



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

**PERCEPCIÓN DEL RIESGO, REPORTE DE SÍNTOMAS Y RESPUESTAS
ANTE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: UNA APROXIMACIÓN
DESDE LA SITUACIÓN CONYUGAL DE MUJERES Y HOMBRES EN
MÉXICO 2003**

Tesis presentada por

MARIANA LUGO ARELLANO

Para optar por el grado de

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Director de tesis

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DE 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a El Colegio de México por el respaldo institucional y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por el apoyo financiero que hicieron posible una etapa más de mi vida académica. De manera especial, agradezco a Carlos Echarri por su compromiso y constancia en la dirección de esta tesis; su guía y apoyo fueron fundamentales en este proceso. De la misma forma, agradezco a Beatriz Novak por su acompañamiento y lectura de este proyecto, así como por sus comentarios puntuales que enriquecieron la investigación.

Con mucho respeto, agradezco a mis profesoras y profesores que compartieron su conocimiento y amplia experiencia; gracias a cada uno de ustedes por enseñarme las bondades y exigencias de la demografía: Carlos Echarri, Víctor García, Fátima Juárez, Rosario Cárdenas, María Eugenia Zavala, Alejandro Aguirre, Fortino Vela, Jaime Sobrino, Manuel Ángel Castillo, Alejandro Mina, Edith Pacheco, Emma Liliana Navarrete, Manuel Ordorica, Landy Sánchez, Francisco Alba, Silvia Giorguli, Alfonso Sandoval, Jéssica Nájera, Álvaro Hernández y Beatriz Novak. De manera particular y con mucho cariño, quiero agradecer a Juan Guillermo Figueroa que constantemente me recordó la importancia de disfrutar este proceso y retroalimentó de manera importante mis ideas y trabajos sobre paternidades. Agradezco también a Mauricio Rodríguez por su apoyo y disposición para resolver todas mis dudas estadísticas.

Quiero agradecer a mis compañeras y compañeros que enriquecieron sustancialmente mi formación académica; tengo una gran admiración por cada uno de ustedes. Agradezco profundamente a mis amigas y amigos que se convirtieron en mi familia y llenaron de alegría mi paso por el Colmex: Rosa, Álvaro, Manuel, Kathryn, Karina, Carmen, Johana y Cecilia. Su apoyo y sincera amistad me hizo crecer profesional y personalmente. Carmen: gracias por ser mi compañera de batalla y desvelos, mi vecina de computadora, mi lectora de cabecera, mi amiga; gracias porque sin ustedes esto no habría sido lo mismo. Por último, pero no por eso menos importante, agradezco a mi papá, mamá, hermana y hermano por apoyarme en todo momento, por impulsar mis sueños y por su profundo amor. Gracias a mi compañero de vida, Fernando, por su apoyo incondicional en este proceso y por su compañía en esta aventura llamada vida; gracias por tomarme de la mano y caminar a mi lado.

RESUMEN

Esta investigación busca analizar los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual, en el reporte de síntomas y en las respuestas ante tales síntomas en mujeres y hombres alguna vez unidos; para ello se utiliza la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada en México en 2003. Mediante un análisis descriptivo se caracteriza a mujeres y hombre casados, en unión libre y exunidos; posteriormente, con modelos de regresión logística multivariada se analiza el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, el reporte de síntomas asociados a ITS y las respuestas ante tales síntomas.

Los resultados muestran que las mujeres en unión libre y las exunidas son más propensas a percibir el riesgo de que su pareja le transmita una ITS que las casadas; particularmente, las mujeres en unión libre presentan contextos de alta vulnerabilidad social y alta exposición al riesgo de ITS. La situación conyugal no presenta efectos diferenciados sobre el reporte de síntomas, pero sí lo hace para las respuestas ante estos: se identifica un efecto selectivo de las mujeres en unión libre con mayores niveles educativos que están respondiendo en mayor medida que las casadas con ese mismo nivel de escolaridad. En el caso de los hombres, la situación conyugal no tiene efectos diferenciados sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y sobre el reporte de síntomas de ITS, pero sí tiene poder explicativo en la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS: los hombres en unión libre son más propensos a percibir el riesgo que los casados; en esta situación conyugal se presenta contextos de alta vulnerabilidad social y alta exposición al riesgo de ITS. Por su parte, los exunidos presentan menor propensión a percibir el riesgo que los casados; situación que podría reflejar una sensación de inmunidad subjetiva, ya que sus prácticas también muestran contextos de exposición al riesgo de ITS.

Con este trabajo se amplía el conocimiento que se tiene respecto a la sexualidad de la población femenina y masculina con distinta situación conyugal; esta investigación se focaliza en población poco estudiada en la problemática de las ITS, lo que contribuye a identificar diversos escenarios de riesgo y evidencia la necesidad de involucrarles en servicios de salud sexual y programas preventivos para que su ejercicio de la sexualidad se lleve a cabo sin riesgos, con prácticas de autocuidado y cuidado hacia la pareja.

ÍNDICE

1	Introducción	13
1.1	Justificación	14
1.2	Planteamiento del problema	16
1.3	Estructura de la tesis	18
2	Marcos normativos sobre salud sexual y reproductiva	21
2.1	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994)	21
2.2	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2012)	23
2.3	Objetivos del Desarrollo del Milenio y Objetivos del Desarrollo Sostenible	26
2.4	Marco jurídico y normativo en México	26
2.5	Consideraciones generales.....	28
3	La epidemiología de las infecciones de transmisión sexual en México	30
3.1	Prevalencia, transmisión y síntomas.....	31
3.2	Detección, control y prevención de las infecciones de transmisión sexual.....	41
3.3	Factores asociados a las infecciones de transmisión sexual.....	44
3.4	Consideraciones generales.....	47
4	Nupcialidad de hombres y mujeres en México.....	48
4.1	Formación de uniones.....	49
4.2	Disolución conyugal	57
4.3	Nuevas nupcias	63
4.4	Consideraciones generales.....	64
5	Marcos culturales y normas de género en torno a las prácticas sexuales de hombres y mujeres en México.....	65
5.1	Normas diferenciadas de sexualidad entre hombres y mujeres	65
5.2	Sexualidad y relaciones de pareja.....	67
5.3	Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual	69
5.4	Consideraciones generales.....	75
6	Estrategia metodológica.....	77
6.1	Preguntas	77
6.2	Objetivos.....	78

6.3	Hipótesis	79
6.4	Métodos	81
6.5	Fuentes de información	82
6.6	Variables.....	87
6.7	Limitaciones metodológicas	96
6.8	Implicaciones y alcances de la tesis	98
7	Características de la población alguna vez unida	101
7.1	Percepción del riesgo, reporte de síntomas y respuestas ante síntomas de infecciones de transmisión sexual	101
7.2	Características sociodemográficas.....	104
7.3	Elementos de la trayectoria sexual	108
7.4	Nociones y prácticas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual.....	113
7.5	Consideraciones generales.....	116
8	Percepción del riesgo, reporte de síntomas y respuestas ante infecciones de transmisión sexual en población femenina alguna vez unida	120
8.1	Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual	122
8.2	Reporte de síntomas asociados a infecciones de transmisión sexual y respuestas ante tales síntomas.....	131
9	Percepción del riesgo y reporte de síntomas de infecciones de transmisión sexual en población masculina alguna vez unida.....	140
9.1	Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual	140
9.2	Reporte de síntomas asociados a infecciones de transmisión sexual	152
10	Conclusiones	159
10.1	Población femenina alguna vez unida	162
10.2	Población masculina alguna vez unida.....	165
10.3	Limitaciones generales y aportaciones de la investigación	168
10.4	Recomendaciones para investigaciones futuras y políticas preventivas	170
11	Bibliografía.....	172
12	Anexos.....	182
12.1	Anexo A: sección metodológica.....	182
12.2	Anexo B: población femenina	192

12.3 Anexo C: población masculina.....	198
--	-----

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Tipos de unión en México.....	50
Ilustración 2. Formas de disolución conyugal.....	58
Ilustración 3. Efecto de las variables sobre la percepción del riesgo de ITS	94
Ilustración 4. Efecto de las variables sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas.....	95
Ilustración 5. Esquema de marco teórico	100
Ilustración 6. Muestra inicial y muestra final de población femenina	121
Ilustración 7. Muestra inicial y muestra final de población masculina.....	141

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Etiología de las ITS más frecuentes	31
Cuadro 2. Principales signos y síntomas de las ITS más frecuentes.....	33
Cuadro 3. Connotaciones atribuidas a los diferentes tipos de mujer	71
Cuadro 4. Características de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003.....	86
Cuadro 5. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas y las respuestas ante tales síntomas por sexo y situación conyugal. México, 2003.....	103
Cuadro 6. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según características sociodemográficas por sexo y situación conyugal. México, 2003.....	107
Cuadro 7. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según elementos de la trayectoria sexual por sexo y situación conyugal. México, 2003.....	112
Cuadro 8. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según nociones y prácticas relacionadas con las ITS por sexo y situación conyugal. México, 2003.....	115
Cuadro 9. Contextos de riesgo en mujeres alguna vez unidas por situación conyugal.....	117
Cuadro 10. Contextos de riesgo en hombres alguna vez unidos por situación conyugal	119
Cuadro 11. Distribución porcentual de las variables independientes según percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	124

Cuadro 12. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	125
Cuadro 13. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	130
Cuadro 14. Distribución porcentual de las variables independientes según reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	133
Cuadro 15. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	134
Cuadro 16. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	136
Cuadro 17. Distribución porcentual de las variables independientes según percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003.....	144
Cuadro 18. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003.....	147
Cuadro 19. Distribución porcentual de las variables independientes según reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003.....	155
Cuadro 20. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos.....	156

Anexo A: sección metodológica

Cuadro A1. Variables dependientes	185
Cuadro A2. Variables independientes: factores sociodemográficos	187
Cuadro A3. Variables independientes: elementos de la trayectoria sexual.....	188
Cuadro A4. Variables independientes: nociones y prácticas relacionadas con las ITS	189
Cuadro A5. Niveles de correlación de las variables en la población femenina	190
Cuadro A6. Niveles de correlación de las variables en la población masculina.....	191

Anexo B: población femenina

Cuadro B1. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra para los modelos sobre percepción del riesgo de ITS y reporte de síntomas de ITS. México, 2003.....	192
Cuadro B2. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra para el modelo sobre reporte de síntomas de ITS. México, 2003.....	193
Cuadro B3. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial bivariada sobre percepción del riesgo, reporte de síntomas y respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003	194
Cuadro B4. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	195
Cuadro B5. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003.....	196
Cuadro B6. Observaciones y distribución porcentual de las respuestas ante síntomas de ITS por situación conyugal y nivel educativo. México, 2003	197

Anexo C: población masculina

Cuadro C1. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra. México, 2003.....	198
Cuadro C2. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial bivariada sobre la percepción del riesgo de ITS y el reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003.....	200
Cuadro C3. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003.....	202
Cuadro C4. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos, México, 2003.....	203
Cuadro C5. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003	204

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de población unida de 12 años y más según su situación conyugal por sexo. México 2000, 2010, 2015	51
Gráfico 2. Distribución porcentual de población exunida de 12 años y más según su situación conyugal por sexo. México 2000, 2010, 2015	60
Gráfico 3. Distribución porcentual del uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS en población masculina alguna vez unida según la persona con la que se tuvo la última relación sexual.....	110
Gráfico 4. Distribución porcentual de consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales en población masculina alguna vez unida según reporte de síntomas de ITS	158

1 INTRODUCCIÓN

Las investigaciones demográficas tienen como eje central los procesos de fecundidad, mortalidad y migración; sin embargo, la disciplina ha desarrollado una serie de subtemas que le han permitido ampliar su campo de estudio y problematizar diversas interrelaciones sociodemográficas: matrimonio y familia, fuerza de trabajo, biodemografía, demografía histórica, etnicidad y género (Baumle, 2013b). La sexualidad se ha configurado como un subcampo reciente: la presencia de investigaciones sobre salud sexual, pese a que se realizan con poca frecuencia, se desarrollan a partir de los años noventa en un contexto en el que se discute a nivel internacional la conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos (Szasz, 2004). La salud sexual y reproductiva forma parte de la agenda demográfica y su discusión se ha hecho presente en diversas conferencias internacionales y regionales de población, entre las que destacan la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994 y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2012.

Las investigaciones demográficas sobre el comportamiento sexual surgen como respuesta del brote del VIH/Sida, pero también debido al reconocimiento de que el diseño de intervenciones y políticas de salud sexual y reproductiva requiere de un profundo conocimiento sobre las tendencias y las diferencias regionales en el tema (Bozon, Gayet, y Barrientos, 2009). Algunas características propias de la tendencia demográfica, las trayectorias sexuales y los patrones en la formación de pareja se encuentran relacionadas con la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS); “las poblaciones se producen dentro de contextos socioeconómicos y culturales, y éstos se modifican y son modificados por la estructura, flujos y cambios sociodemográficos” (UNFPA, 2007, p. 11).

La demografía de la sexualidad estudia patrones sobre comportamientos sexuales e identidades de género, así como su impacto/relación con otros componentes demográficos (Baumle, 2013b). Se ha centrado principalmente en cuestiones de salud e implicaciones reproductivas; es decir, se han estudiado factores relacionados con VIH/Sida, uso del condón y homosexualidad, y se ha relacionado fuertemente con el fenómeno de la fecundidad. Sin embargo, el tema de la sexualidad atraviesa distintas dimensiones poblacionales, incluyendo migración y morbilidad (Baumle, 2013a). Para Szasz (2004), los hallazgos de las investigaciones demográficas sobre prácticas sexuales contribuyen a la comprensión de transformaciones sociales, culturales, conyugales y de la organización familiar.

La disciplina demográfica ha contribuido con técnicas que buscan captar la duración y el calendario de fenómenos poblacionales en general y de prácticas sexuales en particular; para ello utiliza diversas perspectivas entre las que se encuentran el curso de vida (Baumle, 2013b), las biografías sexuales, las trayectorias sexuales y conyugales, así como análisis comparativos entre sexos, generaciones, clases sociales y contexto rural-urbano (Szasz, 2004). También ha construido una serie de indicadores sobre prácticas sexuales que permiten dar cuenta de contextos diversos en los que se articulan las relaciones de género, la sexualidad y las desigualdades socioeconómicas (Szasz, 2004); sin embargo, la demografía sobre sexualidad en México enfrenta importantes retos en la generación de encuestas, datos y variables que profundicen y consideren la diversidad de prácticas, de identidades de género y de orientaciones sexuales.

La presente investigación cuantitativa busca analizar los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual, en el reporte de síntomas y en las respuestas ante tales síntomas entre la población mexicana alguna vez unida;¹ se busca diferenciar los resultados por sexo e identificar, entre esos factores, la importancia de la situación conyugal. Para ello se utiliza la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) realizada en México en 2003. Este trabajo se inserta en un marco analítico que considera una dimensión del curso de vida de la población: la situación conyugal, así como un contexto de relaciones de género y de normas sexuales diferenciadas para mujeres y hombres.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones en México sobre prácticas sexuales e infecciones de transmisión sexual se han enfocado principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, mujeres transgénero y personas que usan drogas inyectadas, así como en el uso del preservativo y en población adolescente y joven (N. P. Caballero, Rodríguez, Iglesias, Reyes, y Riveros, 2016). Sin embargo, poco se sabe sobre la salud sexual y las prácticas sexuales de la población unida y exunida.² Si bien existen estudios que involucran a población con diversas situaciones conyugales (Ver Gayet, Juárez, Pedraza, Caballero, y Bozon, 2011; Nieto e Izazola, 1999; Piña y Urquidi,

¹ Incluye personas casadas, en unión libre, divorciadas, separadas y viudas; excluye solteras.

² Incluye a la población separada, divorciada y viuda.

2004; Szasz, Rojas, y Castrejón, 2008; Valdespino et al., 2007), estos no se centran en las diferencias y similitudes que presentan dicha población.

Conocer la percepción del riesgo de contraer y transmitir ITS, el reporte de síntomas asociados a ITS y las respuestas ante tales síntomas en la población que alguna vez ha entrado en unión resulta pertinente debido a que en el país imperan normas de género y nociones en torno a los comportamientos sexuales dentro y fuera del ámbito conyugal (Szasz et al., 2008); adicionalmente, diversos estudios (mayoritariamente en hombres) han señalado que la población mexicana tiene relaciones sexuales con parejas simultáneas y no se usa consistentemente el preservativo (Gayet et al., 2011; Piña y Urquidi, 2004). El sistema de género que prevalece en el país no siempre se traduce en relaciones equitativas en las que se logre la negociación del uso del preservativo u otras medidas de protección; por el contrario, las relaciones concurrentes y las de poder involucran riesgos de ITS (Gayet et al., 2011).

De acuerdo con J. R. Caballero y Villaseñor (2008) “el término infección de transmisión sexual (ITS) es usado para describir una variedad de síndromes clínicos asociados a más de 30 organismos bacterianos, parasitarios y virales, adquiridos mediante relaciones sexuales coitales”. Las ITS representan un problema de salud pública en México: la Norma Oficial Mexicana (NOM-039-SSA2-2014, 2017), Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual señala que *éstas se encuentran entre los primeros cinco lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica, se ubican entre las primeras causas de morbilidad entre la población de 15 a 44 años de edad y tiene un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.*

Diversos factores se encuentran relacionados con la presencia de infecciones de transmisión sexual: biológicos, conductuales, sociales, contextuales y sociodemográficos. Para este trabajo se considerarán factores sociodemográficos (situación conyugal, edad, hablante de lengua indígena, nivel educativo, estrato socioeconómico y tamaño de localidad), elementos de la trayectoria sexual (edad a la primera relación sexual, sexualmente activa/o, número de parejas sexuales antes de la primera unión y pagar por relaciones sexuales en el último año), nociones y prácticas relacionadas con ITS (nociones sobre las personas que pueden transmitir ITS, uso del preservativo para prevenir Sida o ITS, prueba de Papanicolaou y consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la epidemia del VIH se clasifica como concentrada, debido a que se presenta mayoritariamente en poblaciones vulnerables a la epidemia del VIH/Sida³ (N. P. Caballero et al., 2016); sin embargo, considerando que la principal forma de transmisión de VIH en México es mediante relaciones sexuales (N. P. Caballero et al., 2016; Nieto e Izazola, 1999), diversos autores han advertido sobre la importancia de investigar prácticas heterosexuales debido al incremento de casos de VIH entre hombres y mujeres con dichas preferencias (Nantua, Madalena, Tavares, Ferreira, y Valeriano da Fonseca, 2007; Nieto e Izazola, 1999; Piña y Urquidi, 2004; Rich, 2001; Valdespino, García-García, et al., 2007). También se ha hecho hincapié sobre la importancia de prestar atención a otras ITS distintas al VIH o Sida (Juárez y Gayet, 2005), ya que se ha encontrado que hombres y mujeres presentan poca percepción del riesgo en otras ITS, incluso son consideradas como irrelevantes, poco graves y controlables (Dalrymple, Booth, Flowers, y Lorimer, 2016; Gayet et al., 2011).

Se ha reconocido la importancia de analizar los comportamientos preventivos, las prácticas sexuales y las normas que impactan en la salud sexual de la población adulta, así como las diferencias y similitudes entre los grupos de edad. Diversos autores señalan la necesidad de tomar en cuenta a la población de mayor edad dentro de los estudios académicos y los programas médicos preventivos, ya que las intervenciones han estado enfocadas principalmente en población joven y se ha definido a la población mayor como asexual o alejada de prácticas de riesgo (Dalrymple et al., 2016; Grant y Ragsdale, 2008). De acuerdo con Dalrymple et al. (2016), los adultos tienden a utilizar en menor medida el preservativo y asocian el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual con prácticas propias de la adolescencia. En países como Estados Unidos y el Reino Unido se ha encontrado que los casos de ITS y VIH/Sida han incrementado entre la población adulta y adulta mayor (Dalrymple et al., 2016; Grant y Ragsdale, 2008; Lichtenstein, 2012). Nieto e Izazola (1999) encuentran que a medida que incrementa la edad se utiliza en menor proporción el preservativo en aquellas relaciones sexuales con una pareja no estable en México.

³ Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es del sexo, mujeres transgénero y personas que usan drogas inyectadas

Respecto a la situación conyugal, diversos autores señalan que la población con alguna disolución (separada, divorciada y viuda) representa un segmento poblacional poco estudiado tanto en las investigaciones sociodemográficas (Ojeda y González, 2008) como en las investigaciones de salud sexual (Grant y Ragsdale, 2008; Lichtenstein, 2012; Rich, 2001). En el Reino Unido, Estados Unidos y Francia se ha encontrado que, tras una disolución conyugal, mujeres y hombres regresan a la actividad sexual con al menos una pareja y llevan a cabo prácticas sexuales sin protección que los conduce a estar en riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida (Beltzer y Bozon, 2006; Dalrymple et al., 2016; Grant y Ragsdale, 2008; Lichtenstein, 2012; Rich, 2001). Debido a las limitaciones del mercado de citas⁴ en esta población, se entra a un nuevo terreno en el que se conoce al menos a una pareja sexual que podría estar involucrada en otras relaciones; es decir, las posibilidades de encontrar parejas potenciales disponibles son bajas, principalmente entre la población mayor y las mujeres, lo que podría desencadenar aceptación a la sexualidad sin compromiso o llevar a cabo relaciones sexuales con parejas que a la vez se encuentran en otra relación (Beltzer y Bozon, 2006).

Lo anterior coloca principalmente a las mujeres en un nuevo escenario desafiante, ya que el marco de referencia sobre comportamientos sexuales que se aprendió en la adolescencia y juventud resulta incompatible con las circunstancias a las que se enfrentan tras una disolución conyugal (Lichtenstein, 2012; Rich, 2001). Por tanto, el reto consiste en adaptarse a nuevas “reglas”, a una cultura sexual distinta a la de su juventud y a nuevas prácticas preventivas, así como una nueva actitud frente a la disociación de las relaciones sexuales y afectivas (Beltzer y Bozon, 2006; Dalrymple et al., 2016; Grant y Ragsdale, 2008; Lichtenstein, 2012). El contexto resulta complejo, ya que pueden presentarse sentimientos de libertad y rejuvenecimiento (Lichtenstein, 2012) o una sensación de culpa y pérdida de autoestima (Dalrymple et al., 2016; Rich, 2001). Ambos escenarios representan riesgos sexuales cuando se ven acompañados de dificultades para llevar a cabo prácticas de sexo seguro (Lichtenstein, 2012).

La población unida o en relaciones estables de larga duración también se encuentra expuesta a adquirir/transmitir alguna infección de transmisión sexual debido a la prevalencia de parejas concurrentes y relaciones sexuales extramaritales que no se encuentran acompañadas de prácticas

⁴ Se refiere al lugar teórico donde hombres y mujeres ofertan y demandan la disposición de iniciar una relación sexual o sentimental con una nueva pareja. *Dating market* en el original.

preventivas, así como a la carencia de servicios de salud sexual enfocados en esta población (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995). Alrededor de la noción de exclusividad sexual se ha desprendido una imagen de seguridad que dificulta el uso del preservativo y la percepción del riesgo dentro de las relaciones conyugales (Maxwell y Boyle, 1995).

Adicionalmente, se ha planteado que las prácticas sexuales varían entre las personas casadas y en unión libre: en Estados Unidos y el Reino Unido se ha encontrado que las parejas en esta última situación son más propensas a tener relaciones simultáneas que las casadas (Bajaj et al., 2016; Bozon, 2001; Forste y Tanfer, 1996; Maxwell y Boyle, 1995; Schwartz, Serafini, y Cantor, 2013; Treas y Giesen, 2000). Sin embargo, no todos los países presentan esta asociación; Bozon (2001) señala que en países nórdicos y en Francia se ha identificado convergencia con los comportamientos de las personas unidas. En México no se conoce mucho sobre las diferencias o similitudes de las prácticas sexuales entre la población unida; sin embargo, se sabe que las uniones libres son más inestables (F. C. R. Castro, 2014; Ojeda y González, 2008; Pérez y Ojeda, 2016; Solís y Ferraris, 2014) y que los hombres en unión libre presentan mayor probabilidad de tener relaciones extramaritales (Pulerwitz, Izazola-Licea, y Gortmaker, 2001).

1.3 ESTRUCTURA DE LA TESIS

En el *Capítulo 2* se desarrollan los marcos normativos a los cuales está adscrito México en los que se implementan acuerdos, objetivos y leyes que conciernen a la problemática de las infecciones de transmisión sexual; de manera particular, se hace mención de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2012), los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos del Desarrollo Sostenible y el marco jurídico mexicano.

El marco teórico lo conforman tres capítulos en los que se desarrollan los ejes que guían la investigación: la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual en México (*Capítulo 3*); la nupcialidad de hombres y mujeres en México (*Capítulo 4*), y los marcos culturales y normas de género en torno a las prácticas sexuales de hombres y mujeres en México (*Capítulo 5*). En el *Capítulo 3* se presenta de manera general la prevalencia de las principales ITS en México (sífilis, gonorrea, infecciones por *Chlamydia trachomatis*, tricomoniasis, hepatitis B, herpes, infecciones por VPH e infecciones por VIH), así como sus formas de transmisión y sus principales síntomas;

también se plantea de manera puntual la condición asintomática de estas infecciones, la forma de detección, control y prevención, así como los factores asociados (biológicos, conductuales, sociales, contextuales y sociodemográficos). En el Capítulo 4 se describen las principales características del fenómeno de la nupcialidad en México: la formación de uniones, la disolución conyugal y las nuevas nupcias. Se presenta de manera general su intensidad, el calendario y los factores asociados. Finalmente, en el Capítulo 5 se plantea la forma en la que las normas diferenciadas de sexualidad entre hombres y mujeres influyen en las prácticas sexuales, las relaciones de género y la percepción del riesgo de ITS.

El *Capítulo 6* constituye el marco metodológico de la tesis; en esta sección se hace mención de las preguntas, los objetivos y las hipótesis que guían la investigación. También se desarrollan los métodos utilizados y las fuentes de información; se enlistan las variables dependientes e independientes utilizadas y se hacen explícitas las limitaciones metodológicas (sobre la encuesta, la muestra, el cuestionario y el tema de investigación), así como las implicaciones y los alcances de la tesis.

Los resultados se presentan a lo largo de tres capítulos; en el *Capítulo 7* se caracteriza a la población alguna vez unida mediante su contexto sociodemográfico, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS; el análisis se realiza diferenciando por sexo y por situación conyugal. En el *Capítulo 8* se analizan los factores asociados a la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas y respuestas ante tales síntomas en población femenina alguna vez unida, y en el *Capítulo 9* se analiza los factores asociados a la percepción del riesgo de ITS y al reporte de síntomas de la población masculina alguna vez unida. Cada uno de estos capítulos presenta un análisis descriptivo, un análisis multivariado y la discusión de los resultados.

Finalmente, en el *Capítulo 10* se presentan las conclusiones de la tesis: se retoman los principales resultados en función de las hipótesis planteadas, se sugieren algunas preguntas de investigación para futuras investigaciones y se realizan algunas recomendaciones en materia de políticas preventivas. El argumento central de esta investigación es que la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas y las respuestas ante la presencia de algún síntoma de ITS entre la población alguna vez unida son diferentes según el sexo y la situación conyugal, y varían con factores sociodemográficos, con elementos de la trayectoria sexual, con nociones y con prácticas relacionadas con ITS. Se considera que, dentro de cada situación conyugal, mujeres y hombres

experimentan situaciones particulares de riesgo de infecciones de transmisión sexual en las que intervienen construcciones de género que impiden la percepción del riesgo de ITS y su prevención sistemática.

2 MARCOS NORMATIVOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las infecciones de transmisión sexual han estado insertas en la discusión sobre población y desarrollo debido a que se considera que éstas repercuten de manera directa en la calidad de vida y en la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres. Atender la problemática de las ITS requiere de un marco de acción amplio que considere los derechos humanos de las personas y las relaciones de género. Los derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la salud sexual y reproductiva son fundamentales para el goce de otros derechos y para el bienestar y el desarrollo de la población.

México está adscrito a diversos tratados internacionales y regionales en los que se compromete a impulsar el bienestar y el desarrollo de la población; dicho compromiso involucra acuerdos, objetivos y metas que buscan hacer frente, entre otras cosas, a las infecciones de transmisión sexual. Entre los principales se encuentran los siguientes: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2012), los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos del Desarrollo Sostenible; adicionalmente, en el país se han desarrollado diversos instrumentos jurídicos que guían los marcos de acción. A lo largo de este capítulo se busca desarrollar lo concerniente a la problemática de las ITS en cada uno de ellos.

2.1 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO DE EL CAIRO (1994)

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA-CIPD), que se realizó en el Cairo en 1994, colocó a los derechos reproductivos como un eje central que favorecen el bienestar y el desarrollo de la población. En este programa se define la salud reproductiva como

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, sus funciones y procesos. (...) Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo 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. (UNFPA, 2014, p. 65-66)

De acuerdo con Lasonde (1997), el concepto de salud reproductiva surge ante la necesidad de ampliar la perspectiva de los programas de planificación familiar, incorporar el papel de la

sexualidad en el estado de la salud y considerar un enfoque integral de la procreación; la autora considera que el concepto de salud reproductiva trasciende el tema de las necesidades anticonceptivas e involucra otras dimensiones como las relaciones de poder, la posición de la mujer y el papel de las instituciones. Es en ese sentido que Rodríguez (2008) considera que, con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), se da un cambio paradigmático y se considera una perspectiva multidimensional de la salud sexual y reproductiva.

Gayet (2015) señala que, a pesar de que el concepto de salud reproductiva y su relación con las ITS se desarrolló previo a la conferencia del Cairo, es a partir de ésta cuando los países participantes⁵ se comprometen a realizar acciones al respecto. Considerar la sexualidad como una dimensión de la salud reproductiva plantea la necesidad de incorporar la salud sexual y considerar, entre otras cosas, el tratamiento de las ITS (Lassonde, 1997). De acuerdo con Gayet (2015) “la Conferencia se llevó a cabo en un momento en que el VIH/Sida se había convertido en pandemia, y no se conocían métodos efectivos que evitaran que la persona enferma muriera en un lapso corto”. El PA-CIPD incorpora la prevención de las ITS como parte de las medidas de acción en diversos apartados, lo que refleja su importancia para mejorar la calidad de vida de la población; incluso este programa cuenta con una sección específica sobre enfermedades de transmisión sexual⁶ y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que forma parte del apartado *VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva*. Entre las medidas incluidas en el Programa de Acción (UNFPA, 2014) están las siguientes:

- (...) Promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil [y] la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH (...) (4.27).
- La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: (...) información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable (7.6).
- Los programas de salud reproductiva deberían intensificar sus esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de otras infecciones del aparato reproductivo,

⁵ Hubo una participación de 179 países, entre ellos México, como puede verse en el Informe [<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>]

⁶ El PA-CIPD hace mención de “enfermedades de transmisión sexual”, pero para fines de homologar la redacción en este proyecto se utilizará el término “infecciones de transmisión sexual”.

especialmente al nivel de atención primaria. Se deberían hacer esfuerzos especiales para llegar hasta quienes no tienen acceso a los programas de atención de la salud reproductiva (7.30).

- Todos los proveedores de servicios de salud, incluidos los que se ocupan de la planificación de la familia, deberían recibir formación especializada sobre la prevención y el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y sobre la prestación de servicios de asesoramiento a ese respecto, en particular en relación con las infecciones que afectan a las mujeres y los jóvenes, incluido el VIH/SIDA (7.31).
- Las comunidades deberían elaborar estrategias que respondiesen a las percepciones locales de la prioridad que debe darse a las cuestiones sanitarias relacionadas con la difusión del VIH y las enfermedades de transmisión sexual (8.32).
- Deberían distribuirse ampliamente preservativos y medicamentos de bajo precio para la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y estos artículos deberían incluirse en todas las listas de medicamentos esenciales (8.35).
- (...) Aumentar el apoyo a la investigación biomédica, tecnológica, clínica, epidemiológica y social básica y aplicada para reforzar los servicios de salud reproductiva (...). Concretamente, es preciso prestar más atención a los métodos de barrera, tanto para el hombre como para la mujer, para el control de la fecundidad y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, así como los microbicidas y virucidas, impidan o no el embarazo (12.12).

Con el PA-CIPD se coloca a las mujeres como prioritarias en los programas de salud reproductiva con la intención de contribuir a su autonomía, empoderamiento y reducir las formas de violencia contra las mujeres (Lassonde, 1997). Sin embargo, Gayet (2015) argumenta que esta visión centrada en las mujeres produjo que el concepto de salud reproductiva careciera de un planteamiento relacional de las infecciones de transmisión sexual. Incorporar a los hombres en los programas resulta crucial no sólo para atender sus necesidades de salud reproductiva (Gayet, 2015; White, Merrick, y Yazbeck, 2007), sino porque “[su] ausencia es vista como grave dado que uno de los métodos más efectivos actualmente disponibles para prevenir las ITS son los condones masculinos, que requieren una participación plena de los hombres” (Gayet, 2015, p. 26).

2.2 CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (2012)

En el planteamiento inicial del PA-CIPD en 1994 se estableció un horizonte temporal de 20 años de duración para cumplir las medidas establecidas; sin embargo, en 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas extendió el plazo del Programa más allá de 2014 debido a la necesidad de su revisión, así como el reconocimiento de nuevos retos en el tema y la imposibilidad de algunos gobiernos de alcanzar los objetivos para el año planteado (L. Rodríguez, Diniz, Rodríguez, y

Maldonado, 2014). Es así que en un contexto de revisión, consultas y reflexiones sobre los temas emergentes y desafíos en materia de población y desarrollo, se llevó a cabo la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe,⁷ celebrada en Montevideo del 12 al 15 de agosto de 2013 (L. Rodríguez et al., 2014).

El Consenso de Montevideo es resultado de la primera Reunión de la Conferencia Regional, constituye un conjunto de acuerdos y “sintetiza la visión intergubernamental regional sobre las prioridades en materia de población y desarrollo” (Calvo, 2014, p. 38). En el Consenso de Montevideo, publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en 2013 (CEPAL, 2013), se retoma la visión integral de la salud sexual y reproductiva de la Conferencia del Cairo y se acuerda en materia de ITS:

- Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual (Acuerdo 12).
- Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus (Acuerdo 38).
- Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus (Acuerdo 39).

Se busca insertar la discusión de población y desarrollo en un marco de derechos; en ese sentido se reafirma que “la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental” (CEPAL, 2013, p. 11); se considera que “los derechos sexuales y los derechos reproductivos son

⁷ Congregó a 36 países miembros de la CEPAL, a 24 organismos regionales e internacionales y a 260 organizaciones no gubernamentales, como puede verse en el informe correspondiente (http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40335/1/S201476_es.pdf).

parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza” (CEPAL, 2013, p. 19).

El Consenso de Montevideo adopta un enfoque de derechos humanos con la intención de que sea el punto de partida y la guía de las políticas públicas y acciones; se busca integrar este enfoque con la perspectiva de género e intercultural. Entre los acuerdos sobre el tema de derechos sexuales y reproductivos se encuentran:

- Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva (Acuerdo 34).
- Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación (Acuerdo 36).
- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad (...) (Acuerdo 37).
- Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres (Acuerdo 41).
- Incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva (...) (Acuerdo 59).
- (...) [Garantizar] el acceso a servicios sociales básicos, de educación y de salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva cuando corresponda, para todas las personas migrantes (...) (Acuerdo 72).
- Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud (...) (Acuerdo 87).
- Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos (Acuerdo 95).

2.3 OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO Y OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

Con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) (ONU, 2000) el tema de las infecciones de transmisión sexual se reduce a VIH/Sida; en el objetivo 6 se busca *combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*. Adicionalmente, el objetivo 4 y 5 se relacionan con la salud reproductiva: el primero busca *reducir la mortalidad infantil* y el segundo, *mejorar la salud materna*.

Con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) (ONU, 2015) se plantea en el objetivo 3 *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*; en los ODS también se identifica un énfasis en el Sida, pero se deja una amplia consideración a otras enfermedades transmisibles: por un lado la meta 3.3 busca *para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles*, y por otro lado la meta 5.6 busca *asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen*. Adicionalmente, se considera el acceso a la salud sexual y reproductiva, y tienen como una de sus metas *la cobertura sanitaria universal* (meta 3.8).

2.4 MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO EN MÉXICO

El marco jurídico y normativo que se ha desarrollado en México para prevenir, atender, vigilar y controlar las infecciones de transmisión sexual es constituido por diversos instrumentos que delimitan los marcos de acción; entre ellos se encuentran la Legislación Federal, las Normas Oficiales Mexicanas, los planes, los programas y los manuales. A continuación, se enlistan aquellos instrumentos jurídicos que involucran de manera directa a las ITS:

Legislación Federal

- Ley General de Salud (2017)

En el artículo 61 plantea como acción ante la atención materno-infantil, entre otras cosas, *la atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal*. En el capítulo sobre servicios de planificación familiar, el artículo 68 establece que los servicios comprenden, entre otras cosas, *la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población*. El artículo 134 establece que *la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades transmisibles*, entre las que se encuentran la sífilis, las infecciones gonocócicas, el VPH y otras ITS. Continuando con las enfermedades transmisibles, el artículo 157 Bis establece que *la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la promoción del uso del condón, priorizando a las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de contraer la infección del VIH/SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual*.

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2016)

En el artículo 9 se establece como discriminación, entre otras cosas, *negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas*.

Normas Oficiales Mexicanas

Entre las Normas Oficiales Mexicanas hay tres de especial importancia para el tema:

- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 (2010), Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana que tiene como objetivo *establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México*.

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 (2013), Para la vigilancia epidemiológica que *establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.*
- Norma Oficial Mexicana. NOM-039-SSA2-2014 (2017), Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual que tiene como objetivo *establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, en la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual.*

Planes y programas

- Programa de Acción Específico (PAE). Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013) que tiene como objetivos: 1) disminuir los efectos del VIH e ITS mediante la prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, así como el fortalecimiento de la rectoría; 2) implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad; 3) brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural, y 4) eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.

Manuales

- VIH/sida y Salud Pública. Manual para personal de salud (Magis y Barrientos, 2009).
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Sífilis congénita (Secretaría de Salud, 2012a).
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA (Secretaría de Salud, 2012b).

2.5 CONSIDERACIONES GENERALES

Las infecciones de transmisión sexual repercuten de manera directa en la calidad de vida y en la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres; es por ello que México se ha adscrito a diversos tratados internacionales y regionales que buscan hacer frente, entre otras cosas, a esta problemática:

1) el PA-CIPD coloca a los derechos reproductivos como eje central para el bienestar y desarrollo de la población, tiene una visión amplia de la salud sexual y reproductiva en el que se incorpora el papel de la sexualidad y se reconocen explícitamente las relaciones de género; 2) en el Consenso de Montevideo se retoma la visión integral de la salud sexual y reproductiva del PA-CIPD y se considera un marco de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural; 3) con los ODM y ODS el tema de las ITS se reduce a VIH/Sida, pero de manera general se busca el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Estos tratados internacionales y regionales han sentado las bases para que en el país se construya un marco jurídico y normativo que delimite las acciones para prevenir, atender, vigilar y controlar las ITS; la Legislación Federal, las Normas Oficiales Mexicanas, los planes, los programas y los manuales forman parte de estas medidas legislativas.

3 LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MÉXICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprenden más de 30 síndromes clínicos o patologías causadas por bacterias, virus, protozoos, agentes fúngicos y ectoparásitos (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Díez y Díaz, 2011; Mayaud y McCormick, 2001). Estas infecciones se propagan a través de contacto sexual, ya sea vaginal, anal u oral. No obstante, existen otras infecciones consideradas de transmisión sexual que se pueden contraer/transmitir por medios no sexuales como las transfusiones de sangre, productos sanguíneos o de madre a hijo durante el embarazo o parto (OMS, 2015); de ahí su dificultad por definir las (Gayet, 2015).

Las ITS representan un problema de salud pública en todo el mundo (Cruz, Ramos, y González, 2011) y se encuentran entre las principales demandas de atención médica (Díez y Díaz, 2011; OMS, 2016). Mayaud y McCormick (2001, p. 130) consideran que lo anterior se debe a lo siguiente: “i) las ITS son frecuentes con alta prevalencia e incidencia; ii) las ITS pueden resultar en serias complicaciones y secuelas; iii) las ITS tienen consecuencias sociales y económicas; y iv) algunas ITS facilitan la diseminación del VIH”. El término ITS es de uso reciente; previo a esta denominación se utilizaba el de enfermedades de transmisión sexual (ETS). El cambio se debe a que una infección “incluye el estadio asintomático, ya que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión” (Díez y Díaz, 2011). Las ITS pueden dividirse según el patógeno, el agente causal y en curables/incurables (*Cuadro 1*). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) señala que ocho ITS se han relacionado a la máxima incidencia: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y virus del papiloma humano (VPH); las primeras cuatro son infecciones curables y las últimas cuatro incurables.

A lo largo de este capítulo se brindará un panorama general de la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual. Primero se desarrolla la prevalencia de las principales ITS (sífilis, gonorrea, infecciones por *Chlamydia trachomatis*, tricomoniasis, hepatitis B, herpes, infecciones por VPH e infecciones por VIH), así como sus formas de transmisión y sus principales síntomas; también se plantea de manera puntual la condición asintomática de estas infecciones. Posteriormente se presenta las principales formas de detección, control y prevención; finalmente, se hará mención de

los factores asociados a las ITS: biológicos, conductuales, sociales, contextuales y sociodemográficos.

Cuadro 1. Etiología de las ITS más frecuentes

ITS	Patógenos	Agente etiológico	Periodo de incubación
Sífilis	Bacteria	<i>Treponema pallidum</i>	21 días
Gonorrea	Bacteria	<i>Nessiseria gonorrhoeae</i>	3 a 5 días
Linfogranuloma venéreo	Bacteria	<i>Chlamydia trachomatis</i>	8 a 21 días
Tricomoniasis	Protozoario	<i>Trichomonas vaginales</i>	1 a 3 semanas
Hepatitis B	Virus	Virus de la Hepatitis B (VHB)	4-26 semanas (media 6 a 8)
Herpes simple genital	Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 (VHS-2)	2 a 10 días
Infección por VIH y Sida	Virus	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Variable
Condilomas acuminados	Virus	Virus del papiloma humano (VPH)	1 a 3 meses

Fuente: Modificado de Cruz, Ramos y González (2011)

3.1 PREVALENCIA, TRANSMISIÓN Y SÍNTOMAS

Resulta difícil conocer con exactitud la prevalencia e incidencia de las ITS (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Díez y Díaz, 2011; Godoy, 2011; Mabey, 2014); son diversos los factores que contribuyen a esto: a) insuficiencia, inexistencia o baja calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica, b) la historia natural de las enfermedades, c) la disponibilidad de métodos de diagnóstico, d) los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y d) los programas de búsqueda de casos (Díez y Díaz, 2011). Para J. R. Caballero y Villaseñor (2008), en epidemiología se suele utilizar la metáfora de la punta del iceberg para hacer referencia a lo conocido frente a la magnitud real de la prevalencia e incidencia.

En el mundo hay importantes diferencias en la prevalencia de las ITS, mismas que pueden ser al interior de los países, entre países y entre regiones (Kenyon, Buyze, y Colebunders, 2014). Para algunos autores, los datos epidemiológicos muestran mayor prevalencia/incidencia de ITS en los países en desarrollo (Cruz et al., 2011). No obstante, para Kenyon et al., (2014) no hay evidencia

suficiente para asegurar la dicotomía que se ha planteado sobre los países en desarrollo y desarrollados. Resulta necesario considerar que la epidemiología de las ITS se basa, en la mayoría de los países, en las encuestas que se aplica a población específica (Mabey, 2014; Weinstock, Berman, y Cates, 2004).

Entre los síntomas más comunes de las ITS se encuentran el flujo vaginal, la secreción o ardor uretral, úlceras genitales y dolor abdominal (OMS, 2008); el *Cuadro 2* presenta los signos y síntomas de las ITS más frecuentes. Sin embargo, la mayoría de éstas son asintomáticas (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Díez y Díaz, 2011; Reyes, 2016) y aquellas que producen síntomas, en ocasiones representan manifestaciones que no llaman la atención de las personas infectadas (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008). Esta condición asintomática representa un problema que dificulta tanto el tratamiento como el control y la medición de las ITS (Farley, Cohen, y Elkins, 2003). Para Godoy (2011, p. 263),

la epidemiología y la carga que estas enfermedades comportan es difícil de conocer por la existencia de casos asintomáticos, que pueden ser de hasta el 75% en las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y todavía más en el caso del VIH, del virus herpes, del virus del papiloma humano (VPH) y del virus de la hepatitis B (VHB).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) estima que más de un millón de personas contraen al día una ITS; según datos de la institución, alrededor de 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS curables asociadas a la mayor prevalencia al año: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5.6 millones) y tricomoniasis (143 millones). De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología, en 2017⁸ había en México 4 mil 505 casos de sífilis adquirida, 204 de sífilis congénita, 4 mil 655 de infección gonocócica del tracto genitourinario, 308 casos de linfogranuloma venéreo por clamidias, 47 mil 004 de tricomoniasis urogenital, 604 de hepatitis vírica B, 5 mil 991 de herpes genital, 11 mil 903 de infección asintomática por VIH, 4 mil 957 de Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y 23 mil 432 de infección por VPH (virus de papiloma humano)⁹ (DGE, 2017).

⁸ Casos hasta la semana epidemiológica 51 de 2017

⁹ Información preliminar de casos confirmados; el total no incluye extranjeros en tránsito por México.

Cuadro 2. Principales signos y síntomas de las ITS más frecuentes

ITS	Agente etiológico	Signos y síntomas
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Verrugas genitales (chancro), tumefacción inguinal, erupción cutánea generalizada. Ausencia de síntomas en el estadio latente.
Gonorrea	<i>Nessiseria gonorrhoeae</i>	Exudado uretral; cervicitis y dolor en la región abdominal baja en mujeres; conjuntivitis neonatal. Podría ser asintomática.
Clamidia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Exudado uretral; cervicitis y dolor en la región abdominal baja en mujeres; conjuntivitis neonatal. Podría ser asintomática.
Tricomoniasis	<i>Trichomonas vaginales</i>	Asintomática; pérdida vaginal profusa y espumosa
Hepatitis B	Virus de la Hepatitis B (VHB)	Predominantemente asintomática, náuseas y malestar, hepatomegalia; ictericia.
Herpes genital	Virus del Herpes simple tipo 2 (VHS-2)	Lesiones vesiculares anogenitales y ulceraciones. Fases sintomáticas y asintomáticas.
Sida	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Asintomático, tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, fiebre persistente, erupción cutánea, pérdida de peso, etc.
Verrugas genitales	Virus del papiloma humano (VPH)	Verrugas anogenitales pulposas, verrugas cervicales, cáncer cervical en mujeres; predominantemente asintomático en hombres.

Fuente: Modificado de la Organización Mundial de la Salud, 2008

A continuación, se detallan las características de las principales ITS.

3.1.1 Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por el agente etiológico *Treponema pallidum*, cuyo periodo de incubación es tres semanas en promedio (Cruz et al., 2011; Sparling, Swartz, Musher,

y Healy, 2008; Valderrama, Zacarías, y Mazin, 2004); la importancia de su atención responde principalmente a que multiplica el riesgo de contraer VIH (OMS, 2016). La sífilis se transmite por contacto sexual vaginal o anal; sin embargo, también se puede adquirir por sexo oral, transfusión sanguínea o contacto perinatal (Cruz et al., 2011). La probabilidad estimada de adquirir sífilis de una pareja infectada en un solo contacto sexual es de 30% (Sparling et al., 2008) y ocurre con mayor frecuencia en jóvenes de 15 a 30 años (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008).

En México la sífilis congénita es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria e inmediata, según lo establecido en los artículos 3o. fracción XV, 13, 133 fracción I y II, 134 fracción VIII, 135, 137, 138 y 139 de la Ley General de Salud; y lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica; la NOM-039-SSA2-2002. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual; y la NOM-007-SSA2-1993. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (Secretaría de Salud, 2012a, p. 11)

El curso de la enfermedad se divide en cuatro estadios: primaria, secundaria, latente y terciaria (Sparling et al., 2008; Valderrama et al., 2004). La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro (úlceras indoloras); en la secundaria se producen síntomas inespecíficos como cansancio, pérdida de apetito y adenopatías; la sífilis latente se caracteriza por ausencia de síntomas y poca contagiosidad, y en la sífilis terciaria se desarrollan complicaciones que afectan el corazón, las articulaciones, el cerebro y el sistema nervioso (Valderrama et al., 2004).

Para J. R. Caballero y Villaseñor (2008), la aparición del chancro no siempre está presente, situación que dificulta su diagnóstico. Cuando las personas con sífilis no reciben un tratamiento adecuado, éstas pueden transmitirla durante el periodo que va de la aparente recuperación a la recaída (uno o dos años después de la aparición del chancro) (Sparling et al., 2008). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la sífilis, así como otras ITS bacterianas, es generalmente curable a través de regímenes de antibióticos de dosis única; no obstante, el tratamiento depende del estadio (Valderrama et al., 2004).

