Se opone su pareja 10. Tiene una enfermedad y prefiere no usar 11. Está dando pecho a uno de sus hijos 12. Por razones religiosas 13. Expulso DIU 14. No está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos 15. No conoce métodos anticonceptivos 16. No sabe cómo se usan los métodos 17. No sabe dónde obtenerlos 20. Otra 99. No responde	a) Esta embarazada o se quiere embarazar c) Porque dejó de tener relaciones sexuales/porque no tiene pareja o porque no tiene pareja estable d) Otras razones
<i>Tasa de continuidad anticonceptiva</i>	8.17. Fecha de inicio de uso de anticonceptivo actual 8.27. Fecha de inicio del último o penúltimo método 8.28. Fecha de término del último o penúltimo método 8.35. Fecha de inicio del primer anticonceptivo 8.36. Fecha de término del primer anticonceptivo	Mes de comienzo y fin Año de comienzo y fin	Total de meses que ha usado métodos anticonceptivos
<i>Utilización de anticonceptivos alguna vez</i>	8.3. ¿Alguna vez usted o su pareja han utilizado algún método para evitar embarazo? 8.9. ¿Actualmente usted (o su pareja) están utilizando algún método para evitar embarazo? 8.19. ¿Antes de (método actual), usted (o su pareja) utilizó algún método para evitar embarazo? 8.29. ¿Antes del método anterior, usted o su pareja utilizaron algún método para evitar embarazo?	Sí No	0 anticonceptivos 1 anticonceptivo 2 anticonceptivos 3 anticonceptivos
<i>Número de hijos al usar el primer anticonceptivo</i>	8.20. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el método actual? 8.30. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el penúltimo o último método? 8.37. ¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar el primer método?	Número de hijos que reportada la entrevistada	0 hijos 1 hijo 2 hijos 3 o más

<i>Uso de protección anticonceptiva en la primera relación sexual</i>	En la primera relación sexual, ¿qué fue lo que usted o su pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?	1. No usaron nada 2. Pastillas anticonceptivas 3. Inyecciones o ampollitas anticonceptivas 4. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant 5. Parche anticonceptivo 6. DIU, dispositivo o aparato (de cobre) 7. Condón o preservativo masculino 8. Condón o preservativo femenino 9. Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas 10. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica 11. Retiro o coito interrumpido 12. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia 13. Otro método 99. No responde	Usuaría No usuaria
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

Cuadro A2. Consideraciones para la creación de indicadores de la dinámica de uso de métodos anticonceptivos.

Indicador	Pregunta	Respuestas de encuesta	Clasificaciones del indicador
<i>Edad</i>	5.2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Edad en años	15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 54
<i>Tamaño de localidad</i>	Sin preguntada. Clasificación creada para fines operativos de la encuesta a partir del lugar en donde se localiza (En base de datos variable t_loc_ur)	Urbana Rural	Urbana Rural
<i>Nivel de escolaridad alcanzado</i>	3.17 Nivel y grado de escolaridad ¿Cuál es el último año o grado que aprobó en la escuela?	Grados que aprobó en años y Niveles de escolaridad: Ninguno Preescolar o Kinder Primaria Secundaria Normal básica Estudio técnico terminal con secundaria Preparatoria o bachillerato Estudio técnico superior con preparatoria terminada Licenciatura o Ingeniería Especialidad Maestría Doctorado	Sin escolaridad, preescolar y primaria incompleta Primaria completa Preparatoria completa Más de preparatoria
<i>Estado Conyugal</i>	10.1. ¿Actualmente usted... (1) vive con su pareja en unión libre? (2) está separada de una unión libre? (3) está separada de un matrimonio?	Selección de respuesta (1 a 8) de la pregunta 10.1	Unida (1,7) No unida (2, 3, 4, 5, 6, 8)

	(4) está divorciada? (5) está viuda de una unión libre? (6) está viuda de un matrimonio? (7) está casada? (8) está soltera?		
<i>Número de hijos</i>	5.9. En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido?	Número de hijos	0, 1, 2, 3, 4 o más
<i>Afiliación a una institución de salud</i>	3.5. ¿Tiene derecho o acceso a servicios médicos en... a) Seguro Social (IMSS)? b) ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etcétera)? c) Pemex, Defensa o Marina? d) Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI? e) Seguro privado? f) otra institución?	Para cada inciso: Si No	Afiliada No afiliada
<i>Autoadscripción indígena</i>	3.14. ¿Se considera indígena de acuerdo a sus tradiciones y costumbres?	Si No	Si No
<i>Remesas</i>	3.22. ¿Durante el mes pasado recibió dinero por ayuda de personas que viven en otro país?	Si No	Si No
<i>Región migratoria</i>	Sin pregunta. Clasifica a las personas según la entidad en donde se ubica la vivienda	Entidad de residencia	Norte, Histórica, Centro, Sur

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018

Cuadro A3. Tabla de vida para la continuidad de uso de métodos anticonceptivos

Intervalo en meses (x)	Total comienzos (Nx)	Discontinuaron (Tx)	Pérdidas (Cx)	Probabilidad de continuar (fx)	Error estándar	Intervalo de confianza		
0	30	57986	11059	6062	0.7988	0.0017	0.7954	0.8021
30	60	40865	7755	2074	0.6432	0.0021	0.6391	0.6473
60	90	31036	5729	1111	0.5223	0.0022	0.518	0.5267
90	120	24196	4522	487	0.4237	0.0022	0.4193	0.4281
120	150	19187	3876	315	0.3374	0.0022	0.3332	0.3417
150	180	14996	3248	172	0.2639	0.002	0.2599	0.2679
180	210	11576	2948	140	0.1963	0.0019	0.1927	0.2
210	240	8488	2687	75	0.1339	0.0016	0.1307	0.1371
240	270	5726	2063	49	0.0854	0.0013	0.0828	0.0881
270	300	3614	1607	41	0.0472	0.001	0.0453	0.0493
300	330	1966	981	20	0.0235	0.0007	0.0221	0.025
330	360	965	572	14	0.0095	0.0005	0.0086	0.0105
360	390	379	255	5	0.0031	0.0003	0.0026	0.0036
390	420	119	96	2	0.0006	0.0001	0.0004	0.0009
420	450	21	16	0	0.0001	0.0001	0.0001	0.0003
450	480	5	5	0	0	.	.	.

Fuente. Elaboración propia con datos de la ENADID, 2018