De acuerdo con Gayet (2015), las investigaciones para estimar la prevalencia de la sífilis en México se han concentrado principalmente en trabajadores/as sexuales y personas que se realizan la prueba del VIH; pocas investigaciones sobre la sífilis se realizan considerando a la población en general. Retomando la revisión de diversas investigaciones epidemiológicas de la última década del siglo pasado que realiza la autora, se señala que la prevalencia de esta ITS para población general en el

país se encuentra entre 0.1% y 1.5%; esta prevalencia se está por debajo de las reportadas en África, pero por encima de las de Estados Unidos y Canadá.

3.1.2 Gonorrea

La gonorrea es una infección bacteriana de transmisión sexual causada por el agente *Neisseria gonorrhoeae* con un periodo de incubación de tres a cinco días (Cruz et al., 2011; Díaz, 2013). La gonorrea se transmite principalmente por contacto sexual y neonatal (Díaz, 2013), y la probabilidad estimada de transmisión depende de la exposición con los sitios infectados y de su frecuencia: de mujer a hombre en un solo contacto sexual es de 20%, pero se incrementa de 60 a 80% con más de cuatro contactos; por su parte la probabilidad de transmisión de hombre a mujer es de 50 a 90% (sin controlar por número de exposiciones). Adicionalmente, se presenta una fluctuación estacional en la incidencia de esta ITS (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Hook y Hunter, 2008).

Debido a los casos asintomáticos que se presentan con la gonorrea, el periodo de transmisibilidad puede durar meses o años (Díaz, 2013); los portadores “silenciosos” pueden transmitir la infección a sus parejas sexuales (Carrada-Bravo, 2007). Existen mayor reporte de casos de hombres debido a que en las mujeres la infección es mayoritariamente asintomática o con síntomas sutiles (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Díaz, 2013); esto coloca a éstas últimas en mayores condiciones de riesgo (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008). No obstante, para Hook y Hunter (2008) la infección asintomática ocurre tanto en hombres como en mujeres.

De acuerdo con Carrada-Bravo (2007) se ha encontrado que los grupos más vulnerables en México son las trabajadoras sexuales con una prevalencia de infección gonocócica de 11.5 a 11.6% y los hombres que tienen sexo con hombres con una incidencia de 2.8 a 8.0%. A pesar de que la gonorrea puede curarse con regímenes de antibióticos, esta ITS bacteriana ha presentado en los últimos años un incremento de resistencia hacia los antibióticos y una menor sensibilidad a la opción terapéutica de última línea; estas características antes mencionadas convierten a la gonorrea en un organismo polifarmacorresistente (OMS, 2016).

3.1.3 Infecciones por *Chlamydia trachomatis*

La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria, cuyos serotipos se clasifican en tres biovars: biovar tracoma, biovar linfogranuloma y biovar causante de neumonitis en ratón (Dorantes et al., 2011). Esta bacteria puede desencadenar enfermedad pélvica inflamatoria, dolor abdominal crónico,

embarazo ectópico, salpingitis, infecciones prenatales, uretritis, infertilidad, entre otras (Dorantes et al., 2011; Stamm, 2008). No obstante, la gran mayoría de las infecciones por *Chlamydia trachomatis* son asintomáticas (Farley et al., 2003; Weinstock et al., 2004); de acuerdo con Dorantes et al. (2011), la falta de manifestaciones clínicas se puede dar hasta en 80% de los casos. Estas infecciones, suelen ser de larga duración (Mabey, 2014) y son consideradas cofactor para la infección por el VPH (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008).

Diversos autores señalan que las mujeres son más susceptibles a esta ITS (Cravioto et al., 2003; Dorantes et al., 2011), pero la condición asintomática se da tanto en hombres como en mujeres (Cravioto et al., 2003; Farley et al., 2003; Mabey, 2014). También se ha encontrado mayor prevalencia en población joven (Stamm, 2008; Weinstock et al., 2004). Para Stamm (2008), la transmisibilidad de las infecciones por *Chlamydia trachomatis* no se ha estudiado ampliamente. A nivel mundial existe una prevalencia alta de estas infecciones, pese a que sólo una minoría de casos se reportan dado la falta de síntomas (Stamm, 2008); de acuerdo con Cravioto et al. (2003), en México la prevalencia de las infecciones por *Chlamydia trachomatis* varía entre 3.3 y 28.4%.

3.1.4 Tricomoniasis

La tricomoniasis es una infección causada por el protozoario *Trichomonas vaginales* y tiene un periodo de incubación que va de una a tres semanas (Cruz et al., 2011); se transmite exclusivamente por contacto sexual a través de flujo vaginal, líquido preseminal y semen (Hobbs, Seña, Swygard, y Schwebke, 2008; Santos Diéguez, 2014). Esta infección es la ITS no viral más extendida en el mundo (Santos Diéguez, 2014) y puede duplicar o triplicar el riesgo de contagio de VIH y presentar infección simultánea con *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (Hobbs et al., 2008; Santos Diéguez, 2014).

La infección tiene un curso mayoritariamente asintomático; sin embargo, las mujeres son más propensas a presentar cuadros sintomáticos que los hombres, debido a que la infección se eleva fisiológicamente con el pH vaginal que se da en periodos de menstruación, ovulación y poscoital (Santos Diéguez, 2014). La infección en los hombres es preponderantemente asintomática y estos fungen como reservorios del parásito (Hobbs et al., 2008; Santos Diéguez, 2014). Entre los síntomas más frecuentes que presentan las mujeres se encuentran el flujo vaginal espumoso, prurito vaginal, disuria y dolor abdominal (Hobbs et al., 2008); en el caso de los hombres cuando se

presenta algún cuadro sintomático se manifiesta con secreción uretral serosa o purulenta, prurito en el glande, edema prepucial y erección dolorosa (Santos Diéguez, 2014).

Esta ITS se relaciona con la adenitis inguinal, piosalpingitis, endometritis, uretritis, vaginitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad (Santos Diéguez, 2014). Actualmente, la tricomoniasis puede tratarse con fármacos de la familia de los nitroimidazoles (Carrada-Bravo, 2006; Santos Diéguez, 2014). De acuerdo con Carrada-Bravo (2006), en México esta ITS se encuentra entre las principales causas de morbilidad y con tendencia anual al incremento. La incidencia en el país es desconocida; sin embargo, con datos del Sistema Nacional de Casos Nuevos de Enfermedades se registra una incidencia aproximada de 38.46 por 100 mil habitantes, donde las mujeres tienen una tasa 34 veces mayor que la de los hombres debido a la alta proporción de casos asintomáticos en estos últimos (74.34 y 2.19 respectivamente) (Carrada-Bravo, 2006).

3.1.5 Hepatitis B

La hepatitis B es una infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB) cuyo periodo de incubación es de seis a ocho semanas en promedio (Cruz et al., 2011). El VHB puede detectarse entre 30 y 60 días después de la infección y transmitirse por contacto perinatal, exposición con líquidos corporales infectados (sangre, saliva, líquidos menstruales, vaginales y seminales), por vía sexual y por contacto con agujas y jeringas infectadas (OMS, 2017). Entre la población adulta, la actividad sexual es la principal forma de transmisión del VHB (Lemon, Lok, y Alter, 2008).

Esta infección es mayoritariamente asintomática en la fase de infección aguda; no obstante, entre los síntomas que se pueden presentar se encuentran la coloración amarillenta, orina oscura, fatiga extrema, náusea, vómito y dolor abdominal (OMS, 2017); esta fase silenciosa que desarrollan la mayoría de los adultos con VHB puede resultar en una inmunidad permanente y sólida (Lemon et al., 2008). Esta infección también puede causar hepatopatía crónica, muerte por cirrosis y cáncer hepático (OMS, 2017). Los medicamentos antivíricos contribuyen a controlar la infección crónica por hepatitis B; no obstante, para la infección aguda no existe un tratamiento específico (OMS, 2017).

Actualmente, existe una vacuna para prevenir la hepatitis B con una eficacia de 95% (OMS, 2016, 2017); no obstante, pese a esta medida, la hepatitis B continúa entre las ITS más frecuentes y representa un problema a nivel mundial (OMS, 2017; Weinstock et al., 2004). En México ha

resultado exitosa la prevención de esta infección para evitar la transmisión por contacto sanguíneo, hemoderivados y uso de material desechable; sin embargo, no ha sucedido así en la prevención de la transmisión sexual (Valdespino, Conde-González, Olaiz-Fernández, Palma, y Sepúlveda, 2007). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la mayor prevalencia de hepatitis B se encuentra en las regiones del Pacífico Occidental y África (6.2% y 6.1% respectivamente). De acuerdo con Panduro et al. (2011), México presenta un estatus de baja endemia; sin embargo, se han encontrado zonas indígenas con alta prevalencia.

3.1.6 Herpes

El herpes genital es causado por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y tiene un periodo de incubación de 2 a 10 días (Cruz et al., 2011; Mabey, 2014). Esta ITS es de gran importancia para la salud pública debido al incremento de su prevalencia, su morbilidad, la transmisión neonatal y su interacción con el VIH (Corey y Wald, 2008). De acuerdo con Mabey (2014), el VIH y el VHS-2 han presentado un ‘círculo vicioso’ en el que la aparición de uno de los virus facilita la transmisión del otro; adicionalmente, la manifestación de las úlceras causadas por el VHS-2 se ha incrementado de manera importante en población con VIH (Mabey, 2014). El herpes presenta un largo periodo infecciosos que fluctúa entre fases sintomáticas y asintomáticas (Gayet, 2015). A pesar de que no tiene consecuencias letales, esta infección viral incurable presenta episodios recurrentes de ulceración genital y de latencia (Gayet, 2015; Mabey, 2014); de acuerdo con la OMS (OMS, 2016), los medicamentos más eficaces son los antivíricos que permiten el control de la enfermedad, más no su cura.

De acuerdo con Corey y Wald (2008), las mujeres presentan mayores tasas de adquisición del virus que los hombres y la tasa de transmisión del VHS-2 en parejas serodiscordantes¹⁰ varía de 3 a 12% por año. Gayet (2015) señala que en México se han estimado prevalencias de herpes en la población general que van de 18.2 a 29.8%; estos estudios se han realizado en población femenina. Las prevalencias en el país para trabajadoras sexuales fluctúan de 12.1 a 65.1%, y para otras poblaciones vulnerables la incidencia se encuentra entre 28.8 y 34.4%.

¹⁰ Cuando un miembro de la pareja tiene el virus y el otro no

3.1.7 Infección por virus del papiloma humano (VPH)

Las infecciones por VPH se encuentran entre las ITS más comunes (OMS, 2016); en la década de los 90 se comienza a hablar de este virus (Gayet, 2015). Se han encontrado más de 100 tipos de VPH, de los cuales muchos de ellos desaparecen sin ninguna intervención y se resuelven espontáneamente; no obstante, al menos 13 de ellos son de alto riesgo, ya que pueden persistir y convertirse en cáncer; el caso del VPH es distinta a otras ITS, ya que también puede transmitirse a través del contacto directo con la piel de la zona genital (OMS, 2015).

La atención que se ha puesto al VPH responde a su asociación con el cáncer cérvico uterino (CCU) (Gayet, 2015). Al menos 13 VPH, considerados de alto riesgo,¹¹ son oncogénicos; particularmente, los tipos 16 y 18 de VPH son causantes de 70% de los CCU en todo el mundo y de las lesiones precancerosas del cuello del útero. Los tipos 6 y 11, considerados de bajo riesgo, se asocian con verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres (OMS, 2015). En los hombres el VPH se ha asociado a verrugas ano-genitales, neoplasias intraepiteliales y cáncer de pene y ano (Aranda-Flores, 2015; Silva et al., 2013).

En México existen programas de detección de infecciones por VPH, de lesiones precancerosas y de cáncer de cuello uterino; para dicha detección se realiza la prueba de Papanicolaou y la prueba del VPH. En el caso de los hombres, hay una carencia de programas de prevención y detección oportuna que se dirija a éstos, a pesar de que esta población tiene un rol como vector y reservorio del virus (Aranda-Flores, 2015; Silva et al., 2013); es decir, los hombres pueden presentar infección por VPH de manera asintomática y transmitirlo a sus parejas (Aranda-Flores, 2015). Adicionalmente, se ha encontrado que las infecciones por VPH en los hombres también pueden evolucionar a verrugas o lesiones neoplásicas y en cánceres (Aranda-Flores, 2015; Silva et al., 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la infección del VPH provoca 528 mil casos de CCU y 266 mil defunciones cada año; según esta institución, se estima que más de 290 millones de mujeres se encuentran infectadas por VPH. Los países más afectados son los de bajo ingreso, donde se concentran alrededor de 80% de los casos de CCU (OMS, 2006). América

¹¹ Los VPH de alto riesgo son 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 54, 56, 58, 59, 65, 67, 68; los subtipos identificados como de bajo riesgo son 6, 11, 26, 30, 34, 40, 42-44, 53, 55, 57, 61, 62, 63, 69, 70, 72, 73, 77, 79-82.

Latina es una región considerada de alto riesgo; anualmente se reportan 68 mil casos nuevos de CCU y México presenta, junto con Chile, las tasas más altas de la región (Hidalgo-Martínez, 2006). En el país, las investigaciones sobre la prevalencia de las infecciones por VPH se han realizado mayoritariamente en población general y en mujeres; los resultados de éstas presentan una prevalencia que oscila entre 1.1 y 31%, con una media de 14.4% (Gayet, 2015).

3.1.8 Infecciones por VIH y Sida

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente etiológico que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida); este virus ataca el sistema inmunitario, lo que incrementa el riesgo de contraer infecciones, cánceres y enfermedades. El Sida es la fase más avanzada de la infección por VIH; su periodo de incubación es variable, pero puede tardar en manifestarse de 2 a 15 años. La transmisión del VIH se da a través de relaciones sexuales anales o vaginales, al compartir agujas y jeringas con alguien infectado, por transfusión sanguínea o por contacto durante el embarazo, parto o lactancia. Muchas personas infectadas por VIH ignoran que son portadores hasta fases más avanzadas de la infección. Aunque el VIH/Sida es incurable, existen tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos que permiten su inhibición (OMS, 2018). A pesar de que el VIH es una ITS, ésta ha adquirido dimensión de pandemia; hecho que la convierte en una ITS distinta a las demás y con particular atención a nivel mundial (Díez y Díaz, 2011).

En México, los primeros casos de Sida se reportaron en 1983 y se concentraron principalmente en hombres; con el paso del tiempo este virus fue afectando a hombres y mujeres (Juárez y Gayet, 2010). Actualmente, en el país la epidemia del VIH/Sida se clasifica como concentrada, pues la mayoría de los casos se presentan en trabajadores/as del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectadas, transgéneros y prisioneros (ONUSIDA, s/f; Valdespino, García-García, et al., 2007). De acuerdo con estimaciones de ONUSIDA, en 2016 hubo en México 12 mil infecciones nuevas de VIH y 4 mil 200 muertes relacionadas con el Sida; en ese mismo año había en el país 220 mil personas viviendo con VIH, de las cuales 60% tuvieron acceso a tratamiento antirretroviral.

En México el VIH/SIDA es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria e inmediata, según lo establecido en los artículos 3o. fracción XV, 13, apartado A, 133 fracción I y II, 134 fracción XIII, 135, 136, 137, 138 y 139 de la Ley General de Salud y lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y la NOM-010-SSA2-

2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. (Secretaría de Salud, 2012b, p. 12)

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA en México, para el año 2000 se notificaron 4 mil 670 casos de Sida y se diagnosticaron mil 087 casos registrados como seropositivos a VIH; en ese mismo año ocurrieron 4 mil 219 defunciones por Sida. Al cierre del 2016 se habían notificado 188 mil 544 casos de Sida (1983-2016); para ese año se notificaron 5 mil 664 nuevos diagnósticos de Sida y 7 mil 338 de VIH, con mayor preponderancia en los casos de hombres (83.8% en el caso de Sida y 82.8% para VIH) y un total de 4,756 defunciones por Sida (información de 2015) (CENSIDA, 2016). La prevalencia de VIH en la población vulnerable en el país se ha estimado entre 5 y 20% (Cáceres, 2004).

3.2 DETECCIÓN, CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Como se presentó en la sección anterior, la condición asintomática de la mayoría de las ITS es un obstáculo importante para la detección y el tratamiento de estas; priorizar la prevención y el diagnóstico temprano es fundamental para evitar la transmisión y secuelas de estas infecciones. Los programas de detección temprana constituyen la única forma de atender a pacientes asintomáticos (Díez y Díaz, 2011), haciendo énfasis en las pruebas de diagnóstico de ITS (Farley et al., 2003; OMS, 2016; Weinstock et al., 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), en muchos países los servicios de ITS no forman parte de la atención primaria de salud y de planificación familiar, lo que dificulta la detección oportuna. Para Farley et al. (2003), introducir pruebas de rutina tanto para hombres como para mujeres en las clínicas de planificación familiar podría contribuir al descenso de la prevalencia de ITS como la clamidiasis y la gonorrea; por su parte, Díez y Díaz (2011) consideran que el cribado o tamizaje¹² prenatal ha favorecido el diagnóstico y la prevención primaria. Para Cáceres (2004), los programas de consejería y tamizaje voluntario (CTV) en los países de América Latina y el Caribe, que en ocasiones son gratuitos y en establecimientos públicos, han funcionado a demanda y no se han implementado como una intervención en sí misma.

¹² La OMS lo define como el uso de una prueba sencilla en la población saludable para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas [<http://www.who.int/cancer/detection/en/#>].

Pese a que las pruebas de diagnóstico suelen ser precisas y útiles en la detección de las ITS, éstas son costosas e inaccesibles para la población de ingresos bajos y medianos (OMS, 2016). En algunos países, pruebas como la citología cervicovaginal no han dado los resultados esperados para prevenir y detectar oportunamente diversas infecciones; esto se debe a que el personal que las analiza en ocasiones no se encuentra capacitado para establecer con precisión el resultado, a elevadas cargas de trabajo que propician errores involuntarios o cansancio, a la falta de infraestructura y a los largos tiempos de espera para la atención, la entrega de resultados y el seguimiento (Hidalgo-Martínez, 2006; Ochoa, 2015; OPS, 2004). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004) encuentra que la situación económica y la escolaridad son factores que intervienen en el acceso y uso de los servicios de tamizaje en México: las mujeres con educación superior, con acceso a servicios de salud y con buenas condiciones de vivienda presentan mayores probabilidades de acudir al programa de Detección Oportuno del Cáncer (DOC) y de realizarse el Papanicolaou.

En el caso de los pacientes sintomáticos, se requiere orientar el diagnóstico y realizar las pruebas necesarias (Díez y Díaz, 2011). De acuerdo con Cruz et al. (2011), a través del manejo sindrómico (conjunto de síntomas reportados y signos identificados) el personal médico puede realizar un diagnóstico y proporcionar un tratamiento; esto permite romper con la cadena de transmisión y asegura que las personas que no regresan a consulta reciban un tratamiento. Para la OMS (2016) este método es utilizado en países de bajos y medianos ingresos, ya que permite atender a las personas sin la necesidad de realizar pruebas de laboratorio costosas y no disponibles.

Entre otras formas de control de las ITS se encuentran la gestión de los casos, la búsqueda de casos asintomáticos, el tratamiento a la población en general y a población vulnerable a las ITS y la prevención primaria (Mayaud y McCormick, 2001). La gestión de casos se centra principalmente en la notificación de la pareja, esta forma de control consiste en informar a las parejas sexuales de los pacientes sobre su exposición a las ITS; cuando se obtiene la información, se realiza la búsqueda y se promueve el diagnóstico y el tratamiento (Godoy, 2011). No obstante, conlleva implicaciones éticas y emocionales, lo que la hace un método difícil de llevar a cabo (Díez y Díaz, 2011). También se encuentra otro procedimiento denominado “dispensación directa de medicación por parte del caso índice” que consiste en proporcionar tratamiento para la/s pareja/s sexual/es de la persona

detectada con alguna ITS y sólo se recomienda, debido a sus limitaciones, para las infecciones de clamidia y gonococo (Díez y Díaz, 2011).

De acuerdo con la OMS (2008) todas las ITS pueden ser prevenibles en dos niveles: primaria y secundaria. La prevención primaria se dirige a evitar que las personas contraigan una ITS, incluido el VIH; este tipo de prevención incluye asesoramientos y enfoque conductuales tales como educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas, promoción del uso del preservativo, intervenciones dirigidas a población clave, entre otros. Por su parte, la prevención secundaria involucra proveer tratamiento y atención a las personas con alguna ITS y evitar la transmisión de éstas.

Cáceres (2004) ha esquematizado las diversas estrategias preventivas a la epidemia de VIH/Sida que se han implementado en América Latina y el Caribe: a) entre las enfocados a la población “general” se encuentran los programas de consejería y tamizaje voluntario, programas fortalecidos de tratamiento de ITS, campañas preventivas en medios masivos y programas de educación sexual para jóvenes; b) entre los enfocados a trabajadoras sexuales se encuentran los programas informativos, suministro de condones, exámenes médicos periódicos y tratamiento de ITS; c) entre los enfocados a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se encuentran el *outreach*,¹³ programas de consejería y tamizaje voluntario, campañas en medios masivos para disminuir la homofobia y la movilización comunitaria; d) entre los enfocados a la transmisión perinatal se encuentran los programas preventivos, profilaxis de gestantes y sustitución de lactancia materna; e) entre los enfocados en usuarios de drogas inyectables (UDI) se encuentran los programas de reducción de daños y diagnósticos rápidos orientados a la acción, y f) entre los enfocados en el control de sangre y derivados se encuentran la selección de donantes, prescripción de donaciones comerciales y capacitación del personal de salud.

No obstante, pese a los importantes esfuerzos a favor de la prevención, la detección y el control de las ITS, aún existen problemas de escasez de recursos, estigmatización, discriminación y calidad insuficiente de servicios (OMS, 2016). Para Infante et al. (2006), los mitos y creencias vinculados al VIH/Sida coexisten con información médica, lo que se traduce en prácticas estigmatizadoras y discriminatorias; mismas que generan obstáculos para la utilización de servicios, falta de acceso a

¹³ Contacto breve en lugares públicos para entrega de material educativo o información sobre servicios

tratamientos e información, clasificación de pacientes de acuerdo con sus características físicas o comportamientos, así como señalamientos y distintivos en los expedientes. El estigma asociado a las ITS obstaculiza la búsqueda de tratamiento, la implementación de intervenciones, la detección y la notificación (N. P. Caballero et al., 2016; Cáceres, 2004; Godoy, 2011; OMS, 2008).

3.3 FACTORES ASOCIADOS A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El estudio de los factores asociados a las ITS ha seguido dos vertientes: la epidemiología de los factores de riesgo individuales y la epidemiología basada en los procesos de interacción (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008). La primera sigue un paradigma tradicional y teorías del comportamiento que asumen una toma racional de decisiones individuales; la segunda surge como respuesta a la visión individualista y considera enfoques estructurales de procesos contextuales y de redes sociales que considera normas socioculturales, relaciones de poder y contextos de vulnerabilidad y exclusión social (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Cáceres, 2004). De acuerdo con Cáceres (2004), durante la última década se ha buscado transitar de una visión individualista a una estructuralista; no obstante, en la práctica aún se siguen considerando elementos del enfoque tradicional. A continuación, se enlistan algunos de los factores que se han relacionado con las infecciones de transmisión sexual:

3.3.1 Factores biológicos

La edad y el sexo son considerados factores biológico debido a que la mucosa vaginal y el tejido cervical de las mujeres jóvenes presentan ectopia cervical,¹⁴ lo que genera mayor vulnerabilidad a las ITS. Las mujeres pueden infectarse más fácilmente que los hombres, ya que el agente infeccioso puede ingresar al organismo con mayor facilidad a través de membranas mucosas como lo es el revestimiento de la vagina; no obstante, a través de la mucosa anal también se incrementan las posibilidades de infectarse. Otros factores biológicos son el estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso; como se detalló anteriormente, algunas ITS incrementan la transmisión del VIH y viceversa (Cruz et al., 2011; OMS, 2008). La falta de lubricación y la

¹⁴ De acuerdo con el diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra [<https://www.cun.es/>], ectopia es una posición defectuosa. Los órganos que, por su crecimiento anómalo, no ocupan el lugar que les corresponde se denominan ectópicos. La ectopia cervical es la salida del epitelio cilíndrico endocervical hacia el exocervix del cuello uterino, que en condiciones normales debe estar recubierto por epitelio plano poliestratificado.

vascularización de zona también son factores que posibilitan el riesgo de ITS, ya que facilitan lesiones y el ingreso de infecciones; esto incluye el ciclo menstrual, el uso de hormonas, las hemorroides en el recto o alguna patología anorrectal (Cruz et al., 2011).

3.3.2 Factores conductuales

Entre los factores conductuales que incrementan el riesgo de ITS se encuentran percepciones hacia el uso del preservativo, contextos de las relaciones extramaritales, actitudes hacia la fidelidad y la exclusividad sexual (Gayet et al., 2011; Nieto e Izazola, 1999; Schwartz et al., 2013; Theall, Elifson, Sterk, y Klein, 2003); el consumo de alcohol y drogas, tener parejas simultáneas, compartir juguetes sexuales, tener relaciones sexuales sin protección, haber tenido una ITS durante el último año y tener relaciones sexuales bajo coerción (Cruz et al., 2011; OMS, 2008; Schwartz et al., 2013). Adicionalmente, se ha planteado la asociación entre el número de parejas y el riesgo de adquirir una ITS (Díez y Díaz, 2011; Dorantes et al., 2011).

3.3.3 Factores sociales y contextuales

Los contextos de vulnerabilidad involucran dificultades para la prevención, altos índices de violencia sexual y social, estigma, discriminación y dificultades en el acceso a información y a servicios de salud (Cruz et al., 2011); “los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de la clase social, género, diferencia sexual y etnicidad” (Cáceres, 2004). Las personas que viven en zonas marginadas se encuentran en particular riesgo de ITS, debido a que esta población tiene problemas de acceso a los servicios de salud y carecen de equipos de diagnóstico y personal especializado (Cruz et al., 2011). La desigualdad socioeconómica es un factor históricamente asociado a las diferencias epidemiológicas de las ITS (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008); se considera que las ITS se trasladan a los grupos más pobres (Cáceres, 2004; Mabey, 2014), pues estos “aprenden a ver su cuerpo como un último recurso frente a situaciones de necesidad” (Cáceres, 2004).

La diferencia de poder -que se puede reflejar en desigualdad de género, control económico y deferencias de edad- es un factor social que pone en desventaja a una de las partes y dificulta la negociación del uso del preservativo u otras medidas de protección (Cruz et al., 2011; OMS, 2008). La violencia sexual, principalmente en contra de las mujeres, es reflejo de la desigualdad de género que prevalece en el país y su prevalencia desencadena graves consecuencias en la salud de las

mujeres entre las que se encuentran las infecciones de transmisión sexual (Bozon et al., 2009). Se ha identificado que los grupos más vulnerables epidemiológica y socialmente a las ITS son los siguientes: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadoras/es sexuales y sus clientes, personas con parejas sexuales simultáneas, conductores de larga distancia, soldados, personas privadas de la libertad, mujeres y hombres que viven violencia sexual, poblaciones indígenas o marginadas, migrantes y usuarios de drogas inyectables (Cáceres, 2004; Cruz et al., 2011; OMS, 2008).

3.3.4 Factores sociodemográficos

Entre los factores sociodemográficos que se han incluido en las investigaciones sobre ITS se encuentran la edad a la primera relación sexual, cohorte de edad, sexo, estrato socioeconómico, procesos migratorios, etnicidad, el tamaño de localidad, la situación conyugal, escolaridad, orientación sexual y posición en el curso de vida (J. R. Caballero y Villaseñor, 2008; Lichtenstein, 2012; Nieto e Izazola, 1999; Schwartz et al., 2013; Szasz et al., 2008).

Algunas características propias de la tendencia demográfica, las trayectorias sexuales y los patrones en la formación de pareja se encuentran relacionadas con la presencia de infecciones de transmisión sexual. Gayet (2015) señala que, como producto de la inercia demográfica, en las primeras décadas del siglo XXI se tiene en países como México un máximo histórico de población sexualmente activa; el inicio de la actividad sexual conlleva riesgos de embarazo y de ITS, así como necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva (Gayet y Gutiérrez, 2014).

Dentro de la disciplina demográfica se ha encontrado que las mejoras en la salud y en la esperanza de vida se encuentran relacionadas con presencia de actividad sexual a mayor edad (Dalrymple et al., 2016); por su parte, se ha identificado una mayor sobrevivencia de las parejas, lo que las expone al riesgo de disolución y de formación de nuevas nupcias (Quilodrán, 2010), así como procesos de adaptación tras una disolución conyugal (Lichtenstein, 2012). La población en edades medianas y adulta mayor presentan necesidades particulares respecto a la salud y educación sexual, y el proceso de envejecimiento poblacional conlleva importantes retos en la creación de políticas públicas que se dirijan a atender dichas necesidades (Arihla, Hakkert, Andino, Tender, y Leonard, 2003).

3.4 CONSIDERACIONES GENERALES

Las infecciones de transmisión sexual representan un problema de salud pública en México que tienen implicaciones directas en la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres; resulta difícil conocer con exactitud su prevalencia e incidencia debido, entre otras cosas, a la condición asintomática de muchas de ellas. Esta situación dificulta el tratamiento y el control de estas por lo que la prevención y el diagnóstico oportuno es fundamental para evitar la transmisión y secuelas de estas infecciones, pero también se deben dirigir importantes esfuerzos a atender los problemas de recursos, estigmatización, discriminación y calidad de los servicios.

La sífilis, gonorrea, infecciones por *Chlamydia trachomatis*, tricomoniasis, hepatitis B, herpes, infecciones por VPH e infecciones por VIH constituyen las ITS con mayor prevalencia a nivel mundial; entre sus síntomas más comunes se encuentran el flujo vaginal, la secreción o ardor uretral, úlceras genitales y dolor abdominal. La principal forma de transmisión es el contacto sexual vaginal, anal u oral; sin embargo, en algunos casos la transmisión también puede ser a través de transfusiones sanguíneas o de madre a hijo durante el embarazo o parto. Entre los factores que se han relacionado con las ITS se encuentran los biológicos, los conductuales, los sociales y los sociodemográficos.

4 NUPCIALIDAD DE HOMBRES Y MUJERES EN MÉXICO

El estudio de la nupcialidad permite comprender aspectos de la dinámica demográfica y factores socioculturales asociados a la reproducción social y biológica (Gayet, 2002; Ojeda, 2007). El interés en el tema surge por su relación con el fenómeno de la fecundidad (Bongaarts, 1978); sin embargo, cuando México logra un régimen de fecundidad controlada, disminuye el interés por conocer los patrones en la formación de las parejas (Ojeda, 2007). De acuerdo con Ojeda (2007), en la década de los 90 se reconoce la importancia de estudiar la nupcialidad como un fenómeno en sí mismo; para la autora, la nupcialidad no sólo produce transiciones significativas en la vida de las personas, sino que organiza la reproducción y delimita los roles de los géneros y las generaciones; en términos más amplios, los vínculos familiares y los regímenes de nupcialidad constituyen una forma de organización social (Fussell y Palloni, 2004).

Durante la segunda mitad del siglo XX, México y diversos países de Latinoamérica experimentaron importantes transformaciones demográficas, económicas, sociales y políticas; no obstante, algunos autores consideran que, pese a dichas transformaciones, las pautas en la formación y disolución de las parejas no cambiaron en gran magnitud (Fussell y Palloni, 2004; Parrado y Zenteno, 2002; Pérez, 2008; Solís y Ferraris, 2014). Para Fussell y Palloni (2004), el rápido descenso de la fecundidad ha coexistido con un régimen de nupcialidad tradicional que se mantiene por la importancia de las redes familiares; en los contextos latinoamericanos, a diferencia de lo que sucedió en algunos países europeos, el descenso de la fecundidad se dio sin cambios sustanciales en el calendario a la unión (Fussell y Palloni, 2004; Quilodrán, 2006).

Quilodrán (2006) delimita el modelo de nupcialidad poscolonial en América Latina con las siguientes características: a) es de tipo monógamo, b) tomando como referencia países africanos o asiáticos, en México se tiene una edad relativamente tardía a la primera unión, c) en comparación con algunos países europeos, la nupcialidad en México es estable, d) existe una libre elección del cónyuge, pues éste no es impuesto, ni implica pago de dote y e) existe la presencia secular de la unión libre.¹⁵

¹⁵ Se utilizará indistintamente unión libre, cohabitaciones y uniones consensuales.

No obstante, a inicios del siglo XXI se comienzan a identificar cambios de mayor alcance, que incluyen transformaciones generacionales, desinstitucionalización y deslegitimación del matrimonio, así como una diversidad de estructuras familiares que complejizan la comprensión del fenómeno (Quilodrán, 2010; Solís y Ferraris, 2014). Para Quilodrán y Castro (2009, p. 284),

si la disociación entre sexualidad y reproducción, con el consiguiente descenso de la fecundidad, fue uno de los grandes catalizadores del cambio familiar en la segunda mitad del siglo XX, la creciente informalidad, transitoriedad y fragilidad de los vínculos conyugales y paterno-filiales seguramente será uno de los ejes que moldearán las biografías familiares en el presente siglo.

La mayoría de los estudios sociodemográficos sobre nupcialidad tienden a concentrarse en mujeres debido a que se realizan mayoritariamente con encuestas sobre fecundidad en las que solo se entrevista a mujeres en edad reproductiva (Gayet, 2002); no obstante, incorporar a los hombres resulta importante debido a que ellos forman parte de las relaciones de género y de las interacciones que se llevan a cabo en la formación y disolución de la pareja (Gayet, 2002; Parrado y Zenteno, 2002). A medida que se tome en cuenta lo anterior, se podrá tener una comprensión más amplia del fenómeno de la nupcialidad y de su relación con el sistema de género.

A lo largo de este capítulo se describirán las principales tendencias y características en la formación de uniones y en la disolución conyugal en México; se considera bibliografía publicada a partir del año 2000, pero se hace mención de tendencias registradas desde los años 90. Adicionalmente, se busca desarrollar características sobre la intensidad, el calendario y los factores asociados diferenciando por sexo.

4.1 FORMACIÓN DE UNIONES

4.1.1 Tipos de unión

En México las uniones pueden clasificarse en civiles, civiles-religiosas, religiosas y unión libre; “estos arreglos dependerán de las preferencias culturales de las personas y de sus circunstancias sociales, así como de sus posibilidades económicas para solventar los gastos asociados a la formación de cada tipo de unión” (Ojeda, 2007, p. 126). Quilodrán (2010) complejiza la forma en la que se han definido las uniones conyugales en México:

(...) hay uniones conyugales legales e informales, pero, también, (...) las legales pueden comportar o no el reconocimiento de la Iglesia. La posibilidad de una doble institucionalización hace que existan matrimonios ‘sólo civiles’, ‘civiles y religiosos’ y ‘matrimonios exclusivamente religiosos’, a pesar de que obligatoriamente —conforme a las leyes— debería ir precedido por un matrimonio civil. El matrimonio religioso, al no ser válido ante la ley, puede ser clasificado ya sea junto con las uniones informales (uniones

libres), o bien, con los matrimonios legales, puesto que se trata de uniones reconocidas por las leyes de la Iglesia y, por lo tanto, institucionalizadas. En forma paralela a todos estos tipos de matrimonio, las uniones libres, han persistido a través del tiempo.

Ilustración 1. Tipos de unión en México

		Religiosas	
		Sí	No
Legales	Sí	Civil y religiosa	Sólo civil
	No	Sólo religiosa	Unión libre

La forma más común de unión en México han sido los matrimonios civiles-religiosos. Para Quilodrán (2010) esto se debe a que en la segunda mitad del siglo XX se consolidó el matrimonio civil como resultado de las campañas de legalización que se llevaron a cabo; sin embargo, no se dio un rompimiento con las pautas del matrimonio católico por lo que ambos tienen postulados en común: a) libre consentimiento de los cónyuges, b) heterosexualidad de la pareja,¹⁶ c) monogamia, d) la reproducción como uno de los fines principales y e) la indisolubilidad del vínculo matrimonial.¹⁷

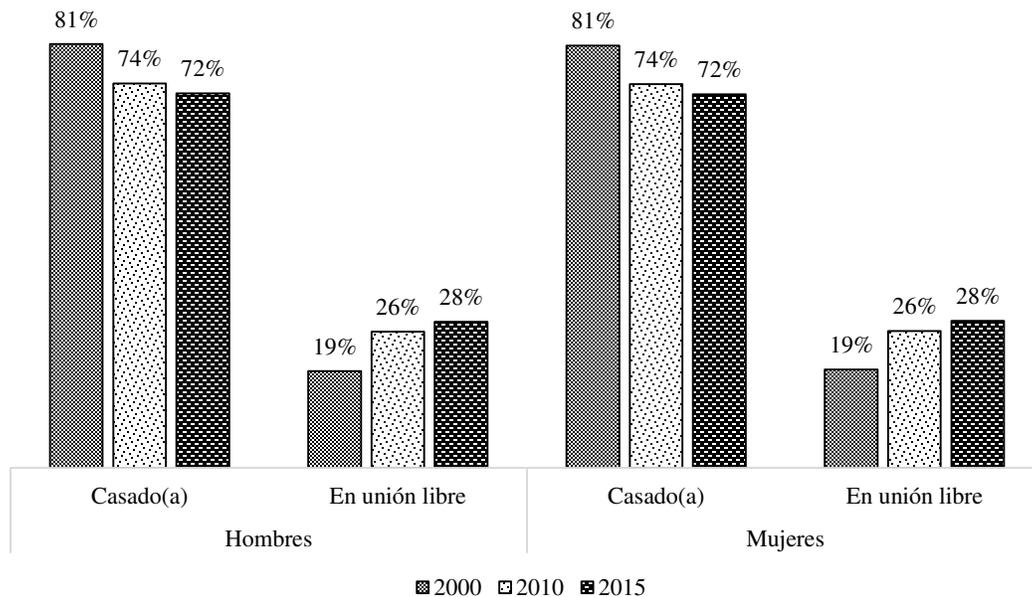
Considerando los datos de la población unida del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, del Censo de Población y Vivienda 2010 y de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2000, 2010, 2015), aquella que se encuentra casada disminuyó 9 puntos porcentuales de 2000 a 2015: pasó de

¹⁶ El reconocimiento de los matrimonios entre personas del mismo sexo en México es muy reciente. En 2009 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó el matrimonio entre personas del mismo sexo; posteriormente se sumaron Quintana Roo, Coahuila y Chihuahua. Es hasta el 3 de julio de 2015 que la Suprema Corte de Justicia de la Nación emite una tesis jurisprudencial que declara inconstitucionales los Códigos Civiles de las entidades del país en donde el matrimonio se entiende sólo como la unión entre un hombre y una mujer y que tiene como fin la procreación; esta resolución no invalida las leyes estatales, pero otorga el derecho a solicitar una orden judicial en contra de las leyes estatales que prohíben el matrimonio entre personas del mismo sexo (Morales y Gutiérrez, 2017).

¹⁷ El divorcio vincular se introdujo en la legislación mexicana por decreto el 29 de diciembre de 1914; previo a esa fecha sólo existía separación conyugal con subsistencia del vínculo (Abundis y Ortega, 2010).

81 a 72%; por su parte, la unión libre incrementó de 19% a 28% en el mismo periodo. En el caso de la población unida, hombres y mujeres presentan la misma distribución porcentual (*Gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribución porcentual de población unida de 12 años y más según su situación conyugal por sexo. México 2000, 2010, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010 y Encuesta Intercensal 2015

Ojeda (2007), con datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR), señala que las mujeres que contraen matrimonio civil-religioso representan 44.9% de las mujeres unidas, le siguen las mujeres casadas sólo al civil con 26.6% y el resto lo constituyen las uniones libres y los matrimonios solo por la iglesia (24.7 y 3.8% respectivamente). Por su parte, Quilodrán (2000, 2010) encuentra que el matrimonio legal de las mujeres en su conjunto se ha incrementado poco más de dos puntos porcentuales a finales de la década de los 90; sin embargo, esto se debe a las uniones civiles, pues los civiles-religiosos y religiosos van en descenso. De acuerdo con la autora, estos últimos tipos de matrimonios se redujeron de 68.8% en 1970 a 51.5% en 2005; por su parte, los matrimonios civiles incrementaron en 72% en dicho periodo. La autora ha denominado a este proceso “secularización del vínculo conyugal”, dado que se la unión se lleva a cabo sin la sacralización.

Por su parte, las uniones consensuales no han descendido; por el contrario, estas tienen un papel importante como forma alternativa al matrimonio y continúan siendo numerosas en la fase inicial del proceso de formación de familia (Ojeda, 2007; Quilodrán, 2010). De acuerdo con Quilodrán (2010), las uniones libres incrementaron 49% de 1970 a 2005 (pasando de 15.5 a 23.1%); la autora considera que el incremento de las uniones libres forma parte de un proceso de “desinstitucionalización del matrimonio”. Solís y Ferraris (2014) con datos de la Encuesta Demográfica Retrospectiva 2011 (EDER) presentan la magnitud del fenómeno cuando se identifican distintas cohortes: el porcentaje de uniones que inician con cohabitaciones antes de los 30 años en la cohorte 1951-1953 es de 16.2% en hombres y 20.4% en las mujeres; sin embargo, cuando se considera la cohorte 1980-1984 las proporciones incrementan a 41.9 y 38.0% respectivamente. Por su parte, Pérez y Esteve (2012) muestran con datos censales que la proporción de mujeres de 25 a 29 años en unión libre incrementó de 23 a 39% entre 2000 y 2010; es decir, la preferencia de las uniones libres se ha identificado principalmente en la población joven; no obstante, también se plantea que, pese a que las generaciones jóvenes están retrasando su entrada al matrimonio, también están adelantando su entrada a la unión consensual (Pérez, 2008; Quilodrán, 2010)

Se considera que este incremento de las uniones libres se debe a la preferencia que los sectores de bajos recursos y de baja escolaridad presentan ante este tipo de unión (Castro, 2014; Pérez, 2008; Quilodrán, 2010; Quilodrán, 2006; Solís y Ferraris, 2014); es decir, dicha tendencia “apuntaría al resurgimiento de las formas tradicionales de cohabitación, o quizá a un aumento de esta práctica como una reacción adaptativa a las crecientes dificultades económicas que tienen las parejas de estratos bajos para iniciar su vida conyugal con un matrimonio ‘formal’” (Solís y Ferraris, 2014, pp. 292–293).

No obstante, este incremento de la unión libre comienza a observarse en todos los estratos sociales, lo que conduce a considerar factores como la incertidumbre económica que influyen en la preferencia a la cohabitación (Solís y Ferraris, 2014). Al respecto Pérez y Esteve (2012) muestran con datos del Censo de 2010 que el porcentaje de mujeres universitarias en unión libre ha incrementado de 10 a 25% entre un censo y otro; es decir, este tipo de unión deja de ser exclusivo de un sector poblacional. Para los autores, el importante incremento de las uniones libres en lo que va del siglo XXI presenta diversos contrastes que hacen difícil su interpretación: por una parte, ha

sido explosiva en su volumen a comparación de su tendencia durante el siglo pasado; por otra parte, la unión libre se ha expandido entre la población con niveles educativos elevados, y finalmente, el perfil “tradicional” de la población que entra en unión consensual se sigue manteniendo.

Ojeda y González (2008) consideran que el tipo de unión que las personas eligen puede ir cambiando a lo largo del curso de vida. En ese sentido, se ha planteado que algunas parejas inician su vida conyugal en unión libre y en el mediano plazo legalizan dicha unión (García y Rojas, 2002; Pérez, 2008; Pérez y Esteve, 2012; Quilodrán, 2010); este no es un fenómeno reciente, la legalización de las uniones libres es común en los regímenes nupciales mexicanos desde la segunda mitad del siglo XX (Ojeda y González, 2008; Pérez, 2008). De acuerdo con Ojeda (2007), 40% de las parejas inician su unión con una unión libre y 40% legalizan su unión; sin embargo, la autora identifica que este índice de legalización va en descenso, pues pasó de 48.9% en 1982 a 40% en 2003. De acuerdo con Pérez (2008) la legalización de las uniones libres ocurre, en promedio, en los primeros 3.5 años de duración.

Diversos autores han problematizado si este incremento de las uniones consensuales responde a lo postulado por la Segunda Transición Demográfica,¹⁸ no obstante, aún se sigue discutiendo si su incremento se debe a un cambio cultural, al resurgimiento del modelo tradicional de unión libre o a un reflejo de la incertidumbre económica. Para Solís y Ferraris (2014) es posible que los factores económicos y culturales estén operando simultáneamente, pero con distinta importancia según el estrato social; también se sugiere la coexistencia de una unión libre tradicional y el surgimiento de otra de tipo moderna (Pérez, 2008; Quilodrán, 2006). Adicionalmente, es importante considerar que la unión libre es un fenómeno reciente en los países desarrollados; sin embargo, en México este tipo de unión existe desde la época colonial y una parte importante de la reproducción se da en esta situación conyugal (Quilodrán, 2006), por lo que difícilmente la experiencia mexicana resulta totalmente compatible con la de otros países (F. C. R. Castro, 2014).

¹⁸ Entre sus características se encuentran el incremento de la edad al matrimonio, incremento en las proporciones de las uniones libres y de las disoluciones conyugales (Quilodrán, 2010). Estas transformaciones se deben principalmente a cambios de tipo cultural, observados recientemente en sociedades europeas, donde hay una pérdida de importancia en las relaciones familiares (Quilodrán, 2006; Solís y Ferraris, 2014).

4.1.2 Calendario de la primera unión

Diversos autores consideran que la edad a la primera unión es un indicador clave en el estudio de las uniones conyugales, ésta se encuentra fuertemente relacionada con el inicio de la vida reproductiva y con la continuidad o fin de otro tipo de eventos, como lo es la trayectoria educativa; la edad a la unión se ve influenciada por normas y expectativas sociales que delimitan la entrada a la misma (Ojeda, 2007). Al hacer un recorrido por las estimaciones que se han realizado respecto a la edad a la primera unión en el siglo pasado, Parrado y Zenteno (2002) con datos de la EDER llevada a cabo en 1998 estiman que la edad mediana a la unión de la cohorte 1965-1969¹⁹ fue de 20.7 años en el caso de las mujeres y de 23 años para los hombres. Quilodrán (2000) identifica que las mujeres han retrasado más su unión que los hombres: de 1960 a 2000 las mujeres incrementaron en promedio 2 años su entrada a la unión general y 2.3 su entrada al matrimonio (de 20.7 a 22.7 y de 21.7 a 24 años respectivamente); por su parte los hombres sólo incrementaron su edad a la unión en 0.8 años en promedio y su edad al matrimonio en 1.5 años (de 23.9 a 24.9 y de 24.3 a 25.8 respectivamente).

Con datos más recientes de la Eder 2011,²⁰ F. C. R. Castro (2014) encuentra que 6% de las mujeres se unen antes de los 16 años, 40% entre los 16 y los 20 años y el resto después de los 21 años; de acuerdo con el autor, 75% de las mujeres se encontraban unidas antes de los 25 años. Por su parte, los hombres comienzan a unirse después de los 15 años y la edad media en las tres cohortes se estima entre los 21 y 25 años. Con esa misma encuesta, Solís y Ferraris (2014) separan por cohortes y encuentran que la edad mediana a la primera unión de las mujeres pasa de 20.8 en la cohorte 1951-1953 a 22.8 años en la cohorte 1978-1980; por su parte los hombres solo presentan una diferencia de 0.4 años (de 24.0 a 24.4 años). Los autores subrayan importantes cambios cuando se observa el tercer cuartil (75% acumulado de las uniones), pues la edad a la unión de las mujeres incrementa de 24.7 a 28.2 años y de 27.5 a 29.8 años en los hombres; consideran que las mujeres tienen diferencias de mayor magnitud y que este incremento se debe a la presencia de un sector que está retrasando su transición a la primera unión. No obstante, pese a lo anterior, la intensidad

¹⁹ En la Eder 1998 se consideraron tres cohortes: cohorte madura nacida entre 1935-1939, cohorte mediana nacida entre 1950-1954 y cohorte joven nacida entre 1965-1969

²⁰ En la Eder 2011 se consideran tres cohortes: cohorte madura nacida entre 1951-1953, cohorte mediana nacida entre 1966-1968 y cohorte joven nacida entre 1978-1980

de las uniones permaneció por encima de 90% durante la segunda mitad del siglo XX; es decir, las mujeres no están optando por el celibato definitivo.

En cuanto a las diferencias por tipo de unión, diversos autores han señalado que la entrada a la unión consensual se presenta a edades más tempranas en comparación con la edad al primer matrimonio (Castro, 2014; Pérez, 2008; Quilodrán, 2010). Quilodrán (2010) muestra que entre 1960 y 2000 la diferencia entre la primera unión (considerando matrimonio y unión libre) y el primer matrimonio pasó de 0.4 a 0.9 en el caso de los hombres y de 0.9 a 1.3 en el caso de las mujeres. F. C. R. Castro (2014) con datos de la EDER 2011 señala que el primer cuartil (25%) entra al matrimonio a los 21.5 años, mientras que a la cohabitación lo hacen a los 19 años. Las diferencias no sólo se han identificado por tipo de unión, sino también por tamaño de localidad. Con datos de la ENSAR 2003, Ojeda (2007) encuentra que en las localidades rurales la edad media a la unión de las mujeres es de 19.8 años, mientras que en las urbanas es de 22 años; 52.4 y 33.7% de las mujeres se encuentran unidas a la edad de 20 años en las localidades rurales y urbanas respectivamente.

4.1.3 Factores asociados a la primera unión

Desde la sociodemografía se han identificado diversos factores que se relacionan con la entrada a la primera unión en hombres y mujeres; entre esos factores destacan el nivel educativo, el estatus laboral, el tamaño de localidad y el número de hijos. El nivel educativo ha sido uno de los más estudiados; de manera general, se identifica que la extensión de la trayectoria educativa retrasa de manera importante la entrada en unión de hombres y mujeres (F. C. R. Castro, 2014; Parrado y Zenteno, 2002; Pérez, 2008). Para Parrado y Zenteno (2002) los efectos del nivel educativo sobre la entrada a la unión traen consigo diferencias de género y actúa de manera diferenciada en hombres y mujeres.

F. C. R. Castro (2014) encuentra que los hombres retrasan su unión a medida que incrementa su nivel educativo; no obstante, se mantiene la prevalencia, ya que la mayoría de los hombres se unen independientemente del nivel alcanzado. Para Solís y Ferraris (2014), la asociación entre el nivel educativo y la edad de la unión conyugal no es lineal: los hombres que no asisten a la escuela tienen menor probabilidad de unirse; no obstante, la relación se vuelve positiva entre los hombres con algún nivel educativo. Por su parte, Parrado y Zenteno (2002) encuentran que los hombres con mayor nivel educativo presentan mayor probabilidad de entrar a la unión; los autores consideran

que este comportamiento se debe a que los hombres con mayor formación educativa son considerados futuros prospectos con estabilidad económica.

En el caso de las mujeres, Parrado y Zenteno (2002) encuentran una relación no lineal entre el nivel educativo y la entrada a la unión: las mujeres con altos y bajos niveles educativos presentan probabilidades similares, pero no sucede así con mujeres de niveles intermedios. Los autores argumentan que estas últimas tienen menores probabilidades debido a su incertidumbre económica; en el caso de las mujeres en los extremos educativos se tiene mayor certeza sobre el nivel de oportunidades laborales. Solís y Ferraris (2014) no encuentran diferencias tan importantes de entrada a la unión entre las que tienen algún nivel educativo y las que no asistieron a la escuela. Los autores argumentan que el hecho de que la escolaridad sea un factor que reduce el riesgo de entrar a la unión en las mujeres se debe a que la trayectoria educativa se prolonga a mayor edad; el retraso a la transición conyugal no responde necesariamente a un cambio cultural, pero sí puede ser un factor que está interviniendo. Por su parte, Pérez (2008) encuentra que las mujeres con mayores niveles educativos presentan menor riesgo relativo de entrar en unión y en unión libre.

Respecto a la condición laboral también se identifican efectos diferenciados para hombres y mujeres. En el caso de los hombres, se encuentra mayor probabilidad de transitar a la primera unión entre los que trabajan (Solís y Ferraris, 2014); se considera que los hombres están retrasando su transición a consecuencia de la incertidumbre laboral y económica (Parrado y Zenteno, 2002; Solís y Ferraris, 2014). En el caso de las mujeres, Solís y Ferraris (2014) encuentran que cuando dejan de trabajar triplican su probabilidad de transitar a la unión conyugal. Los autores consideran que la participación laboral de las mujeres se vuelve incompatible con los roles de madre/esposa y por lo tanto desincentiva la entrada a la unión. Sin embargo, Parrado y Zenteno (2002) encuentran que las mejoras en las condiciones económicas de las mujeres a causa de su experiencia laboral no reducen su transición a la unión en México.

Las diferencias entre hombres y mujeres son explicadas por los roles de género que prevalecen en el país: de los hombres se espera estabilidad económica y en las mujeres se identifica incompatibilidad de roles (Solís y Ferraris, 2014). No obstante, se presentan ideas encontradas entre los autores, pues para Parrado y Zenteno (2002) la participación en la fuerza de trabajo reduce las incertidumbres económicas y favorece la entrada a la unión tanto en hombres como en mujeres.

Respecto al tamaño de localidad, se ha identificado que la población de localidades rurales presenta mayor probabilidad de entrar en unión que aquellos que tienen una residencia urbana (Parrado y Zenteno, 2002). En las localidades rurales las mujeres se unen a una edad más joven, con mayor intensidad y con mayor proporción de uniones libres en comparación con las mujeres que residen en un contexto urbano (Ojeda, 2007; Quilodrán, 2010). Ojeda (2007) señala con datos de la ENSAR 2003 que la nupcialidad en ambos tipos de localidades (urbana y rural) es poco menos que universal, ya que en ambos casos se presenta una proporción de solteras definitivas²¹ de aproximadamente 13%. Sin embargo, el tiempo que dedican las mujeres a su vida conyugal varía de acuerdo con el tamaño de localidad; entre los 12 y los 45 años de edad, las mujeres de localidades rurales presentan una proporción de tiempo vivido como unidas de 66.5%, mientras que la de localidades urbanas lo hacen durante 61.3%.

Finalmente, se ha identificado que la presencia de hijos nacidos en soltería acelera de forma importante la entrada a la unión (F. C. R. Castro, 2014; Parrado y Zenteno, 2002). Se considera que el tipo de unión más frecuente cuando se presenta fecundidad premarital son las uniones libres (F. C. R. Castro, 2014; Pérez, 2008); no obstante, cuando se tiene un segundo hijo antes de la unión, se retrasa la entrada en unión independientemente de su tipo (Pérez, 2008). De acuerdo con Solís y Ferraris (2014) la presencia de hijos antes de la unión incrementa el riesgo relativo de transitar a una unión libre en 86% en los hombres y en 73% en las mujeres.

4.2 DISOLUCIÓN CONYUGAL

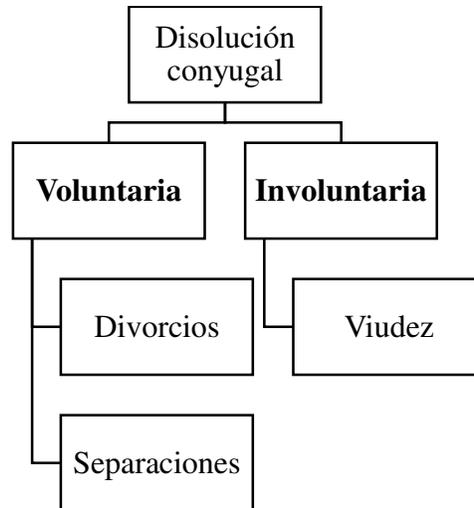
4.2.1 Formas de disolución conyugal y calendario de la primera disolución

Los estudios sociodemográficos en México sobre disolución conyugal son escasos (Ojeda, 2007); para Quilodrán y Castro (2009) el incremento de la ruptura conyugal puede significar debilitamiento de los lazos familiares o mayor libertad de elección personal. La disolución conyugal puede ser voluntaria o involuntaria: dentro de la primera forma se encuentran los divorcios y las separaciones; la viudez constituye la forma involuntaria de disolución. Los divorcios

²¹ Porcentaje de mujeres solteras a la edad de 45 años. La autora toma como supuesto que la probabilidad de casarse después de los 45 años es prácticamente nula.

solo se pueden dar de matrimonios civiles, mientras que las separaciones pueden darse en cualquier forma de unión (Quilodrán, 2010).

Ilustración 2. Formas de disolución conyugal



Pese a que el divorcio es legalmente permitido, la separación constituye la forma preferente de disolución conyugal en la sociedad mexicana, incluso entre los matrimonios; sin embargo, existe una tendencia creciente de los divorcios desde la década de los 70 (Ojeda y González, 2008). Como se desarrolló en la primera parte de este capítulo, la segunda mitad del siglo pasado se caracterizó por la estabilidad de las uniones; sin embargo, a inicios del siglo XXI se comienza a identificar una tendencia al incremento de las disoluciones de las primeras uniones a una duración cada vez más temprana y en cohortes más jóvenes (Ojeda y González, 2008; Pérez y Ojeda, 2016; Quilodrán, 2010; Solís y Ferraris, 2014); no obstante, los niveles de divorcio y separación siguen siendo bajos en comparación con otros países desarrollados o con los mismos niveles de desarrollo que el mexicano (Ojeda y González, 2008; Solís y Ferraris, 2014).

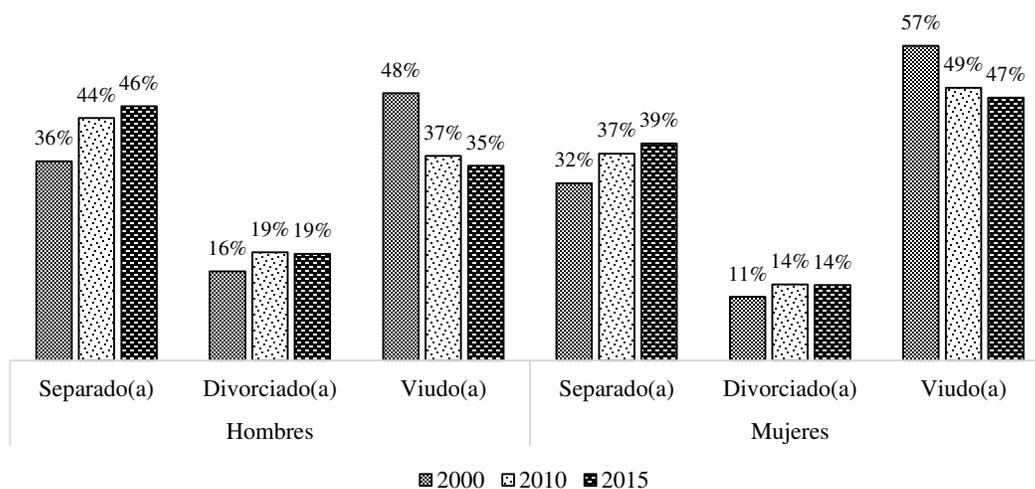
Al respecto, Solís y Ferraris (2014) con datos de la ENADID 2009 estiman 20% de disoluciones a los 15 años de duración para la cohorte de unión 1995-1999 y 20% a los 10 años de duración para la cohorte 2000-2004. Por su parte, Ojeda y González (2008) señalan que las generaciones más jóvenes presentan mayores probabilidades de disolución conyugal durante los primeros cinco y 10 años de unión; el autor y la autora encuentran que la disolución es más marcada en las generaciones que en las cohortes de unión. De la misma manera, F. C. R. Castro (2014) con datos de la EDER 2011 encuentra que al menos 25% de la cohorte joven experimentará una disolución conyugal, mientras que la cohorte mayor no llegó al 20%. En el caso de la viudez, Quilodrán (2010) muestra

que ha ido disminuyendo como reflejo de la baja mortalidad; de acuerdo con la autora, en 1990 los viudos representaban 41% de los hombres con alguna disolución conyugal y las viudas 50% de las mujeres con uniones interrumpidas; no obstante, en 2000 los viudos representaban únicamente 19% y las viudas 30%.

En cuanto a las diferencias por tipo de unión, Pérez (2008) estima una duración promedio de la unión libre de 10.19 años, mientras que los matrimonios duran en promedio cinco años más (15.21). Considerando las causas de abandono de la unión libre, la autora señala que su legalización ocurre a los 3.5 años de duración, su disolución por separación a los 5.31 años de unión y por viudez a los 9.95 años. En cuanto al matrimonio, la disolución por separación o divorcio ocurre a los 8.9 años y por viudez a los 14.03 años de duración.

Considerando los datos de la población exunida del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, del Censo de Población y Vivienda 2010 y de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2000, 2010, 2015), en general se identifica que las separaciones y los divorcios han incrementado del 2000 al 2015, mientras que la viudez ha disminuido (*Gráfico 2*). De manera particular, en la población masculina exunida se identifica lo siguiente: en el año 2000, los hombres viudos tenían el mayor peso porcentual (48%), le seguían los separados con 36% y finalmente los divorciados con 19%; para el 2015, los separados representaban el 46%, le seguían los viudos con 35% y finalmente los divorciados con 19%. En el caso de las mujeres exunidas, se identifica que las viudas tuvieron el mayor peso porcentual en todo el periodo (57% en el año 2000 y 47% en el 2015), le siguieron las separadas (32% en el año 2000 y 39% en el 2015) y finalmente las divorciadas (11% en el año 2000 y 14% en el año 2015).

Gráfico 2. Distribución porcentual de población exunida de 12 años y más según su situación conyugal por sexo. México 2000, 2010, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010 y Encuesta Intercensal 2015

4.2.2 Factores asociados a la disolución de la primera unión

Se han identificado diversos factores sociodemográficos que tienen efectos sobre la disolución conyugal voluntaria en México, entre ellos se encuentran la edad a la primera unión, el nivel educativo, la participación económica, la residencia rural-urbana, el tipo de unión y el número de hijos. Respecto a la edad a la primera unión, se ha detectado una relación inversa con la disolución conyugal voluntaria (Ojeda y González, 2008; Pérez, 2008; Pérez y Ojeda, 2016); se considera que la edad a la unión interviene en la estabilidad y actúa de manera diferenciada para hombres y mujeres: mientras que los primeros presentan mayor estabilidad después de los 21 años, las mujeres lo hacen desde el grupo quinquenal de 16 a 20 años y 21 y más (F. C. R. Castro, 2014).

Para Solís y Ferraris (2014) al incrementar en un año la transición a la unión de las mujeres, el riesgo de disolución se reduce en 4%. Sin embargo, Pérez y Ojeda (2016) encuentran una relación curvilínea entre la edad y la disolución conyugal para el caso de las mujeres: aquellas que se unen antes de los 18 años o después de los 24 presentan mayores niveles de disolución en comparación con aquellas que se unen entre los 18 y 24 años de edad. Por su parte, Ojeda y González (2008) identifican una relación inversa entre la edad a la unión y la disolución conyugal en las mujeres que se unían antes de los 21 años en 1976; no obstante, con datos de la ENSAR 2003 encuentran que esta relación se da en todas las edades.

En cuanto al nivel educativo, se identifica una relación que se ha complejizado con el tiempo: mientras que Ojeda y González (2008) señalan una relación positiva entre el nivel educativo y la probabilidad de disolución de las mujeres, otros autores no encuentran diferencias en la disolución conyugal de las mujeres por nivel educativo (Pérez y Ojeda, 2016; Solís y Ferraris, 2014). Pérez y Ojeda (2016), incluso, encuentran una relación inversa entre el nivel educativo y la probabilidad de disolución conyugal de las mujeres con datos de la EDER 2011. De acuerdo con F. C. R. Castro (2014), los hombres no presentan diferencias contundentes con respecto a la relación entre el nivel educativo y la disolución conyugal. Tampoco encuentra un patrón claro de disolución en las mujeres con distintos niveles educativos; no obstante, ellas presentan una probabilidad de disolución mayor a 25%. Para el autor, el incremento en el nivel educativo que se ha presentado en México no es suficiente para reflejar un efecto a nivel individual en la disolución conyugal.

En cuanto a la participación económica, se identifica una relación positiva con la probabilidad de disolución conyugal para las mujeres; en el caso de los hombres la relación es inversa. Al respecto, F. C. R. Castro (2014) muestra que los hombres que no trabajan presentan la más alta probabilidad de disolución (mayor a 25%) en comparación con los que trabajan con salario y los no asalariados. Por su parte, las asalariadas o patronas presentan la mayor probabilidad de disolución en comparación con aquellas que no trabajan, realizan actividades no asalariadas o trabajan por cuenta propia (F. C. R. Castro, 2014; Pérez y Ojeda, 2016). También se ha encontrado que las mujeres que tienen experiencia de trabajo prematrimonial presentan mayores probabilidades de disolución conyugal (Ojeda y González, 2008). Esta relación que se presenta en las mujeres refleja ciertos logros de empoderamiento, ya que el hecho de presentar menor dependencia económica les facilita tomar decisiones (Ojeda y González, 2008). Por su parte, la relación que se identifica en los hombres es reflejo del rol de proveedor que se espera de ellos en la sociedad mexicana (F. C. R. Castro, 2014).

En cuanto al tamaño de localidad, se ha encontrado que las mujeres que residen en localidades urbanas presentan mayores probabilidades de disolución conyugal (Ojeda y González, 2008; Pérez, 2008). Ojeda y González (2008) estiman con datos de la ENSAR 2003 que las mujeres que residen en localidades rurales presentan una probabilidad de disolución de la primera unión de 12% a los 20 años de duración, mientras que las mujeres de localidades urbanas presentan una probabilidad de 23% en esa misma duración. Para los autores esta relación puede ser explicada por el mayor

acceso que tienen las mujeres urbanas a recursos legales y a condiciones socioculturales menos restrictivas en comparación con el contexto rural.

Respecto al número de hijos, se ha identificado una asociación negativa con el riesgo de disolución conyugal, lo que refleja que la presencia de descendencia favorece la estabilidad de las uniones (F. C. R. Castro, 2014; Pérez y Ojeda, 2016; Solís y Ferraris, 2014). No obstante, también resulta importante considerar el ciclo de vida de las parejas, pues aquellas familias con hijos en edad de crianza también presentan menores niveles de disolución conyugal (Ojeda y González, 2008). F. C. R. Castro (2014) encuentra que, tanto en hombres como en mujeres, la mayor probabilidad de disolución se encuentra entre aquellos/as que no tuvieron hijos dentro de la unión; sin embargo, el autor señala algunas diferencias por sexo: en los hombres el riesgo se reduce en 72% si tienen de uno a dos hijos con respecto a las parejas sin hijos; por su parte, las mujeres reducen su riesgo en 58% cuando se tienen tres o más hijos. Este comportamiento refleja que el “efecto protector” que tenían las mujeres con la presencia de hijos se va erosionando, principalmente en la cohorte más joven (F. C. R. Castro, 2014; Pérez y Ojeda, 2016).

Finalmente, se ha encontrado que las uniones libres presentan mayor riesgo de disolución por divorcio o separación que los matrimonios (F. C. R. Castro, 2014; Ojeda y González, 2008; Pérez y Ojeda, 2016; Solís y Ferraris, 2014). F. C. R. Castro (2014) con datos de la EDER 2011 estima que los hombres en cohabitación presentan 2.8 veces más riesgo de disolución que los matrimonios; en el caso de las mujeres, ellas cuadriplican el riesgo de disolución comparando los dos tipos de uniones. Por su parte, Solís y Ferraris (2014) estiman que 5.4% de los matrimonios y 15.3% de las mujeres que inician en cohabitación disuelven su unión; es decir, el riesgo de las uniones libres triplica al de los matrimonios. No obstante, Ojeda y González (2008) encuentran que, pese a que las uniones libres tienen mayor probabilidad de disolución que los matrimonios, éstos últimos presentan una intensidad más marcada. Adicionalmente, se encuentra una tendencia hacia la reducción de la brecha del riesgo de disolución por tipo de unión entre las cohortes más jóvenes (Solís y Ferraris, 2014).

Es importante mencionar que los factores asociados a la disolución de las uniones libres son similares a los que impactan en la disolución del matrimonio; es decir, las variables sociodemográficas explicativas tienen efectos similares en la disolución voluntaria de ambos tipos de uniones (Pérez, 2008; Pérez y Ojeda, 2016). También se ha encontrado que si las uniones libres

legalizan su unión son tan estables como aquellos que inician como matrimonio (Solís y Ferraris, 2014).

Pese a que los factores mencionados en esta sección presentan efectos importantes sobre la disolución conyugal y permiten identificar un “perfil” que se asocia a mayores riesgos de separación o divorcio (Pérez y Ojeda, 2016), diversos autores sugieren la existencia de otro tipo de elementos macrosociales que contribuyen al incremento de la disolución conyugal y que sobrepasan las variables sociodemográficas individuales. Entre estos pueden estar aspectos culturales, institucionales, sociales, burocráticos y económicos (Ojeda y González, 2008), así como cambios en los roles de género y en el significado que se le da a la vida en pareja (Solís y Ferraris, 2014).

4.3 NUEVAS NUPCIAS

El incremento de la disolución de las uniones puede conducir a una mayor presencia de población sin pareja o de nuevas nupcias (Quilodrán, 2008), pero también a nuevas dinámicas donde no hay coresidencia entre los miembros de la pareja²² (Quilodrán, 2010). La compleja dinámica nupcial que se ha presentado, principalmente en los países desarrollados, ha dado paso a estudios sobre familias ensambladas y recomposición familiar²³ (Luna y Street, 2011). Para Quilodrán (2010), este tipo de familias son cada vez más comunes como reflejo del incremento de la disolución conyugal y de las nuevas nupcias:

Las transformaciones de las trayectorias conyugales acaban modificando la organización familiar en la sociedad. Así, tenemos que la ruptura o disolución de una unidad familiar simple, producto de la formación de una pareja en primeras nupcias, puede convertirse, con el transcurso del tiempo, en dos o más unidades. Esto debido a que cada uno de los excónyuges pueden contraer nuevas nupcias y volver a tener hijos con su nueva pareja. Si las nuevas parejas con las cuales se casan o cohabitan aportan a su vez hijos de unión(es) anterior(es), además de los que pueden tener en común, el resultado es la configuración de familias con estructuras necesariamente distintas y más complejas que las de origen (p. 177).

Un estudio realizado en México sobre recomposición familiar reconstruye las trayectorias conyugales y reproductivas de las mujeres con datos de la ENADID 1997 y encuentra que 80.2% de los hijos son descendencia de mujeres de 15 a 54 años unidas por primera vez; sin embargo,

²² Mejor conocidas como parejas LAT por el término en inglés *living apart together*

²³ La familia ensamblada se centra en el grupo residencial, mientras que la noción de recomposición familiar considera la posición de los hijos, independientemente de la residencia (Luna y Street, 2011).

17.3% de los hijos de esas mujeres forman parte de una familia recompuesta: 9.8% a causa de la disolución de la primera unión y 7.5% a causa de segundas uniones. Cuando se desglosan los datos por edad de la madre, se encuentra que uno de cada cuatro hijos de mujeres de 45 a 54 años ha experimentado contextos de recomposición familiar: 15.9% a causa de una disolución y 7.9% a causa de nuevas nupcias (Luna y Street, 2011). Para dar cuenta de esta dinámica cada vez más compleja, se requiere focalizar la atención a la reconstrucción de las trayectorias (Quilodrán, 2010). Para Luna y Street (2011) es necesario obtener información más detallada sobre las trayectorias conyugales de las personas, las trayectorias genésicas y las características de las relaciones entre padres-madres e hijos.

4.4 CONSIDERACIONES GENERALES

El estudio de la nupcialidad permite comprender aspectos de la dinámica demográfica; su importancia radica en que produce transiciones significativas en la vida de hombres y mujeres y constituye una forma de organización social. La segunda mitad del siglo XX se caracterizó por no presentar cambios esenciales en los patrones de formación de las uniones en México; sin embargo, a inicios del siglo XXI comienzan a identificarse cambios de mayor alcance: presencia de secularización del vínculo conyugal, incremento de las uniones libres y una expansión de este tipo de unión entre la población con niveles educativos elevados. La intensidad de las uniones es casi universal; sin embargo, se han identificado diferencias importantes en el calendario a la unión cuando se compara por cohortes. Entre los factores asociados a la primera unión se encuentran el nivel educativo, el estatus laboral, el tamaño de localidad y el número de hijos.

Respecto a la disolución conyugal, la separación es la forma preferente de la sociedad mexicana para disolver sus uniones; a inicios del siglo XXI se comienza a identificar una tendencia al incremento de las disoluciones a una duración cada vez más temprana y en generaciones más jóvenes. Entre los factores asociados a la disolución de la primera unión se encuentran la edad a la primera unión, el nivel educativo, la participación económica, la residencia rural-urbana, el tipo de unión y el número de hijos. Este incremento en las disoluciones conyugales ha complejizado la dinámica nupcial en el país y ha comenzado a surgir un fuerte interés por las nuevas nupcias, las familias ensambladas y la recomposición familiar.

5 MARCOS CULTURALES Y NORMAS DE GÉNERO EN TORNO A LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE HOMBRES Y MUJERES EN MÉXICO

Las normas de género que dan sentido a los discursos, las prácticas, los símbolos y las representaciones del ser hombre y del ser mujer toman lugar en distintas esferas de la vida y uno de ellos es en el terreno de la sexualidad (Ariza y Oliveira, 2008; Cáceres, 2004; Gayet et al., 2011; Szasz et al., 2008). “Aunque sexualidad y género son categorías diferentes, el comportamiento sexual esperado para hombres y mujeres en un determinado grupo social se relaciona estrechamente con los sistemas de género particulares para ese contexto” (Carmona, 2011, p. 804).

A lo largo de este capítulo se plantea la forma en la que las normas culturales y de género influyen en las prácticas sexuales. Primero se consideran las normas que asignan pautas de comportamiento sexual diferenciado para hombres y mujeres; posteriormente, se desarrollan algunas nociones que intervienen en las relaciones conyugales. Finalmente, se retoma la forma en que hombres y mujeres contemplan escenarios de riesgo de ITS, los diversos mecanismos que funcionan como obstáculo a la percepción del riesgo y las formas de respuesta cuando el riesgo es percibido.

5.1 NORMAS DIFERENCIADAS DE SEXUALIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

En México, las normas y discursos hegemónicos en torno a la sexualidad asignan roles diferenciados y configuran un marco de referencia sobre cómo deben comportarse hombres y mujeres dentro de las interacciones sexuales (Gayet et al., 2011; Szasz, 1998). La legitimidad de los varones y la reafirmación de su masculinidad estará en función de ciertos comportamientos sexuales; desde la visión hegemónica, a los hombres se les ha construido como sujetos con impulsos sexuales poco controlables que frecuentemente toman la iniciativa para tener relaciones sexuales con diversas parejas, se presenta una centralidad en la penetración y en el orgasmo masculino, y una disociación de las relaciones sexuales con las emociones, así como la necesidad de tomar riesgos sin protección y la presión por tener experiencias sexuales extraconyugales (Ariza y Oliveira, 2008; Carmona, 2011; Gayet et al., 2011; Gayet, 2015; Maxwell y Boyle, 1995; Nieto e Izazola, 1999; Szasz, 1998). Para Lagarde (2005, p. 227)

el erotismo patriarcal masculino se define por su carácter de grandiosidad: a mayor número de veces, a mayor duración (de la erección), a mayor número de coitos por sesión y, a mayor número de amantes, los hombres son considerados no sólo más potentes, sino más viriles, más machos, más hombres (...).

Por su parte, a las mujeres se les ha definido como personas pasivas, recatadas y autocontrolables que responden a la demanda de los hombres para satisfacerlos sexualmente cumpliendo con fidelidad y débito conyugal;²⁴ además, priorizan la estabilidad en la pareja por encima de sus deseos sexuales y representan su vida sexual alrededor del afecto (Carmona, 2011; Gayet et al., 2011; Gayet, 2015; Nieto e Izazola, 1999; Szasz et al., 2008; Szasz, 1998). Para Lagarde (2005) las principales normas que definen la sexualidad erótica femenina son las siguientes: heteroerotismo obligatorio, ser adulta, experiencias genito-coitales-pasivas, ligada a un amor renuente y entregable, dentro del matrimonio, con fines de procreación, como mujer-objeto y desde un cuerpo vívido.

De acuerdo con Bozon (2009, p. 164) la divergencia entre los comportamientos sexuales de hombres y mujeres sigue descansando en una visión biológica/naturalista que se materializa en el discurso de que “los hombres tendrán por naturaleza más necesidad de sexo que las mujeres”. Estas diferencias, delimitadas como binomio activo-pasivo (Gayet et al., 2011; Gayet, 2015) o como un doble estándar de moral sexual (Carmona, 2011; Szasz et al., 2008), conducen a que consciente o inconscientemente se considere la infidelidad masculina como algo esperable y entendible, mientras que la fidelidad por parte de las mujeres es necesaria para mantener la estabilidad en la relación de pareja (Carmona, 2011); “el deseo de los hombres no está cuestionado y el de las mujeres sólo es lícito en una relación estable (o que tenga objetivos amorosos o conyugales)” (Gayet, 2015, pp. 57–58).

Diversos autores han planteado que las normas en torno a la sexualidad se sitúan en un contexto diferencial de ejercicio de poder en el que los varones denotan una falta de interés hacia los deseos de las mujeres y pueden llegar a ejercer acciones de coerción y violencia física (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995; Szasz et al., 2008). No obstante, identificar el contexto de poder es complejo, ya que puede ir más allá de la coerción directa de los varones; éste puede llegar a manifestarse a través de distintos tipos de presiones en las que las mujeres colocan el placer de los hombres por encima del suyo (Carmona, 2011; Maxwell y Boyle, 1995).

²⁴ De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española [<http://dle.rae.es/>] el débito conyugal es la obligación que tienen los cónyuges de unirse sexualmente en virtud del amor mutuo para engendrar los hijos que han de educar.

De acuerdo con Carmona (2011), pese a que se ha encontrado que las mujeres manifiestan sus necesidades y deseos con mayor libertad que antes, la disposición ante el encuentro sexual no se encuentra exento de conflictos y muchas mujeres terminan cediendo ante el deseo sexual de los hombres y postergan las propias necesidades. Para Bozon (2001) se hace presente una contradicción en la que las mujeres de cohortes recientes van ganando autonomía personal con respecto a cohortes anteriores, pero en el curso de su vida sexual reaparecen los roles sexuales hegemónicos.

A pesar de que existen algunos matices cuando se consideran contextos específicos, diferencias generacionales y estratos socioeconómicos (Szasz, 1998; Szasz et al., 2008), los mecanismos de control y vigilancia han delimitado un comportamiento sexual propio para las mujeres en el que no se expresen deseos eróticos o actividad sexual; este comportamiento delimita la vida sexual conyugal y define un prestigio social (Szasz, 1998). Romper con esta delimitación puede generar estigmas sociales que cataloguen a las mujeres que tienen relaciones sexuales casuales como personas que no se respetan a sí mismas (Dalrymple et al., 2016).

5.2 SEXUALIDAD Y RELACIONES DE PAREJA

La relación entre sexualidad y pareja es compleja y, en la ideología contemporánea, difícilmente se puede analizar una sin la otra (Bozon, 2001). Se ha identificado que la actividad sexual forma parte de la dinámica de pareja y es un indicador importante sobre su vitalidad y permanencia (Bozon, 2001; Carmona, 2011). Para Bozon (2001) es fundamental analizar la relación entre sexualidad y pareja desde la perspectiva de la historia de vida sexual, pues se adecúa en mayor medida al contexto actual e incorpora secuencias de relaciones o simultaneidad, así como la historia, duración y dinámica de cada pareja.

Pese a que el panorama es cada vez más complejo y se comienzan a identificar ideales de autonomía y reciprocidad, para Carmona (2011) es importante tomar con cautela estos ideales, pues en nuestras culturas coexisten con roles y desigualdades de género. De acuerdo con Pedraza (2008, p. 50) “culturalmente existen tipos de relaciones y tiempos legitimados para el ejercicio de la sexualidad”. Alrededor de las representaciones que se construyen sobre el tipo de pareja se han delimitado una serie de nociones diferenciadas para hombres y mujeres. Una de ellas es la norma de exclusividad sexual que coexiste con el binomio activo/pasivo (Gayet et al., 2011). La idea de

exclusividad sexual se ha construido a través de un discurso moral religioso y de un discurso médico (Gayet et al., 2011; Pedraza, 2008).

Se considera que la exclusividad sexual delimita las relaciones sexuales con una sola pareja y se encuentra implícita principalmente dentro de la unión, aunque también se puede encontrar en el noviazgo (Gayet et al., 2011; Pedraza, 2008). No obstante, Gayet et al. (2011) identifican que las prácticas de exclusividad sexual tienen mecanismos diversos para hombres y mujeres. De acuerdo con los autores y autoras, de las mujeres se espera que acaten dicha norma; sin embargo, en el caso de los hombres la norma se traslada al ámbito sentimental. Es decir, se espera que se asuma una exclusividad afectiva, pero no necesariamente una sexual.

Para Bozon (2001), en la construcción sociohistórica del matrimonio cristiano, las mujeres han recibido mayores prohibiciones a prácticas de relaciones extramaritales; sin embargo, para el autor es importante considerar la exclusividad sexual como “un elemento de la situación y de la historia de la pareja más que una variable independiente o una expectativa social universal”.²⁵ En el contexto francés, el autor ha encontrado que las actitudes alrededor de las relaciones extramaritales no son estáticas y son más tolerantes conforme incrementa la duración de la relación así como en las segundas y las terceras uniones. Sin embargo, Pedraza (2008), en su estudio sobre percepción de riesgo de ITS de mujeres adultas mexicanas, encuentra que la transgresión al acuerdo de exclusividad sexual se puede dar en cualquier momento del curso de vida y no está delimitado por características especiales.

Un término relacionado con el de exclusividad sexual es el de monogamia; para Loue (2006) no existe consenso sobre este término, ya que puede ser considerado y asociado con distintas características: relaciones maritales, relaciones sexuales, relaciones hombre-mujer, conexión emocional y confianza. De acuerdo con Schwartz et al. (2013), la gran mayoría de los comportamientos sexuales se llevan a cabo en contextos de relaciones monógamas; sin embargo, no todas las parejas eligen permanecer en esta condición. La monogamia ha sido construida como la forma ideal de llevar a cabo relaciones sexuales sin riesgos de ITS (Dalrymple et al., 2016; Maxwell y Boyle, 1995); sin embargo, se ha encontrado que mantener relaciones extramaritales

²⁵ Texto original: “(...) an element of the situation and of the couple’s history than an independent variable or a universal social expectation” (p.14).

sin protección es una práctica concurrente principalmente entre los varones (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995; Szasz et al., 2008). Por tanto, las relaciones simultáneas podrían involucrar conductas de riesgo que propagan infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida (Gayet et al., 2011; Piña y Urquidi, 2004; Schwartz et al., 2013).

5.3 PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El concepto de riesgo se ha analizado principalmente a través de dos perspectivas: la material y la sociocultural (Pedraza, 2008). La primera de ellas considera un riesgo objetivo y cuantificable sin importar los valores asociados a tales riesgos; por lo contrario, la perspectiva sociocultural considera el riesgo como una construcción sociohistórica que involucra valores, experiencias, conocimientos, sentimientos, nociones y expectativas (Douglas, 1992). Para Gayet (2015) son estas configuraciones simbólicas las que limitan o posibilitan las prácticas sexuales protegidas. Siguiendo la investigación de Pedraza (2008, p. 11),

el riesgo objetivo está presente en las interacciones sexuales; el cual está caracterizado por las probabilidades de contagio, del número de parejas y encuentros sexuales, de la exposición a una persona infectada, etc., sin embargo, puede ser observado o no por los participantes. El conocimiento o percepción del riesgo en las interacciones sexuales puede o no estar presente en la conciencia de los actores, lo cual puede implicar que dicha percepción deviene de su construcción simbólica.

Por tanto, las normas y nociones sobre las interacciones sexuales que se desarrollaron en la sección anterior fungen como guías, y a través de esas construcciones se determina lo riesgoso o amenazante (Pedraza, 2008). En ese sentido, se ha identificado que cuando se rompe con el acuerdo de exclusividad sexual y se debilita la confianza se comienzan a contemplar escenarios de riesgo que incluyen las ITS (Gayet et al., 2011; Pedraza, 2008).

Para Pedraza (2008), la confianza es central en las dinámicas de las relaciones; ésta permite arreglos entre la pareja y se construye en función de algunos elementos de la relación y la personalidad. Gayet et al. (2011) identifican que las llamadas, notas, cartas, mensajes y confesiones de la pareja son algunos de los elementos que ponen en duda la confianza y ante tal circunstancia se desprenden una serie de dispositivos que permiten calcular, cuantificar y prevenir riesgo; sin embargo, debido a que estos riesgos son construidos de manera sociocultural, estos dispositivos tendrán variaciones que irán acorde con las nociones, las representaciones y los prejuicios construidos.

En México se han definido dos tipos de mujeres: las mujeres confiables con las que se establecen relaciones estables a través de vínculos emocionales y familiares (mujer santa y buena), y las mujeres en las que no se confían porque son consideradas promiscuas y se establecen con ellas relaciones sexuales ocasionales (mujer mala, puta, ramera) (Arias y Rodríguez, 1998; Ariza y Oliveira, 2008; Szasz, 1998). De ambas mujeres se espera falta de deseo sexual: las primeras cumplirán los deseos masculinos por amor y las segundas por dinero (Gayet, 2015). Para Lagarde (2005, p. 219) “son las malas mujeres quienes enseñan a los hombres y éstos quienes enseñan a las buenas, en un sistema asimétrico cruzado, en el que los hombres se relacionan diferencialmente y por separado, de manera simultánea, con dos subgrupos de mujeres”.

Esta clasificación de mujeres “buenas” y “malas” se relaciona con lo que Gayet (2015) desarrolla como feminización de las ITS; la autora señala que, fundado en el sistema de género y el discurso salubrista, se ha responsabilizado a las “prostitutas” y a las mujeres “promiscuas” de la transmisión de las ITS: de las mujeres “conocidas” no se adquieren enfermedades, pues se consideran limpias y saludables; por el contrario, las “desconocidas” son el reservorio de las ITS. Dichas nociones conducen a que la percepción del riesgo y las prácticas preventivas se encuentren delimitadas por las representaciones subjetivas sobre las parejas (N. P. Caballero et al., 2016; Gayet et al., 2011; Lichtenstein, 2012).

Los mecanismos de confianza y de percepción del riesgo son distintos en función del tipo de pareja: mientras que las relaciones estables y de larga duración se enmarcan como seguras, con las parejas concurrentes y casuales se perciben riesgos de ITS (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995). Gayet et al. (2011) señalan que también existen parejas concurrentes con las cuales se establecen dispositivos similares a los de la pareja estable, entre ellas se encuentran las “amantes” (relaciones concurrentes de larga duración); se considera que son mujeres que no ponen en riesgo de contraer una ITS y se desarrolla un mecanismo de confianza donde no se percibe el riesgo. De manera similar, Arias y Rodríguez (1998) encuentran que las mujeres con las que se presenta algún grado de amistad se delimitan como limpias, no promiscuas y sanas, y por lo tanto no se percibe ningún peligro de ITS. El *Cuadro 3* resume lo planteado hasta ahora sobre el tipo de mujeres:

Cuadro 3. Connotaciones atribuidas a los diferentes tipos de mujer

Ejes semánticos	Tipos de mujer		
	Novias/esposas	Conocidas	Desconocidas
Limpieza/suciedad	Limpieza	Limpieza	Suciedad
Fidelidad/infidelidad	Fidelidad		
Promiscuidad/no promiscuidad	No promiscuidad	No promiscuidad	Promiscuidad
Experiencias sexuales anteriores	Pocas o ninguna	Pocas	Muchas
Salud/enfermedad	Salud	Salud	Enfermedad
Seguridad/peligro	Seguridad total	Seguridad	Peligro
Condón=protección ETS/Sida	Nunca	Casi nunca	Casi siempre
Condón=planificación familiar	Casi siempre (si no hay otra opción)	Casi siempre	Casi nunca

Fuente: Arias y Rodríguez, 1998, p. 334

Como se ha desarrollado, los escenarios que limitan o posibilitan la percepción del riesgo y el ejercicio de prácticas preventivas son complejos; a continuación, se desarrollarán diversas nociones que fungan como obstáculos, pero también se hará mención de algunas estrategias (respuestas) que hombres y mujeres utilizan ante la percepción del riesgo.

5.3.1 Obstáculos para percibir el riesgo y para ejercer prácticas preventivas

El primer elemento que se considera un obstáculo a la percepción del riesgo de ITS es la confianza que se desprende alrededor de la monogamia. Para Szasz et al. (2008), tener relaciones sexuales extramaritales o parejas concurrentes no implican necesariamente prácticas sexuales riesgosas; sin embargo, en contextos como el mexicano se ha encontrado que no se utiliza el preservativo. De igual manera, Kordoutis, Loumakou, y Sarafidou (2000) señalan que la monogamia en serie²⁶ también expone a las parejas a riesgos de ITS, ya que cada relación se percibe como exclusiva y por lo tanto segura. Presuponer exclusividad sexual conduce a una baja percepción del riesgo y configura la principal razón por la que las parejas estables²⁷ dejan de utilizar el preservativo (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995). Incluso, para Maxwell y Boyle (1995) cuando se percibe alguna infidelidad, resulta complejo abandonar la noción de confianza y aceptar que la pareja mantiene relaciones extraconyugales.

²⁶ Tener relaciones monógamas de manera sucesiva

²⁷ Se utilizará indistintamente parejas estables, relaciones conyugales y relaciones de larga duración.

De la mano con lo anterior, se encuentran las nociones sobre el uso del preservativo; éste se ha relacionado con la desconfianza e inmoralidad y, por tanto, su uso se considera adecuado para las relaciones ocasionales o sexo casual (Lichtenstein, 2012; Szasz, 1998). Su uso en parejas no estables podría variar de acuerdo con diversas características entre las que se encuentran la situación conyugal, el nivel educativo, la visión placentera del sexo con condón y el temor a contraer alguna ITS incluyendo VIH/Sida (Nieto e Izazola, 1999). Sin embargo, en general se encuentra que el preservativo se abandona rápidamente o su uso es esporádico (Beltzer y Bozon, 2006; Maxwell y Boyle, 1995). Gayet et al. (2011) encuentran en su investigación sobre percepciones de VIH/Sida y parejas sexuales simultáneas que los hombres que tienen parejas concurrentes compensatorias ocasionales no utilizan preservativo con su pareja principal debido a que confían que ellas no tienen otra pareja; por el contrario, con las parejas concurrentes se percibía el riesgo de ITS y se buscaba utilizar el preservativo, aunque su uso no era consistente.

También se ha identificado que el uso del condón y otras prácticas preventivas se asocian con las características de las relaciones; en ese sentido se evalúa el tipo de lugar en el que se lleva a cabo el encuentro, las características sobre el pasado de los varones y su personalidad (Lichtenstein, 2012). Por su parte, se identifica que los prejuicios pueden matizar el nivel de percepción que se manifieste; en ese sentido, Gayet et al. (2011) encuentran que cuando se descubre que la pareja concurrente era del mismo sexo, se desarrolla un temor particular por el VIH y una percepción angustiada.

Con lo planteado hasta ahora no se pretende sugerir que el preservativo deba utilizarse siempre y en todas las circunstancias o que la confianza no debe ser parte de las relaciones de pareja, pero sí se quiere apuntar la necesidad de fomentar una actitud positiva hacia el preservativo y una mayor capacidad de negociación de hombres y mujeres para ejercer sin riesgos su sexualidad. Por tanto, resulta indispensable considerar estrategias distintas a la monogamia y la abstinencia (Reyes, 2016), ya que aquellas que podrían englobarse en el enfoque ABC²⁸ presentan una perspectiva moralista, no son realistas, no son prácticas y se encuentran fuera del control individual (Reniers, 2008).

²⁸ Por sus siglas en inglés: Abstinence, Be faithful, and use Condoms

Otro obstáculo que se hace presente es la dificultad para modificar prácticas establecidas, esto puede ser complicado tanto en las relaciones conyugales como entre aquella población que concluyó una relación de larga duración (Beltzer y Bozon, 2006; Dalrymple et al., 2016; Maxwell y Boyle, 1995). Se ha encontrado que cuando se deja de utilizar el preservativo en relaciones estables, es complicado reintroducirlo una vez que se perciben riesgos de ITS; sugerirlo podría ser ofensivo y generar desconfianza en la relación (Gayet et al., 2011; Kordoutis et al., 2000; Maxwell y Boyle, 1995). Por su parte, se ha planteado que cuando las mujeres concluyen una relación estable les resulta poco familiar el uso del preservativo y se configura un contexto de incertidumbre para negociar prácticas de sexo seguro (Lichtenstein, 2012). Introducir el tema con una nueva pareja puede resultar para las mujeres vergonzoso e inhibitor (Lichtenstein, 2012; Rich, 2001).

Por otro lado, se ha encontrado que tanto hombres como mujeres asocian el riesgo con un embarazo no planeado (Dalrymple et al., 2016; Gayet, 2015) y el preservativo como un anticonceptivo para evitar tales embarazos, lo que limita su uso para la protección de infecciones de transmisión sexual (Lichtenstein, 2012). De acuerdo con Gayet (2015), la construcción social del riesgo ha colocado a las ITS fuera de la cotidianidad de algunas personas, lo que ha producido cierta sensación de inmunidad y que éstas no se encuentren presentes como riesgos sexuales. Adicionalmente, se ha identificado que al llegar a una edad más avanzada el riesgo de un embarazo se diluye, ya que se entra a la menopausia o se cuenta con un método anticonceptivo definitivo, y de esta manera se difumina completamente la preocupación sobre el sexo protegido y se subestima el riesgo de contraer una ITS (Dalrymple et al., 2016; Lichtenstein, 2012). También se tiende a relacionar las infecciones de transmisión sexual con prácticas propias de la adolescencia y juventud (Dalrymple et al., 2016), lo que genera que la población mayor se considere en menor riesgo de contraer una ITS en comparación con los y las jóvenes, y como consecuencia adoptan en menor medida comportamientos preventivos (Theall et al., 2003).

La dimensión de poder es otro elemento que limita la protección ante ITS; las normas diferenciadas de sexualidad para hombres y mujeres, que se desarrollaron al inicio de este capítulo, impactan en las prácticas preventivas (Bozon, 2009; Gayet, 2015); de manera particular, se ha identificado que las mujeres tienen poco campo de acción para negociar el uso del preservativo debido a las relaciones de poder (Cáceres, 2004; Gayet et al., 2011; Kordoutis et al., 2000; Lichtenstein, 2012; Maxwell y Boyle, 1995; Nieto e Izazola, 1999; Pedraza, 2008). Kordoutis et al., (2000) argumentan

que existe una débil asociación entre la intención de usar preservativos y su uso real, ya que mientras los hombres reportan utilizar en mayor medida el condón, son las mujeres las que manifiestan mayores intenciones de usarlo; es decir, los hombres tienen mayores posibilidades de materializar sus intenciones en acciones.

Diversos estudios han encontrado que una de las barreras que imposibilita llevar a cabo comportamientos sexuales seguros tras una disolución conyugal es priorizar las relaciones románticas por encima de la salud sexual, ya que en el proceso de transición se busca tener una relación romántica, de compañerismo e intimidad (Dalrymple et al., 2016; Lichtenstein, 2012; Rich, 2001). Lo anterior conduce a que se asocien los sentimientos de intimidad y seguridad emocional con relaciones seguras y baja percepción del riesgos de ITS, y no a través de prácticas preventivas (Dalrymple et al., 2016; Lichtenstein, 2012). Dalrymple et al. (2016) identifican que tanto hombres como mujeres tienen relaciones sexuales con una nueva pareja sin protección, ya que consideran de bajo riesgo el hecho de experimentar sensaciones de cuidado, comunicación o que sus parejas sexuales tengan una historia de pocas parejas anteriores y relaciones largas. Priorizar las experiencias emotivas puede obstaculizar el uso del preservativo y tomar conciencia de los riesgos sexuales, ya que se considera que éstas acciones perturban el momento íntimo (Rich, 2001).

Finalmente, las normas sobre la sexualidad también pueden afectar las intervenciones por parte de personal de salud o impactar negativamente en la búsqueda de ayuda profesional. Se ha identificado que diversos profesionales de la salud pueden asumir que algunos pacientes, como la población casada, adulta mayor o personas que se encuentran en relaciones de larga duración, están fuera e riesgos de ITS y por tanto no requieren información y atención preventiva (Grant y Ragsdale, 2008; Loue, 2006; Rich, 2001). De la mano con lo anterior, diversos autores han planteado la importancia de considerar las normas que delimitan las actitudes sexuales “propias” de las mujeres adultas (Beltzer y Bozon, 2006; Grant y Ragsdale, 2008; Lichtenstein, 2012; Rich, 2001). Dalrymple et al. (2016) señalan que las mujeres de mayor edad que presentan alguna ITS se enfrentan a barreras ideológicas que limitan la búsqueda de ayuda, información adecuada o tratamientos.

5.3.2 Respuestas ante el riesgo de infecciones de transmisión sexual

Ante la percepción del riesgo es posible identificar diversas estrategias que se utilizan para llevar a cabo medidas de protección; los tipos de respuestas se encontrarán delimitados por la situación

de la pareja y las expectativas de continuidad (Pedraza, 2008). Entre esas respuestas se encuentran la disolución de la unión, la búsqueda de pruebas clínicas, solicitar que la pareja se realice pruebas, utilizar preservativo y abstenerse de tener relaciones sexuales; sin embargo, eso no quiere decir que todas las personas presenten medidas de protección como las antes mencionadas, pues también se evalúan las posibles consecuencias de llevar a cabo esas acciones (Gayet et al., 2011; Pedraza, 2008).

De manera particular, se ha identificado que el preservativo, tanto masculino como femenino, es un método efectivo para la prevención de las ITS (Díez y Díaz, 2011; Godoy, 2011; OMS, 2016; Pedraza, 2008; Reyes, 2016). Sin embargo, como se ha desarrollado a lo largo de este capítulo, la decisión y control de utilizar preservativo ha recaído principalmente en los varones (Cáceres, 2004; Nieto e Izazola, 1999; Pulerwitz et al., 2001); adicionalmente se ha construido una noción de disgusto por el uso del preservativo, ya que se tiene la creencia de que éste reduce la sensación, el placer, interrumpe la actividad sexual, es poco estético y antinatural (Arias y Rodríguez, 1998; Maxwell y Boyle, 1995). Respecto a las pruebas, Pedraza (2008) encuentra que son utilizadas ante una preocupación por la salud y como un elemento que puede ser utilizado para recuperar la confianza en la relación. Finalmente, se ha encontrado que la disolución es una estrategia utilizada ante el riesgo de ITS, incluyendo VIH; sin embargo, se apunta que esta decisión implica independencia económica y redes familiares (Pedraza, 2008; Reniers, 2008).

5.4 CONSIDERACIONES GENERALES

El sistema de género que prevalece en el país ha delimitado pautas de comportamiento sexual diferenciado para hombres y para mujeres: a los hombres se les ha construido como sujetos con impulsos sexuales incontrolables, mientras que a las mujeres se las define como sujetos pasivos y autocontrolables. Este comportamiento divergente entre hombres y mujeres ha desencadenado visiones naturalistas sobre los comportamientos sexuales y ha dado pauta a contextos diferenciados de ejercicio de poder. Nociones como la exclusividad sexual y la monogamia permean las relaciones de pareja y construyen mecanismos de confianza con efectos diferenciados para hombres y mujeres

Los mecanismos de control y vigilancia sobre la sexualidad de las mujeres que prevalecen en el país han propiciado que sean clasificadas subjetivamente en función de sus prácticas sexuales como

mujeres confiables/sanas o como mujeres promiscuas/enfermas; los mecanismos de confianza y de percepción del riesgo son distintos en función del tipo de pareja. Las normas y nociones que funcionan como guía en las interacciones sexuales determinan distintos escenarios de riesgo de ITS, pero también pueden funcionar como obstáculos para la percepción y para ejercer prácticas preventivas.

6 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A lo largo de este capítulo se desarrolla la estrategia metodológica de esta investigación: primero se enuncian las preguntas, los objetivos y las hipótesis que fungen como guían en la investigación; en segundo lugar, se describen los métodos utilizados para cumplir con los objetivos planteados; posteriormente, se hace una descripción detallada de la fuente de información que se utiliza; se enuncian las variables dependientes e independientes desarrollando su forma de construcción y pertinencia; finalmente, se hacen explícitas las limitaciones metodológicas y los alcances de la investigación.

6.1 PREGUNTAS

La pregunta general y las específicas que guían esta investigación son las siguientes:

¿Qué factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual, nociones y prácticas relacionadas con las ITS intervienen en la percepción del riesgo de ITS, en el reporte de síntomas de ITS y en respuestas ante tales síntomas en mujeres y hombres alguna vez unidos?

- a. ¿Cuáles son la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal?
- b. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y prácticas relacionadas con las ITS de la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal?

Controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual, nociones y prácticas relacionadas con ITS:

- c. ¿Cuál es el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos?
- d. ¿Cuál es el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos?
- e. ¿Cuál es el efecto de la situación conyugal sobre el reporte de síntomas de ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos?

- f. ¿Cuál es el efecto de la situación conyugal sobre las respuestas ante síntomas de ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos?
- g. ¿Cuál es la relación entre la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas en mujeres y hombres alguna vez unidos?

6.2 OBJETIVOS

Analizar con perspectiva de género los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de ITS, en el reporte de síntomas de ITS y en respuestas ante tales síntomas en mujeres y hombres alguna vez unidos. Como objetivos específicos se busca:

- a. Dimensionar la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, el reporte de síntomas y las respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal.
- b. Identificar las características sociodemográficas, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS de la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal.

Controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual, nociones y prácticas relacionadas con ITS:

- c. Analizar el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos.
- d. Analizar el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos.
- e. Analizar el efecto de la situación conyugal sobre el reporte de síntomas de ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos.
- f. Analizar el efecto de la situación conyugal sobre las respuestas ante síntomas de ITS en mujeres y hombres alguna vez unidos.
- g. Identificar la relación entre la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas en mujeres y hombres alguna vez unidos.

6.3 HIPÓTESIS

La percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida son diferentes según el sexo y la situación conyugal, y varían con los factores sociodemográficos, con elementos de la trayectoria sexual y con nociones y prácticas relacionadas con ITS. Se considera que, dentro de cada situación conyugal, mujeres y hombres experimentan situaciones particulares de riesgo de infecciones de transmisión sexual en las que intervienen construcciones de género que impiden la percepción del riesgo y la prevención sistemática de ITS. Se tienen como hipótesis específicas las siguientes:

- a. Las mujeres alguna vez unidas presentan mayor percepción del riesgo, reporte de síntomas y respuestas tales síntomas que los hombres alguna vez unidos. Mujeres y hombres exunidos presentan mayores niveles de percepción del riesgo y reporte de síntomas, pero los niveles más bajos de respuestas ante tales síntomas en comparación con las y los unidos. Entre las mujeres unidas: las casadas presentan los niveles más bajos de percepción del riesgo de ITS y de reporte de síntomas, pero los más altos niveles de respuestas ante tales síntomas en comparación con las que se encuentran en unión libre. En el caso de los hombres, no hay diferencias entre los casados y en unión libre.
- b. La población casada presenta las características de menor vulnerabilidad social y exposición al riesgo de ITS; la población en unión libre son las de mayor vulnerabilidad social y exposición al riesgo de ITS, y la exunida tiene un nivel intermedio de vulnerabilidad y exposición al riesgo de ITS. Las mujeres presentan mayor variación por situación conyugal que los hombres.
- c. La población exunida es más propensa a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS que la población unida; entre la población unida, aquella que se encuentra en unión libre presenta mayor percepción del riesgo que la casada. Los factores sociodemográficos que implican mayor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian negativamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Los elementos de la trayectoria sexual que implican mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Las nociones que conllevan algún prejuicio funcionan como impedimento a la percepción

- del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Las prácticas relacionadas con ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS.
- d. La población exunida es más propensa a percibir el riesgo de transmitir a la pareja una ITS que la población unida; entre la población unida, aquella que se encuentra en unión libre presenta mayor percepción del riesgo que la casada. Los factores sociodemográficos que implican mayor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian negativamente con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Los elementos de la trayectoria sexual que implican mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Las nociones que conllevan algún prejuicio funcionan como impedimento a la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Las prácticas relacionadas con ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS.
 - e. La población exunida y en unión libre es más propensa a reportar síntomas de ITS que la casada. Los factores sociodemográficos que conllevan menor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian con un menor reporte de síntomas de ITS. Los elementos de la trayectoria sexual que implican mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con el reporte de síntomas de ITS. Las nociones que conllevan algún prejuicio funcionan como impedimento al reporte de síntomas de ITS. Las prácticas relacionadas con ITS se asocian positivamente con el reporte de síntomas de ITS.
 - f. La población casada es más propensa a responder ante síntomas de ITS que la población exunida y en unión libre. Los factores sociodemográficos que implican mayor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian positivamente con las respuestas ante síntomas de ITS. Los elementos de la trayectoria sexual que implican mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con las respuestas ante tales síntomas. Las nociones que conllevan algún prejuicio funcionan como impedimento a las respuestas ante síntomas de ITS. Las prácticas relacionadas con ITS se asocian positivamente con las respuestas ante síntomas de ITS.
 - g. La percepción del riesgo de ITS se relaciona positivamente con el reporte de síntomas de ITS y con respuestas ante estos.

6.4 MÉTODOS

6.4.1 Análisis descriptivo

Mediante un análisis descriptivo se dimensionará la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante la presencia de tales síntomas entre la población alguna vez unida, diferenciando por sexo y por situación conyugal. Posteriormente, se caracterizará a la población alguna vez unida según los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con ITS; para esto, se describirá la distribución porcentual por situación conyugal y se realizarán comparaciones entre la población casada, en unión libre y exunida, así como entre los sexos.

Para el análisis de la percepción del riesgo de ITS, se describirán las distribuciones porcentuales de las variables independientes en relación con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Lo mismo se realizará para el caso del reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas. Para poder identificar las diferencias estadísticas entre las variables relacionadas, se calcularon pruebas de χ cuadrada.²⁹ Con este análisis descriptivo es posible explorar los datos, identificar las características de la población analizada, hacer comparaciones y comenzar a dar cuenta de algunas posibles asociaciones.

6.4.2 Modelo logístico

Para el análisis de la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas se realizarán modelos logísticos binomiales multivariados mediante el cálculo de razones de momios (RM) con intervalos de confianza de 90%.³⁰ Con estos modelos es posible analizar la magnitud en que la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas (variables dependientes) están influenciados por los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y prácticas relacionadas con ITS (variables independientes). A diferencia del análisis descriptivo que se especificó

²⁹ Ver la nota metodológica en el Anexo A: *Prueba ji-cuadrada (χ^2)*

³⁰ Ver la nota metodológica sobre *Regresión logística binomial* en el Anexo A

anteriormente, con las regresiones se puede identificar el efecto de una característica, considerando la posible influencia de otras; es decir, se controla el efecto de otras variables.

Las particularidades de los modelos estadísticos serán las siguientes:

a. Población femenina:

1. Modelo de regresión logística binomial sobre percepción del riesgo de que la pareja de transmita una ITS
2. Modelo de regresión logística binomial sobre reporte de síntomas de ITS
3. Modelo de regresión logística binomial sobre respuestas ante síntomas de ITS

b. Población masculina:

1. Modelo de regresión logística binomial sobre percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS
2. Modelo de regresión logística binomial sobre percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS
3. Modelo de regresión logística binomial sobre reporte de síntomas de ITS

La bondad de ajuste de los modelos fue evaluada con la prueba F^{31} para el caso de las mujeres y con la prueba Wald para el caso de los hombres. Para evitar problemas de exagerar la presencia de significancia estadística, se optará por trabajar con el diseño complejo de la encuesta en el caso de las mujeres³² y con el ponderador de la encuesta que permite un ajuste por no respuesta en el caso de los hombres. Los cálculos se realizarán con el paquete estadístico Stata (Data Analysis and Statistical Software).

6.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para realizar este trabajo se utilizarán datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003); esta encuesta tiene una base de datos de mujeres y otra de hombres. La que se

³¹ Para las mujeres se utiliza la prueba F debido a que se corrió el modelo considerando el diseño complejo de la muestra utilizando la unidad primaria de muestreo (UPM) y los estratos a través del comando svy. “Si la prueba se usa después de un comando svy, lleva a cabo una prueba de Wald ajustada (...). Específicamente, el ajuste de la encuesta utiliza una estadística F aproximada $(d-k + 1) W/(kd)$, donde W es la estadística de prueba Wald, k es la dimensión de la prueba de hipótesis y d la cantidad total de UPM muestreadas menos el número total de estratos (...)” (StataCorp, 2017, p. 2790).

³² El diseño complejo de la encuesta se especifica con el factor, la unidad primaria de muestreo (UPM) y los estratos.

dirige a la población femenina fue levantada por la Secretaría de Salud (SSA), mediante la Dirección General de Salud Reproductiva, y el diseño del cuestionario quedó a cargo del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM. La encuesta tiene como población de estudio a mujeres de 15 a 49 años que residen habitualmente en el hogar y la información se recolectó a través de un cuestionario de hogar y uno individual.

El objetivo general de la ENSAR 2003 en población femenina es “obtener información acerca de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, así como del conocimiento y práctica de las medidas de prevención y atención en la materia” (Palma, 2007, p. 15). La ENSAR 2003 forma parte de la serie de encuestas nacionales sobre fecundidad,³³ pero esta encuesta, a diferencia de las anteriores incorpora componentes sobre violencia, género, sexualidad, menopausia, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama e infecciones de transmisión sexual debido al concepto de salud reproductiva que se definió en la CIPD realizada en 1994 en el Cairo (Uribe, 2007). El cuestionario de las mujeres cuenta con las siguientes secciones: I) características sociodemográficas; II) fecundidad; III) anticoncepción; IV) atención materno infantil; V) exposición al riesgo de concebir; VI) infertilidad y menopausia; VII) sexualidad y violencia doméstica, y VIII) infecciones de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y de mama.

Para el caso de las mujeres, la ENSAR 2003 constituye una encuesta transversal con representatividad geográfica nacional (urbano y rural) y de ocho entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas, todas con desglose urbano y rural); tiene un esquema muestral probabilístico, polietápico y estratificado (Uribe, 2006). El tamaño de la muestra fue de 20,925 mujeres, y 19,498 corresponden a entrevistas completas; es decir, se tuvo un porcentaje de no respuesta de 6.8% a nivel individual. Para este proyecto la unidad de análisis comprende individuos alguna vez unidos,³⁴ por tanto, se dejó fuera a la población soltera

³³ La ENSAR 2003 constituye la octava encuesta nacional sobre fecundidad, previo a ella se levantaron las siguientes encuestas: La Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad/Mortalidad. (ENP) en 1979, la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992, la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF) de 1995, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997.

³⁴ Incluye personas casadas, en unión libre, divorciadas, separadas y viudas; excluye solteras.

(6,132 mujeres). Esta selección arrojó un tamaño de muestra final de 13,366 mujeres alguna vez unidas.

Por su parte, el cuestionario individual de varones fue elaborado por el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México y tiene como población de estudio a hombres de 20 a 59 años de edad que se encontraran alguna vez unidos (unidos o exunidos) y que no estuvieran temporalmente ausentes de su hogar.³⁵ El objetivo de la ENSAR 2003 en población masculina es “recuperar información sustantiva en torno a las condiciones de la salud reproductiva de la población masculina mexicana a nivel nacional, desde una perspectiva amplia y relacional de la reproducción que deja de observarla como una práctica que atañe solamente a las mujeres” (PSRS, 2006, p. 7).

Esta encuesta tiene como antecedente otros esfuerzos que permiten captar información sobre los comportamientos sexuales y reproductivos de la población masculina: Encuesta sobre Conocimiento, Actitud y Práctica en el uso de Métodos Anticonceptivos de la Población Obrera del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ENCAPO) de 1988; Encuesta sobre prácticas sexuales de la población masculina de la Ciudad de México 1992-1993, conducida por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) entre los años 1992 y 1993; Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF) 1995; Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (ENCOPLAF) 1996; Encuesta de Salud Reproductiva con población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (ENSARE-IMSS) de 1998.

Para el diseño del cuestionario se considera la información de la encuesta predecesora (ENSARE-IMSS 1998) y se considera el cuestionario que se diseñó para las mujeres (Martínez, 2004; PSRS, 2006); es decir, por una parte, se busca dar continuidad a la encuesta anterior y, por otra, se busca cierta similitud entre los dos cuestionarios de la ENSAR 2003. Sin embargo, también se incorporan otros elementos de interés particular para el PSRS: la historia de uniones, y los hijos que se tuvieron en cada una de ellas; las prácticas sexuales y reproductivas de los varones; la participación masculina en la crianza y el cuidado de los hijos e hijas; padecimientos y atención de ITS (PSRS,

³⁵ “La razón principal por la que se decidió tomar a este sector de la población masculina, responde al deseo de minimizar el número de cuestionarios no contestados, debido al tamaño limitado de la muestra y los temas que trata el cuestionario, ya que se incluía en la población de estudio al grupo de edad de 15 a 19 (como en el cuestionario de mujeres), se corría el riesgo de que algunos cuestionarios no fueran respondidos, porque en gran parte de los entrevistados no se habían unido ni tenido hijos” (Martínez, 2004, p. 17).

2006). De tal manera que las secciones que componen el cuestionario son las siguientes: I) características sociodemográficas, II) historia conyugal, III) fecundidad, IV) infertilidad, V) paternidad y crianza, VI) anticoncepción, VII) organización doméstica y relaciones de género, VIII) violencia doméstica, IX) prácticas sexuales y exposición al riesgo de concebir, X) infecciones de transmisión sexual, cáncer cervicouterino, de mama y de próstata. Cabe mencionar que esta encuesta constituye la última que captura información sobre los comportamientos sexuales y reproductivos de la población masculina, ya que a la fecha no se cuenta con información actualizada y que dé continuidad a los proyectos anteriores.

En el caso de los hombres, la ENSAR 2003 es una encuesta transversal con cobertura nacional urbana y rural, más no representativa; constituye una submuestra de las AGEB (Áreas Geoestadísticas Básicas) que se seleccionaron en la ENSAR para la población femenina. “Esta submuestra se selecciona con PPT [Probabilidad Proporcional a su Tamaño]. En las [AGEB] que resultan seleccionadas en esta submuestra se mantiene la misma selección de viviendas que se obtuvo para la ENSAR” (PSRS, 2006, p. 19).³⁶

El tamaño de la muestra para el caso de los hombres es de 1,514; cuando se eliminan los cuestionarios incompletos, queda una muestra final de 994 hombres. Diversas dificultades en el trabajo de campo produjeron un elevado nivel de cuestionarios incompletos (34.3%); entre estas se encuentran las siguientes: muchos hombres no se localizaban en el hogar a la hora de la entrevista, ya que éstas se levantaban en horario de oficina y muchas veces coincidía con el horario de trabajo; para lograr reportar cierto número de entrevista con los supervisores, las entrevistadoras no esperaban al entrevistado ni regresaban al hogar;³⁷ mujeres que no accedían a que sus parejas fueran entrevistadas debido a que ellas ya habían contestado la entrevista (Martínez, 2004). Para subsanar esta situación, se calculó un ponderador que permite un ajuste por no respuesta. En este caso la muestra solo considera a población alguna vez unida, delimitación que coincide con la unidad de análisis de este proyecto.

³⁶ “Para facilitar el control del trabajo de campo, la muestra de hombres se concentra sólo en algunas unidades de muestreo. Si por el contrario se tomara una muestra sistemática de viviendas de la ENSAR se simplificaría el diseño de muestra, pero se incrementaría en forma sustancial el presupuesto de la encuesta, pues se deberían establecer costosos controles para dar cabal seguimiento al trabajo de campo” (PSRS, 2006, p. 11).

³⁷ Cabe mencionar que la ENSAR 2003-mujeres tuvo financiamiento y respaldo de la Secretaría de Salud; sin embargo, para los hombres los recursos fueron limitados.

Ramón (2010) evalúa la calidad de la información de la encuesta comparando los datos con los del XII Censo General de Población y Vivienda de 2000 e identifica con pruebas de χ^2 que los datos de la encuesta no tienen diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, la autora advierte que, a pesar de esta conclusión, es importante interpretar con cautela los datos de la encuesta. Para la evaluación utiliza los siguientes indicadores: estructura por edad, tamaño de localidad (rural o urbana), nivel de escolaridad, preferencia religiosa y hablantes de lengua indígena. Para la comparación, se equipararon las características; es decir, se consideraron hombres de 20 a 59 años, unidos o alguna vez unidos y residentes de los estados con los que se tenía cobertura en la encuesta.³⁸ El *Cuadro 4* resume las características de la ENSAR 2003 para la población femenina y masculina.

Cuadro 4. Características de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003

Características	ENSAR 2003	
	Mujeres	Hombres
Responsables	SSA y CRIM-UNAM	PSRS-Colmex
Población de estudio	Mujeres de 15 a 49 años	Hombres de 20 a 59 años de edad alguna vez unidos
Antecedentes	EMF 1976; ENP 1979; END 1982; ENFES 1987; ENADID 1992; ENAPLAF 1995; ENADID 1997.	ENCAPO 1988, Encuesta sobre prácticas sexuales de la población masculina de la Ciudad de México 1992-1993; ENAPLAF 1995; ENCOPLAF 1996; ENSARE-IMSS 1998
Secciones	I) características sociodemográficas II) fecundidad III) anticoncepción IV) atención materno infantil V) exposición al riesgo de concebir VI) infertilidad y menopausia VII) sexualidad y violencia	I) características sociodemográficas II) historia conyugal III) fecundidad IV) infertilidad V) paternidad y crianza VI) anticoncepción VII) organización doméstica y relaciones de género

³⁸ Fueron consideradas 27 entidades: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

Características	ENSAR 2003	
	Mujeres	Hombres
	doméstica VIII) infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y de mama.	VIII) violencia doméstica IX) prácticas sexuales y exposición al riesgo de concebir X) infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino, de mama y de próstata
Tipo de encuesta	Transversal	Transversal
Representatividad	Nacional; rural y urbano; ocho entidades	No
Cobertura	Nacional; rural y urbana	Nacional; rural y urbana
Esquema muestral	Probabilístico, polietápico y estratificado	Submuestra de viviendas de la ENSAR en población femenina
Tamaño de la muestra	20,925	1,514
Entrevistas completas	19,498	994
Nivel de no respuesta	6.80%	34.30%
Muestra final para el proyecto	13,366	994

Fuente: Elaboración propia

6.6 VARIABLES

6.6.1 Variables dependientes

- a. *Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS.* Ambas son variables binarias: la primera indica si la persona piensa que la pareja podría transmitirle una ITS, y la segunda indica si la persona piensa que podría transmitir a la pareja una ITS. Se construyen a través de las siguientes preguntas: para las mujeres, “¿usted piensa que su pareja podría transmitirle el SIDA o alguna otra

infección por relaciones sexuales?”;³⁹ para los hombres, “¿usted piensa que su esposa o compañera podría transmitirle una infección de este tipo [infección por relaciones sexuales]?”. Adicionalmente sólo para hombres, “¿usted piensa que usted podría transmitirle una infección de este tipo [infección por relaciones sexuales] a su esposa o compañera?”.⁴⁰ Es decir, en el caso de las mujeres solo se cuenta con la pregunta que permite analizar la percepción del riesgo de la pareja le transmita una ITS y para los hombres se cuenta con información para ambos tipos de percepciones.

- b. *Reporte de síntomas de ITS*: es una variable binaria que permite identificar la declaración de síntomas que pueden estar asociado a ITS; se construye a través de las siguientes preguntas: para las mujeres, “durante los últimos 6 meses, ¿usted tuvo algún flujo que saliera de su vagina?,⁴¹ ¿tuvo comezón o ardor en sus genitales (órganos sexuales)?, ¿usted tuvo úlceras o granitos en el área de los genitales (órganos sexuales)?”; para los hombres, “durante los últimos 6 meses usted, ¿tuvo alguna inflamación, comezón o ardor en sus genitales (órganos sexuales)?, ¿usted ha tenido úlceras o granitos en el área de los genitales (órganos sexuales)?, ¿usted ha tenido dolor al orinar o al tener relaciones sexuales?, ¿usted tuvo algún escurrimiento o salida de líquido anormal de su pene?”.
- c. *Respuestas ante síntomas de ITS*: es una variable binaria que permite identificar acciones posteriores a un síntoma que podría estar asociado a ITS; se construye a través de las siguientes preguntas que se hacen para cada uno de los síntomas:⁴² para las mujeres, “cuando tuvo este síntoma ¿buscó ayuda de algún personal de salud?, ¿usted comentó con su pareja el síntoma que tuvo?, ¿dejó de tener relaciones sexuales con su pareja?, ¿utilizaron el condón cuando tuvieron relaciones sexuales?”; para los hombres, “la última vez que tuvo estos síntomas ¿buscó ayuda de algún personal de salud?, ¿utilizó algún medicamento?, ¿usted comentó con su pareja el síntoma que tuvo?, ¿dejó de tener relaciones sexuales con su pareja?, ¿utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales?”. Cabe mencionar que,

³⁹ Se corrigen algunas observaciones en las que se encontró incongruencias con la pregunta p841 [¿Por qué?]. Por ejemplo: se corrigen las que comentaron que no piensan que su pareja podría transmitirle el SIDA o alguna otra infección por relaciones sexuales, pero en las razones dice que su pareja puede estar contagiada o enferma.

⁴⁰ También en el caso de los hombres, se corrigen algunas observaciones en las que se encontraban incongruencias con las preguntas q1039 [¿Por qué?] y q1041 [¿Por qué?].

⁴¹ Sólo se consideran a las que presentaron flujo anormal en color, olor, cantidad, que provocaba comezón o alguna otra característica.

⁴² Para el caso del síntoma sobre úlceras o granitos, no se cuenta con respuestas.

a pesar de que los hombres cuentan con las preguntas para construir esta variable, sólo fue posible utilizarla en la población femenina debido a que los hombres no presentaban las observaciones suficientes para aplicar un modelo (65 observaciones).

6.6.2 Variables independientes

- a. *Variables sociodemográficas*: permiten identificar características individuales y contextuales de la población analizada.
- Situación conyugal. Es una variable categórica que se construye a través de la siguiente pregunta: para mujeres y hombres, “actualmente ¿usted vive en unión libre, es casada/o, es viuda/o, es divorciada/o, es separada/o?” Cabe mencionar que esta es la variable de interés y dado que la población de estudio es aquella alguna vez unida, se excluye a la población soltera.
 - Edad. Es una variable continua que identifica los años cumplidos de las personas encuestadas. Para mujeres y hombres: “¿cuántos años cumplidos tiene usted?”.
 - Hablante de lengua indígena. Es una variable binaria que se construye a través de las siguientes preguntas: para mujeres, “¿usted habla alguna lengua indígena?”; para hombres, “¿qué lenguas indígenas habla usted?”.
 - Nivel educativo. Es una variable categórica que permite identificar el último nivel educativo que se aprobó; se construye a través de las siguientes preguntas: para mujeres y hombres, “¿cuál fue el último nivel que usted aprobó en la escuela?, ¿cuál fue el último grado que usted aprobó en la escuela?, ¿alguna vez fue usted a la escuela?”.
 - Estrato socioeconómico. Es una variable categórica que se construye según el indicador de estratificación social del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México (Echarri, 2008).⁴³
 - Tamaño de localidad. Es una variable binaria que permite identificar la residencia rural o urbana de las personas. Se entiende como urbano aquellas localidades con

⁴³ La construcción de la variable tiene tres dimensiones principales: la dimensión de la vivienda, la dimensión educativa y la dimensión económica. Estas dimensiones abarcan las siguientes variables: condiciones de la vivienda, escolaridad relativa promedio del hogar y actividad asociada al mayor ingreso en el hogar.

2,500 o más habitantes y como rural aquellas localidades de menos de 2,500 habitantes.

b. *Variables sobre la trayectoria sexual*: permiten identificar el curso que siguen las personas respecto a su actividad sexual, incluyendo la edad a la primera relación sexual y las características de las parejas.

- Edad a la primera relación sexual. Es una variable binaria que se construye a través de la siguiente pregunta: para mujeres y hombres, “¿a qué edad tuvo usted su primera relación sexual?”.⁴⁴
- Sexualmente activa/o. Es una variable binaria que indica si las personas tuvieron relaciones sexuales en el último mes; se construye a través de la siguiente pregunta: para mujeres y hombres, “¿cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?”.⁴⁵
- Parejas sexuales antes de la primera unión. Es una variable categórica que indica el número de parejas sexuales antes de unirse o casarse por primera vez; sólo se tiene para la población masculina y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿aproximadamente cuantas parejas sexuales tuvo usted antes de unirse o casarse por primera vez?”.
- Persona con la que se tuvo la última relación sexual. Es una variable binaria que indica la relación que se tiene o tenía con la persona con la que se sostuvo la última relación sexual; sólo se tiene para hombres y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿qué relación tiene (tenía) con la persona con quién tuvo usted su última relación sexual?”.

⁴⁴ Dado que es una pregunta que se encuentra en la sección “Exposición al riesgo de concebir”, se trabajará con el supuesto de que es una relación de tipo coital vaginal y heterosexual

⁴⁵ Para la construcción de la variable en el caso de las mujeres, se recuperan como no sexualmente activas a las mujeres que en la pregunta p501 [¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?] contestaron que no ha tenido relaciones sexuales. Para mujeres y hombres también se recuperan algunos valores perdidos con las preguntas p509 q943 respectivamente sobre la frecuencia de relaciones sexuales [¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días? ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en el último mes?].

- Parejas sexuales en el último año. Es una variable binaria que sólo se tiene para la población masculina y se construye a través de la siguiente pregunta: “durante el último año ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?”.
 - Pagar por tener relaciones sexuales en el último año. Es una variable binaria que indica si las personas tuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos o favores en el último año; sólo se tiene para hombres y se construye a través de la siguiente pregunta: “durante el último año ¿ha tenido alguna relación sexual en la que usted haya pagado dinero o dado regalos o favores a cambio?”
- c. *Variables sobre nociones y prácticas relacionadas con las ITS:* permiten identificar nociones y acciones que llevan a cabo las personas en relación con las ITS.
- Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS. Es una variable binaria que indica quiénes son para los encuestados las personas que pueden transmitir una ITS; solo se tiene para la población masculina y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿Quiénes son las personas que pueden transmitir una infección de transmisión sexual?”
 - Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS. Es una variable binaria que se construye a través de las siguientes preguntas: para mujeres, “¿usa con su pareja el condón o preservativo para prevenir el Sida o alguna otra infección de transmisión sexual?”; para hombres, “durante el último año ¿ha usado el preservativo o condón para prevenir el VIH/Sida o alguna otra infección de transmisión sexual?”. Cabe recalcar que la diferencia para mujeres y hombres en esta variable es la temporalidad.
 - Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS. Es una variable binaria que sólo se tiene para hombres y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿en su última relación sexual ¿usó el preservativo o condón para prevenir alguna infección de transmisión sexual?”.⁴⁶

⁴⁶ Se corrigieron 11 observaciones que dijeron que sí usaron condón, pero dieron razones de no usarlo en la pregunta q942 [¿Por qué (no) lo usó?].

- Prueba de Papanicolaou. Es una variable binaria que sólo se pregunta a las mujeres y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿alguna vez le han practicado a usted la prueba del Papanicolaou?”.⁴⁷
- Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales. Es una variable binaria que sólo se pregunta a los hombres y se construye a través de la siguiente pregunta: “¿alguna vez ha ido al médico para consultar sobre algo relativo a sus genitales o sus relaciones sexuales?”.

El *Cuadro A1*, *Cuadro A2*, *Cuadro A3* y *Cuadro A4* que se encuentran en el Anexo A presentan un resumen de lo antes descrito; incorporan el número de pregunta en el cuestionario y la operacionalización. Para la caracterización de la población alguna vez unida según su situación conyugal, se utilizan todas las variables antes mencionadas. Las variables para el análisis multivariado de la percepción del riesgo, el reporte de síntomas y las respuestas ante síntomas de ITS no son las mismas para mujeres y hombres; es decir, los modelos presentan distintas variables independientes según el sexo de la población. La selección se hizo en función de las preguntas específicas de los cuestionarios de cada sexo, de los niveles de correlación entre las variables (ver *Cuadro A5* y *Cuadro A6* del Anexo A), de los resultados de las relaciones bivariadas (ver *Cuadro B3* y *Cuadro C2* del Anexo B y C) y de la pertinencia teórica. La *Ilustración 3* y la *Ilustración 4* muestran las variables que forman parte de los modelos en hombres y en mujeres; además incorporan las interrelaciones entre las variables y los efectos esperados (las flechas punteadas representan efectos indirectos):

- a. Las variables que se consideraron para los modelos de las mujeres fueron las siguientes: percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, reporte de síntomas de ITS, respuestas ante síntomas de ITS, situación conyugal, edad, hablante de lengua indígena, estrato socioeconómico, edad a la primera relación sexual, condición de actividad sexual, uso del preservativo para prevenir Sida o ITS y prueba de Papanicolaou.
- b. Las variables que se consideraron para los modelos de los hombres fueron las siguientes: percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, percepción del riesgo de

⁴⁷ Se considera como No aquellas que contestaron que no conocían la prueba. Y se corrigen 9 observaciones al contrastar con la pregunta p844 [¿Por qué no se ha practicado la prueba del Papanicolaou para ver si tenía cáncer en la matriz?].

transmitir a la pareja una ITS, reporte de síntomas, situación conyugal, nivel educativo, tamaño de localidad, condición de actividad sexual, parejas sexuales antes de la primera unión, pagar por relaciones sexuales en el último año, nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS, uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS y consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales.

Ilustración 3. Efecto de las variables sobre la percepción del riesgo de ITS

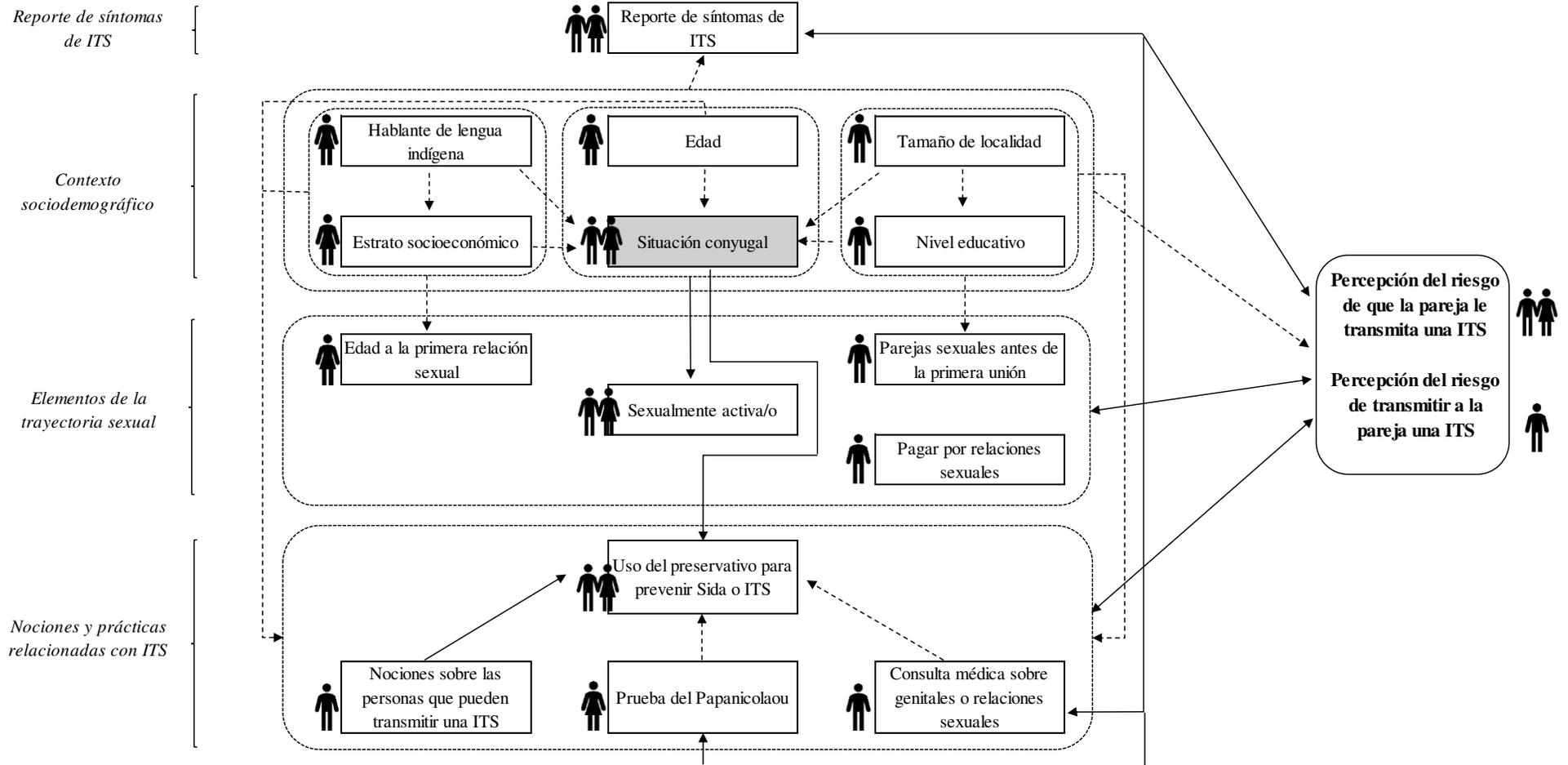
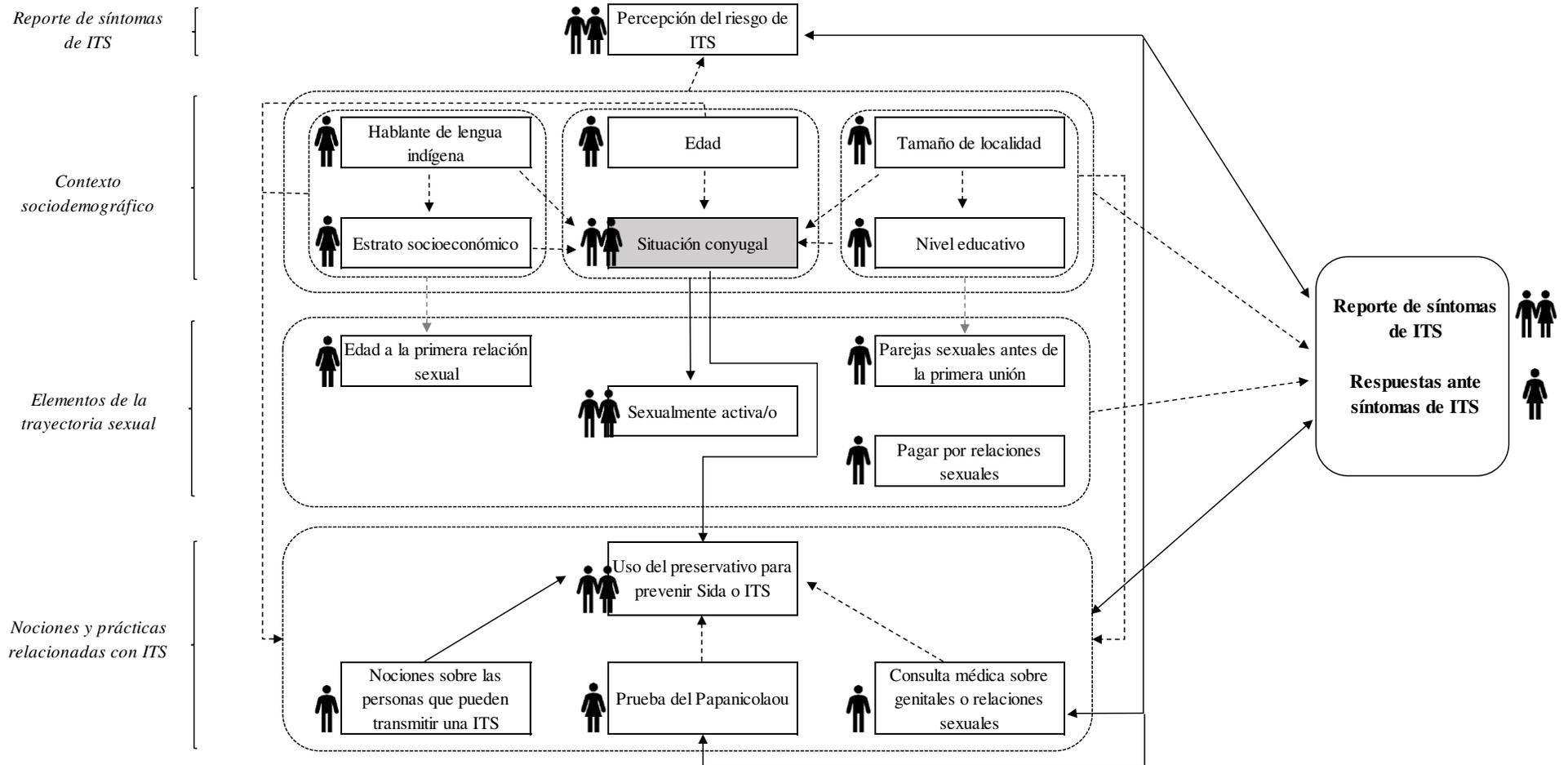


Ilustración 4. Efecto de las variables sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas



6.7 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

6.7.1 Sobre la encuesta y la muestra

Una de las limitaciones presentes en este trabajo es el tamaño de la muestra para la población masculina; esta situación restringió, de manera particular, el análisis sobre las respuestas ante síntomas de ITS, ya que el número de observaciones no permitían el tratamiento estadístico. Como se desarrolló en la sección sobre las fuentes de información, el tamaño de la muestra se debe a un presupuesto limitado para el caso de los hombres; no así para las mujeres. Esta situación, no sólo provocó limitaciones metodológicas para efectos de este trabajo, sino que restringe de manera más amplia el conocimiento sobre la sexualidad y los comportamientos sexuales de los hombres.

De la mano con lo anterior se encuentra la limitación sobre el año de la encuesta (2003); esta es una encuesta que se realizó a inicios del siglo XXI y constituye la fuente de información que permite contestar las preguntas de investigación de este proyecto; sin embargo, su falta de actualización limita captar las transformaciones en temas de nupcialidad y prácticas sexuales que han ocurrido a lo largo de este siglo.

La carencia de representatividad estadística en el caso de los hombres conduce a realizar las conclusiones con cautela. De igual manera, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres existe un sesgo de selectividad para los intereses de este trabajo, ya que la encuesta se dirige a mujeres entre 15 y 49 años y a hombres entre 20 y 59 años de edad. Esta situación delimita la interpretación de los resultados sobre situación conyugal a esas edades, ya que se está dejando fuera a población de mayor edad que puede aportar a la comprensión sobre el fenómeno de la nupcialidad y sexualidad; además de que no se está considerando el tiempo de unión, disolución o la posibilidad de encontrarse en segundas nupcias.

Otra limitación presente en la tesis es que la población separada, divorciada y viuda quedó contenida en una sola categoría (exunida) debido a la baja intensidad de disolución conyugal que prevalece en el país. Esta limitación restringe la comprensión sobre las diferencias y similitudes de la población exunida en temas de salud sexual. Finalmente, se encuentran las limitaciones que competen al desconocimiento sobre la orientación, identidad sexual y trayectoria sexual (para el caso de las mujeres). La falta de esta información limita el análisis sobre la diversidad sexual y las prácticas sexuales; elementos que también forman parte de la salud sexual y reproductiva.

6.7.2 Sobre el cuestionario

El cuestionario de los hombres y de las mujeres tiene un diseño distinto que dificulta la comparación; en algunos casos, el de hombres tiene preguntas que en el de las mujeres no se plantean y, en otros casos, las preguntas son similares, pero presentan algunas particularidades. Por ejemplo, a las mujeres se le pregunta por la pareja y a los hombres por la esposa o compañera; esta diferenciación podría introducir algunos sesgos en el análisis y valdría la pena discutir la forma en la que un cuestionario impone una problemática a los sujetos y asume la existencia de significados comunes entre investigadores y entrevistados (Oliveira y García, 1986).

Por otro lado, no fue posible incorporar las características de la pareja y de las relaciones conyugales; si bien en la encuesta se realizan preguntas al respecto, éstas sólo se aplican a las mujeres unidas. Respecto a la percepción del riesgo de ITS, en las mujeres no se pregunta sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS; por lo tanto, el análisis se restringió a la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, lo que limita el carácter relacional de las ITS. Estas diferencias entre mujeres y hombres dificultaron la comparación entre los sexos y los hallazgos se analizaron separando los resultados.

6.7.3 Sobre el tema de investigación

Al investigar sobre infecciones de transmisión sexual resulta importante subrayar que algunas de ellas son asintomáticas; esto propicia una interpretación cautelosa en esta tesis sobre el reporte de síntomas asociados a ITS. Es decir, los entrevistados que reportan síntomas no necesariamente tienen confirmada una infección y tampoco se está captando a toda la población con ITS debido a la condición asintomática de muchas de ellas.⁴⁸ Esto conduce a interpretar con cautela el tema del reporte de síntomas de ITS.

Por otra parte, el tema en general es delicado y las respuestas que los informantes otorgan se ven afectadas por la memoria y las expectativas en torno a los comportamientos sexuales. De acuerdo con N. P. Caballero et al. (2016) la investigación sobre conductas sexuales involucra prácticas privadas e íntimas; además, la investigación se puede ver afectada por la falta de claridad en las preguntas y por la vergüenza que pueden generar estos temas. Esta situación conduce a que los

⁴⁸ Ver *Capítulo 3 La epidemiología de las infecciones de transmisión sexual en México*

entrevistados respondan aquello que creen “adecuado” en función de los códigos morales vigentes (Ariza y Oliveira, 2008); además, es importante considerar que las relaciones de género son complejas y van más allá de lo que una encuesta pueda captar (Szasz et al., 2008).

6.8 IMPLICACIONES Y ALCANCES DE LA TESIS

En esta sección se busca hacer explícito las implicaciones y los alcances de la tesis, para ello se retoma el marco teórico planteado y las variables de estudio consideradas. La *Ilustración 5* muestra un esquema del marco teórico y los cuadros grises constituyen aquellos elementos que se analizan en los resultados. En la tesis se retoman los marcos normativos a los cuales está inscrito México y que involucran acuerdos, objetivos y leyes que atañen la temática amplia de salud sexual y reproductiva; la CIPD, los ODM, el Consenso de Montevideo, los ODS y el marco jurídico mexicano (por mencionar algunos de los más importantes) plantean, con distinta profundidad, la problemática de la ITS.

El estudio de las infecciones de transmisión sexual, como se desarrolló en el capítulo 3, abarca distintos elementos entre los que se encuentran los siguientes: la percepción del riesgo; una problemática de salud pública; los síntomas; la prevalencia; la detección, prevención y control, y los factores asociados. El análisis de esta tesis abarca el tema de la percepción del riesgo de ITS, considera algunos síntomas asociados a las ITS y las respuestas ante tales síntomas; para el estudio de esto se consideran los factores asociados.

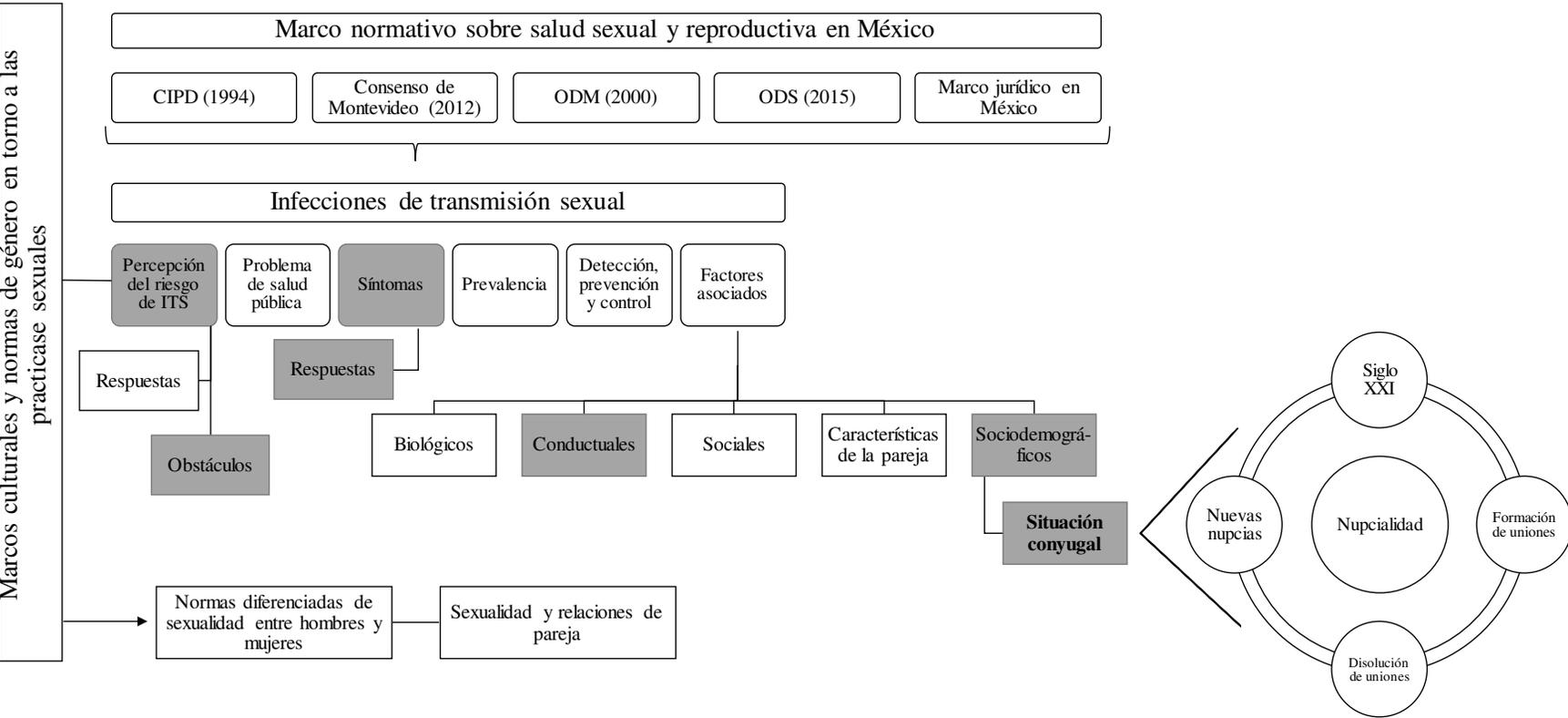
En este último punto, vale la pena reiterar que los factores biológicos y sociales son factores que se encuentran presentes en la problemática de las ITS; sin embargo, para esta tesis sólo se consideran los factores conductuales y los sociodemográficos debido a la disponibilidad de la información y a los alcances de la base de datos. Pese a esta restricción, este trabajo no busca seguir la línea de la epidemiología de los factores de riesgo individuales,⁴⁹ sino incorporar una visión contextual y de relaciones de género (aunque el análisis sea un aproximado a estos procesos).

⁴⁹ Ver sección 3.3 *Factores asociados a las infecciones de transmisión sexual*

Entre los factores sociodemográficos se encuentra la situación conyugal; esta constituye la variable independiente de interés en el trabajo. A pesar de que esta variable refleja una situación transversal de los entrevistados, es importante considerar que implica un proceso complejo que incluye la formación de uniones, la disolución de uniones y nuevas nupcias.⁵⁰ Por último, como eje articulador y perspectiva de análisis, se consideran los marcos culturales y las normas de género en torno a las prácticas sexuales que involucran normas diferenciadas de sexualidad entre hombres y mujeres, e influyen de manera directa e indirecta en los distintos elementos analizados en esta tesis.

⁵⁰ Ver Capítulo 4 *Nupcialidad de hombres y mujeres en México*

Ilustración 5. Esquema de marco teórico



7 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ALGUNA VEZ UNIDA

Esta sección tiene como objetivos dimensionar la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, el reporte de síntomas y las respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida, así como identificar las características sociodemográficas, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS de la población alguna vez unida. Los resultados se describirán diferenciando por sexo y por situación conyugal; para poder identificar las diferencias estadísticas entre las variables relacionadas se calcularon pruebas de χ^2 .

7.1 PERCEPCIÓN DEL RIESGO, REPORTE DE SÍNTOMAS Y RESPUESTAS ANTE SÍNTOMAS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El *Cuadro 5* presenta la percepción del riesgo, el reporte de síntomas y las respuestas ante síntomas de ITS de la población alguna vez unida diferenciando por sexo y por situación conyugal. En el caso de las mujeres alguna vez unidas, se identifica que 30% perciben el riesgo de que la pareja le transmita una ITS; las diferencias por situación conyugal evidencian algunos contextos de riesgo: son las mujeres exunidas las que presentan mayor porcentaje (39.6%); la diferencia entre las unidas es de 3.1 puntos porcentuales siendo las de unión libre las que declaran mayor percepción del riesgo de ITS (29.0 y 32.1% respectivamente). Cabe mencionar que para las mujeres no se cuenta con información sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS.

En cuanto al reporte de síntomas de ITS, se identifica que son las mujeres en unión libre las que reportan mayor proporción de al menos un síntoma de ITS (30.0%), le siguen las mujeres casadas (27.9%) y finalmente, las mujeres exunidas con 24.2%. Respecto a las respuestas ante síntomas de ITS, nuevamente se identifica que aquellas que se encuentran en unión libre presentan mayor proporción de al menos una respuesta en comparación con las casadas (95.4 y 92.9% respectivamente). Las diferencias son mayores respecto a las mujeres exunidas, ya que de aquellas que reportan síntomas de ITS sólo 79.5% realiza al menos una respuesta.

Los hombres siguen la misma tendencia que las mujeres en la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS: el porcentaje más bajo lo presentan los casados (11.5%), le siguen los hombres en unión libre con 13.3% y el mayor porcentaje lo presentan los exunidos (19.4%). El

comportamiento se modifica con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, ya que son los hombres exunidos los que presentan la menor proporción (10.3%); entre los unidos se identifica una diferencia de 8.5 puntos porcentuales donde 16.7% de los casados y 25.2% de los de unión libre perciben el riesgo de transmitir a la pareja una ITS.

En el caso de los hombres la prueba χ^2 no sale significativa para el reporte de síntomas de ITS, lo que refleja que no hay diferencias estadísticas por situación conyugal ($p < 0.806$). De manera general, se puede identificar que 7.0% de los hombres alguna vez unidos reporta síntomas de ITS. Cabe mencionar que para los hombres no se cuenta con las observaciones suficientes para analizar las respuestas ante tales síntomas. Debido a que estas son las variables dependientes de los modelos estadísticos, se profundizará en su análisis y discusión en las secciones posteriores.

Cuadro 5. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas y las respuestas ante tales síntomas por sexo y situación conyugal. México, 2003

Variables dependientes	Mujeres (N=13,366)					Hombres (N=994)				
	Total	Casadas 67.4	Unión libre 21.0	Exunidas 11.6	p < χ^2	Total	Casados 75.7	Unión libre 18.4	Exunidos 5.9	p < χ^2
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	<i>11,705</i>	<i>8,857</i>	<i>2,570</i>	<i>278</i>	0.058	<i>985</i>	<i>764</i>	<i>169</i>	<i>52</i>	0.081
No	70.0	71.0	67.9	60.4		87.7	88.5	86.7	80.6	
Sí	30.0	29.0	32.1	39.6		12.3	11.5	13.3	19.4	
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	-	-	-	-	ND	<i>986</i>	<i>765</i>	<i>169</i>	<i>52</i>	0.001
No	-	-	-	-		82.1	83.3	74.8	89.7	
Sí	-	-	-	-		17.9	16.7	25.2	10.3	
Reporte de síntomas de ITS	<i>13,363</i>	<i>9,174</i>	<i>2,682</i>	<i>1,507</i>	0.098	<i>994</i>	<i>771</i>	<i>171</i>	<i>52</i>	0.806
Ningún síntoma	72.1	72.1	70.0	75.8		93.0	93.2	92.2	92.5	
Al menos un síntoma	27.9	27.9	30.0	24.2		7.0	6.8	7.8	7.5	
Respuestas ante síntomas de ITS	<i>3,407</i>	<i>2,394</i>	<i>741</i>	<i>272</i>	0.000	-	-	-	-	ND
Ninguna respuesta	7.6	7.1	4.6	20.5		-	-	-	-	
Al menos una respuesta	92.4	92.9	95.4	79.5		-	-	-	-	

Nota: En las mujeres se utilizó el diseño complejo de la encuesta y en los hombres el ponderador de ajuste por no respuesta.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El *Cuadro 6* presenta las características sociodemográficas de mujeres y hombres alguna vez unidos, diferenciando por sexo y por situación conyugal. En cuanto a la variable de interés (situación conyugal), se observa que la mayoría de la población alguna vez unida se encuentra casada (67.4% para el caso de las mujeres y 75.7% en el caso de los hombres); respecto a la población en unión libre, aproximadamente una de cada cinco personas se encuentra en esta situación conyugal (21.0% en las mujeres y 18.4% en los hombres). Finalmente, 11.6 y 5.9% de mujeres y hombres alguna vez unidos se encuentran separados, divorciados o viudos (exunidos).

Estas diferencias porcentuales entre mujeres y hombres deben ser interpretadas con cautela debido a que, en primer lugar, los rangos de edad que se están considerando no son los mismos. En el caso de las mujeres se toma en cuenta a la población de 15 a 19 años y se limita el análisis hasta los 49 y en el caso de los hombres se considera población de 20 a 59 años de edad; éste sesgo de selección puede estar subestimando a la población exunida de mayor edad, particularmente la viudez (Ojeda, 2007). En segundo lugar, la distribución porcentual está excluyendo a las/os solteras/os, y en tercer lugar debe recordarse que los datos de la población masculina no son representativos a nivel nacional.⁵¹ Pese a las limitaciones antes mencionadas, se reconoce claramente que la población masculina exunida es menor al nivel que presentan las mujeres; estas diferencias se han explicado con el hecho de que los hombres separados tienden a declararse como solteros (F. C. R. Castro, 2014). Resulta necesario conocer más sobre la autopercepción de la situación conyugal en la población mexicana para poder explicar de una mejor manera las diferencias porcentuales de esta variable.

Respecto a la edad, 68.5 y 58.3% de mujeres y hombres en unión libre tienen menos de 34 años de edad; proporción mayor a la que presentan las y los casados (50.8 y 38.1% respectivamente). Las mujeres exunidas son en su mayoría mujeres mayores a 35 años de edad (56.2%); si bien en el caso

⁵¹ Pese a esta situación, los datos son muy cercanos a los que arroja el Censo de Población y Vivienda del 2000; al limitar el rango de edad considerado por la encuesta se tiene la siguiente distribución: 77% de los hombres son casados, 18% se encuentran en unión libre y 4% se encuentran exunidos; en el caso de las mujeres: 71% son casadas, 19% están en unión libre y 10% son exunidas.

de los hombres, poco más de la mitad de los exunidos son mayores de 35 años (53.5%), este porcentaje no supera al que presentan los casados de ese mismo grupo de edad (61.9%).

Estos porcentajes respecto a la edad reflejan distintos escenarios: el carácter joven de la unión libre, principalmente en las mujeres; una mayor proporción de hombres casados mayores a 35 años, y una distribución más equilibrada en la edad de los exunidos. El primer escenario es explicado por las características históricas de la unión libre en nuestro país que, como se desarrolló en el capítulo sobre nupcialidad, inicia a edades más tempranas en comparación con la entrada al matrimonio (Castro, 2014; Pérez, 2008; Quilodrán, 2010); el segundo escenario puede deberse a la mayor duración de los matrimonios (Pérez, 2008) o a la presencia de segundas nupcias en hombres mayores de 35 años que, como hipotetiza Gayet (2002), buscan rejuvenecerse casándose con mujeres más jóvenes. Finalmente, el tercer escenario nos muestra que las disoluciones se están presenciando tanto en edades jóvenes como en personas de mayor edad.

Al considerar la condición de hablante de lengua indígena, son las mujeres y los hombres en unión libre los que presentan mayor porcentaje en esta condición (11.3 y 23.1% respectivamente). Las mujeres casadas y exunidas, así como los hombres casados presentan porcentajes menores a 10%. Sobresalen los hombres exunidos hablantes de lengua indígena, ya que presentan un porcentaje de 18.0; sin embargo, es importante tomar en cuenta que esta sobrerrepresentación puede ser explicada por la disponibilidad de encontrar a estos hombres en su vivienda para realizar la encuesta. La menor legalización de las uniones que presentan las personas que hablan alguna lengua indígena puede ser explicada por sus tradiciones culturales y usos y costumbres.

En cuanto al nivel educativo, mujeres y hombres en unión libre presentan la mayor proporción de población con primaria incompleta o menos (26.1 y 23.2% respectivamente). En el caso de la primaria completa, los porcentajes por situación conyugal son muy parecidos: en las mujeres el porcentaje se encuentra alrededor de 23.5 y en los hombres alrededor de 19.1%. Las mujeres en unión libre sobresalen en el nivel educativo media básica con 36.1%; sin embargo, las casadas también presentan su mayor porcentaje en ese nivel (27.8%). Los hombres en unión libre y exunidos también presentan los porcentajes más altos en el nivel media básica (39.4 y 42.0% respectivamente). Finalmente, se identifica que las mujeres y hombres en unión libre presentan el porcentaje más bajo en el nivel educativo media superior y superior (14.5 y 17.6%

respectivamente); particularmente, las mujeres exunidas y los hombres casados tienen su mayor representación en ese nivel (27.4 y 32.4% respectivamente).

Poco más de la mitad de las mujeres en unión libre se encuentran en un estrato socioeconómico muy bajo (51.8%); sin embargo, las mujeres de las otras situaciones conyugales también presentan su porcentaje más altos en este estrato: 37.7% en las mujeres casadas y 38.0% en las mujeres exunidas. Las mujeres casadas y exunidas tienen un porcentaje similar y comparativamente mayor al de las mujeres en unión libre en los estratos socioeconómicos medio y alto: 24.9% para las casadas, 11.5% para las de unión libre y 24.3% para las exunidas. Finalmente, en el tamaño de localidad sobresale el mayor porcentaje de mujeres en unión libre que residen en localidades rurales (29.2%) y el de las mujeres exunidas que residen en localidades urbanas (80.2%).

Los datos respecto al nivel educativo, estrato socioeconómico y tamaño de localidad de las mujeres en unión libre corroboran lo expresado por otros autores sobre una unión libre que prevalece en el país con menos educación formal, de estrato socioeconómico muy bajo y de localidades rurales (ver capítulo sobre nupcialidad); es decir, cuentan con menos recursos (sociales y económicos) y se encuentran expuestas a contextos de mayor vulnerabilidad social. Cabe destacar la mayor proporción de mujeres exunidas que residen en localidades urbanas, ya que refuerza lo argumentado por Ojeda y González (2008) sobre el mayor acceso a recursos legales y un contexto sociocultural menos restrictivo en este tipo de localidades.

Los hombres alguna vez unidos no presentan diferencias estadísticamente significativas en el estrato socioeconómico ($p < 0.292$) y en tamaño de localidad ($p < 0.232$); de manera general se identifica lo siguiente: 58.1% de los hombres alguna vez unidos se encuentran en el estrato socioeconómico muy bajo, 28.2% en el estrato bajo y 13.7% en los estratos medio y alto; en cuanto al tamaño de localidad, 74.2% reside en localidades urbanas y 25.8% en localidades rurales. Esta falta de diferencia estadística en el caso de los hombres refleja el comportamiento más homogéneo de la población masculina alguna vez unida de 20 a 59 años de edad en materia de estrato socioeconómico y tamaño de localidad.

Cuadro 6. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según características sociodemográficas por sexo y situación conyugal. México, 2003

Variables sociodemográficas	Mujeres (N=13,366)					Hombres (N=994)				
	Total	Casadas 67.4	Unión libre 21.0	Exunidas 11.6	p < χ^2	Total	Casados 75.7	Unión libre 18.4	Exunidos 5.9	p < χ^2
Edad	13,366	9,177	2,682	1,507	0.000	994	771	171	52	0.000
34 años o menos	53.7	50.8	68.5	43.8		42.3	38.1	58.3	46.5	
35 años o más	46.3	49.2	31.5	56.2		57.7	61.9	41.7	53.5	
Hablante de lengua indígena	13,364	9,176	2,682	1,506	0.029	994	771	171	52	0.000
No	91.9	92.6	88.7	93.5		88.4	91.7	76.9	82.0	
Sí	8.1	7.4	11.3	6.5		11.6	8.3	23.1	18.0	
Nivel educativo	13,366	9,177	2,682	1,507	0.000	994	771	171	52	0.000
Primaria incompleta o menos	23.0	21.7	26.1	25.1		21.6	21.3	23.2	20.8	
Primaria completa	23.5	24.0	23.4	20.4		19.1	19.0	19.7	18.1	
Media básica	29.5	27.8	36.1	27.2		30.5	27.4	39.4	42.0	
Media superior y superior	24.0	26.4	14.5	27.4		28.9	32.4	17.6	19.2	
Estrato socioeconómico	13,363	9,176	2,682	1,505	0.000	993	771	171	51	0.292
Muy bajo	40.7	37.7	51.8	38.0		58.1	58.2	55.8	63.6	
Bajo	37.3	37.4	36.7	37.7		28.2	27.4	31.1	29.2	
Medio y alto	22.0	24.9	11.5	24.3		13.7	14.4	13.1	7.3	
Tamaño de localidad	13,363	9,174	2,682	1,507	0.078	994	771	171	52	0.232
Urbana	75.8	76.6	70.8	80.2		74.2	75.2	70.2	75.1	
Rural	24.2	23.4	29.2	19.8		25.8	24.8	29.8	24.9	

Nota: En las mujeres se utilizó el diseño complejo de la encuesta y en los hombres el ponderador de ajuste por no respuesta.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

7.3 ELEMENTOS DE LA TRAYECTORIA SEXUAL

Las características que forman parte de la trayectoria sexual de la población alguna vez unida se encuentran en el *Cuadro 7*. Para las mujeres sólo se cuenta con dos elementos: la edad a la primera relación sexual y la actividad sexual; respecto al primero se detecta que la mayoría de las mujeres tienen su primera relación sexual a los 17 o más años de edad (69.5% aproximadamente). Al ver las diferencias porcentuales de las mujeres que tuvieron su primera experiencia sexual a edad temprana (16 o menos)⁵² por situación conyugal se identifica que las mujeres en unión libre presentan el mayor porcentaje con 41.4%, le siguen las mujeres exunidas con 36.9% y finalmente se encuentran las mujeres casadas con 26.1%.

El mayor porcentaje de las mujeres en unión libre se relaciona con las características sociodemográficas presentadas anteriormente, ya que otros estudios han encontrado que la escolaridad, las condiciones socioeconómicas de las personas, las diferencias regionales y el tamaño de localidad son factores que influyen en el calendario de inicio sexual (Gayet y Solís, 2007; Welti, 2005). En ese sentido, es posible encontrar que las mujeres en unión libre, que presentan una mayor representación en la condición de hablante de lengua indígena, en los niveles educativos más bajos, en el estrato más bajo y en las localidades rurales, también presentan un mayor porcentaje en el inicio temprano de la vida sexual.

Respecto a la actividad sexual se observa que 88.2% de las mujeres casadas y 86.2% de las mujeres en unión libre son sexualmente activas. Como era de esperarse, las mujeres exunidas presentan un menor porcentaje de actividad sexual; no obstante, éste es importante, ya que se identifica que aproximadamente una de cada cinco mujeres exunidas es sexualmente activa. Estos resultados reflejan que algunas mujeres en esta situación conyugal siguen teniendo actividad sexual y, por lo tanto, requieren de servicios de salud sexual y reproductiva.

Los hombres alguna vez unidos cuentan con más características sobre su trayectoria sexual. En primera instancia, la mayoría de ellos tuvieron su primera relación sexual a los 17 o más años (65.6% aproximadamente); sin embargo, los porcentajes de la población que tuvo un inicio

⁵² Se considera como edad temprana antes de los 16 años retomando la justificación de Gayet y Gutiérrez (2014) de que en México menos de 25% de la población ha tenido su primera relación sexual antes de esa edad.

temprano son mayores a los de las mujeres y muestran las siguientes características por situación conyugal: 46.7% de los exunidos tuvieron su primera relación sexual a los 16 o menos años de edad, le siguen con muy poca diferencia los hombres en unión libre con 45.8%; los casados presentan un porcentaje de 30.6. En este caso no hay una clara relación entre las características sociodemográficas y el calendario de la trayectoria sexual de los hombres; sin embargo, se identifica un comportamiento muy parecido entre los hombres que se encuentran en unión libre y los exunidos.

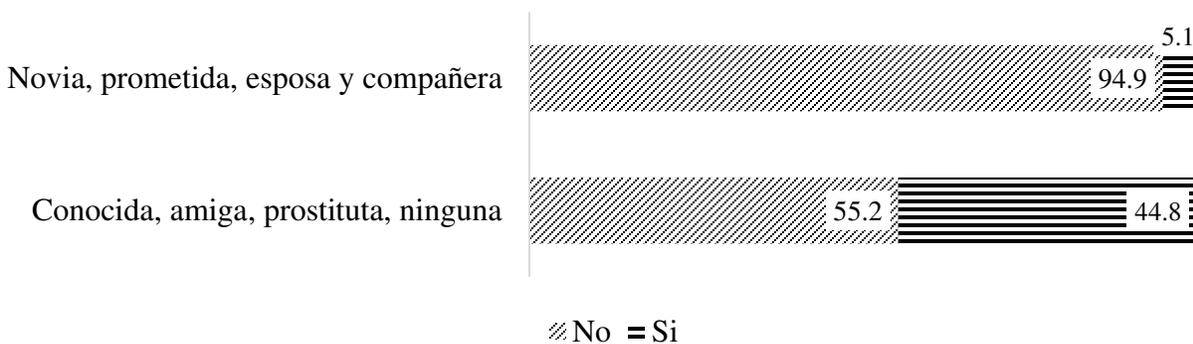
Respecto a la actividad sexual, aproximadamente nueve de cada 10 hombres unidos son sexualmente activos (92.1% en el caso de los casados y 88.9% en los que se encuentran en unión libre); si bien los hombres exunidos presentan un menor porcentaje de actividad sexual, éste no deja de ser importante (36.5%). En este caso, el porcentaje que presentan los hombres duplica el de las mujeres; esto puede ser explicado por una menor restricción a la actividad sexual o por una sobreestimación en la respuesta a esa pregunta. Como se desarrolló en la sección sobre las limitaciones metodológicas, las personas pueden contestar en función de lo que se espera de ellos, y en ese sentido, los hombres pueden sobreestimar su actividad sexual como reflejo del mandato de la masculinidad hegemónica a exacerbar la frecuencia de sus relaciones sexuales.

En cuanto a las parejas sexuales antes de la primera unión, se identifica lo siguiente: los hombres casados sobresalen por no tener parejas sexuales antes de la unión y por tener entre uno y dos (36.3 y 33.0% respectivamente); los que se encuentran en unión libre también destacan en las categorías ‘ninguna otra’ y ‘entre 1 y 2’ con 26.2, 35.7% respectivamente, pero en este caso también los que tuvieron 5 más parejas presentan un porcentaje importante (22.4%). Finalmente, aproximadamente la mitad de los hombres exunidos tuvo entre 1 y 2 parejas (48.9%). Estas distribuciones muestran que más de la mitad de los hombres alguna vez unidos, independientemente de su situación conyugal, tuvo dos o menos parejas sexuales antes de la primera unión; sin embargo, se identifica que en la categoría que implica el mayor número de parejas sobresalen los hombres en unión libre. Este resultado puede deberse a su alta correlación con la edad a la primera relación sexual, ya que se ha demostrado, en otros contextos, que un inicio temprano de actividad sexual tiene un impacto en el número total de parejas sexuales (Mesenburg, Muniz, y Silveira, 2014; O’Donnell, O’Donnell, y Stueve, 2001).

Respecto a la persona con la que se tuvo la última relación sexual, 33.8% de los hombres exunidos la tuvo con una conocida, amiga, trabajadora sexual o con alguien con quien no tiene ninguna relación; los porcentajes de la población unida se reducen considerablemente en esta categoría; sin embargo, es posible identificar una diferencia de 4.2 puntos porcentuales: mientras que 1.3% de los hombres casados declaran tener su última relación sexual con las parejas sexuales antes mencionadas, los hombres en unión libre lo hacen en 5.5%.

Estas diferencias porcentuales en cuanto a las parejas de tipo ‘informal’ en la última relación sexual podrían delimitar algunas hipótesis sobre la mayor presencia de relaciones extramaritales en los hombres de unión libre en comparación con los casados, así como la presencia de relaciones simultáneas y casuales entre los exunidos. Al cruzar esta variable con el uso del preservativo en la última relación sexual (*Gráfico 3*) se identifica que cerca de la mitad de los hombres alguna vez unidos que tuvieron su última relación sexual con una pareja “informal” no utilizaron el preservativo para prevenir Sida o ITS (44.8%). Es interesante también identificar que 5.1% de los hombres alguna vez unidos que tuvieron su última relación sexual con una pareja de tipo “formal” usaron el preservativo para prevenir Sida o ITS, ya que esto refleja, de alguna manera, prácticas de cuidado.

Gráfico 3. Distribución porcentual del uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS en población masculina alguna vez unida según la persona con la que se tuvo la última relación sexual



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

La variable sobre número de parejas sexuales en el último año muestra diferencias importantes por situación conyugal: 4.7% de los hombres casados, 16.6% de los hombres en unión libre y 59.3% de los exunidos declaran haber tenido dos o más parejas sexuales. Esta variable refuerza lo planteado anteriormente sobre las relaciones concurrentes y simultaneas, ya que nuevamente los que se encuentran en unión libre presentan un porcentaje mayor a la de los casados (una diferencia de 11.9 puntos porcentuales) y tres de cada cinco exunidos tuvo dos o más parejas en el último año. Por último, se muestra que 13.8% de los hombres exunidos han pagado por relaciones sexuales en el último año; proporción mayor a la de los hombres unidos (1.8% los casados y 2.9% los de unión libre).

Cuadro 7. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según elementos de la trayectoria sexual por sexo y situación conyugal. México, 2003

Variables de la trayectoria sexual	Mujeres (N=13,366)					Hombres (N=994)				
	Total	Casadas 67.4	Unión libre 21.0	Exunidas 11.6	P < χ^2	Total	Casados 75.7	Unión libre 18.4	Exunidos 5.9	P < χ^2
Edad a la primera relación sexual	<i>13,311</i>	<i>9,141</i>	<i>2,668</i>	<i>1,502</i>	0.000	<i>940</i>	<i>724</i>	<i>165</i>	<i>51</i>	0.000
17 o más	69.5	73.9	58.6	63.1		65.6	69.4	54.2	53.3	
16 o menos	30.6	26.1	41.4	36.9		34.4	30.6	45.8	46.7	
Sexualmente activa/o	<i>12,813</i>	<i>8,805</i>	<i>2,577</i>	<i>1,431</i>	0.000	<i>935</i>	<i>723</i>	<i>161</i>	<i>51</i>	0.000
No	20.2	11.8	13.8	81.5		11.9	7.9	11.1	63.5	
Sí	79.8	88.2	86.2	18.5		88.1	92.1	88.9	36.5	
Parejas sexuales antes de la primera unión	-	-	-	-	ND	<i>994</i>	<i>734</i>	<i>161</i>	<i>49</i>	0.000
Ninguna otra	-	-	-	-		33.6	36.3	26.2	22.0	
Entre 1 y 2	-	-	-	-		34.4	33.0	35.7	48.9	
Entre 3 y 4	-	-	-	-		17.0	17.6	15.7	14.0	
5 y más	-	-	-	-		14.9	13.1	22.4	15.1	
Persona con la que se tuvo la última relación sexual	-	-	-	-	ND	<i>985</i>	<i>767</i>	<i>169</i>	<i>49</i>	0.000
Novia, prometida, esposa y compañera	-	-	-	-		96.2	98.7	94.5	66.2	
Conocida, amiga, trabajadora sexual, ninguna relación	-	-	-	-		3.8	1.3	5.5	33.8	
Parejas sexuales en el último año	-	-	-	-	ND	<i>979</i>	<i>761</i>	<i>168</i>	<i>50</i>	0.000
1	-	-	-	-		90.0	95.3	83.4	40.7	
2 o más	-	-	-	-		10.0	4.7	16.6	59.3	
Pagar por relaciones sexuales en el último año	-	-	-	-	ND	<i>988</i>	<i>765</i>	<i>171</i>	<i>52</i>	0.000
No	-	-	-	-		97.3	98.2	97.1	86.2	
Sí	-	-	-	-		2.7	1.8	2.9	13.8	

Nota: En las mujeres se utilizó el diseño complejo de la encuesta y en los hombres el ponderador de ajuste por no respuesta.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

7.4 NOCIONES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El *Cuadro 8* presenta las características que conciernen a nociones y prácticas relacionadas con ITS; nuevamente, en el caso de las mujeres sólo se cuenta con dos características: el uso de preservativo para prevenir Sida o ITS y la prueba de Papanicolaou. En cuanto a la primera, sobresalen 34.1% de las exunidas que declaran haber usado el preservativo para prevenir Sida o ITS siempre o algunas veces; a pesar de que el porcentaje se reduce considerablemente entre las mujeres unidas, las casadas superan con 2.5 puntos porcentuales a las mujeres en unión libre (11.4 y 8.9% respectivamente).

En el caso de las mujeres no se cuenta con información para hacer el cruce sobre el tipo de pareja y el uso del preservativo, lo que dificulta sacar conclusiones más certeras sobre prácticas de riesgo de ITS; sin embargo, si se puede plantear de manera hipotética que las mujeres exunidas se encuentran expuestas al riesgo de infecciones de transmisión sexual, ya que dos de cada tres mujeres en esta situación conyugal no usan el preservativo. Respecto a las diferencias entre las mujeres unidas es difícil sacar conclusiones debido a que no se cuenta con la información necesaria para saber si se debe a una mayor presencia de relaciones extramaritales, a mayor comunicación con la pareja o más prácticas de cuidado entre las mujeres casadas; por lo tanto, es importante considerar el análisis multivariado en la siguiente sección.

En cuanto a la prueba de Papanicolaou, las mujeres casadas presentan el mayor porcentaje (80.3%), le siguen las mujeres exunidas con 78.3% y finalmente las que se encuentran en unión libre con 63.9%. Estas diferencias pueden estar explicadas por las características sociodemográficas, ya que las mujeres que se encuentran en unión libre pertenecen mayoritariamente a estratos muy bajos y también tienen una presencia importante en las localidades rurales; estas condiciones de mayor vulnerabilidad social también influyen en el acceso a los servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004) encuentra que la situación económica y la escolaridad son factores que intervienen en el empleo de los servicios de tamizaje en México.

En los hombres es posible identificar nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS; sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas por situación conyugal ($p < 0.315$). De manera general se presenta lo siguiente: 20.3% de los hombres alguna vez unidos

considera que cualquier persona puede transmitir una ITS y 79.7% considera que son personas con características específicas las que pueden transmitir una ITS (trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea).

En el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS no hay diferencias importantes entre los hombres unidos: 9.1 y 9.3% de los hombres casados y en unión libre respectivamente han usado el preservativo para prevenir siempre o algunas veces; sin embargo, el porcentaje de los exunidos que lo han usado siempre o algunas veces es de 31.0. Respecto al uso del preservativo en la última relación sexual, nuevamente se identifican porcentajes similares entre los hombres unidos y un porcentaje mayor en los exunidos: mientras que 33.7% de los hombres exunidos utilizó el preservativo en la última relación sexual, los casados y en unión libre lo hicieron en 5.1 y 4.5% respectivamente. En los hombres también se puede hipotetizar que los exunidos se encuentran expuestos al riesgo de ITS, ya que aproximadamente dos de cada tres hombres no usan sistemáticamente el preservativo.

Finalmente, la consulta al médico sobre genitales o relaciones sexuales no presentan comportamientos diferenciados por situación conyugal ($p < 0.910$); en términos generales, 20.8% de los hombres alguna vez unidos ha ido al médico para consultar sobre genitales o relaciones sexuales. Estos resultados reflejan el poco acercamiento que hay de los hombres a los servicios de salud sexual, independientemente de la situación conyugal.

Cuadro 8. Distribución porcentual de la población alguna vez unida según nociones y prácticas relacionadas con las ITS por sexo y situación conyugal. México, 2003

Variables de nociones y prácticas relacionadas con ITS	Mujeres (N=13,366)				P < χ^2	Hombres (N=994)				P < χ^2
	Total	Casadas	Unión libre	Exunidas		Total	Casados	Unión libre	Exunidos	
		67.4	21.0	11.6			75.7	18.4	5.9	
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS	-	-	-	-	ND	949	741	158	50	0.315
Cualquier persona	-	-	-	-		20.3	20.9	19.4	14.2	
Otras ¹	-	-	-	-		79.7	79.1	80.6	85.8	
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	11,475	8,689	2,537	249	0.000	989	767	170	52	0.000
Nunca	88.7	88.6	91.1	66.0		89.6	90.9	90.7	69.0	
Siempre o algunas veces	11.3	11.4	8.9	34.1		10.4	9.1	9.3	31.0	
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	-	-	-	-	ND	989	769	170	50	0.000
No	-	-	-	-		93.4	94.9	95.5	66.3	
Sí	-	-	-	-		6.6	5.1	4.5	33.7	
Prueba de Papanicolaou	13,363	9,174	2,682	1,507	0.000	-	-	-	-	ND
No	23.4	19.7	36.1	21.7		-	-	-	-	
Sí	76.6	80.3	63.9	78.3		-	-	-	-	
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales	-	-	-	-		983	762	169	52	0.910
No	-	-	-	-		79.2	79.5	78.6	78.0	
Sí	-	-	-	-		20.8	20.5	21.4	22.0	

Nota: En las mujeres se utilizó el diseño complejo de la encuesta y en los hombres el ponderador de ajuste por no respuesta.

¹Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

7.5 CONSIDERACIONES GENERALES

Para concluir este capítulo se resumirán los hallazgos sobre la caracterización de la población alguna vez unida para identificar algunos escenarios de riesgo por situación conyugal; en este caso la comparación se hará entre las situaciones conyugales de cada sexo y no entre los sexos. El *Cuadro 9* resume los contextos que se identificaron en las mujeres casadas, en unión libre y exunidas, y el *Cuadro 10* los que se identificaron en la población masculina.

Las mujeres casadas presentan la menor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, así como un reporte de síntomas de ITS y respuestas ante los mismos a un nivel intermedio; es decir, sus porcentajes se encuentran entre los que presentan las mujeres en unión libre y las exunidas. En cuanto a sus características sociodemográficas, se identifican una distribución por edad equilibrada y contextos sociales equilibrados: un estatus intermedio de hablante de lengua indígena; el menor porcentaje de primaria incompleta o menos y una distribución similar en el resto de los niveles; si bien 75.1% de ellas se encuentran en los estratos muy bajo y bajo, tienen el mayor porcentaje en el estrato medio y alto, y un nivel intermedio de residencia rural. Respecto a los elementos de la trayectoria sexual y a las prácticas relacionadas con las ITS, se identifican escenarios de baja exposición al riesgo de ITS: el porcentaje más bajo de inicio temprano de la trayectoria sexual; en comparación con las mujeres en unión libre, utilizan en mayor medida el preservativo, y son las que presentan el porcentaje más alto en la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres en unión libre presentan una percepción del riesgo intermedia de que la pareja le transmita una ITS; tienen el mayor porcentaje de reporte de síntomas de ITS, pero también el mayor porcentaje de respuestas ante síntomas de ITS. En cuanto a las características sociodemográficas, se identifica a una población mayoritariamente joven y un claro contexto de vulnerabilidad social: la mayor representatividad de mujeres hablantes de lengua indígena; el mayor porcentaje en el nivel educativo más bajo y el menor porcentaje en el nivel educativo más alto; una presencia importante en el estrato muy bajo, y el mayor porcentaje en la residencia rural. Respecto a los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS también se presentan contextos de alta exposición al riesgo de ITS: el mayor porcentaje de inicio temprano de la trayectoria sexual; el porcentaje más bajo de uso del preservativo para prevenir Sida o ITS y un bajo uso de la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres exunidas tienen el mayor porcentaje de percepción del riesgo de ITS, presentan el porcentaje más bajo de reporte de síntomas de ITS y de respuestas ante síntomas de ITS. En cuanto a las características sociodemográficas, las mujeres exunidas son mayoritariamente de mayor edad y presentan contextos de menor vulnerabilidad social: el menor porcentaje de hablantes de lengua indígena; el porcentaje más alto en el nivel educativo media superior y superior; una presencia importante en los estratos medio y alto (cercano al de las mujeres casadas) y la menor representación de mujeres que residen en localidades rurales. En los elementos de la trayectoria sexual y en las prácticas relacionadas con las ITS, tienen una exposición intermedia al riesgo de ITS: un nivel intermedio en la edad temprana a la primera relación sexual; el mayor porcentaje de uso del preservativo para prevenir Sida o ITS, pero no una protección sistemática, y un porcentaje intermedio de prueba de Papanicolaou.

Cuadro 9. Contextos de riesgo en mujeres alguna vez unidas por situación conyugal

Dimensión	Casadas	Unión libre	Exunidas
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	Baja percepción	Percepción intermedia	Alta percepción
Reporte de síntomas de ITS	Reporte a nivel intermedio	Alto nivel de reporte	Bajo nivel de reporte
Respuestas ante síntomas de ITS	Respuestas a nivel intermedio	Alta respuesta	Baja respuesta
Características sociodemográficas	Edades equilibradas Contexto social equilibrados	Población joven Contexto de alta vulnerabilidad social	Población mayor Contexto de menor vulnerabilidad social
Elementos de la trayectoria sexual	Baja exposición al riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS	Exposición intermedia al riesgo de ITS
Prácticas relacionadas con ITS	Baja exposición riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS	Exposición intermedia al riesgo de ITS

Fuente: Elaboración propia

Los hombres casados presentan la menor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y una percepción del riesgo intermedia de transmitir a la pareja una ITS; es decir, su porcentaje se encuentran entre los de unión libre y los exunidos. En cuanto a sus características

sociodemográficas, son mayoritariamente de mayor edad y presentan contextos de baja vulnerabilidad social: la menor representación de hombres hablantes de lengua indígena y el mayor porcentaje en el nivel educativo media superior y superior. Respecto a los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con ITS, se identifican escenarios de baja exposición al riesgo de ITS: el porcentaje más bajo de inicio temprano de la trayectoria sexual; una mayoría de dos o menos parejas antes de la primera unión; el porcentaje más bajo en la última relación sexual con una pareja de tipo informal, en tener dos o más parejas en el último año y en pagar por relaciones sexuales en el último año; un uso del preservativo para prevenir Sida o ITS muy similar a los de unión libre, y un porcentaje mayor de uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS que los de unión libre.

Los hombres en unión libre tienen un porcentaje intermedio de percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y el mayor porcentaje en la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Son mayoritariamente jóvenes y sus características sociodemográficas los posicionan en contextos de alta vulnerabilidad social: la mayor representatividad de hombres hablantes de lengua indígena y en los niveles educativos más bajos. Respecto a los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS, se identifica un contexto de alta exposición al riesgo de ITS: una representación importante en el inicio temprano de la trayectoria sexual; el porcentaje más alto de tener cinco o más parejas sexuales antes de la primera unión; una mayor representación que los casados respecto a tener su última relación sexual con una pareja de tipo informal, en tener dos o más parejas en el último año y en pagar por relaciones sexuales en el último año; un uso del preservativo para prevenir Sida o ITS muy similar a los casados, y un porcentaje menor de uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS que los casados.

Finalmente, los hombres exunidos tienen el porcentaje más alto en la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y el porcentaje más bajo en la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. En cuanto sus características sociodemográficas, se identifican una distribución equilibrada por edad y contextos sociales equilibrados: una representación intermedia de hablantes de lengua indígena; un porcentaje importante en el nivel educativo media básica y una distribución similar en el resto de los niveles. Respecto a los elementos de la trayectoria sexual y a las prácticas relacionadas con las ITS, los hombres exunidos presentan una alta exposición al riesgo de ITS: el

porcentaje más alto de inicio temprano de la trayectoria sexual; el mayor porcentaje en tener su última relación sexual con una pareja de tipo informal, en tener dos o más parejas en el último año y en pagar por tener relaciones sexuales; también presentan la mayor representación en el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS, pero ésta prevención no se identifica en la mayoría de los exunidos.

Cuadro 10. Contextos de riesgo en hombres alguna vez unidos por situación conyugal

Dimensión	Casados	Unión libre	Exunidos
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	Baja percepción	Percepción intermedia	Alta percepción
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	Percepción intermedia	Alta percepción	Baja percepción
Reporte de síntomas de ITS	Sin diferencias	Sin diferencias	Sin diferencias
Características sociodemográficas	Población mayor Contexto de menor vulnerabilidad social	Población joven Contexto de alta vulnerabilidad social	Edades equilibradas Contexto social equilibrado
Elementos de la trayectoria sexual	Baja exposición al riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS
Prácticas relacionadas con ITS	Baja exposición riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS	Alta exposición al riesgo de ITS

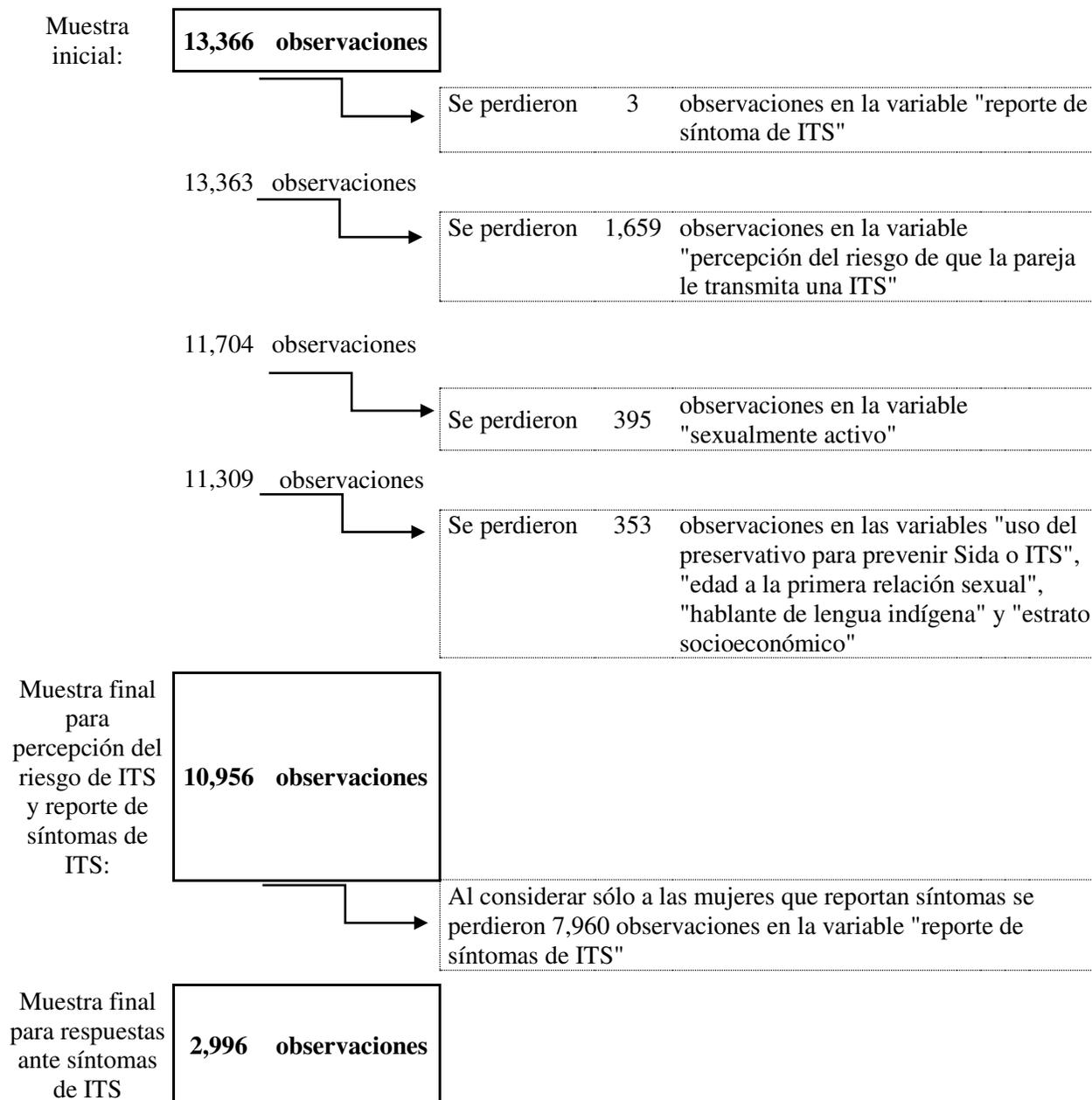
Fuente: Elaboración propia

8 PERCEPCIÓN DEL RIESGO, REPORTE DE SÍNTOMAS Y RESPUESTAS ANTE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN FEMENINA ALGUNA VEZ UNIDA

En esta sección se presentan los resultados sobre percepción del riesgo de ITS, reporte de síntomas y respuestas ante tales síntomas en población femenina alguna vez unida. Para el caso de las mujeres, el análisis de la percepción del riesgo de ITS se realizará mediante la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS; para el reporte de síntomas de ITS se consideran los siguientes: flujo vaginal anormal; úlceras o granitos en el área de los genitales, y comezón o ardor en los genitales. Finalmente, las estrategias que se analizarán en las respuestas ante síntomas de ITS son las siguientes: buscar ayuda de algún personal de salud, comentar con la pareja el síntoma, dejar de tener relaciones sexuales y utilizar el condón cuando se tuvieron relaciones sexuales.

La *Ilustración 6* indica el tamaño de la muestra final con la que se trabajó en los modelos para la población femenina. En todos los modelos se inicia con 13,366 observaciones que corresponden a los cuestionarios completos de las mujeres alguna vez unidas; es decir, excluyendo a las solteras. Para el caso de la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y para el reporte de síntomas de ITS, la muestra final quedó de 10,956 observaciones; es decir una pérdida del 22% de la muestra inicial. Cabe mencionar que el mayor número de pérdidas se debe a la variable sobre percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (1,659 observaciones), ya que previo a esta pregunta se aplicó un filtro sobre si se tenía pareja. Al eliminar estas observaciones se introducen algunos sesgos en la muestra: se reduce 9.3 puntos porcentuales la población exunida y 9.6 puntos porcentuales la que no es sexualmente activa (ver *Cuadro B1* del Anexo B). La muestra final para las respuestas ante síntomas de ITS quedó de 2,996 observaciones, ya que sólo se considera a las mujeres que reportan síntomas de ITS; en este caso se introducen ligeros sesgos debido a las variables percepción del riesgo, edad y edad a la primera relación sexual (ver *Cuadro B2* del Anexo B).

Ilustración 6. Muestra inicial y muestra final de población femenina



8.1 PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación, se analizarán los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, y entre esos factores identificar la importancia de la situación conyugal. Primero se presentarán los resultados del análisis descriptivo, posteriormente del análisis multivariado y finalmente la discusión de los resultados.

Entre las mujeres alguna vez unidas, 31.1% percibe el riesgo de que su pareja le transmita una ITS; el *Cuadro 11* presenta la distribución porcentual de las variables explicativas en relación con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. La percepción del riesgo es mayor entre quienes reportan al menos un síntoma de ITS (36.3%) en comparación con aquellas que no lo hacen (28.9%). En el caso de la situación conyugal, las mujeres exunidas presentan mayor percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS (48.8%) en comparación con las mujeres unidas; entre éstas últimas la diferencia es de 2.8 puntos porcentuales: 30.0% en el caso de las mujeres casadas y 32.8% en las mujeres en unión libre.

Las mujeres de mayor edad muestran mayor percepción del riesgo de que su pareja le transmita una ITS que las mujeres más jóvenes (33.7% vs 28.9%); sin embargo, antes de llegar a alguna conclusión al respecto, es importante corroborar en el análisis multivariado si esta relación es lineal. Por su parte, la percepción del riesgo de ITS es mayor entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena (31.5%) en comparación con aquellas que sí lo hacen (25.6%). En cuanto al estrato socioeconómico, aquellas que pertenecen a los estratos muy bajo y bajo muestran un porcentaje similar de percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (31.8 y 32.3% respectivamente); sin embargo, la diferencia es mayor con respecto a las mujeres de estrato medio y alto, ya que 27.5% de las que pertenecen a estos estratos declaran percibirse en riesgo de ITS.

Respecto a los elementos de la trayectoria sexual, la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS es mayor entre quienes tienen un inicio temprano (35.9%) y entre quienes no son sexualmente activas (39.5%), en comparación con las que tienen un inicio a edades más tardías y son sexualmente activas (29.0 y 30.1% respectivamente). Finalmente, en lo que respecta a las variables sobre las prácticas relacionadas con las ITS, las mujeres que siempre o algunas veces han usado el preservativo para prevenir Sida o ITS muestran un porcentaje mayor de percepción del riesgo (38.6%) en comparación con aquellas que nunca lo han usado (30.1%), y las mujeres que se

han realizado la prueba de Papanicolaou reportan en mayor porcentaje percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (33.5%) en comparación con aquellas que no se han realizado la prueba (22.5%).

Para identificar la influencia de las variables sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, a continuación se analizará un modelo logístico binomial multivariado; a diferencia del análisis anterior, el modelo permite identificar asociaciones controlando el posible efecto de las otras variables (*Cuadro 12*). Reportar al menos un síntoma asociado a ITS incrementa 34.7% los momios de percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS con respecto a aquellas que no reportan ningún síntoma. En el caso de la situación conyugal, tal como se adelantaba en el análisis descriptivo, estar en unión libre incrementa 26.6% los momios de percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS con respecto a las casadas; en el caso de las mujeres exunidas, los momios son 75% mayores.

La edad no presenta una asociación lineal con la percepción del riesgo de ITS en las mujeres alguna vez unidas, ya que la variable se comporta de manera curvilínea; es decir, a medida que incrementa la edad la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS también incrementa, pero en edades más avanzadas la percepción comienza a decrecer. Las mujeres que son hablantes de lengua indígena son menos propensas a percibir el riesgo de ITS en comparación con las mujeres no hablantes de lengua indígena (RM 0.697). Finalmente, pertenecer a los estratos medio y alto significa una reducción de 28.7% en los momios de percibir el riesgo respecto a las mujeres de estrato muy bajo.

En cuanto a los factores que forman parte de la trayectoria sexual, las mujeres que tuvieron su primera relación sexual a edad temprana son 42.4% más propensas a percibir el riesgo de que su pareja le transmita una ITS con respecto a aquellas que lo hicieron después de los 16 años de edad; por su parte, ser sexualmente activa reduce 30.3% los momios de percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS respecto a aquellas que no son sexualmente activas (RM 0.697). Por último, en el caso de los factores que involucran prácticas relacionadas con las ITS, se identifica que utilizar el preservativo para prevenir Sida o ITS y realizarse la prueba de Papanicolaou incrementa 46.6 y 41.8%, respectivamente, los momios de percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS respecto a las que nunca usan el preservativo para prevenir Sida o ITS y a las que no se han hecho la prueba.

Cuadro 11. Distribución porcentual de las variables independientes según percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes		Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS		P < χ^2
		No	Sí	
Observaciones= 10,956		7,573	3,383	
Reporte de síntomas				
Reporte de síntomas de ITS	Ningún síntoma	71.1	28.9	0.000
	Al menos un síntoma	63.7	36.3	
Factores sociodemográficos				
Situación conyugal	Casada	70.0	30.0	0.003
	Unión libre	67.2	32.8	
	Exunida	51.2	48.8	
Edad	15 a 34	71.1	28.9	0.002
	35 a 49	66.3	33.7	
Habla de lengua indígena	No	68.5	31.5	0.004
	Sí	74.4	25.6	
Estrato socioeconómico	Muy bajo	68.2	31.8	0.067
	Bajo	67.7	32.3	
	Medio y alto	72.5	27.5	
Elementos de la trayectoria sexual				
Edad a la primera relación sexual	17 o más	71.0	29.0	0.003
	16 o menos	64.1	35.9	
Sexualmente activa	No	60.5	39.5	0.003
	Sí	70.0	30.1	
Prácticas relacionadas con ITS				
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	Nunca	69.9	30.1	0.003
	Siempre o algunas veces	61.5	38.6	
Prueba de Papanicolaou	No	77.5	22.5	0.000
	Sí	66.5	33.5	

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro 12. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS n=10,956
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)	
Al menos un síntoma	1.347 ***
Situación conyugal (Casada)	
Unión libre	1.266 **
Exunidas	1.750 **
Edad	1.165 ***
Edad ²	0.998 ***
Hablante de lengua indígena (No)	
Sí	0.697 ***
Estrato socioeconómico (Muy bajo)	
Bajo	0.924
Medio y alto	0.713 ***
Edad a la primera relación sexual (17 o más)	
16 o menos	1.424 ***
Sexualmente activa (No)	
Sí	0.652 ***
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS (Nunca)	
Siempre o algunas veces	1.466 ***
Prueba de Papanicolaou	
Sí	1.418 ***
F (12, 899)	13.46
Prob > F	0.000

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

8.1.1 Discusión y consideraciones generales

Con los resultados presentados en el modelo logístico multivariado sobre percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en población femenina alguna vez unida se encontró evidencia de que la situación conyugal es una variable que tiene efectos diferenciados sobre dicha percepción, controlando por el reporte de síntomas de ITS, otras características sociodemográficas, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con ITS. Los resultados sugieren que las mujeres en unión libre y las exunidas son más propensas a percibir el riesgo de que la pareja les transmita una ITS que las mujeres casadas; las mujeres exunidas presentan una mayor magnitud que las que se encuentran en unión libre.

A pesar de que en México hay poca información sobre las diferencias entre mujeres con distinta situación conyugal respecto a la problemática de las ITS, estos resultados permiten una aproximación general al fenómeno y conducen a plantear algunas posibles explicaciones de estas diferencias. La mayor percepción del riesgo de ITS de las mujeres en unión libre puede ser reflejo de las características que identifican en sus parejas y en sus relaciones conyugales, mismas que las hacen sentirse en riesgo. Los alcances de esta investigación no permiten identificar dichas características; sin embargo, otras investigaciones han encontrado, en primer lugar, que en este tipo de situación conyugal incrementa el riesgo de violencia física, emocional, económica y sexual (R. Castro y Casique, 2009); es decir, son relaciones de pareja donde hay presencia de conflicto, poca comunicación y contextos de violencia.

En segundo lugar, en México se ha encontrado que los hombres en unión libre son más propensos que los casados a mantener relaciones extramaritales (Pulerwitz et al., 2001); este mismo resultado se ha documentado ampliamente en países como Estados Unidos (ver Bozon, 2001; Forste y Tanfer, 1996; Maxwell y Boyle, 1995; Schwartz et al., 2013; Treas y Giesen, 2000). Es posible, entonces, que las mujeres que son pareja de estos hombres identifiquen esta situación y se perciban en riesgo de ITS. En tercer lugar, en otros contextos se ha identificado que la cohabitación, en comparación con el matrimonio, es selectiva de individuos menos comprometidos (Forste y Tanfer, 1996) y se realiza una menor inversión en las uniones (Treas y Giesen, 2000). Es importante mencionar que estas características deben interpretarse con cautela, pues este tipo de cohabitación es propia de los países desarrollados y no necesariamente representan a la unión libre que ha prevalecido en nuestro país; sin embargo, puede ayudar a plantear algunas posibles explicaciones.

La mayor percepción del riesgo de las mujeres exunidas puede estar respondiendo a una falta de confianza hacia la pareja con la que se establece una relación de tipo sentimental y/o sexual, ya que es posible que esta persona también esté involucrada en otras relaciones y eso produzca una sensación de riesgo de ITS en las mujeres con esta situación conyugal. Beltzer y Bozon (2006), identifican que hombres y mujeres se involucran en relaciones sexuales o románticas después de una disolución conyugal; sin embargo, en la mayoría de los casos, principalmente en personas mayores a 35 años, la primera pareja post-conyugal es de tipo casual y a menudo se encuentra involucrada en otras relaciones.

Considerando las variables de control que también contribuyen a la comprensión del fenómeno, se encontró evidencia sobre la asociación entre el reporte de síntomas de ITS y la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Sin embargo, esta asociación puede responder a una relación causal inversa; es decir, que las mujeres reporten síntomas porque perciben riesgos de ITS. De ahí la importancia de acercar a las mujeres a los servicios de salud sexual y que la percepción del riesgo se encuentre acompañada de prácticas preventivas en la pareja.

Los modelos también estiman que en las mujeres de mayor edad hay menor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en comparación con las mujeres más jóvenes. Cabe la posibilidad de que este comportamiento se deba a una mayor confianza con la pareja y a una prevención sistemática; sin embargo, lo que otras investigaciones han mostrado es que las personas de mayor edad consideran que las ITS son una problemática propia de la adolescencia y, por tanto, son ajenas a ellas (Dalrymple et al., 2016; Grant y Ragsdale, 2008; Theall et al., 2003). También se ha encontrado que los adultos son menos propensos a utilizar el condón que las personas jóvenes (Dalrymple et al., 2016; Nieto e Izazola, 1999).

Las mujeres alguna vez unidas hablantes de lengua indígena tienen una menor propensión a percibir el riesgo de que su pareja les transmita una ITS. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que encuentran que la baja percepción al riesgo de ITS se relaciona con la noción que prevalece en las comunidades indígenas de que las infecciones que se transmiten sexualmente, incluido el VIH/Sida, son lejanas y propias de la ciudad; en ese sentido, la comunidad se construye como un lugar seguro ante las ITS y se reconoce el riesgo solo en los foráneos o en aquellos que migran (Ponce, Muñoz, y Stival, 2017; Puig y Montalvo, 2011; Reartes, 2011). Con estos resultados se reitera la importancia de brindar servicios de salud sexual y educación sexual,

así como información sobre sexualidad, ITS y uso del condón sin prejuicios y estigmas a las mujeres hablantes de lengua indígena.

Pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y alto también reduce la propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Estos resultados pueden estar asociados con la presencia de comunicación en las relaciones de pareja que pertenecen a estos estratos y la forma en la que esas relaciones se conjugan con acceso a información y recursos sociales. Se argumenta que ser pobre incrementa el riesgo de ITS, entre otras cosas, debido al ejercicio de poder y violencia en las relaciones de pareja que dificulta la negociación en el uso del preservativo y al carente acceso a tratamientos efectivos para atender las ITS (Mabey, 2014); sin embargo, no se debe concluir que las mujeres de estratos medio y alto están exentas de riesgo de ITS, pues se ha encontrado que también presentan bajo poder de decisión en las relaciones de pareja y en la esfera sexual (Collazos, Echeverry, Molina, Canaval, y Valencia, 2005).

Los resultados muestran que iniciar la trayectoria sexual a edad temprana incrementa la propensión a percibirse en riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Un inicio temprano se relaciona con otros factores de vulnerabilidad como lo son el consumo de alcohol y tabaco (Andersson-Ellström, Forssman, y Milsom, 1996), baja escolaridad (Gayet y Solís, 2007; Welti, 2005), estratos socioeconómicos bajos, falta de conocimiento y disponibilidad del preservativo (Welti, 2005), y ejercicio de poder por parte de la pareja que se manifiesta en presión, coerción y violencia (Nantua et al., 2007; Welti, 2005). Este contexto social que hay detrás del inicio temprano permite explicar la mayor percepción del riesgo de ITS. Sin embargo, con estos resultados no se busca fomentar la abstinencia como política de prevención, sino como plantean Gayet y Solís (2007), evidenciar la necesidad de políticas que incrementen los niveles educativos de la población, provean información sexual adecuada y brinden acceso al uso del preservativo para que el inicio de la vida sexual se lleve a cabo en un contexto de relaciones equitativas y de prevención.

En el caso de la actividad sexual, el modelo estima que las mujeres alguna vez unidas que no son sexualmente activas son menos propensas a percibir el riesgo de que su pareja le transmita una ITS. Estos resultados pueden indicar una relación causal inversa; es decir, que las mujeres dejen de tener actividad sexual porque perciben dicho riesgo y la abstinencia puede constituir un mecanismo de protección. De acuerdo con Lagarde (2005, p. 226), las mujeres utilizan la abstinencia “para evitar

relaciones, como defensa para sobrevivir, por temor, porque han decidido que no quieren, que están resentidas, por celos, por muchas razones más”.

El uso del preservativo para prevenir Sida o ITS presenta una asociación positiva con la percepción del riesgo de ITS. Esta relación también puede estar indicando una asociación causal inversa; es decir, que las mujeres alguna vez unidas estén usando el preservativo porque se perciben en riesgo de ITS. Considerando lo anterior, este resultado podría sugerir que las mujeres que usan condón siempre o algunas veces están llevando a cabo relaciones extramaritales o casuales, debido a que se ha encontrado que es en estas situaciones cuando las mujeres usan el preservativo; sin embargo, su uso es esporádico o se abandona rápidamente (Beltzer y Bozon, 2006; Lichtenstein, 2012; Maxwell y Boyle, 1995). En las relaciones estables es poco probable que se utilice debido a las barreras culturales que imposibilitan a las mujeres a implementarlo y sugerir su uso (Gayet et al., 2011; Maxwell y Boyle, 1995).

En los descriptivos donde se caracterizó a las mujeres con distinta situación conyugal (ver *Capítulo 7*), se identificaba que las exunidas presentaban el porcentaje más alto en el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS, y entre las unidas, las casadas superaban por 2.5 puntos porcentuales a las mujeres de unión libre; sin embargo, para identificar el efecto del uso del preservativo y la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, se ejecutó un modelo multivariado construyendo una variable conjunta entre la situación conyugal y el uso del preservativo. Los resultados del *Cuadro 13* muestran que los momios de percibir el riesgo de contraer ITS de las mujeres en unión libre que usan el preservativo siempre o algunas veces son 1.6 veces mayores a los de las mujeres casadas, y los de las mujeres exunidas que usan el preservativo siempre o algunas veces se duplican con respecto a las casadas. Estos resultados evidencian que las mujeres en unión libre y las exunidas pueden estar involucradas en relaciones de tipo casuales en las que se perciben en riesgo de ITS. Llama la atención que el signo de los momios de las mujeres exunidas que nunca usan condón sea positivo, pues puede proporcionar indicios sobre la exposición al riesgo de las mujeres exunidas que incluso percibiendo riesgos de ITS no utilizan preservativo. La persistencia de este efecto señala la necesidad de fomentar una noción positiva sobre el uso del condón en las mujeres con distinta situación conyugal, ya que se ha encontrado que éste se abandona rápidamente (Beltzer y Bozon, 2006).

Cuadro 13. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Percepción de que la pareja le transmita una ITS n=10,956
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)	
Al menos un síntoma	1.348 ***
Situación conyugal y uso del preservativo para prevenir Sida o ITS (Casada-siempre o algunas veces)	
Casada-Nunca	0.732 **
Unión libre-Nunca	0.900
Unión libre-Siempre o algunas veces	1.638 *
Exunida-Nunca	1.180
Exunida-Siempre o algunas veces	2.139 *
Edad	1.165 ***
Edad ²	0.998 ***
Hablante de lengua indígena (No)	
Sí	0.697 ***
Estrato socioeconómico (Muy bajo)	
Bajo	0.924
Medio y alto	0.713 ***
Edad a la primera relación sexual (17 o más)	
16 o menos	1.424 ***
Sexualmente activa (No)	
Sí	0.651 ***
Prueba de Papanicolaou	
Sí	1.425 ***
F (14, 897)	11.54
Prob > F	0.000

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Finalmente, se encuentra que realizarse la prueba de Papanicolaou incrementa la propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS; esta asociación también puede estar respondiendo a una relación causal inversa en el que las mujeres se realizan la prueba porque perciben el riesgo de ITS. De acuerdo con Nájera et al. (1996) son diversos los factores que influyen

en la utilización de servicios de salud, particularmente en la prueba de Papanicolaou; entre ellos se encuentran las redes sociales, el grado de conocimiento, la disponibilidad y acceso de servicios, la necesidad percibida, las características sociodemográficas y la política de salud. La percepción resulta un elemento que contribuye a explicar la realización de la prueba de Papanicolaou, pues se ha encontrado que cuando hay una susceptibilidad percibida son mayores los beneficios que las mujeres encuentran en realizarse la prueba (Urrutia, 2012). Los resultados del modelo respecto a la prueba de Papanicolaou pueden contribuir al conocimiento sobre los factores que explican su realización.

De manera general, los resultados contribuyen a la explicación sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita ITS en mujeres alguna vez unidas y permiten evidenciar contextos de riesgo en mujeres con distinta situación conyugal. Los resultados sugieren la necesidad de incrementar los esfuerzos para que las políticas de salud y educación sexual lleguen a las mujeres independientemente de su situación conyugal, edad, condición de hablante de lengua indígena y estrato socioeconómico. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva deben de estar libres de estigmas y nociones para que la prevención sistemática, como el uso del preservativo y la prueba de Papanicolaou, llegue a todas las mujeres alguna vez unidas.

8.2 REPORTE DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y RESPUESTAS ANTE TALES SÍNTOMAS

A continuación se analizarán los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en el reporte de síntomas de ITS y en las respuestas ante tales síntomas; entre esos factores se busca identificar la importancia de la situación conyugal. Primero se realizará un análisis descriptivo, posteriormente un análisis multivariado y finalmente se presentará la discusión de los resultados.

Entre las mujeres alguna vez unidas, 29.3% reporta síntomas de ITS y de ellas 93.8% responden ante tales síntomas. El *Cuadro 14* muestra las distribuciones porcentuales de las variables independientes según reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas. El reporte es mayor entre quienes perciben el riesgo de ITS (34.3%) en comparación con aquellas que no lo perciben (27.1%); sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticas entre la percepción y el reporte de al menos una respuesta ante síntomas de ITS ($p < 0.420$).

La situación conyugal también es independiente del reporte de síntomas ($p < 0.145$) y las respuestas ante estos ($p < 0.264$); sin embargo, antes de sacar conclusiones al respecto, es importante analizar el efecto de esta variable controlando por los otros factores en los modelos logísticos multivariados. La edad es una variable que presenta diferencias tanto en el reporte como en las respuestas; en ambos casos, las mujeres más jóvenes presentan mayores porcentajes en comparación con las mujeres de menor edad: 31.5% de las mujeres de 15 a 34 años reportan síntomas de ITS, mientras que 26.7% de las mujeres de 35 a 49 años lo hacen; por otro lado, 94.9% de las mujeres de 15 a 34 años realizan al menos una respuesta de ITS, mientras que 92.1% de las mujeres mayores lo hacen.

El reporte de síntomas de ITS es mayor entre las mujeres que no son hablantes de lengua indígena (30.1%) en comparación con aquellas que lo son (19.0%); en el caso de las respuestas, la condición de hablante de lengua indígena no presenta diferencias estadísticas ($p < 0.877$). En cuanto al estrato socioeconómico, éste es independiente del reporte de síntomas de ITS ($p < 0.559$); sin embargo, sí presenta diferencias para las respuestas ante tales síntomas: 93.2% de las mujeres de estrato muy bajo realizan al menos una respuesta, 92.6% de las que pertenecen al estrato bajo lo hacen y 97.1% de las mujeres de los estratos medio y alto responden ante síntomas. Las diferencias porcentuales entre el estrato muy bajo y bajo son sólo de 0.6 puntos porcentuales, por lo que es probable no encontrar diferencias entre estos estratos en el análisis multivariado.

Respecto a los elementos de la trayectoria sexual, la edad a la primera relación sexual es la única variable que presenta diferencias estadísticas para el caso del reporte de síntomas de ITS: las mujeres que tuvieron un inicio temprano presentan un mayor porcentaje de reporte (35.4%) en comparación con aquellas que lo hicieron a los 17 o más años de edad (26.8%). Finalmente, el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS y la prueba de Papanicolaou son variables que presentan diferencias porcentuales para el caso del reporte de síntomas de ITS; éste es mayor entre quienes han usado el preservativo (34.6%) y entre aquellas que se han realizado la prueba (30.5%). Estas últimas dos variables son independientes de las respuestas ante síntomas.

Para identificar el efecto de las variables tomando en cuenta la influencia de las otras se realizaron modelos de regresión logística multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas (*Cuadro 15*). Los modelos completos se pueden apreciar en el *Cuadro B4* del Anexo B; para fines de explicar el modelo más parsimonioso, se ejecutó nuevamente la regresión con las variables estadísticamente significativas, incluyendo la de interés (situación conyugal).

Cuadro 14. Distribución porcentual de las variables independientes según reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes		Reporte de síntomas de ITS n= 10,956			Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996		
		Ningún síntoma	Al menos un síntoma	P< χ^2	Ninguna respuesta	Al menos una respuesta	P< χ^2
Observaciones		70.7	29.3		6.2	93.8	
		7,945	3,011		211	2,785	
Percepción del riesgo de ITS							
Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS	No	72.9	27.1	0.000	5.8	94.2	0.420
	Sí	65.7	34.3		7.0	93.0	
Factores sociodemográficos							
Situación conyugal	Casada	71.3	28.7	0.145	6.9	93.1	0.264
	Unión libre	69.1	30.9		4.4	95.6	
	Exunida	63.6	36.4		5.4	94.6	
Edad	15 a 34	68.5	31.5	0.004	5.1	94.9	0.067
	35 a 49	73.3	26.7		7.9	92.1	
Habla de lengua indígena	No	69.9	30.1	0.000	6.2	93.8	0.877
	Sí	81.0	19.0		6.6	93.4	
Estrato socioeconómico	Muy bajo	71.2	28.8	0.559	6.8	93.2	0.026
	Bajo	69.4	30.6		7.5	92.6	
	Medio y alto	71.8	28.3		2.9	97.1	
Elementos de la trayectoria sexual							
Edad a la primera relación sexual	17 o más	73.2	26.8	0.000	6.4	93.6	0.803
	16 o menos	64.6	35.4		6.0	94.0	
Sexualmente activa	No	70.9	29.1	0.932	8.9	91.1	0.171
	Sí	70.6	29.4		5.9	94.1	
Prácticas relacionadas con ITS							
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	Nunca	71.3	28.7	0.033	6.5	93.5	0.202
	Siempre o algunas veces	65.4	34.6		4.2	95.8	
Prueba de Papanicolaou	No	74.5	25.5	0.037	6.2	93.8	0.977
	Sí	69.5	30.5		6.2	93.8	

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro 15. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Reporte de síntomas de ITS n= 10,956	Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996
Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS (No)		
Sí	1.354 ***	-
Situación conyugal (Casado)		
Unión libre	1.009	1.615 *
Exunidas	1.190	1.378
Edad	0.977 ***	0.968 **
Hablante de lengua indígena (No)		
Sí	0.533 ***	-
Estrato socioeconómico (Muy bajo)		
Bajo	-	0.984
Medio y alto	-	3.181 ***
Edad a la primera relación sexual (17 o más)		
16 o menos	1.472 ***	-
Prueba de Papanicolaou		
Sí	1.474 ***	-
	F (7, 904) = 9.97	F (5, 712) = 3.18
	Prob > F = 0.000	Prob > F = 0.008

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Respecto al reporte de síntomas de ITS, como se adelantaba en el análisis descriptivo, las mujeres que perciben el riesgo de que la pareja pueda transmitirle una ITS son 35.4% más propensas a reportar síntomas de ITS con respecto a aquellas que no perciben dicho riesgo. En cuanto a los factores sociodemográficos, la situación conyugal no es una variable que influya en el reporte de síntomas; sin embargo, la edad y la condición de ser hablante de lengua indígena sí lo hacen: a medida que incrementa la edad, los momios de reportar síntomas de ITS disminuyen 2.3% (RM 0.977); por su parte hablar alguna lengua indígena disminuye 46.7% los momios de reportar síntomas con respecto a aquellas que no lo son.

Tener la primera relación sexual antes de los 16 años de edad incrementa 47.2% los momios de reportar síntomas de ITS con respecto a aquellas que tuvieron un inicio sexual más tardío. Finalmente, realizarse la prueba de Papanicolaou incrementa 47.4% los momios de reportar síntomas de ITS respecto a las que no se la han realizado. Cabe mencionar que el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS es una variable que perdió efecto cuando se controló por la edad (ver los modelos bivariados en el *Cuadro B3* del Anexo B).

En cuanto al análisis del modelo sobre las respuestas ante síntomas de ITS, son las variables sociodemográficas las que presentan poder explicativo; en el caso particular de la situación conyugal, es una variable que gana efecto cuando se controla por las otras: las mujeres que se encuentran en unión libre son 61.5% más propensas a responder ante síntomas de ITS con respecto a las mujeres casadas. A medida que incrementa la edad, los momios de responder ante síntomas de ITS disminuyen 3.2%, y las mujeres que pertenecen al estrato medio y alto triplican su riesgo de responder ante síntomas de ITS (RM 3.18).

Es interesante identificar que la unión libre incrementa la propensión a responder ante síntomas de ITS cuando sus principales características sociodemográficas, de trayectoria sexual y de prácticas relacionadas con ITS, así como lo planteado anteriormente sobre las relaciones conyugales apuntaban a menores posibilidades de responder ante síntomas en al menos una de las siguientes estrategias: buscar ayuda de algún personal de salud, comentar con la pareja el síntoma que tuvo, dejar de tener relaciones sexuales con su pareja y utilizar condón si tuvieron relaciones sexuales. Para explorar la presencia de algún efecto selectivo, se realizó un modelo logístico multivariado considerando una variable conjunta entre la situación conyugal y el nivel educativo;⁵³ los resultados se encuentran en el *Cuadro 16*.⁵⁴

Con las estimaciones se puede comprobar que efectivamente las mujeres en unión libre con nivel media superior y superior que reportan síntomas son más propensas a responder en al menos una de las estrategias con respecto a las mujeres casadas de esos mismos niveles educativos. A pesar

⁵³ El nivel educativo se construyó como variable binaria: 0= Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica; 1= Media superior y superior.

⁵⁴ El modelo completo en el que se controla por otras variables se puede consultar en el *Cuadro B5* en el Anexo B; en el texto se muestra el modelo más parsimonioso.

de que estos resultados nos permiten identificar un efecto selectivo, se deben interpretar con cautela debido a que las frecuencias en las categorías son pequeñas⁵⁵ y los intervalos de las categorías estadísticamente significativas son amplios (Unión libre-Media superior y superior IC 90%= 1.478-11.687; Exunida-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica IC 90%= 1.148-9.739).

Cuadro 16. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996
Situación conyugal y nivel educativo (Casada-Media superior y superior)	
Casada-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	0.905
Unión libre-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	1.365
Unión libre-Media superior y superior	4.156 **
Exunida-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	3.344 *
Exunida-Media superior y superior	0.294
Edad	0.968 **
Estrato socioeconómico (Muy bajo)	
Bajo	0.967
Medio y alto	3.157 ***
F (8, 709)	
Prob > F	
	3.2
	0.001

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizaron el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

8.2.1 Discusión y consideraciones generales

La situación conyugal no presentó efectos sobre el reporte de síntomas de ITS, pero sí lo hizo para las respuestas ante los mismos; en este caso, sólo la unión libre presentó una asociación

⁵⁵ Ver Cuadro B6 en el Anexo B

estadísticamente significativa. Para poder explicar este resultado se planteó la hipótesis de que las mujeres que están respondiendo ante síntomas son mujeres con niveles educativos altos y con características ideológicas que podrían inclinarse a la unión libre “moderna”: a favor del secularismo, de nuevos arreglos familiares y de relaciones de género igualitarias (Esteve, Lesthaeghe, y López-Gay, 2012). Es posible entonces que la unión libre que comienza a incrementarse en las mujeres de mayores niveles educativos (Pérez y Esteve, 2012) se encuentre acompañada de autonomía individual y tolerancia general (Esteve et al., 2012).

Al incorporar la variable conjunta de situación conyugal y nivel educativo, los resultados mostraron que, efectivamente, son las mujeres en unión libre con los niveles más altos las que presentan una mayor propensión a responder ante síntomas de ITS. Estos hallazgos contribuyen a la discusión sobre la presencia de una unión libre de tipo moderna en el país que puede ser compatible con las características que se presentan en otros países desarrollados. La falta de efecto en las mujeres exunidas podría estar relacionado con las estrategias que se consideran en la encuesta; es decir, es posible que estas mujeres estén respondiendo de otras formas que no se captan, como podía ser la automedicación o comentar con una amiga o conocida. Dicho en otras palabras, las respuestas que se consideran en la encuesta podrían estar restringiendo el análisis de las mujeres exunidas, incluso de aquellas que no tienen pareja.

Considerando las variables de control que también contribuyen a la comprensión del fenómeno, se encontró evidencia sobre la asociación entre el reporte de síntomas de ITS y la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS; la presencia de este efecto refuerza la necesidad de acercar a las mujeres a los servicios de salud sexual. En el caso de las respuestas ante síntomas de ITS, no se encontró influencia de la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Los modelos también estiman que en las mujeres de mayor edad hay menos reporte de síntomas y respuestas. Estos resultados evidencian la necesidad de dirigir intervenciones en materia de salud sexual a mujeres adultas, ya que como apunta Pedraza (2008) estas mujeres han sido foco de atención en las investigaciones sobre comportamientos reproductivos, pero poco conocemos sobre sus comportamientos sexuales. Las nociones que permean tanto a las personas como al personal de salud sobre la lejanía de las mujeres adultas a las ITS pueden funcionar como impedimento a la atención de su salud sexual y pueden generar una sensación de inmunidad subjetiva en las mujeres de mayor edad. Para Lichtenstein (2012), la falta de atención a las mujeres de mayor edad refleja

la ansiedad social sobre la sexualidad de las mujeres; especialmente entre aquellas que han sido construidas como cuidadoras y asexuales.

Las mujeres alguna vez unidas hablantes de lengua indígena tienen una menor propensión a reportar al menos un síntoma de ITS. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que encuentran que el menor reporte se relaciona con la falta de conocimiento sobre ITS, VIH y medidas de prevención que prevalece en esta población; particularmente, en el caso de las mujeres (Ponce et al., 2017; Puig y Montalvo, 2011). Esta falta de conocimiento propicia que se desconozcan o se confundan los síntomas de ITS con efectos secundarios de anticonceptivos o con otras infecciones (Puig y Montalvo, 2011). Adicionalmente, las mujeres son estigmatizadas y señaladas como las principales portadoras y transmisoras de las ITS en las comunidades (Ponce et al., 2017; Puig y Montalvo, 2011), lo que propicia su distancia con los servicios de salud sexual y reproductiva.

Pertenecer a los estratos medios y altos no tiene efectos sobre el reporte de síntomas de ITS, pero sí incrementa la posibilidad de responder ante tales síntomas. Otros estudios han encontrado que las mujeres de estratos altos presentan una actitud positiva hacia el uso del condón, una autoestima alta, seguridad social, altos niveles educativos e ingresos económicos (Collazos et al., 2005); es decir, pertenecer a un estrato medio y alto constituye un efecto protector ante las ITS (Bajaj et al., 2016). Estos resultados sugieren que los estratos altos posibilitan el acceso a información y recursos económicos que permiten actuar ante la presencia de algún síntoma asociado a las ITS.

En cuanto a los elementos de la trayectoria sexual, se identifica que el inicio temprano es una variable importante para comprender el reporte de síntomas de ITS; en el caso de las respuestas, esta variable no tuvo influencia. Los resultados muestran que iniciar la trayectoria sexual antes de los 16 años incrementa la propensión a reportar síntomas de ITS; esta asociación es consistente con investigaciones previas que encuentran que las mujeres que inician su vida sexual a edades tempranas incrementan su riesgo de adquirir alguna ITS, incluido VIH (Andersson-Ellström et al., 1996; O'Donnell et al., 2001). Esta asociación responde, en gran parte, a que las mujeres no acompañan el inicio de su trayectoria con el uso del preservativo y esta práctica continúa en relaciones subsecuentes (O'Donnell et al., 2001); adicionalmente se considera que esta situación conduce a una mayor exposición al riesgo de ITS debido a su correlación con un mayor número de parejas (Andersson-Ellström et al., 1996; Mesenburg et al., 2014), pero también a las

características biológicas de un cérvix inmaduro vulnerable a las ITS (Andersson-Ellström et al., 1996; Nantua et al., 2007).

La actividad sexual y el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS son variables que no presentaron efectos sobre el reporte de síntomas y las respuestas. Cabe recordar que esta última variable perdió influencia cuando se controló por la edad. Finalmente, se identifica que realizarse la prueba de Papanicolaou incrementa la propensión a reportar síntomas de ITS. Los resultados sugieren que el tener contacto con los servicios de salud sexual posibilita la prevención, detección y acceso a información para estar alerta sobre los posibles síntomas de ITS. Entre las barreras que se han identificado para la realización de la prueba de Papanicolaou se encuentran la falta de conocimiento, el tiempo de espera para acceder a los servicios de salud, la falta de preocupación, el miedo, la vergüenza y la incomodidad (Urrutia, 2012; Urrutia et al, 2008); por su parte, entre los factores que posibilitan la realización de la prueba se encuentran tener la indicación directa del doctor, el cuidado de la salud (Urrutia, 2012), el conocimiento sobre la utilidad de la prueba, algún antecedente de síntomas ginecológicos, antecedente de uso de anticonceptivos y la aceptación de la pareja para la exploración (Aguilar-Pérez, Leyva-López, Angulo-Nájera, Salinas, y Lazcano-Ponce, 2003).

En general, estos resultados muestran que, a excepción de la edad, los factores que influyen en el reporte de síntomas de ITS son distintos a los que presentan algún efecto en las respuestas. El primer caso se ve explicado mayoritariamente por factores que se relacionan con la percepción, el conocimiento, la exposición al riesgo y el contacto con servicios de salud. Por su parte, las respuestas ante síntomas de ITS se explican mayoritariamente por factores que se relacionan con acceso a capital social y económico.

9 PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y REPORTE DE SÍNTOMAS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN MASCULINA ALGUNA VEZ UNIDA

En esta sección se presentan los resultados sobre la percepción del riesgo y el reporte de síntomas de ITS en población masculina alguna vez unida. Para el análisis de la percepción del riesgo de ITS se consideraron dos variables: percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS; en el caso del reporte de síntomas de ITS, cabe recordar que los que se están considerando al menos uno de los siguientes síntomas: inflamación, comezón o ardor en los genitales; úlceras o granitos en el área de los genitales; dolor al orinar o al tener relaciones sexuales, y escurrimiento o salida de líquido anormal del pene. En el caso de los hombres, no se cuenta con las observaciones suficientes para analizar respuestas ante tales síntomas.

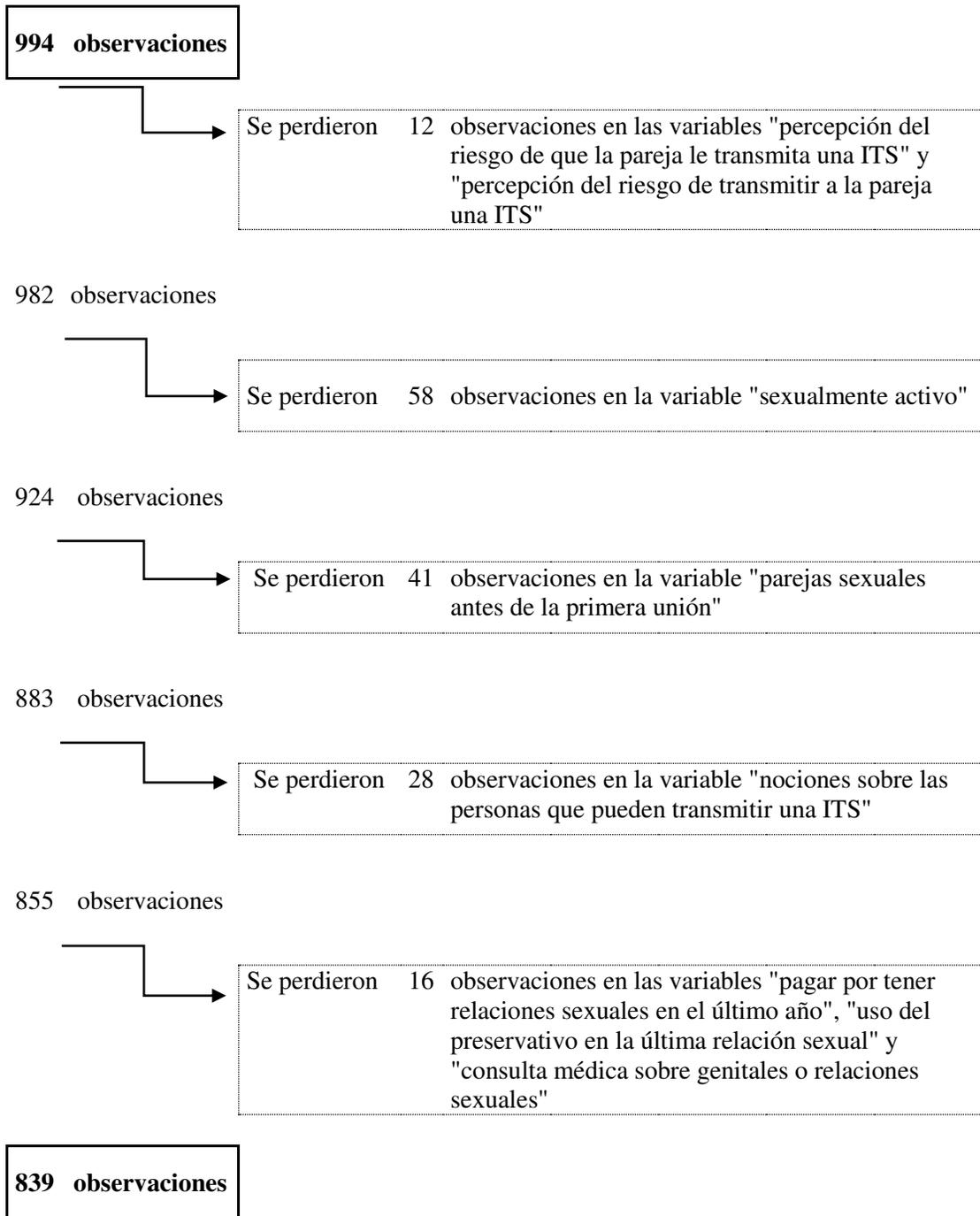
La *Ilustración 7* indica el tamaño de la muestra final con la que se trabajó en los modelos para la población masculina: se inicia con 994 observaciones que corresponden a los cuestionarios completos y la muestra final queda de 839 observaciones; las pérdidas se deben principalmente a que los entrevistados contestan que no saben, no recuerdan o a que no respondieron. Esta pérdida de observaciones incorpora un ligero sesgo en la variable nivel educativo y tamaño de localidad, ya que el porcentaje de hombres alguna vez unidos con primaria incompleta o menos, así como aquellos que residen en localidades rurales se reduce en tres y cuatro puntos porcentuales respectivamente (ver *Cuadro C1* en el Anexo C).

9.1 PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación, se analizarán los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y en la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS; se busca identificar, entre esos factores, la importancia de la situación conyugal. Primero se presentarán los resultados del análisis descriptivo, posteriormente del análisis multivariado y finalmente la discusión de los resultados.

Ilustración 7. Muestra inicial y muestra final de población masculina

Muestra inicial:



Muestra final:

839 observaciones

Entre los hombres alguna vez unidos, 13.4% perciben el riesgo de que su pareja le transmita una ITS y 18.7% perciben el riesgo de transmitir a la pareja una ITS. El *Cuadro 17* presenta la distribución porcentual de las variables independientes en relación con la percepción del riesgo de ITS; la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS es preponderantemente mayor entre los que perciben el riesgo de transmitir a la pareja una ITS (56.0%) que entre aquellos que no lo perciben (3.7%); de manera similar, la percepción del riesgo de transmitir es considerablemente mayor entre aquellos que perciben el riesgo de que la pareja le transmita una ITS, pero en este caso la magnitud de los porcentajes son mayores (77.8 y 9.5% respectivamente). Estos porcentajes reflejan una importante asociación positiva entre los dos tipos de percepciones.

La percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS es independiente del reporte de síntomas ($p < 0.624$). Por su parte, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS es mayor entre quienes reportan al menos un síntoma (25.3%) que entre aquellos que no reportan síntomas (18.2%). Respecto a la variable de interés (situación conyugal), la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS es mayor en los hombres exunidos (23.4%); la diferencia entre los unidos es de 4.3 puntos porcentuales con una mayor presencia de los que se encuentran en unión libre (12.0% los casados y 16.3% los de unión libre). Por su parte, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS es mayor en los hombres en unión libre (29.4%) que en los casados (17.0%), y el porcentaje más bajo lo presentan los hombres exunidos (8.0%).

En el resto de las variables sociodemográficas, la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS va disminuyendo a medida que incrementa el nivel educativo; la diferencia entre quienes tienen primaria incompleta o menos (19.5%) y los que tienen media superior y superior (9.9%) es de 9.6 puntos porcentuales. Cuando la relación es con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, se observa una tendencia similar a la mencionada anteriormente; sin embargo, en este caso los porcentajes son mayores: la percepción del riesgo de transmitir ITS es prácticamente igual entre quienes tienen primaria incompleta o menos y primaria completa (24.1 y 24.2% respectivamente); la diferencia entre estos con los que tienen media superior y superior (14.4%) es de 9.8 puntos porcentuales. Cuando se considera el tamaño de localidad y la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, no se identifican diferencias estadísticas ($p < 0.238$); sin embargo, sí las hay con el otro tipo de percepción: la percepción del riesgo de transmitir a la pareja

una ITS es mayor entre aquellos que residen en localidades rurales (27.3%) en comparación con los que lo hacen en áreas urbanas (16.2%).

En el caso de las variables que involucran elementos de la trayectoria sexual, la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS es mayor entre aquellos hombres alguna vez unidos que no son sexualmente activos (20.4%) en comparación con aquellos que tuvieron actividad sexual (12.5%); por su parte, en el otro tipo de percepción no se encuentran diferencias estadísticas ($p < 0.309$). Por otro lado, la percepción del riesgo de ITS es considerablemente mayor entre quienes tuvieron 5 parejas sexuales o más antes de la primera unión (23.3% para el riesgo de que la pareja le transmita una ITS y 30.1% para el riesgo de transmitir a la pareja una ITS) en comparación con los que reportaron menos de esa cantidad. Quienes pagaron por tener relaciones sexuales en el último año presentan una mayor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y de transmitir a la pareja una ITS (37.6 y 35.7% respectivamente) en comparación con aquellos que declaran no hacerlo (12.8 y 18.2% respectivamente).

En cuanto a las variables que involucran nociones y prácticas relacionadas con las ITS, los hombres alguna vez unidos que consideran que cualquier persona puede transmitir una ITS presentan una mayor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (17.9%) en comparación con aquellos que consideran que son personas con características específicas (12.2%). Para los hombres alguna vez unidos que presentan el otro tipo de percepción se identifica la misma tendencia, pero en este caso las diferencias porcentuales son mayores: 24.5% considera que cualquier persona puede transmitir una ITS y 17.1% considera que son personas con características específicas.

La percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS se duplica entre aquellos que utilizaron el preservativo en la última relación sexual (26.6%) con respecto a aquellos que no lo hicieron (12.5%), y la percepción del riesgo de transmitir ITS también es mayor entre aquellos que utilizaron el preservativo (28.2 y 18.0% respectivamente). Finalmente, no se encuentran diferencias estadísticas cuando se considera la relación entre consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales y ambos tipos de percepciones del riesgo de ITS ($p < 0.914$ y $p < 0.473$).

Cuadro 17. Distribución porcentual de las variables independientes según percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes		Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS			Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS		
		No	Sí	P < χ^2	No	Sí	P < χ^2
Observaciones= 839		723	116		675	164	
Tipo de percepción y reporte de síntomas							
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	No	-	-	-	90.5	9.5	0.000
	Sí	-	-		22.2	77.8	
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	No	96.3	3.7	0.000	-	-	-
	Sí	44.0	56.0		-	-	
Reporte de síntomas de ITS	Ningún síntoma	86.7	13.3	0.624	81.8	18.2	0.094
	Al menos un síntoma	84.9	15.1		74.7	25.3	
Factores sociodemográficos							
Situación conyugal	Casado	88.0	12.0	0.008	83.0	17.0	0.000
	Unión libre	83.7	16.3		70.6	29.4	
	Exunido	76.6	23.4		92.0	8.0	
Nivel educativo	Primaria incompleta o menos	80.5	19.5	0.004	75.9	24.1	0.001
	Primaria completa	84.7	15.3		75.8	24.2	
	Media básica	88.1	11.9		84.1	15.9	
	Media superior y superior	90.1	9.9		85.6	14.4	
Tamaño de localidad	Urbana	87.2	12.8	0.238	83.8	16.2	0.000
	Rural	84.4	15.6		72.7	27.3	
Elementos de la trayectoria sexual							
Sexualmente activo	No	79.6	20.4	0.007	84.4	15.6	0.309
	Sí	87.5	12.5		80.9	19.1	
Parejas sexuales antes de la primera unión	Ninguna otra	88.7	11.3	0.000	86.2	13.8	0.000
	Entre 1 y 2	87.7	12.3		80.5	19.5	
	Entre 3 y 4	89.4	10.6		84.7	15.3	
	5 y más	76.7	23.3		69.9	30.1	
Pagar por relaciones sexuales en el último año	No	87.2	12.8	0.000	81.8	18.2	0.009
	Sí	62.4	37.6		64.3	35.7	

(Continuación)

Nociones y prácticas relacionadas con ITS							
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS	Cualquier persona	82.1	17.9	0.015	75.5	24.5	0.006
	Otras ¹	87.8	12.2		82.9	17.1	
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	No	87.5	12.5	0.000	82.1	17.9	0.018
	Sí	73.4	26.6		71.8	28.2	
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales	No	86.5	13.5	0.914	81.8	18.2	0.473
	Sí	86.8	13.2		79.9	20.1	

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta

¹Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, la gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Para identificar la influencia de las variables explicativas sobre la percepción del riesgo de ITS, a continuación se analizarán dos modelos de regresión logística binomial multivariada (*Cuadro 18*): el primero tiene como variable dependiente la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y el segundo tiene como variable dependiente la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS. En un primer momento se realizaron los modelos controlando por todas las variables, incluyendo los tipos de percepción (ver *Cuadro C3* en el Anexo C); en esos modelos fue posible identificar que la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS se encuentra mayormente explicada por la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS y viceversa. Esta situación provocaba que gran parte de las otras variables perdieran efecto, por lo que se decidió ejecutar otros modelos sin las variables de percepción del riesgo de ITS. El modelo completo se puede observar en el *Cuadro C4* del Anexo C; sin embargo, para fines de explicar los modelos más parsimoniosos, se decidió ejecutar las regresiones con las variables estadísticamente significativas incluyendo la situación conyugal.

Las estimaciones del primer modelo (*Cuadro 18*) muestran que, tal como se adelantaba en el análisis descriptivo, la situación conyugal no es una variable que permita explicar la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS a pesar de que en el análisis logístico bivariado (ver *Cuadro C2* del Anexo C) los hombres exunidos fueron dos veces más propensos a percibir el riesgo de ITS; es decir, esta categoría pierde su efecto cuando se controla por otras variables. En cuanto

al nivel educativo, los momios de percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS son 59.9 y 66.5% menores en los niveles media básica y media superior y superior con respecto a la primaria incompleta o menos.

Considerando las variables que conciernen a los elementos de la trayectoria sexual, aquellos que tuvieron cinco o más parejas sexuales antes de la primera unión duplican (RM 2.3) la propensión de percibir el riesgo de que la pareja les transmita una ITS con respecto a los que no tuvieron otra pareja, y los que pagaron por tener relaciones sexuales en el último año son 3.4 veces más propensos a percibir el riesgo de ITS en comparación con aquellos que declaran no haberlo hecho.

En cuanto a las nociones y prácticas relacionadas con las ITS, creer que personas con características particulares transmiten ITS reduce 46.9% la propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Cabe mencionar que ésta es una variable que no presentaba diferencias estadísticas en el análisis descriptivo; sin embargo, al controlar por otras variables, gana poder explicativo. Finalmente, usar el preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS incrementa 2.4 los momios a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS respecto a aquellos que no lo hicieron. En este modelo, tal como se adelantaba en el análisis descriptivo, el reporte de síntomas de ITS, el tamaño de localidad y la condición de actividad sexual no son factores que permitan explicar la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS.

El segundo modelo (*Cuadro 18*), a diferencia del primero, estima asociaciones estadísticamente significativas en la situación conyugal: mientras que estar en unión libre incrementa 1.8 veces la propensión a percibir el riesgo de transmitir a la pareja una ITS con respecto a los casados, los que se encuentran exunidos presentan un menor riesgo (RM 0.233). En cuanto al nivel educativo, aquellos con nivel media superior y superior presentan 45.3% menor propensión a percibir el riesgo de transmitir a la pareja una ITS con respecto a los que tienen primaria incompleta o menos.⁵⁶ En este caso, pertenecer a una localidad rural duplica la propensión de percibir el riesgo de transmitir ITS (RM 2.1).

⁵⁶ Cabe mencionar que la variable nivel educativo y tamaño de localidad se encuentran medianamente correlacionados (ver *Cuadro A6*); dicha correlación provoca que la variable nivel educativo pierda efecto y que la categoría media básica no logre la significancia estadística.

Cuadro 18. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes	Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS
	n=839	n=839
Situación conyugal (Casado)		
Unión libre	1.224	1.788 **
Exunido	1.475	0.233 **
Nivel educativo (Primaria incompleta o menos)		
Primaria completa	0.699	1.087
Media básica	0.401 **	0.597
Media superior y superior	0.335 ***	0.547 *
Tamaño de localidad (Urbana)		
Rural		2.084 ***
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)		
Entre 1 y 2	0.943	1.569
Entre 3 y 4	0.850	1.203
5 y más	2.337 **	3.126 ***
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)		
Sí	3.361 **	3.382 *
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS (Cualquier persona)		
Otras ¹	0.531 *	0.519 **
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS (No)		
Sí	2.427 **	2.323 **
Wald χ^2	(11) = 38.22	(12) = 50.30
Prob > χ^2	0.000	0.000
Pseudo R ²	0.069	0.088

¹Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Respecto a las variables de la trayectoria sexual, se estima que tener 5 o más parejas sexuales antes de la primera unión y pagar por tener relaciones sexuales en el último año triplican los momios de percibir el riesgo de transmitir a la pareja una ITS (RM 3.1 y 3.4 respectivamente). Los factores que forman parte de las nociones y prácticas relacionadas con las ITS se comportan de manera similar que en el modelo anterior; en este caso se estima que creer que personas con características particulares pueden transmitir ITS reduce 48.1% los momios a percibir el riesgo de transmitir a la pareja una ITS respecto a creer que cualquier persona puede transmitir. Por su parte, usar el preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS incrementa 2.3 veces los momios de percibir el riesgo de transmitir ITS con respecto a aquellos que no lo hicieron.

En el segundo modelo, la presencia de síntomas de ITS y la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales son variables que, pese a que presentan diferencias estadísticas en el análisis descriptivo, no tienen peso explicativo en la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS cuando se controlan por otras variables; en el caso de la actividad sexual, tal como se adelantaba en el análisis descriptivo, no presenta asociación en el modelo.

9.1.1 Discusión y consideraciones generales

Con los resultados presentados en los modelos logísticos multivariados sobre percepción del riesgo de ITS en población masculina alguna vez unida se encontró evidencia de que la situación conyugal tiene efectos sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, pero no tiene poder explicativo sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS. Estos resultados conducen a problematizar la forma en la que los hombres alguna vez unidos definen de manera diferenciada a la pareja. En México se ha discutido ampliamente esta delimitación y la forma en que impacta de manera importante en la percepción del riesgo de ITS (ver *Capítulo 5*): de la pareja formal no se perciben riesgos debido a que se asume fidelidad y salud; de las mujeres conocidas también se percibe seguridad y el uso del condón puede darse de manera intermitente, y de las parejas casuales se perciben riesgos de ITS, se usa preservativo y se asume promiscuidad.

La falta de poder explicativo que tiene la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS se relaciona con lo antes planteado, ya que es posible que los hombres casados y en unión libre hayan contestado la pregunta sobre percepción del riesgo de ITS considerando a la pareja formal; en ese sentido, estos resultados confirman que los hombres unidos no perciben el riesgo de su pareja principal. El caso de los exunidos es distinto, pues en el análisis

bivariado presentaban mayor propensión que los casados a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS; sin embargo, pierde efecto cuando se controla por los elementos de la trayectoria sexual y por las nociones y prácticas relacionadas con las ITS. Estos resultados sugieren que los hombres exunidos están manteniendo relaciones casuales, pero son otros factores los que permiten explicar su percepción del riesgo de ITS.

Respecto a la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, la situación conyugal sí es una variable que tiene efectos diferenciados: los de unión libre son más propensos a percibir el riesgo que los casados y los exunidos son menos propensos que los casados. En este caso, también se podría estar considerando una transmisión a la pareja formal, pero la percepción está en función de las propias prácticas sexuales con otras parejas. Estos resultados conducen a plantear que la mayor percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS puede ser reflejo de una presencia de relaciones extramaritales en los hombres en unión libre en comparación con los casados. En México hay poca evidencia al respecto; sin embargo, en otros países se ha documentado ampliamente esta situación (Ver Bajaj et al., 2016; M Bozon, 2001; Forste y Tanfer, 1996; Maxwell y Boyle, 1995; Schwartz et al., 2013; Treas y Giesen, 2000).

La menor percepción del riesgo que presentan los exunidos puede estar respondiendo a una sensación de inmunidad subjetiva en esta población; se descarta la posibilidad de que se deba a una baja actividad sexual o a un uso consistente del preservativo debido a que, como se desarrolló en el capítulo sobre las características de la población alguna vez unida (ver *Capítulo 7*), los exunidos presentan comportamientos de alta exposición al riesgo de ITS. Se ha planteado que el riesgo que cada acto sexual conlleva no siempre es tomado en cuenta debido que se percibe como lejano y propia de grupos específicos (Arias y Rodríguez, 1998; Gayet, 2015). Douglas (1996, p.57) argumenta que los individuos tienden a “minimizar la probabilidad de malos resultados. En apariencia, se subestiman aquellos riesgos que se consideran controlados. Uno cree que puede arreglárselas en situaciones familiares. Y se subestiman también los acontecimientos que se dan rara vez”. Para la autora esta inmunidad subjetiva conduce a considerar que el mundo inmediato es seguro y conduce a minimizar los riesgos reales.

Considerando las variables de control que contribuyen a la explicación de la percepción del riesgo de ITS, se encontró evidencia de que los hombres alguna vez unidos con niveles educativos más altos son menos propensos a percibir tanto el riesgo de que la pareja le transmita una ITS como el

riesgo de transmitir a la pareja una ITS. Estos resultados pueden ser explicados por distintas características que se han identificado en hombres con niveles educativos altos: mayor conocimiento sobre cómo usar el preservativo y dónde conseguirlo (Welti, 2005); mayor posibilidad de adoptar prácticas de autocuidado (Szasz et al., 2008) y mayor uso del condón con parejas no estables (Nieto e Izazola, 1999). Sin embargo, no se debe descartar la posibilidad de que estos resultados reflejen una sensación de inmunidad entre los hombres alguna vez unidos con mayores niveles educativos; Gayet (2015) encuentra que los jóvenes universitarios consideran a las ITS como lejanas y poco graves pese a la evidencia clínica de ITS en esta población.

El lugar de residencia no presenta diferencias para la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, pero sí lo hace para la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS: los hombres alguna vez unidos que residen en localidades rurales presentan mayor propensión que aquellos que lo hacen en localidades urbanas. Estos resultados contribuyen a la explicación sobre la relación entre tamaño de localidad e infecciones de transmisión sexual, y reitera la necesidad de incrementar los esfuerzos preventivos para que la percepción del riesgo de transmitir una ITS se encuentre acompañada del uso del preservativo con su pareja. Investigaciones previas identifican una relación entre la migración hacia Estados Unidos y la presencia de VIH/Sida en las localidades rurales (Magis et al., 2004; Magis, Río, Valdespino, y García, 1995). Se ha encontrado que los migrantes tienen mayor número de parejas, reportan en mayor proporción relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial y presentan un mayor uso de drogas intravenosas que los no migrantes (Magis et al., 2004, 1995); además se plantea que cuando regresan a su comunidad de origen no usan protección con sus parejas (Hernández-Rosete, García, Bernal, Castañeda, y Lemp, 2008).

Los resultados muestran que tener cinco o más parejas sexuales antes de la primera unión incrementa la propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS y de transmitir a la pareja una ITS. Estas asociaciones pueden estar relacionadas con un mayor reconocimiento sobre la exposición al riesgo de ITS y con la presencia de relaciones simultáneas, ya que en países como Estados Unidos se ha encontrado que un mayor número de parejas previas a una relación formal incrementa la probabilidad de tener una pareja secundaria (Forste y Tanfer, 1996; Treas y Giesen, 2000). De acuerdo con Treas y Giesen (2000) a medida que se tiene mayor número de parejas previas se obtiene mayor experiencia para reconocer las oportunidades sexuales y manejar

los encuentros. Sin embargo, esa experiencia no siempre se ve acompañada de una prevención sistemática, ya que en México se ha encontrado que un amplio grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con parejas no estables declaran que es complicado disminuir el número de parejas, evitar la penetración y utilizar el preservativo (Nieto e Izazola, 1999).

Pagar por relaciones sexuales en el último año también es una variable que incrementa la percepción del riesgo de ITS, tanto de contraer como de transmitir; estos resultados sugieren que los hombres alguna vez unidos relacionan a las trabajadoras sexuales con riesgos de ITS. Gayet (2015) ha planteado esta situación como feminización de las ITS, en la que se culpa a las trabajadoras sexuales de la propagación de estas infecciones; para la autora, estas creencias influyen tanto en la percepción como en las medidas de prevención. Este esquema, delimitado por concepciones y estereotipos de género sobre la sexualidad de hombres y mujeres, ha posicionado a los hombres “como víctimas culpables que se infectan de las trabajadoras sexuales, y a su vez, transmiten la infección a sus esposas e hijos, que son considerados víctimas inocentes” (Gayet, 2015).

La noción de que personas con características específicas son las que transmiten una ITS (trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea) se relaciona con una menor percepción al riesgo de ITS, tanto de que la pareja le transmita como de transmitir a la pareja. La presencia de este efecto ejemplifica la forma en la que los prejuicios funcionan como impedimento a la percepción del riesgo de ITS, pues se podría producir una sensación de protección si no se mantienen encuentros sexuales con personas que presentan estas características. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que encuentran que se produce una sensación de confianza cuando la persona con la que se mantiene relaciones sexuales no pertenece a grupos considerados como riesgosos (Gayet, 2015).

Como se predice en los modelos, utilizar el preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS incrementa la propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS y de transmitir a la pareja una ITS. Es posible que este resultado responda a una relación causal inversa; es decir, que se esté utilizando el preservativo porque se percibe el riesgo. Como se ha desarrollado ampliamente, el uso del condón se emplea en relaciones casuales, con una persona desconocida,

con trabajadoras sexuales y con una persona con la que no hay sentimientos de por medio (Arias y Rodríguez, 1998; Chirinos, Bardales, y Segura, 2006; Gayet, 2015; Gayet et al., 2011).

La relación que se hizo sobre el uso del preservativo y la persona con la que se tuvo la última relación sexual (ver *Gráfico 3*) permitió identificar que efectivamente la gran mayoría de los hombres alguna vez unidos que tuvo su última relación sexual con una pareja de tipo “formal” no utilizó el preservativo para prevenir Sida o ITS y poco más de la mitad de los que tuvieron su última relación con una pareja de tipo “informal” utilizaron el preservativo; sin embargo, estos resultados también evidencian que 44.8% de los que mantuvieron relaciones con una conocida, amiga, trabajadora sexual o con alguien con quien no tienen ninguna relación no perciben el riesgo de ITS y los conduce a no implementar prácticas de cuidado.

El reporte de síntomas, la actividad sexual y la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales no son variables que presenten efectos sobre la percepción del riesgo de ITS; estos resultados tienen importantes implicaciones en materia de salud sexual y reproductiva: en primer lugar, la evidencia física de una posible ITS no es un factor que contribuya a la percepción del riesgo de ITS; en segundo lugar, la exposición al riesgo de estas infecciones a través de la actividad sexual no es algo que ponga alerta a los hombres alguna vez unidos sobre posibles riesgos de ITS, y en tercer lugar, los hombres alguna vez unidos no están acudiendo a consulta médica cuando perciben riesgos de ITS. Al respecto, otras investigaciones han encontrado que la actividad sexual en los hombres no es algo que influya en la búsqueda de información sobre los riesgos que dicha actividad conlleva (López, Vera, y Orozco, 2001).

En general, estos resultados contribuyen a la discusión sobre la forma en la que los hombres alguna vez unidos delimitan a sus parejas sexuales como sanas o no, y en función de eso perciben los riesgos de ITS. Además, permiten identificar la presencia de inmunidad subjetiva y de prejuicios que funcionan como impedimento a la percepción del riesgo de ITS y por tanto a un uso consistente del preservativo. Con esto, se reitera la importancia de fomentar el uso del preservativo en los hombres alguna vez unidos como una práctica que refleja autocuidado y cuidado hacia la pareja.

9.2 REPORTE DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación se analizarán los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en el reporte de síntomas de ITS; se busca

identificar, entre esos factores, la importancia de la situación conyugal. Primero se realizará un análisis descriptivo, posteriormente un análisis multivariado y finalmente se presentará la discusión de los resultados.

Entre los hombres alguna vez unidos, 6.9% reporta síntomas de ITS; el *Cuadro 19* muestra la distribución porcentual de las variables independientes según el reporte de síntomas. La percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS no presenta diferencias estadísticamente significativas sobre el reporte de síntomas de ITS ($p < 0.624$). En cuanto al otro tipo de percepción, el reporte es mayor entre los que perciben el riesgo de transmitir a su pareja una ITS (9.4%) en comparación con aquellos que no perciben ese riesgo (6.3%); sin embargo, es posible esperar que esta variable no presente efectos sobre el reporte de síntomas de ITS en el modelo logístico multivariado, ya que las diferencias entre aquellos que perciben el riesgo y los que no lo hacen es de sólo 3.1 puntos porcentuales.

Ninguna de las variables que forman parte de los factores sociodemográficos presentan diferencias estadísticas en la relación con el reporte de síntomas (ver el nivel de significancia en la prueba χ^2). En el caso de las variables que constituyen elementos de la trayectoria sexual, la actividad sexual no presenta diferencias estadísticas ($p < 0.172$), pero sí lo hacen las que conciernen a las parejas antes de la primera unión y a pagar por tener relaciones sexuales en el último año. En el primer caso se identifica que a medida que incrementa el número de parejas también incrementa el reporte de síntomas, con excepción de las últimas dos categorías: mientras que 11.1% de los hombres que tuvieron entre tres y cuatro parejas antes de la primera unión reportan síntomas, 8.7% de los que tuvieron cinco o más parejas lo hacen. Los que pagaron por relaciones sexuales en el último año casi quintuplican el reporte de síntomas asociados a ITS en comparación con aquellos que no lo hicieron (28.5 y 6.3% respectivamente).

Respecto a las nociones y prácticas relacionadas con las ITS, aquellos hombres que consideran que cualquier persona puede transmitir una ITS presentan mayor reporte de síntomas de ITS (9.3%) que aquellos que consideran que son personas con características específicas (6.3%); sin embargo, es posible que estas nociones no tengan poder explicativo en el modelo multivariado, ya que la diferencia es de solo tres puntos porcentuales. En el caso del uso del preservativo y de la consulta médica sí se identifican diferencias importantes: el reporte de síntomas se duplica entre aquellos que han utilizado el preservativo para prevenir Sida o ITS (13.8%) con respecto a aquellos que no

lo hicieron (6.4%) y se cuadruplica entre aquellos que han consultado a un médico sobre genitales o relaciones sexuales (16.5%) con respecto a aquellos que no lo han hecho (4.3%).

El *Cuadro 20* muestra el modelo de regresión logística multivariada sobre el reporte de síntoma de ITS; a diferencia del análisis anterior, con el modelo logístico es posible identificar el efecto de las variables tomando en cuenta la influencia de otras variables. El modelo completo se puede apreciar en el *Cuadro C5* del Anexo C; sin embargo, para fines de explicar el modelo más parsimonioso, se ejecutó nuevamente con las variables estadísticamente significativas, incluyendo la situación conyugal.

Como ya se adelantaba en el análisis descriptivo, la percepción del riesgo de ITS y las características sociodemográficas, incluyendo la situación conyugal, no son factores que permitan explicar el reporte de síntomas de ITS. Entre los elementos de la trayectoria sexual, los que tuvieron entre una y dos parejas sexuales antes de la primera unión son 2.3 veces más propensos a reportar síntomas de ITS con respecto a los que no tuvieron ninguna pareja antes de la primera unión; en el caso de los que tuvieron entre tres y cuatro parejas la propensión se triplica (RM 3.3) y para los que tuvieron cinco y más parejas la propensión es 2.6 veces mayor. Pagar por relaciones sexuales en el último año también incrementa el riesgo de reportar síntomas de ITS.⁵⁷

Entre las prácticas relacionadas con las ITS, la variable que tiene efecto sobre el reporte de síntomas es la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales: los que han hecho la consulta médica son 4.4 veces más propensos con respecto a aquellos que no lo hicieron.⁵⁸ Cabe mencionar que, como se mostraba en el análisis descriptivo, el uso del condón en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS tuvo influencia sobre el reporte de síntomas de ITS en el análisis bivariado (*Cuadro C2* del Anexo C), pero perdió su efecto cuando se controló por el resto de los factores.

⁵⁷ Pese a que hay un efecto estadísticamente significativo en esta variable, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que el intervalo de confianza es muy amplio [1.380-28.279].

⁵⁸ En este caso, los resultados también deben interpretarse con cautela, ya que la magnitud de la razón de momios refleja la presencia de intervalos de confianza amplios.

Cuadro 19. Distribución porcentual de las variables independientes según reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes	Reporte de síntomas de ITS			
	No	Sí	P < χ^2	
Observaciones= 839	774	65		
Tipo de percepción de ITS				
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	No	93.2	6.8	0.624
	Sí	92.2	7.8	
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	No	93.7	6.3	0.094
	Sí	90.6	9.4	
Factores sociodemográficos				
Situación conyugal	Casado	92.7	7.3	0.292
	Unión libre	95.3	4.7	
	Exunido	90.9	9.1	
Nivel educativo	Primaria incompleta o menos	93.3	6.7	0.437
	Primaria completa	94.7	5.3	
	Media básica	93.5	6.5	
	Media superior y superior	91.5	8.5	
Tamaño de localidad	Urbana	93.7	6.3	0.100
	Rural	90.9	9.1	
Elementos de la trayectoria sexual				
Sexualmente activo	No	90.5	9.6	0.172
	Sí	93.4	6.6	
Parejas sexuales antes de la primera unión	Ninguna otra	96.9	3.1	0.001
	Entre 1 y 2	92.6	7.4	
	Entre 3 y 4	88.9	11.1	
	5 y más	91.3	8.7	
Pagar por relaciones sexuales en el último año	No	93.7	6.3	0.000
	Sí	71.5	28.5	
Nociones y prácticas relacionadas con ITS				
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS	Cualquier persona	90.7	9.3	0.090
	Otras ¹	93.7	6.3	
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	Nunca	93.6	6.4	0.009
	Siempre o algunas veces	86.2	13.8	
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales	No	95.7	4.3	0.000
	Sí	83.5	16.5	

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, la gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro 20. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos

Variables independientes	Reporte de síntomas de ITS n=839
Situación conyugal (Casado)	
Unión libre	0.565
Exunido	0.771
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)	
Entre 1 y 2	2.321 *
Entre 3 y 4	3.313 **
5 y más	2.554 *
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)	
Sí	6.248 **
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales (No)	
Sí	4.437 ***
Wald χ^2 (7)	35.41
Prob > χ^2	0.000
Pseudo R2	0.114

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

9.2.1 Discusión y consideraciones generales

Es importante reiterar que gran parte de las ITS son asintomáticas, por lo que es difícil brindar un panorama sobre su prevalencia considerando el reporte de síntomas asociados a ITS; con la ENSAR 2003 es posible identificar que sólo 6.9% de los entrevistados reportan algún síntoma. Considerando la limitación anterior, con los resultados sobre el modelo logístico multivariado se encontró evidencia de que los elementos de la trayectoria sexual, particularmente el número de parejas sexuales antes de la primera unión y pagar por relaciones sexuales en el último año, así como la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales son factores que contribuyen a la explicación del reporte de síntomas asociados a ITS.

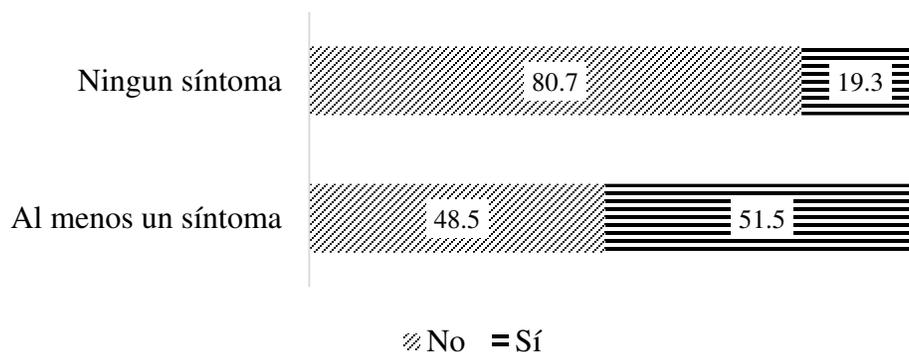
Los resultados sobre el número de parejas sexuales antes de la primera unión sugieren que tener más de una pareja incrementa la propensión de reportar síntomas de ITS, lo que se relaciona con una mayor exposición al riesgo. Estos resultados son consistentes con otras investigaciones que

han encontrado una asociación entre el número de parejas y la exposición al riesgo de adquirir alguna ITS (Díez y Díaz, 2011; Dorantes et al., 2011; Forste y Tanfer, 1996; Mesenburg et al., 2014). También se ha identificado que existe una correlación entre el inicio temprano de la trayectoria sexual y un mayor número de parejas sexuales, mismo que también se relaciona con un mayor riesgo (Andersson-Ellström et al., 1996; Mesenburg et al., 2014; O'Donnell et al., 2001).

El modelo también estima que los hombres alguna vez unidos que pagaron por relaciones sexuales en el último año son más propensos a reportar síntomas de ITS; estos resultados pueden estar relacionados con dos elementos: a) una percepción de mayor exposición al riesgo al tener relaciones con trabajadoras sexuales que coloque a los hombres en un estado de alerta sobre los posibles síntomas o b) a una falta de intervenciones en materia de salud sexual dirigida tanto a las trabajadoras sexuales como a sus clientes. Ambas posibles explicaciones se relacionan con lo ya desarrollado sobre la feminización de las ITS en la que se responsabiliza a las trabajadoras sexuales de la transmisión y difusión de las ITS (Gayet, 2015). De acuerdo con Cáceres (2004), en América Latina no hay experiencias importantes sobre intervenciones orientadas a los clientes de las trabajadoras sexuales, mientras que para estas últimas sí se han realizado intervenciones efectivas. Para el autor, la principal problemática al respecto radica en que gran parte del trabajo sexual es clandestino y dificulta las intervenciones de los agentes de salud pública.

A diferencia de los modelos sobre percepción del riesgo de ITS, la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales es una variable que contribuye a explicar el reporte de síntomas de ITS. Este resultado subraya la necesidad de acercar a los hombres a los servicios de salud sexual, ya que es a través de este contacto que éstos pueden conocer la presencia de alguna ITS y reconocer los posibles síntomas. Sin embargo, es importante reconocer que gran parte de los hombres que reportan síntomas no acuden a consulta médica. El *Gráfico 4* muestra la distribución porcentual de la consulta médica sobre genitales y relaciones sexuales según el reporte de síntomas; es posible identificar que casi la mitad de los que reportan al menos un síntoma de ITS no acuden a consulta médica. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que argumentan que una gran proporción de hombres no busca tratamiento médico y al automedicarse se corre el riesgo de transmitir la infección (Nantua et al., 2007).

Gráfico 4. Distribución porcentual de consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales en población masculina alguna vez unida según reporte de síntomas de ITS



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

La percepción del riesgo de ITS, las variables sociodemográficas, la actividad sexual, las nociones sobre las personas que puedan transmitir una ITS y el uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS no son factores que presenten algún efecto sobre el reporte de síntomas. Es difícil sacar alguna conclusión sobre la falta de poder explicativo de estas variables debido a la condición asintomática de muchas ITS; sin embargo, sorprende el hecho de que la percepción del riesgo de ITS de los hombres alguna vez unidos no se relacione con el reporte de síntomas de ITS, ya que esto puede estar sugiriendo que la percepción no pone a los hombres alguna vez unidos en estado de alerta sobre posibles manifestaciones físicas en su cuerpo. De manera general, con estos resultados se reitera la importancia de diseñar medidas de prevención y atención a los hombres alguna vez unidos; particularmente, resulta fundamental acercar a los hombres a los servicios de salud sexual para hacer diagnósticos oportunos y que sus comportamientos sexuales se acompañen de prácticas de cuidado propio y hacia la pareja.

10 CONCLUSIONES

Este trabajo permitió un análisis sobre la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas y respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida desde una perspectiva de género; se enfatizó en el papel de la situación conyugal argumentando que, dentro de cada una de éstas, mujeres y hombres experimentan situaciones particulares de riesgo de infecciones de transmisión sexual en las que intervienen construcciones de género que impiden la percepción del riesgo y la prevención sistemática. El objetivo central que guio esta investigación fue analizar los factores sociodemográficos, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y las prácticas relacionadas con las ITS que intervienen en la percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual, en el reporte de síntomas y en las respuestas ante estos en mujeres y hombres alguna vez unidos. Se buscó identificar, entre esos factores, la importancia de la situación conyugal; para ello se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada en México en 2003.

Se partió de un marco normativo sobre salud sexual y reproductiva donde se hizo mención de los tratados internacionales y regionales a los que está adscrito México, así como del marco jurídico presente en el país en los que se evidencia diversos compromisos para hacer frente a las infecciones de transmisión sexual; se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la salud sexual y reproductiva son fundamentales para el goce de otros derechos y para el bienestar de la población. La propuesta teórica estuvo compuesta por tres ejes que articularon la relación entre ITS y situación conyugal: 1) la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual en México; 2) la nupcialidad de hombres y mujeres en México, y 3) los marcos culturales y normas de género en torno a las prácticas sexuales de hombres y mujeres.

De manera general, los resultados mostraron que las mujeres en unión libre y las mujeres exunidas perciben en mayor medida riesgos de ITS; particularmente, las mujeres en unión libre presentan contextos de alta vulnerabilidad social y escenarios de alta exposición al riesgo que no siempre se ven acompañados de medidas preventivas y acceso a servicios de salud sexual. La situación conyugal no presenta efectos diferenciados sobre el reporte de síntomas de ITS, pero sí lo hace para las respuestas ante tales síntomas; en este caso, se identifica un efecto selectivo de las mujeres en unión libre con mayores niveles educativos que están respondiendo en mayor medida que las mujeres casadas con ese mismo nivel. Es decir, la unión libre presenta escenarios divergentes

donde, por una parte, existe una alta percepción del riesgo de ITS acompañados de contextos de vulnerabilidad social y, por otro, un grupo selecto de mujeres con características particulares parecen estar implementando mecanismos de respuesta ante la presencia de síntomas asociados a ITS.

En el caso de los hombres se identificó que la situación conyugal no presenta efectos diferenciados sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, pero sí lo hace sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS: los hombres en unión libre tienen mayor percepción del riesgo que los casados, misma situación conyugal que se ve acompañada de contextos de alta vulnerabilidad social y alta exposición al riesgo de ITS. Por su parte, los hombres exunidos presentan una menor percepción al riesgo que podría ser reflejo de una sensación de inmunidad subjetiva, ya que sus prácticas también reflejan contextos de exposición al riesgo de ITS.

La primera pregunta que se planteó en la investigación fue sobre la magnitud de la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas entre la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal. Los resultados permitieron identificar que el nivel de percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS de las mujeres alguna vez unidas duplicó el que presentaron los hombres, y el reporte de síntomas de ITS de las mujeres fue cuatro veces mayor a lo que reportaron los hombres. Estos resultados fueron consistentes con la hipótesis planteada sobre las diferencias entre los sexos; sin embargo, para el caso del reporte de síntomas es fundamental tener presente que la mayoría de las ITS son asintomáticas por lo que el reporte no evidencia en estricto sentido la prevalencia. La percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS y las respuestas ante síntomas no fueron posibles de comparar entre los sexos.

En cuanto a los resultados sobre las diferencias por situación conyugal se identificó lo siguiente:

1. Se esperaba que mujeres y hombres exunidos tuvieran mayor percepción del riesgo de ITS y reporte de síntomas que la población unida; esto ocurrió para el caso de la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS en ambos sexos, pero no sucedió así con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS en el caso de los hombres. Los resultados sobre el reporte de síntomas fueron en el sentido contrario a la hipótesis, ya que

las mujeres exunidas presentaron los niveles más bajos de reporte y en el caso de los hombres no se encontraron diferencias por situación conyugal.

2. Se esperaba que mujeres y hombres exunidos tuvieran los niveles más bajos de respuestas ante síntomas de ITS; en el caso de los hombres no fue posible corroborar esto debido a las limitaciones en el número de observaciones, pero para las mujeres los resultados fueron consistentes con la hipótesis.
3. Se esperaba que, entre las mujeres unidas, las casadas tuvieran los niveles más bajos de percepción del riesgo de ITS y de reporte de síntomas; en este caso los resultados fueron consistentes con la hipótesis planteada.
4. Se esperaba que las mujeres casadas tuvieran mayor nivel de respuesta; sin embargo, los resultados mostraron que fueron las mujeres en unión libre las que presentaron el mayor nivel.
5. Se esperaba que entre los hombres unidos no hubiera diferencias; lo cual ocurrió en el caso del reporte de síntomas, pero no fue así para la percepción del riesgo de ITS: los que se encuentran en unión libre presentaron mayor percepción tanto del riesgo de que la pareja le transmita una ITS como de transmitir a la pareja una infección de este tipo.

La segunda pregunta se dirigía a conocer las características sociodemográficas, los elementos de la trayectoria sexual, las nociones y prácticas relacionadas con las ITS de la población alguna vez unida, según sexo y situación conyugal. La caracterización de mujeres y hombres por situación conyugal permitió identificar distintos contextos sociales y escenarios de riesgo de ITS:

1. Las mujeres casadas tuvieron una distribución por edad equilibrada, presentaron contextos sociales equilibrados y escenarios de baja exposición al riesgo de ITS; las mujeres en unión libre fueron mayoritariamente jóvenes, presentaron un contexto de alta vulnerabilidad social y alta exposición al riesgo de ITS, y las mujeres exunidas fueron de mayor edad, mostraron contextos de menor vulnerabilidad social y una exposición intermedia al riesgo de ITS.
2. Los hombres casados fueron mayoritariamente de mayor edad, presentaron contextos de baja vulnerabilidad social y escenarios de baja exposición al riesgo de ITS; los de unión libre fueron mayoritariamente jóvenes, con un contexto de alta vulnerabilidad social y alta exposición al riesgo de ITS respecto a los casados, y los hombres exunidos mostraron una

distribución por edad equilibrada, contextos sociales equilibrados y escenarios de alta exposición al riesgo de ITS.

Ante esta clara diferenciación por situación conyugal y diversos escenarios de riesgo de ITS a los que se enfrentan mujeres y hombres alguna vez unidos, se buscó identificar los factores asociados a la percepción del riesgo de ITS, al reporte de síntomas y a las respuestas ante estos síntomas. Los resultados se dividieron por sexo debido a que las características de la base de datos y del cuestionario no permitían una comparación entre mujeres y hombres. A continuación se presentan los resultados principales para la población femenina y para la población masculina en función de las preguntas y las hipótesis específicas que se plantearon.

10.1 POBLACIÓN FEMENINA ALGUNA VEZ UNIDA

Se analizaron tres modelos logísticos para la población femenina alguna vez unida: uno sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, otro sobre el reporte de síntomas asociados a ITS y un tercero sobre las respuestas ante tales síntomas. A continuación se presentan los principales resultados en contraste con las hipótesis formuladas para cada modelo y se plantean algunas preguntas para futuras investigaciones.

10.1.1 Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS

En un primer momento se buscó analizar el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con las ITS. Se tenía como hipótesis que *la población exunida es más propensa a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS que la población unida; entre la población unida, aquella que se encuentra en unión libre presenta mayor percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS que la población casada*. Los resultados fueron consistentes con dicha hipótesis, ya que se encontró que las mujeres en unión libre y las exunidas presentaron una mayor percepción al riesgo de ITS que las casadas; la magnitud fue mayor en éstas últimas. Estos resultados sugieren la presencia de conflictos en relaciones de pareja de las mujeres que se encuentran en unión libre, así como de relaciones extramaritales en este tipo de situación conyugal; escenarios que pueden tener impactos sobre la percepción del riesgo de ITS. Estas posibles explicaciones sientan los cimientos para el planteamiento de preguntas en futuras investigaciones: ¿cómo son las relaciones de pareja en cada

situación conyugal?, ¿cuáles son las características de la pareja de las mujeres casadas, en unión libre y exunidas?, ¿cuáles son los factores asociados a las relaciones extramaritales?

Respecto a las variables sociodemográficas, se había planteado como hipótesis que *aquellas características que implican mayor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian negativamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS*. La hipótesis se comprueba parcialmente con los resultados obtenidos en el estrato socioeconómico, ya que pertenecer al estrato medio y alto implicó una menor percepción; sin embargo, se encuentra que la edad no presenta una relación lineal con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y ser hablante de lengua indígena implicó una menor percepción. Es posible concluir que la carencia de información sobre ITS funciona como un impedimento a la percepción de riesgos sexuales y que los factores sociodemográficos, no solo posibilitan o limitan el acceso a información y servicios de salud sexual, sino que también pueden estar relacionados con una sensación de inmunidad subjetiva respecto a las ITS.

En cuanto a los elementos de la trayectoria sexual, la hipótesis consideraba que *aquellos que implican una mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS*. Los resultados comprobaron parcialmente la hipótesis, ya que un inicio temprano se asoció con la percepción al riesgo de que la pareja le transmita una ITS; sin embargo, no sucedió así con la condición de actividad sexual, pues aquellas sexualmente activas presentaron una menor percepción. Con estos resultados se puede concluir que el inicio temprano se acompaña de otras prácticas sexuales que se relacionan con la percepción, y la abstinencia podría fungir como una forma de respuesta ante la misma. Finalmente, en lo concerniente a las prácticas relacionadas con las ITS, se planteaba como hipótesis que *estas prácticas se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS*. Los resultados comprueban que, efectivamente, el uso del preservativo para prevenir Sida o ITS y realizarse la prueba de Papanicolaou se asociaron con una mayor percepción al riesgo de que la pareja le transmita una ITS, lo que también puede estar implicando una relación causal inversa.

10.1.2 Reporte de síntomas asociados a ITS

En un segundo momento se buscó analizar el efecto de la situación conyugal sobre el reporte de síntomas de ITS, controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con las ITS. Se planteaba como hipótesis que *la población exunida y en*

unión libre es más propensa a reportar síntomas de ITS que la población casada; sin embargo, los resultados reflejaron que la situación conyugal no tiene efectos sobre el reporte de síntomas.

La hipótesis sobre los factores sociodemográficos planteaba *que aquellos contextos que implican un menor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian con un menor reporte de síntomas*. Con los resultados se logró comprobar esta hipótesis, ya que las mujeres de mayor edad y las mujeres hablantes de lengua indígena fueron menos propensas al reporte de tales síntomas. Sin embargo, el estrato socioeconómico no fue una variable que presentó efectos diferenciados. Con estos resultados se evidencia la necesidad de dirigir los programas preventivos y de educación sexual, así como acceso a información veraz y sin prejuicios a las mujeres de mayor edad y a las mujeres hablantes de lengua indígena.

Respecto a los elementos de la trayectoria sexual, se planteó como hipótesis *que aquellos que implican una mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con el reporte de síntomas de ITS*; con los resultados se pudo comprobar que, efectivamente, iniciar la trayectoria sexual a temprana edad incrementa la propensión a reportar síntomas de ITS. La actividad sexual no fue una variable que tuvo efectos diferenciados sobre el reporte de síntomas. Finalmente, en cuanto a las prácticas relacionadas con las ITS, se encontró que realizarse la prueba de Papanicolaou incrementa el riesgo de reportar síntomas de ITS; estos resultados concuerdan con la hipótesis que planteaba *una asociación positiva entre las prácticas relacionadas con ITS y el reporte de síntomas*. A diferencia de lo esperado, el uso del condón para prevenir Sida o ITS no tuvo efectos diferenciados en el reporte de síntomas; fue una variable que perdió poder explicativo cuando se controló por la edad.

10.1.3 Respuestas ante síntomas asociados a ITS

En un tercer momento, se buscó conocer el efecto de la situación conyugal sobre las respuestas ante síntomas asociados a ITS, controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con las ITS. Se hipotetizaba *que las mujeres casadas son más propensas a responder ante síntomas de ITS que las exunidas y las de unión libre*; sin embargo, los resultados no permitieron sustentar esta hipótesis, ya que se encontró que las mujeres en unión libre fueron las que presentaron mayor propensión a implementar al menos una respuesta. Esta situación reflejó un efecto selectivo, donde se identificó que las mujeres en unión libre de mayores niveles educativos son más propensas a emplear al menos una estrategia de respuesta en

comparación con las mujeres casadas de ese mismo nivel. Estos resultados sugieren la presencia de una unión libre “moderna” que tiene efectos sobre las prácticas de salud sexual y plantean los cimientos para formular algunas preguntas en futuras investigaciones sobre las diferencias de la unión libre en México: ¿actualmente en México coexiste una unión libre tradicional y una moderna?, ¿cuáles son sus diferencias y similitudes en temas de salud sexual y reproductiva?

El modelo sobre respuestas ante ITS sólo estimó resultados estadísticamente significativos en algunas variables sociodemográficas; con lo que se puede concluir que los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS no son variables que presenten efectos diferenciados sobre las respuestas. La hipótesis sobre factores sociodemográficos planteaba que *aquellos que implican acceso a información sobre ITS y a servicios de salud sexual se asocian positivamente con las respuestas ante tales síntomas*; los resultados corroboraron la hipótesis, ya que mostraron que a medida que incrementa la edad disminuye la práctica de responder ante síntomas de ITS; los estratos medio y alto también son más propensos a implementar al menos una estrategia de respuesta. Estas asociaciones también permiten dar indicios sobre la mayor capacidad de negociación y comunicación con la pareja entre las mujeres más jóvenes y entre aquellas de estrato medio y alto.

10.1.4 Relación entre la percepción del riesgo, el reporte de síntomas y las respuestas ante síntomas de ITS

La última pregunta se dirigía a conocer la relación entre la percepción del riesgo de ITS, el reporte de síntomas de ITS y las respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. Se planteaba como hipótesis que *la percepción del riesgo de ITS se relaciona positivamente con el reporte de síntomas de ITS y con respuestas ante estos*. Los modelos permitieron identificar que la percepción tiene efectos sobre el reporte de síntomas de ITS y viceversa, pero no tiene ningún efecto sobre las respuestas ante dichos síntomas.

10.2 POBLACIÓN MASCULINA ALGUNA VEZ UNIDA

En el caso de la población masculina alguna vez unida se analizaron tres modelos: uno sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, otro sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS y un tercero sobre el reporte de síntomas de ITS. A continuación se

presentan los principales resultados en contraste con las hipótesis formuladas para cada modelo y se plantean algunas preguntas para futuras investigaciones.

10.2.1 Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS

Se buscó analizar el efecto de la situación conyugal sobre la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y sobre la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con las ITS. Se planteó como hipótesis que *la población exunida es más propensa a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS y de transmitir a la pareja una ITS que la población unida; entre la población unida, aquella que se encuentra en unión libre presenta mayor percepción del riesgo de ITS que los casados*. En el caso de la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS, no se encontraron efectos diferenciados por situación conyugal. Para el otro tipo de percepción, los resultados corroboraron parcialmente la hipótesis, ya que los hombres en unión libre presentaron mayor percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS en comparación con los casados; sin embargo, los exunidos mostraron una menor propensión.

Estos resultados conducen a problematizar la forma en la que los hombres alguna vez unidos definen a las parejas como de “riesgo” o “seguras”: su percepción está en función de dicha delimitación y de sus prácticas sexuales; los resultados sugieren una posible presencia de relaciones extramaritales en los hombres que se encuentran en unión libre y una sensación de inmunidad subjetiva en los exunidos, y permiten el planteamiento de preguntas para futuras investigaciones: ¿cuáles son los factores asociados a la presencia de relaciones extramaritales en hombres con distinta situación conyugal?, ¿cómo caracterizan a las parejas sentimentales y sexuales los hombres alguna vez unidos con distinta situación conyugal?

Respecto a las variables sociodemográficas, se formuló como hipótesis que *aquellas características que implican mayor acceso a información sobre ITS y servicios de salud sexual se asocian negativamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS*. Con los resultados es posible corroborar la hipótesis, ya que los hombres alguna vez unidos con mayor nivel educativo son menos propensos a percibir el riesgo de ITS y los que residen en localidades rurales tienen mayor propensión a percibir el riesgo de que la pareja le transmita una ITS.

En cuanto a los elementos de la trayectoria sexual, se tenía como hipótesis que *aquellos que implican una mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y con la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS*. Los resultados respaldan esta hipótesis, ya que aquellos que tuvieron cinco o más parejas antes de la primera unión y aquellos que pagaron por relaciones sexuales en el último año presentaron una mayor percepción del riesgo de ITS. La actividad sexual fue una variable que no presentó efectos diferenciados. Finalmente, respecto a las nociones y prácticas relacionadas con las ITS, se trabajó con la hipótesis de que *las nociones que conlleven algún prejuicio funcionan como impedimento a la percepción del riesgo de ITS y que las prácticas se asocian positivamente con la percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS y de transmitir a la pareja una ITS*. Los resultados permitieron comprobar que aquellos que piensan que personas con características específicas son las que transmiten una ITS presentaron una menor percepción al riesgo de ITS; por su parte, el uso del preservativo se asoció positivamente con ambos tipos de percepción, lo que podría estar respondiendo a un efecto de causalidad inversa.

10.2.2 Reporte de síntomas asociados a ITS

La pregunta que guio esta sección fue sobre el efecto de la situación conyugal sobre el reporte de síntomas de ITS, controlando por factores sociodemográficos, elementos de la trayectoria sexual y prácticas relacionadas con las ITS. Se planteó como hipótesis que *la población exunida y en unión libre es más propensa a reportar síntomas de ITS que la población casada*; sin embargo, los resultados reflejaron que esta característica, así como el resto de las características sociodemográficas, no tuvo efectos sobre el reporte de síntomas de ITS.

Fueron los elementos de la trayectoria sexual y las prácticas relacionadas con las ITS las que contribuyeron a la explicación del reporte de síntomas asociados a estas infecciones; las nociones relacionadas con las ITS no presentaron efectos diferenciados sobre el reporte. En el primer caso se planteó como hipótesis que *aquellos elementos de la trayectoria sexual que implican una mayor exposición al riesgo de ITS se asocian positivamente con el reporte de síntomas de ITS*, y en el segundo caso que *las prácticas relacionadas con ITS se asocian positivamente con el reporte de tales síntomas*. Los resultados fueron consistentes con las hipótesis, ya que tener una o más parejas sexuales antes de la primera unión, pagar por relaciones sexuales en el último año y la consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales se asociaron con una mayor propensión a reportar

síntomas de ITS. Con estos resultados se puede concluir que los comportamientos del pasado tienen implicaciones en las prácticas sexuales del presente, por lo que se requiere enfocar esfuerzos a que las prácticas preventivas se encuentren presentes a lo largo de la trayectoria sexual.

10.2.3 Relación entre percepción del riesgo de ITS y reporte de síntomas de ITS

La última pregunta se dirigía a conocer la relación entre la percepción del riesgo de ITS y el reporte de síntomas de ITS de hombres alguna vez unidos. Se planteaba como hipótesis que *la percepción del riesgo de ITS se relaciona positivamente con el reporte de síntomas*. En el caso de los hombres alguna vez unidos, no se encontró relación entre la percepción del riesgo de ITS y el reporte de síntomas de ITS; estos resultados evidencian la necesidad de acercar a los hombres a los servicios de salud y educación sexual para que sus comportamientos sexuales se acompañen de prácticas de cuidado propio y hacia la pareja.

10.3 LIMITACIONES GENERALES Y APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales limitaciones en el análisis de la población femenina fueron las siguientes:

1. No se les preguntó por la percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS, lo que limitó la comprensión del carácter relacional del fenómeno.
2. No se contó con información para captar nociones sobre las personas que pueden transmitir alguna ITS, lo que limitó la comprensión sobre la forma en la que los prejuicios impactan en la percepción.
3. Las opciones para captar las respuestas ante ITS fueron en su mayoría opciones que involucran a la pareja, lo que propició la exclusión de aquellas mujeres que no tienen pareja (principalmente las exunidas) y otras formas de respuestas como la automedicación.
4. Aplicar un filtro sobre si se cuenta con pareja o no previo a la pregunta de percepción y uso del condón influyó en que las mujeres contestaran en función de algún tipo de pareja en específico; es decir, es posible que ese filtro deje fuera a mujeres que tienen pareja casual u ocasional.
5. No se realizaron preguntas sobre los elementos de la trayectoria sexual, lo que restringió la comprensión de ésta. Por ejemplo, no se pregunta sobre el número de parejas sexuales antes de la unión, el número de parejas sexuales en el último año, la persona con la que se tuvo la última relación sexual, etc.

6. No se conoce la orientación sexual ni la identidad de género de las mujeres alguna vez unidas.
7. La restricción de la edad (de 15 a 49 años) dejó fuera a la población de mayor edad que puede aportar información importante sobre la relación entre situación conyugal y sexualidad.

Las principales limitaciones en el análisis de la población masculina fueron las siguientes:

1. Si bien estos resultados permitieron una importante aproximación a la comprensión sobre la percepción del riesgo de ITS y reporte de síntomas en la población masculina, estos no fueron representativos a nivel nacional.
2. El tamaño de la muestra fue pequeño debido a limitaciones presupuestarias y dificultades en el trabajo de campo para levantar la ENSAR 2003 en población masculina. Esta situación afectó, particularmente, el estudio de las respuestas ante síntomas de ITS, ya que las observaciones no fueron suficientes para ejecutar un modelo estadístico.
3. No se conoce la orientación sexual ni la identidad de género de los hombres alguna vez unidos.
4. La restricción de la edad (de 20 a 59 años) dejó fuera a la población de mayor edad que puede aportar a la comprensión sobre la relación entre situación conyugal y sexualidad.

Pese a las limitaciones planteadas, esta investigación aporta una importante aproximación a la relación entre situación conyugal y la percepción del riesgo de ITS, reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas. Con este trabajo se amplía el conocimiento que se tiene respecto a la sexualidad de mujeres y hombres alguna vez unidos y se evidencia la necesidad de involucrar a esta población en servicios de salud sexual y programas preventivos para que su ejercicio de la sexualidad se lleve a cabo sin riesgos de ITS; también se plantea la necesidad de que esta población sea foco de educación sexual que otorgue información sin prejuicios sobre las infecciones de transmisión sexual.

Una de las principales aportaciones de este trabajo es que se logró un acercamiento al tema considerando tanto a población femenina como a población masculina; es decir, se incorporó una visión relacional del fenómeno y se aprovechó al máximo la información disponible para tener análisis lo más completo posible sobre los fenómenos estudiados. Otra ventaja de la investigación es que se focaliza en población poco estudiada en la problemática de las ITS, lo que contribuye a

identificar diversos escenarios de riesgo y múltiples necesidades en materia de salud sexual y prevención.

10.4 RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS Y POLÍTICAS PREVENTIVAS

Los resultados que arroja esta investigación permiten plantear una serie de recomendaciones para futuras investigaciones; en un primer momento se evidencia la necesidad de información, a través de encuestas, para conocer más sobre los siguientes elementos: 1) las características de las parejas (sexuales y sentimentales) de mujeres y hombres con distinta situación conyugal y orientación sexual; 2) las características y los factores asociados a las relaciones extramaritales diferenciando por tipo de unión, y 3) las características de la unión libre en México que permitan ampliar la discusión sobre la posible coexistencia de una unión libre tradicional y una moderna.

En un segundo momento, se reafirma la necesidad de complementar estos resultados con investigaciones cualitativas para profundizar en los fenómenos planteados en esta investigación; a través de esta metodología será posible un análisis sobre la inmunidad subjetiva, la construcción social del riesgo, la delimitación de los tipos de pareja, las formas de negociación y comunicación entre las parejas con distinta situación conyugal, la percepción sobre la salud sexual, entre otros temas.

En un tercer momento, se hace visible la necesidad de diseñar encuestas dirigidas a hombres en México que permitan conocer más sobre la nupcialidad, los comportamientos sexuales y reproductivos, la sexualidad, así como la salud sexual de la población masculina; esta información permitirá identificar escenarios de riesgo y contribuirá a la comprensión del carácter relacional de las infecciones de transmisión sexual en el país. Por su parte, también es necesario ampliar los módulos de las encuestas dirigidas a mujeres para captar información sobre salud, comportamiento y trayectoria sexual de la población femenina en nuestro país. Por último, se reconoce que los temas relacionados con la sexualidad involucran importantes retos metodológicos que obliga a seguir discutiendo sobre la mejor forma de captar, a través de las encuestas, información con la menor carga posible de nociones y prejuicios.

Para finalizar, se presenta una serie de recomendaciones para el diseño de políticas preventivas dirigidas a población con distinta situación conyugal:

1. Los resultados evidencian profundas desigualdades de género, por lo que es fundamental incidir en procesos de cambio del sistema de género vigente y empoderar, principalmente a las mujeres, para fortalecer su capacidad de negociación en el uso el preservativo.
2. Proporcionar distintas herramientas de comunicación con la pareja (sexual y/o sentimental) que generen acuerdos específicos y explícitos de protección para ejercer plenamente la sexualidad con prácticas de autocuidado y de cuidado hacía la pareja.
3. Diseñar acciones específicas dirigidas a mujeres y hombres con distinta situación conyugal para proporcionar información veraz, oportuna y libre de prejuicios sobre las ITS, sus formas de prevención, tratamiento y transmisión/contagio. Se requiere puntualizar en el hecho de que la actividad sexual conlleva riesgos de ITS y modificar aquellas nociones que funcionan como impedimento a la percepción del riesgo y a las respuestas ante síntomas de ITS.
4. Diseñar estrategias de educación sexual dirigidas a población alguna vez unida, independientemente de su edad, estrato socioeconómico, lugar de residencia y condición de hablante de lengua indígena.
5. Reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud.
6. Enfatizar en la condición asintomática de las ITS para fomentar revisiones constantes y oportunas; asimismo informar a la población sobre los posibles síntomas asociados a las ITS.
7. Favorecer una visión placentera y segura del preservativo.
8. Fomentar la realización sistemática de pruebas de ITS, independientemente de la situación conyugal y el tipo de pareja.
9. Acercar e incluir a los hombres a los servicios de salud sexual; fomentar una visión de autocuidado y de cuidado a la pareja.
10. Capacitar a los prestadores de salud para que las nociones de género y edad, que asumen que la población unida y exunida se encuentra fuera de riesgos de ITS, no impidan intervenciones efectivas.
11. Asegurar una visión de derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud.

11 BIBLIOGRAFÍA

- Abundis, M., y Ortega, M. (2010). *Matrimonio y divorcio: antecedentes históricos y evolución legislativa*. Universidad de Guadalajara Centro.
- Agresti, A. (2007). *An Introduction to Categorical Data Analysis* (Second Edi). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Aguilar-Pérez, J. A., Leyva-López, A. G., Angulo-Nájera, D., Salinas, A., y Lazcano-Ponce, E. C. (2003). Tamizaje en cáncer cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista de Saude Publica*, 37(1), 100–106.
- Andersson-Ellström, Forssman, L., y Milsom, I. (1996). Age of sexual debut related to life-style and reproductive health factors in a group of Swedish teenage girls. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 75(5), 484–489.
- Aranda-Flores, C. E. (2015). Infección por el virus del papiloma humano en varones. *Ginecología y Obstetricia de México*, 697–706.
- Arias, R., y Rodríguez, M. (1998). “A puro valor mexicano”. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México. En S. Lerner (Ed.), *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 319–340). México: El Colegio de México.
- Arilha, A. M., Hakkert, R., Andino, N., Tender, A. D., y Leonard, D. (2003). Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar. En *Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud. Panamá* (p. 46). Panamá: UNFPA.
- Ariza, M., y Oliveira, O. (2008). Género, clase y concepciones sobre la sexualidad en México. En S. Lerner e I. Szasz (Eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 11–46). México: El Colegio de México.
- Bajaj, S., Ramayanam, S., Enebeli, S., Tabien, H. N., Andkhoe, M., Yaghoubi, M., ... Farag, M. (2016). Factores de riesgo en Canadá para enfermedades de transmisión sexual y sus variaciones. *Medicina Social*, 11(2), 58–65.
- Balmaseda, B. (2006). Análisis de datos categóricos. En V. Aguirre, A. A. Hernández, B. Artaloitia, B. Balmaseda, J. J. F. Durán, G. G. R. Esparza, ... E. Sainz López (Eds.), *Fundamentos de Probabilidad y Estadística* (Segunda, pp. 6–13). México: Jit Press.
- Baumle, A. K. (2013a). Introduction: The Demography of Sexuality. En A. K. Baumle (Ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 3–9). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Baumle, A. K. (2013b). The Future of the Demography of Sexuality. En A. K. Baumle (Ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 419–423). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Beltzer, N., y Bozon, M. (2006). La vie sexuelle après une rupture conjugale. Les femmes et la contrainte de l'âge [English Version]. *Population: Notes de recherche*, 61(4), 533–552.
- Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4(1), 105–132.
- Bozon, M. (2001). Sexuality, gender, and the couple: a sociohistorical perspective. *Annual review of sex research*, 12, 1–32.
- Bozon, M. (2009). Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (3), 154–170.

- Bozon, M., Gayet, C., y Barrientos, J. (2009). A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 51, S4-s12.
- Caballero, J. R., y Villaseñor, A. (2008). Factores de desigualdad social asociados a infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población mexicana. En S. Lerner e I. Szasz (Eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 453–502). México: El Colegio de México.
- Caballero, N. P., Rodríguez, E., Iglesias, M. C., Reyes, G., y Riveros, A. (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26(2), 283–293.
- Cáceres, C. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1468–1485.
- Calvo, J. J. (2014). Logros y retos de la agenda de población y desarrollo en América Latina y el Caribe dos décadas después de El Cairo. En L. Rodríguez, J. E. Diniz, J. Rodríguez, y C. Maldonado (Eds.), *Cairo+20: perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014* (pp. 33–39). Brasil: Asociación Latinoamericana de Población.
- Carmona, M. (2011). Negocian las parejas su sexualidad: Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Revista de Estudios Feministas*, 19(3), 801–821.
- Carrada-Bravo, T. (2006). Tricomoniasis vaginal. Informe de un caso y revisión de la literatura Palabras. *Rev Mex Patol Clin*, 53(3), 151–156.
- Carrada-Bravo, T. (2007). Gonorrea diseminada: caso clínico y revisión del tema. *Rev Fac Med UNAM*, 50(1), 14–16.
- Castro, F. C. R. (2014). *Tendencias y cambios en la disolución de la primera unión conyugal: diferencias entre hombres y mujeres. Un estudio con base en la EDER 2011*. El Colegio de México.
- Castro, R., y Casique, I. (2009). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes. *Notas de población*, (87), 35–62.
- CENSIDA. (2016). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al cierre de 2016*. Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Chirinos, J. L., Bardales, O., y Segura, M. D. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), 79–85.
- Collazos, M. F., Echeverry, N., Molina, A. P., Canaval, G. E., y Valencia, C. P. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, 36(3), 50–57.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Montevideo.
- Corey, L., y Wald, A. (2008). Genital Herpres. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (Fourth edi, pp. 399–438). the United States: McGraw-Hill.
- Cravioto, M. D. C., Matamoros, O., Villalobos-Zapata, Y., Peña, O., García-Lara, E., Martínez, M., ... Sifuentes-Osornio, J. (2003). Prevalencia de anticuerpos anti-Chlamydia trachomatis y anti-Niesseria gonorrhoeae en grupos de individuos de la población mexicana. *Salud Pública de México*, 45, s681–s689.
- Cruz, C., Ramos, U., y González, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS*

- (Primera). México: Fundación Mexicana para la Salud A.C. Recuperado a partir de www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_prevenccion_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf
- Dalrymple, J., Booth, J., Flowers, P., y Lorimer, K. (2016). Psychosocial factors influencing risk-taking in middle age for STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 1–7.
- Díaz, J. (2013). Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. *Revista chilena de infectología*, 30(3), 303–310.
- Díez, M., y Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit*, 13, 58–66.
- Dirección General de Epidemiología [DGE]. (2017). *Vigilancia Epidemiológica Semana 52, 2017*. Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>
- Dorantes, H., Uribe, F., García, S., Olamendi, M., Conde, C., y Sánchez, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. *Enfermedades Infecciosas Microbiología*, 31(2), 46–51.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: essays in cultural theory*. New York: Routledge.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Echarri, C. J. (2008). Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas. En S. Lerner e I. Szasz (Eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 59–113). México: El Colegio de México.
- Esteve, A., Lesthaeghe, R., y López-Gay, A. (2012). The Latin American Cohabitation Boom, 1970–2007. *Population and Development Review*, 38(1), 55–81.
- Farley, T. A., Cohen, D. A., y Elkins, W. (2003). Asymptomatic sexually transmitted diseases: The case for screening. *Preventive Medicine*, 36(4), 502–509.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2007). *Diversidad y Desigualdades Fondo de Población de las Naciones Oficina Regional para América Latina y el Caribe*. División del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (20 Anivers)*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Forste, R., y Tanfer, K. (1996). Sexual Exclusivity among Dating, Cohabiting, and Married Women. *Journal of Marriage and Family*, 58(1), 33–47.
- Fussell, E., y Palloni, A. (2004). Persistent marriage regimes in changing times. *Journal of Marriage and Family*, 66(5), 1201–1213.
- García, B., y Rojas, O. L. (2002). Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina. *Papeles de población*, 8(32), 11–30.
- Gayet, C. (2002). Los matrimonios de los hombres de más de 35 años: ¿la búsqueda del rejuvenecimiento? Una perspectiva a partir de las diferencias de edades entre los cónyuges. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 17(1), 217–234.

- Gayet, C. (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. México: Secretaría de Salud.
- Gayet, C., y Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, 56(6), 638–647.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M., y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de población*, 17(68), 09–40.
- Gayet, C., y Solís, P. (2007). Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. *Salud Pública de México*, 49, 47–51.
- Godoy, P. (2011). La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 263–266.
- Grant, K., y Ragsdale, K. (2008). Sex and the ‘recently single’: perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. *Culture, Health & Sexuality*, 10(5), 495–511.
- Hernández-Rosete, D., García, O. M., Bernal, E., Castañeda, X., y Lemp, G. (2008). Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico. *Revista de Saude Publica*, 42(1), 131–138.
- Hidalgo-Martínez, A. C. (2006). El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica*, 17(5), 81–84.
- Hobbs, M., Seña, A., Swygard, H., y Schwebke, J. (2008). Trichomonas vaginalis and Trichomoniasis. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (FOURTH EDI, pp. 771–794). the United States: McGraw-Hill.
- Hook, E. W., y Hunter, H. H. (2008). Gonococcal Infections in the Adult. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (Fourth Edi, pp. 627–646). the United States: McGraw-Hill.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141–150.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Recuperado a partir de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2000/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado a partir de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Recuperado a partir de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Juárez, F., y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 11(45), 177–219.
- Juárez, F., y Gayet, C. (2010). El VIH/SIDA: un nuevo reto para la salud pública. En B. García y M. Ordorica (Eds.), *Población. Los grandes problemas de México*. (pp. 137–168). México: El Colegio de México.
- Kenyon, C., Buyze, J., y Colebunders, R. (2014). Classification of incidence and prevalence of certain sexually transmitted infections by world regions. *International Journal of Infectious Diseases*, 18(1), 73–80.

- Kordoutis, P. S., Loumakou, M., y Sarafidou, J. O. (2000). Heterosexual relationship characteristics, condom use and safe sex practices. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(6), 767–782.
- Lagarde, M. (2005). La Sexualidad. En M. Lagarde (Ed.), *Los cautiverios de las mujeres* (Cuarta edi, pp. 177–255). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lassonde, L. (1997). Transmitir una vida de calidad. En *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* (pp. 57–105). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lemon, S., Lok, A., y Alter, M. (2008). Viral Hepatitis. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (FOURTH EDI, pp. 509–544). the United States: McGraw-Hill.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. (2016). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Recuperado a partir de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf
- Ley General de Salud. (2017). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Recuperado a partir de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf
- Lichtenstein, B. (2012). Starting Over: Dating Risks and Sexual Health among Midlife Women after Relationship Dissolution. En *Sex for Life* (pp. 180–197). NYU Press.
- Long, J. S., y Freese, J. (2001). *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using STATA*. *Sociology The Journal Of The British Sociological Association* (Vol. Revised ed).
- López, N., Vera, L. M., y Orozco, L. C. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1), 32–40.
- Loue, S. (2006). Diverse Monogamies. En S. Loue (Ed.), *Sexual partnering, sexual practices, and health* (pp. 1–26). USA: Springer.
- Luna, S., y Street, M. C. (2011). Aportes para el estudio de la recomposición familiar: los casos de Argentina y México. En G. Binstock y J. Melo Vieira (Eds.), *Nupcialidad y familia en la América Latina actual* (pp. 201–224). Brasil.
- Mabey, D. (2014). Epidemiology of sexually transmitted infections: Worldwide. *Medicine (United Kingdom)*, 42(6), 287–290.
- Magis, C., y Barrientos, H. (2009). *VIH/SIDA y salud pública Manual para personal de salud* (Segunda ed). México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Instituto Nacional de Salud Pública.
- Magis, C., Gayet, C., Negroni, M., Leyva, R., Bravo-Garcia, E., Uribe, P., y Bronfman, M. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(4), S215–S226.
- Magis, C., Río, A. del, Valdespino, J. L., y García, M. de L. (1995). Casos de SIDA en el área rural en México. *Salud Pública de México*, 37(6), 615–623.
- Martínez, M. (2004). *El análisis de la salud reproductiva de los varones a través de la ENSAR*. Universidad Autónoma de México.
- Maxwell, C., y Boyle, M. (1995). Risky heterosexual practices amongst women over 30: Gender, power and long term relationships. *AIDS Care*, 7(3), 277–294.

- Mayaud, P., y McCormick, D. (2001). Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. *British Medical Bulletin*, 58(1), 129–153.
- Mesenburg, M. A., Muniz, L. C., y Silveira, M. F. (2014). Assessment of sexual risk behaviors and perception of vulnerability to sexually transmitted diseases/acquired immunodeficiency syndrome in women, 1999-2012: A population based survey in a medium-sized Brazilian city. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 18(4), 414–420.
- Morales, M. A., y Gutiérrez, G. (2017). Matrimonio igualitario en México. *Hechos y Derechos*, 1(40). Recuperado a partir de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/11539/13418>
- Nantua, M. do S., Madalena, M., Tavares, L. de L., Ferreira, A. M., y Valeriano da Fonseca, N. (2007). Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con Infecciones de transmisión sexual (ITS). *Ciencia y enfermería XIII*, 13(1), 69–80.
- Nieto, B., e Izazola, J. A. (1999). Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41(2), 85–94.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Diario Oficial de la Federación § (2010). Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/46541/NOM-010-SSA2-2010.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica, Diario Oficial de la Federación § (2013). Recuperado a partir de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, Diario Oficial de la Federación § (2017). Recuperado a partir de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5485035&fecha=01/06/2017
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., y Stueve, A. (2001). Early Sexual Initiation and Subsequent Sex-Related Risks among Urban Minority Youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 268–275. <https://doi.org/10.2307/3030194>
- Ochoa, F. J. (2015). Mitos y realidades de la vacunación contra el virus del papiloma humano. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(4), 214–221.
- Ojeda, N. (2007). *La nupcialidad femenina en México al inicio del nuevo milenio. Diferencias rurales y Urbanas.* (Y. Palma Cabrera, L. Núñez Fernández, A. M. Chávez Galindo, y P. Uribe Zúñiga, Eds.), *La Salud Reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Secretaría de Salud.
- Ojeda, N., y González, E. (2008). Divorcio y separación conyugal en México en los albores del siglo XXI. *Revista Mexicana de Sociología*, 70(1), 111–145.
- Oliveira, O., y García, B. (1986). Encuestas. ¿Hasta dónde? En R. Corona y C. Aramburú (Eds.), *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica* (pp. 65–80). México: El Colegio de México.
- ONUSIDA. (s/f). México. Recuperado a partir de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado a partir de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado a

- partir de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano. Orientaciones normativas y programáticas para los países.*
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Introducción a la prevención y el control de las ITS. En *Módulos de capacitación para el Manejo Sintromático de las Infecciones de Transmisión* (2a ed., Vol. 2, pp. 1–59). Suiza.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Hepatitis B. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). VIH/sida. Recuperado a partir de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud.*
- Palma, Y. (2007). OBJETIVOS Y METODOLOGÍA. En Y. Palma Cabrera, L. Núñez Fernández, A. M. Chávez Galindo, y P. Uribe Zúñiga (Eds.), *La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003* (pp. 15–26). México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM/Secretaría de Salud.
- Panduro, A., Melendez, G. E., Fierro, N. a, Madrigal, B. R., Zepeda-Carrillo, E. A., y Román, S. (2011). Epidemiology of viral hepatitis in Mexico. *Salud Pública de México*, 53, s37–s45.
- Parrado, E. A., y Zenteno, R. M. (2002). Gender Differences in Union Formation in Mexico: Evidence From Marital Search Models. *Journal of Marriage*, 64(3), 756–773.
- Pedraza, N. (2008). *Percepción de riesgo de ITS de mujeres adultas en contextos de no exclusividad sexual. Un estudio a partir de biografías sexuales.* Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Pérez, J. (2008). Análisis multiestado multivariado de la formación y disolución de las parejas conyugales en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23(3), 481–511.
- Pérez, J., y Esteve, A. (2012). Explosión y expansión de las uniones libre en México. *Coyuntura Demográfica*, (2), 41–44.
- Pérez, J., y Ojeda, N. (2016). Una nueva mirada a los factores predictivos de la disolución conyugal voluntaria en México. En M.-L. Coubes, P. Solis, y M. E. Cosío-Zavala (Eds.), *Generaciones, curso de vida y desigualdad social en México* (pp. 223–254). México: El Colegio De México; El Colegio de la Frontera Norte.
- Piña, J. A., y Urquidi, L. E. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227–236.
- Ponce, P., Muñoz, R., y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537–554.
- Programa Salud Reproductiva y Sociedad [PSRS]. (2006). *Informe Encuesta Nacional de Salud*

Reproductiva en población masculina 2003. México.

- Puig, C., y Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Saberes y Razones*, 15(35), 41–58.
- Pulerwitz, J., Izazola-Licea, J. A., y Gortmaker, S. L. (2001). Extrarelational sex among Mexican men and their partners' risk of HIV and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1650–1652.
- Quilodrán, J. (2000). Atisbos de cambios en la formación de parejas conyugales a fines del milenio. *Papeles de población*, 6(25), 9–33.
- Quilodrán, J. (2006). ¿Está cambiando la naturaleza de la unión libre en América Latina? En J. L. Lezama y J. B. Morelos (Eds.), *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo* (pp. 149–183). México: El Colegio de México.
- Quilodrán, J. (2008). Los cambios en la familia vistos desde la demografía. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23(1), 7–20.
- Quilodrán, J. (2010). Hacia un nuevo modelo de nupcialidad. En B. García y M. Ordorica (Eds.), *Población. Los grandes problemas de México* (1a ed., pp. 173–212). México: El Colegio de México.
- Quilodrán, J., y Castro, T. (2009). Nuevas dinámicas familiares. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24(2), 283–291.
- Ramón, L. (2010). *Perfil sociodemográfico según estrato socioeconómico de los varones entrevistados en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. El Colegio de México.
- Reartes, D. L. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, 35, 59–74.
- Reniers, G. (2008). Marital Strategies for Regulating Exposure to HIV. *Demography*, 45(2), 417–438.
- Reyes, A. E. (2016). Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63–71.
- Rich, E. R. (2001). Negotiation of HIV Preventive Behaviors in Divorced and Separated Women Reentering the Sexual Arena. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(4), 25–35.
- Rodríguez, L., Diniz, J. E., Rodríguez, J., y Maldonado, C. (2014). El Cairo+20: contribuciones para su continuación y seguimiento después de 2014. En L. Rodríguez, J. E. Diniz, J. Rodríguez, y C. Maldonado (Eds.), *Cairo+20: perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014* (pp. 7–12). Brasil: Asociación Latinoamericana de Población.
- Rodríguez, L. L. (2008). La multidimensionalidad del concepto de salud sexual y reproductiva. Una introducción. En *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina* (pp. 13–30). Brasil: ALAP, UNFPA.
- Santos Diéguez, I. (2014). Tricomoniasis: Una visión amplia. *Iatreia*, 27(2), 198–205.
- Schwartz, P., Serafini, B. J., y Cantor, R. (2013). Sex in Committed Relationships. En A.K. Baumle (Ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (5a ed., pp. 131–165). Springer Science, Business Media Dordrecht.
- Secretaría de Salud. (2012a). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica*

de la Sífilis Congénita. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología. México. Recuperado a partir de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/31_Manual_SIFILIS.pdf

Secretaría de Salud. (2012b). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Dirección General de Epidemiología. Recuperado a partir de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf

Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018*. Recuperado a partir de http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/presidencia/PAEIS_2013-2018_Version_Electronica_11-II-_2015.pdf

Silva, R., León, D., Brebi, P., Ili, C., Roa, J. C., y Sánchez, R. (2013). Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. *Revista chilena de infectología*, 30(2), 186–92.

Solís, P., y Ferraris, S. (2014). Nuevo siglo, ¿nuevas pautas de formación y disolución de uniones? En C. Rabell (Ed.), *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico* (pp. 269–305). México: Fondo de Cultura Económica.

Sparling, P. F., Swartz, M. N., Musher, D. M., y Healy, B. P. (2008). Clinical Manifestations of Syphilis. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (Fourth edi, pp. 661–684). McGraw-Hill.

Stamm, W. (2008). Chlamydia trachomatis Infections of the Adult. En K. K. Holmes, P. F. Sparling, W. E. Stamm, P. Piot, J. N. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases* (FOURTH EDI, pp. 575–594). the United States: McGraw-Hill.

StataCorp. (2017). *Stata: Release 15. Statistical Software*. College Station, TX: StataCorp LLC.

Szasz, I. (1998). Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista*, 18, 77–104.

Szasz, I. (2004). Presentación. Los derechos sexuales: una reflexión emergente en el debate sobre ética y demografía. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 19(3 (57)), 483–496.

Szasz, I., Rojas, O., y Castrejón, J. L. (2008). Desigualdad de género en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de los hombres mexicanos. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23(2 (68)), 205–232.

Theall, K. P., Elifson, K. W., Sterk, C. E., y Klein, H. (2003). Perceived Susceptibility to HIV among Women. *Research on Aging*, 25(4), 405–432.

Treas, J., y Giesen, D. (2000). Sexual infidelity among married and cohabiting Americans. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 48–60.

Uribe, P. (2007). Presentación. Secretaría de Salud. En Y. Palma Cabrera, L. Núñez Fernández, A. M. Chávez Galindo, y P. Uribe Zúñiga (Eds.), *La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003* (p. 11). México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM/ Secretaría de Salud.

Valderrama, J., Zacarías, F., y Mazin, R. (2004). Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(3), 211–217.

Valdespino, J. L., Conde-González, C. J., Olaiz-Fernández, G., Palma, O., y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia en México de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos. *Salud*

Pública de México, 49, s404–s411.

Valdespino, J. L., García-García, M. de L., Conde-González, C. J., Olaiz-Fernández, G., Palma, O., y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud Pública de México*, 49, s386–s394.

Weinstock, H., Berman, S., y Cates, W. (2004). Sexually Transmitted Diseases Among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 6–10.

Welti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*, 11(45), 143–176.

White, A. C., Merrick, T. W., y Yazbeck, A. S. (2007). VIH/Sida y la Salud Reproductiva: ¿competidores o aliados naturales? En *Salud Reproductiva. El objetivo faltante de desarrollo del milenio* (pp. 41–56). Colombia: Banco Mundial.

12 ANEXOS

12.1 ANEXO A: SECCIÓN METODOLÓGICA

12.1.1 Prueba ji-cuadrada (χ^2)

Para desarrollar esta nota metodológica, se consultó el capítulo 10 “Análisis de datos categóricos” de (Balmaseda, 2006, pp. 6–12):

La prueba ji-cuadrada fue propuesta por Pearson en 1904; constituye una prueba de independencia que tiene como finalidad determinar si dos variables diferentes de una población son independientes. La prueba ji-cuadrada de independencia se basa en la estadística χ^2 que compara la frecuencia observada para cada celda de la tabla de contingencia (n_{ij}) con el valor esperado (e_{ij}) de las mismas, bajo la hipótesis nula de independencia en las variables. Para llevar a cabo la prueba, se tienen que cumplir los siguientes supuestos:

1. Los datos son independientes, de tal forma que el resultado que proporciona cada elemento de la muestra para ambas variables no influye en el dato de cualquier otro elemento.
2. Los totales de filas y los totales de columnas, en la tabla de contingencia, son aleatorios. En otras palabras, son contingentes por circunstancias que escapan del control del investigador.

Para una tabla de contingencia de $r \times c$, las frecuencias esperadas se calculan de los totales marginales de la tabla de frecuencias observadas, mediante la expresión:

$$e_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}$$

Donde $n_{i.}$ y $n_{.j}$ son los totales marginales de la i -ésima fila y la j -ésima columna, respectivamente.

Para probar la independencia entre dos variables se utiliza la estadística de prueba ji-cuadrada:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Es decir, una suma sobre las $r \times c$ celdas que refleja las discrepancias entre los valores observados (n_{ij}) y los esperados bajo H_0 (e_{ij}).

La magnitud de la estadística de la prueba χ^2 depende de los valores de las diferencias $(n_{ij} - e_{ij})$. Cuando las dos variables son independientes, estas diferencias son menores que cuando no son independientes y, en consecuencia, χ^2 toma un valor más pequeño cuando H_0 es cierta que cuando es falsa.

12.1.2 Regresión logística binomial

Las variables dependientes binarias tienen dos valores: un resultado negativo que expresa que el evento de interés no ocurrió (típicamente codificado como 0) y otro resultado positivo que expresa que el evento de interés ocurrió (típicamente codificado como 1) (Long y Freese, 2001). Para una variable de respuesta binaria, $\pi(x)$ denota la probabilidad de “éxito” cuando X toma el valor de x . El modelo de regresión logística tiene forma lineal para el logito de esta probabilidad (Agresti, 2007); es decir, el logaritmo natural de los momios (*log odds* en inglés) son una combinación lineal de las x y las β (Long y Freese, 2001). Al considerar un modelo logístico con tres variables independientes:

$$\text{logito} [\pi(x)] = \ln\left(\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)}\right) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3$$

La fórmula antes paneleada implica que $\pi(x)$ incrementa o disminuye como una función en forma de S (Agresti, 2007); es decir, por cada unidad de cambio en x , esperamos que el logito de la probabilidad de ocurrencia del evento (el logaritmo natural de los momios o *log odds*) cambie por β , manteniendo las otras variables constantes. El problema es que el significado de un cambio de β en el logaritmo natural de los momios es poco intuitivo, por lo que se toma el exponencial de ambos lados de la ecuación para crear un modelo multiplicativo en lugar de lineal y los resultados se dan en términos de momios (Ω) (Long y Freese, 2001):

$$\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} = \Omega(x) = e^{\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3} = e^{\alpha} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2 x_2} e^{\beta_3 x_3}$$

La relación exponencial proporciona una interpretación para β : los momios se multiplican por e^β en cada incremento unitario de x ; es decir, los momios al nivel $x+1$ son iguales a los momios de x multiplicados por e^β . Cuando $\beta=0$, $e^\beta=1$, y los momios no se alteran con el cambio en x (Agresti, 2007). Esto implica que, tras la transformación exponencial, el coeficiente β puede ser interpretado como una razón de momios (*Odds Ratio*). Siguiendo el ejemplo de Long y Freese (2001, p. 133):

$$\Omega(x, x_2) = e^{\beta_0} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2 x_2} e^{\beta_3 x_3}$$

donde tomamos nota particular del valor de x_2 . Si permitimos que x_2 cambie en 1,

$$\begin{aligned}\Omega(x, x_2 + 1) &= e^{\beta_0} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2(x_2+1)} e^{\beta_3 x_3} \\ &= e^{\beta_0} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2 x_2} e^{\beta_2} e^{\beta_3 x_3}\end{aligned}$$

que conduce a la razón de momios (*odds ratio*):

$$\frac{\Omega(x, x_2 + 1)}{\Omega(x, x_2)} = \frac{e^{\beta_0} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2(x_2+1)} e^{\beta_3 x_3}}{e^{\beta_0} e^{\beta_1 x_1} e^{\beta_2 x_2} e^{\beta_3 x_3}} = e^{\beta_2}$$

Podemos interpretar la exponencial del coeficiente como: por cada cambio de unidad en x_k , se espera que los momios cambien por un factor de $\exp(\beta_k)$, manteniendo todas las demás variables constantes. Para un $\exp(\beta_k) > 1$, se puede decir que los momios son “ $\exp(\beta_k)$ veces más grandes”. Para $\exp(\beta_k) < 1$, se puede decir que los momios son “ $\exp(\beta_k)$ veces más pequeños”.

Por último, la fórmula de la regresión logística que refiere a la probabilidad de éxito $\pi(x)$, usando la función exponencial $\exp(\alpha+\beta x) = \exp(\alpha + \beta x) = e^{\alpha+\beta x}$ es la siguiente (Agresti, 2007):

$$\pi(x) = \frac{e^{\alpha+\beta x}}{1 + e^{\alpha+\beta x}}$$

12.1.3 Variables dependientes e independientes

Cuadro A1. Variables dependientes

Dimensión	Variable	Pregunta(s)	Mujeres	Hombres	Indicador	Operacionalización
Variables dependientes	Percepción del riesgo de ITS	<p>Mujeres: <i>¿Usted piensa que su pareja podría transmitirle el SIDA o alguna otra infección por relaciones sexuales?</i></p> <p>Hombres: <i>¿Usted piensa que su esposa o compañera podría transmitirle una infección de este tipo?</i></p>	p840	q1038	Pensar que la pareja le podría transmitir una ITS, incluyendo VIH	Binaria: 0 = No 1 = Sí
		<p>Hombres: <i>¿Usted piensa que usted podría transmitirle una infección de este tipo a su esposa o compañera?</i></p>		q1040	Pensar que puede transmitir a la pareja una ITS, incluyendo VIH	Binaria: 0 = No 1 = Sí
	Reporte de síntomas de ITS	<p>Mujeres: <i>Durante los últimos 6 meses, ¿usted tuvo algún flujo que saliera de su vagina?</i></p> <p><i>Durante los últimos 6 meses usted, ¿tuvo comezón o ardor en sus genitales (órganos sexuales)?</i></p> <p><i>Durante los últimos 6 meses, ¿usted tuvo úlceras o granitos en el área de los genitales (órganos sexuales)?</i></p>	p801 p811 p820		La declaración de síntomas que pueden estar asociado a ITS	Binaria: 0 = Ningún síntoma 1 = Al menos un síntoma

			<p>Hombres: <i>Durante los últimos 6 meses usted, ¿tuvo alguna inflamación, comezón o ardor en sus genitales (órganos sexuales)?</i></p> <p><i>Durante los últimos 6 meses, ¿usted ha tenido úlceras o granitos en el área de los genitales (órganos sexuales)?</i></p> <p><i>Durante los últimos 6 meses, ¿usted ha tenido dolor al orinar o al tener relaciones sexuales?</i></p> <p><i>Durante los últimos 6 meses usted tuvo algún escurrimiento o salida de líquido anormal de su pene?</i></p>		<p>q1001 q1009 q1017 q1021</p>		
Respuestas ante síntomas de ITS	Respuestas ante síntomas de ITS	<p>Mujeres: <i>Cuando tuvo este síntoma, ¿buscó ayuda de algún personal de salud?</i></p> <p>Hombres: <i>La última vez que tuvo estos síntomas ¿buscó ayuda de algún personal de salud?</i></p>	<p>p805 p814 p823</p>	<p>q1004 q1012 q1020 q1024</p>	Acciones seguidas de un síntoma que podría estar asociado a ITS	<p>Binaria: 0 = Ninguna respuesta 1 = Al menos una respuesta</p>	
		<p>Hombres: <i>¿La última vez que tuvo estos síntomas utilizó algún medicamento?</i></p>		<p>q1005 q1013 q1025</p>			
		<p>Mujeres y hombres: <i>¿Usted comentó con su pareja el síntoma que tuvo?</i></p>	<p>p807 p816 p825</p>	<p>q1006 q1014 q1026</p>			
		<p>Mujeres y hombres: <i>Cuando usted tuvo este síntoma, ¿dejó de tener relaciones sexuales con su pareja?</i></p>	<p>p808 p817 p826</p>	<p>q1007 q1015 q1027</p>			
		<p>Mujeres y hombres: <i>¿Utilizaron el condón cuando tuvieron relaciones sexuales?</i></p>	<p>p809 p818 p827</p>	<p>q1008 q1016 q1028</p>			

Cuadro A2. Variables independientes: factores sociodemográficos

Dimensión	Variable	Pregunta(s)	Mujeres	Hombres	Indicador	Operacionalización	
Factores sociodemográficos	Las características individuales y contextuales de la población	Situación conyugal	Mujeres y hombres: <i>Actualmente ¿usted vive en unión libre, es casada/o, es viuda/o, es divorciada/o, es separada/o? (se excluye la categoría de soltera/o)</i>	p510	q201	La situación conyugal (casada/o, en unión libre o exunida/o) de la población alguna vez unida al momento de la encuesta	Categoría: 1 = Casada/o 2 = Unión libre 3 = Exunida/o
		Edad	Mujeres y hombres: <i>¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</i>	p102	q102	Años cumplidos	Continua: de 15 a 49 años (mujeres) de 20 a 59 años (hombres)
		Hablante de lengua indígena	Mujeres: <i>¿Usted habla alguna lengua indígena?</i> Hombres: <i>¿Qué lenguas indígenas habla usted?</i>	p106	q104	La condición de hablante de lengua indígena	Binaria: 0 = No 1 = Sí
		Nivel educativo	Mujeres y hombres: <i>¿Cuál fue el último nivel que usted aprobó en la escuela?, ¿Cuál fue el último grado que usted aprobó en la escuela?, ¿Alguna vez fue usted a la escuela?</i>	p114 p115n p115g	q109n q109g q108	El último nivel educativo que se aprobó	Categoría: 1 = Primaria incompleta o menos 2 = Primaria completa 3 = Media básica 4 = Media superior y superior
		Estrato socioeconómico	Mujeres y hombres: <i>indicador de estratificación social del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México</i>	psrsvh01	psrsvh01_first	El estrato socioeconómico (muy bajo, bajo, medio y alto) al que se pertenece	Categoría: 1 = Muy bajo 2 = Bajo 3 = Medio y alto
		Tamaño de localidad	Precodificada	rururb	tamloc	La residencia rural o urbana	Binaria: 0 = Urbano 1 = Rural

Cuadro A3. Variables independientes: elementos de la trayectoria sexual

Dimensión	Variable	Pregunta(s)	Mujeres	Hombres	Indicador	Operacionalización
Trayectoria sexual	Edad a la primera relación sexual	Mujeres y hombres: <i>¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?</i>	p501	q901	Edad a la que se tuvo la primera relación sexual	Binaria: 0 = 17 o más 1 = 16 o menos
	Sexualmente activa/o	Mujeres y hombres: <i>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</i>	p5082 p5081	q939a q939b	Tener relaciones sexuales en el último mes	Binaria: 0 = No 1 = Si
	Parejas sexuales antes de la primera unión	Hombres: <i>¿Aproximadamente cuántas parejas sexuales tuvo usted antes de unirse o casarse por primera vez?</i>		q938	Número de parejas sexuales antes de unirse o casarse por primera vez	Categoría: 1 = Ninguna otra 2 = Entre 1 y 2 4 = Entre 3 y 4 5 = Más de 5
	Persona con la que se tuvo la última relación sexual	Hombres: <i>¿Qué relación tiene (tenía) con la persona con quien tuvo usted su última relación sexual?</i>		q940	Relación que se tiene o tenía con la persona con la que se tuvo la última relación sexual	Binaria: 0 = Novia, prometida, esposa y compañera 1 = Conocida, una amiga, trabajadora sexual, ninguna relación
	Parejas sexuales en el último año	Hombres: <i>Durante el último año ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?</i>		q946	El número de parejas sexuales en el último año	Binaria: 0 = 1 1 = 2 o más
	Pagar por relaciones sexuales en el último año	Hombres: <i>Durante el último año ¿ha tenido alguna relación sexual en la que usted haya pagado dinero o dado regalos o favores a cambio?</i>		q948	Tener relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos o favores en el último año	Binaria: 0 = No 1 = Si

Cuadro A4. Variables independientes: nociones y prácticas relacionadas con las ITS

Dimensión	Variable	Pregunta(s)	Mujeres	Hombres	Indicador	Operacionalización	
Nociones y prácticas relacionadas con ITS	Nociones y acciones que llevan a cabo las personas en relación con las ITS	Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS			Quienes les pueden transmitir una ITS	Binaria: 0 = Cualquier persona 1 = Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, la gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea	
		Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	Mujeres: <i>¿Usa con su pareja el condón o preservativo para prevenir el SIDA o alguna otra infección de transmisión sexual?</i> Hombres: <i>Durante el último año, ¿ha usado el preservativo o condón para prevenir el VIH/Sida o alguna otra infección de transmisión sexual?</i>	p842	q944	Uso del preservativo con la pareja para prevenir ITS, incluyendo VIH o Sida	Binaria: 0 = Nunca 1 = Siempre o algunas veces
		Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	Hombres: <i>¿En su última relación sexual ¿usó el preservativo o condón para prevenir alguna infección de transmisión sexual?</i>		q941	Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	Binaria: 0 = No 1 = Sí
		Prueba de Papanicolaou	Mujeres: <i>¿Alguna vez le han practicada a usted la prueba del Papanicolaou?</i>	p843		Practicarse la prueba de Papanicolaou	Binaria: 0 = No 1 = Sí
		Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales	Hombres: <i>¿Alguna vez ha ido al médico para consultar sobre algo relativo a sus genitales o sus relaciones sexuales?</i>		q1053	Ir al médico para consultar sobre genitales o relaciones sexuales	Binaria: 0 = No 1 = Sí

12.1.4 Nivel de correlación

Cuadro A5. Niveles de correlación de las variables en la población femenina

	Situación conyugal	Edad	Hablante de lengua indígena	Nivel educativo	Estrato socioeconómico	Tamaño de localidad	Edad a la primera relación sexual	Sexualmente activa	Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	Prueba de Papanicolaou
Situación conyugal	1									
Edad	-0.1920	1								
Hablante de lengua indígena	0.0167	-0.0254	1							
Nivel educativo	-0.0476	-0.1480	-0.2385	1						
Estrato socioeconómico	-0.1165	0.2400	-0.2091	0.5058	1					
Tamaño de localidad	-0.0128	-0.0481	0.2551	-0.3243	-0.3731	1				
Edad a la primera relación sexual	0.1524	-0.1331	0.1072	-0.2951	-0.2109	0.1281	1			
Sexualmente activa	-0.0455	0.0155	-0.0811	0.0953	0.0847	-0.0712	-0.0293	1		
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	0.0365	-0.0750	-0.0763	0.1069	0.0507	-0.0721	-0.0121	-0.0057	1	
Prueba de Papanicolaou	-0.1310	0.3727	-0.1062	0.0423	0.1429	-0.0226	-0.0544	0.0578	-0.0014	1

Cuadro A6. Niveles de correlación de las variables en la población masculina

	Situación conyugal	Edad	Lengua indígena	Nivel educativo	Estrato	Tamaño de localidad	EPRS	Sexualmente activo	Parejas sexuales antes de la PU	Persona con la que se tuvo la última RS	Parejas sexuales en el último año	Pagar por tener RS	Nociones	Uso del preservativo	Uso del preservativo en la última relación sexual	Consulta médica
Situación conyugal	1.0000															
Edad	-0.1118	1														
Lengua indígena	0.0654	-0.0115	1													
Nivel educativo	-0.0060	-0.1831	-0.1981	1												
Estrato	-0.0265	-0.0095	-0.0750	-0.0017	1											
Tamaño de localidad	-0.0344	-0.0780	0.3456	-0.3883	-0.0628	1										
EPRS	0.0426	-0.0032	-0.0012	-0.0381	-0.0215	-0.0379	1									
Sexualmente activo	-0.2842	-0.1018	-0.0872	0.0925	-0.0101	0.0059	0.0777	1								
Parejas sexuales antes de la PU	0.0544	0.1186	-0.1035	0.0946	-0.0109	-0.1804	0.4721	0.0507	1							
Persona con la que se tuvo la última RS	0.3243	0.0106	0.0749	-0.0138	0.0127	-0.0147	0.1107	-0.0703	0.1259	1						
Parejas sexuales en el último año	0.4142	0.0910	0.0404	-0.0249	-0.0170	-0.0576	0.0631	-0.3048	0.1632	0.3833	1					
Pagar por tener RS	0.1520	-0.0246	0.0184	0.0054	-0.0451	0.0020	0.1037	-0.0160	0.1067	0.2817	0.2322	1				
Nociones	0.0199	0.0160	0.1075	-0.1625	0.0003	0.1299	0.0409	-0.0132	0.0046	0.0303	-0.0007	0.0616	1			
Uso del preservativo	0.0992	-0.1778	0.0037	0.1089	-0.0022	-0.0186	0.0855	0.0267	0.0548	0.1766	0.1074	0.1121	-0.0226	1		
Uso del preservativo en la última relación sexual	0.1470	-0.1136	0.0239	0.1040	-0.0027	0.0088	0.0469	-0.0490	0.0517	0.2411	0.0922	0.1153	-0.0473	0.5850	1	
Consulta médica	0.0196	0.0346	-0.0287	0.0440	-0.0145	0.0215	0.0650	0.0079	0.0920	0.0363	0.0631	0.0047	-0.0017	0.1040	0.1190	1

12.2 ANEXO B: POBLACIÓN FEMENINA

Cuadro B1. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra para los modelos sobre percepción del riesgo de ITS y reporte de síntomas de ITS. México, 2003

Variables	Muestra inicial	Muestra final	Diferencia
Tipo de percepción y reporte de síntomas			
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	11,705	10,956	749
No	70.0	69.0	-1.0
Sí	30.0	31.1	1.0
Reporte de síntomas de ITS	13,363	10,956	2,407
Ningún síntoma	72.1	70.7	-1.4
Al menos un síntoma	27.9	29.4	1.4
Factores sociodemográficos			
Situación conyugal	13,366	10,956	2,410
Casado	67.4	74.3	6.9
Unión libre	21.0	23.5	2.4
Exunido	11.6	2.2	-9.3
Edad	13,366	10,956	2,410
15 a 34	53.7	55.2	1.5
35 a 49	46.3	44.8	-1.5
Hablante de lengua indígena	13,364	10,956	2,408
No	91.9	93.0	1.2
Sí	8.1	7.0	-1.2
Estrato socioeconómico	13,363	10,956	2,407
Muy bajo	40.7	40.3	-0.4
Bajo	37.3	37.9	0.6
Medio y alto	22.0	21.8	-0.2
Elementos de la trayectoria sexual			
Edad a la primera relación sexual	13,311	10,956	2,355
17 o más	69.5	70.4	1.0
16 o menos	30.6	29.6	-1.0
Sexualmente activa	12,813	10,956	1,857
No	20.2	10.7	-9.6
Sí	79.8	89.3	9.6
Nociones y prácticas relacionadas con ITS			
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	11,475	10,956	519
Nunca	88.7	88.5	-0.2
Siempre o algunas veces	11.3	11.5	0.2
Prueba de Papanicolaou	13,363	10,956	2,407
No	23.4	22.6	-0.8
Sí	76.6	77.4	0.8

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro B2. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra para el modelo sobre reporte de síntomas de ITS. México, 2003

Variables	Muestra inicial	Muestra final	Diferencia
Tipo de percepción y reporte de síntomas			
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	10,956	2,996	7,960
No	69.0	63.9	-5.1
Sí	31.1	36.2	5.1
Respuestas ante síntomas de ITS	3,407	2,996	411
Ninguna respuesta	7.6	6.2	-1.3
Al menos una respuesta	92.4	93.8	1.3
Factores sociodemográficos			
Situación conyugal	10,956	2,996	7,960
Casado	74.3	72.5	-1.8
Unión libre	23.5	24.8	1.3
Exunido	2.2	2.7	0.5
Edad	10,956	2,996	7,960
15 a 34	55.2	59.4	4.2
35 a 49	44.8	40.6	-4.2
Hablante de lengua indígena	10,956	2,996	-7,960
No	93.0	95.5	2.5
Sí	7.0	4.5	-2.5
Estrato socioeconómico	10,956	2,996	-7,960
Muy bajo	40.3	39.4	-0.9
Bajo	37.9	39.6	1.7
Medio y alto	21.8	21.0	-0.8
Elementos de la trayectoria sexual			
Edad a la primera relación sexual	10,956	2,996	7,960
17 o más	70.4	64.2	-6.2
16 o menos	29.6	35.8	6.2
Sexualmente activa	10,956	2,996	7,960
No	10.7	10.3	-0.4
Sí	89.3	89.7	0.4
Nociones y prácticas relacionadas con ITS			
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS	10,956	2,996	7,960
Nunca	88.5	86.6	-1.9
Siempre o algunas veces	11.5	13.4	1.9
Prueba de Papanicolaou	10,956	2,996	7,960
No	22.6	19.7	-2.9
Sí	77.4	80.3	2.9

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro B3. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial bivariada sobre percepción del riesgo, reporte de síntomas y respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS n= 10,956	Reporte de síntomas de ITS n= 10,956	Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996
Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS (No)			
Sí		1.401 ***	0.816
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)			
Al menos un síntoma de ITS	1.401 ***	-	-
Situación conyugal (Casado)			
Unión libre	1.139	1.110	1.592
Exunidas	2.228 ***	1.423	1.281
Edad	1.155 ***	0.983 ***	0.975 *
Edad ²	0.998 ***		
Hablante de lengua indígena (No)			
Sí	0.750 ***	0.542 ***	0.939
Estrato socioeconómico (Muy bajo)			
Bajo	1.023	1.094	0.904
Medio y alto	0.815 *	0.976	2.460 **
Edad a la primera relación sexual (17 o más)			
16 o menos	1.372 ***	1.495 ***	1.071
Sexualmente activa (No)			
Sí	0.659 ***	1.013	1.557
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS (Nunca)			
Siempre o algunas veces	1.458 ***	1.313 **	1.591
Prueba de Papanicolaou			
Sí	1.735 ***	1.278 **	0.992

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro B4. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante síntomas de ITS en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Reporte de síntomas de ITS n= 10,956	Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996
Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS (No)		
Sí	1.348 ***	0.843
Situación conyugal (Casado)		
Unión libre	1.022	1.752 **
Exunidas	1.140	1.352
Edad	0.977 ***	0.969 **
Hablante de lengua indígena (No)		
Sí	0.557 ***	1.178
Estrato socioeconómico (Muy bajo)		
Bajo	1.087	0.974
Medio y alto	1.103	3.064 ***
Edad a la primera relación sexual (17 o más)		
16 o menos	1.491 ***	1.023
Sexualmente activa (No)		
Sí	0.992	1.479
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS (Nunca)		
Siempre o algunas veces	1.209	1.580
Prueba de Papanicolaou		
Sí	1.467 ***	1.217
	F (11, 900) = 8.01	F (11, 706) = 2.75
	Prob > F = 0.000	Prob > F = 0.002

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro B5. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre el reporte de síntomas de ITS y respuestas ante tales síntomas en mujeres alguna vez unidas. México, 2003

Variables independientes	Respuestas ante síntomas de ITS n= 2,996
Percepción de que la pareja pueda transmitirle una ITS (No)	
Sí	0.851
Situación conyugal y nivel educativo (Casada-Media superior y superior)	
Casada-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	0.946
Unión libre-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	1.537
Unión libre-Media superior y superior	4.329 **
Exunida-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	3.490 *
Exunida-Media superior y superior	0.283
Edad	0.968 **
Hablante de lengua indígena (No)	
Sí	1.190
Estrato socioeconómico (Muy bajo)	
Bajo	0.963
Medio y alto	3.130 ***
Edad a la primera relación sexual (17 o más)	
16 o menos	1.056
Sexualmente activa (No)	
Sí	1.497
Uso del preservativo para prevenir Sida o ITS (Nunca)	
Siempre o algunas veces	1.542
Prueba de Papanicolaou	
Sí	1.223
	F (14, 703) = 3.03
	Prob > F = 0.000

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro B6. Observaciones y distribución porcentual de las respuestas ante síntomas de ITS por situación conyugal y nivel educativo. México, 2003

	Observaciones	Respuestas ante síntomas de ITS	
		Ningún síntoma	Al menos un síntoma
Casada-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	1,711	7.58	92.42
Casada-Media superior y superior	519	4.87	95.13
Unión libre-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	581	4.93	95.07
Unión libre-Media superior y superior	114	1.4	98.6
Exunida-Primaria incompleta o menos, primaria completa y media básica	48	2.43	97.57
Exunida-Media superior y superior	23	13.61	86.39
Total	2,996		

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el diseño complejo de la encuesta

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

12.3 ANEXO C: POBLACIÓN MASCULINA

Cuadro C1. Distribución porcentual de las variables según tipo de muestra. México, 2003

Variables	Muestra inicial	Muestra final	Diferencia
Tipo de percepción y reporte de síntomas			
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	985	839	146
No	87.7	86.6	-1.1
Sí	12.3	13.4	1.1
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	986	839	147
No	82.1	81.4	-0.8
Sí	17.9	18.7	0.8
Reporte de síntomas de ITS	994	839	155
Ningún síntoma	93.0	93.1	0.1
Al menos un síntoma	7.0	6.9	-0.1
Factores sociodemográficos			
Situación conyugal	994	839	155
Casado	75.7	76.7	0.9
Unión libre	18.4	17.6	-0.8
Exunido	5.9	5.8	-0.1
Nivel educativo	994	839	155
Primaria incompleta o menos	21.6	18.6	-3.0
Primaria completa	19.1	20.4	1.3
Media básica	30.5	30.6	0.1
Media superior y superior	28.9	30.4	1.5
Tamaño de localidad	994	839	155
Urbana	74.2	78.2	4.0
Rural	25.8	21.8	-4.0
Elementos de la trayectoria sexual			
Sexualmente activo	935	839	96
No	11.9	11.9	0.0
Sí	88.1	88.1	0.0
Parejas sexuales antes de la primera unión	994	839	155
Ninguna otra	33.6	31.3	-2.3
Entre 1 y 2	34.4	34.6	0.2
Entre 3 y 4	17.0	18.1	1.1
5 y más	14.9	16.0	1.0

(Continuación)

Variables	Muestra inicial	Muestra final	Diferencia
Pagar por relaciones sexuales en el último año	988	839	149
No	97.3	97.3	0.0
Sí	2.7	2.7	0.0
Nociones y prácticas relacionadas con ITS			
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS	949	839	110
Cualquier persona	20.3	21.0	0.7
Otras ¹	79.7	79.1	-0.7
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS	989	839	150
Nunca	93.4	93.2	-0.2
Siempre o algunas veces	6.6	6.8	0.2
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales	983	839	144
No	79.2	78.5	-0.8
Sí	20.8	21.6	0.8

Nota: Para el cálculo de las proporciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, la gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro C2. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial bivariada sobre la percepción del riesgo de ITS y el reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes	Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS	Reporte de síntomas de ITS
	n=839	n=839	n=839
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (No)			1.163
Sí	-	33.524 ***	
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS (No)			1.53029
Sí	33.524 ***	-	
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)			-
Al menos un síntoma	1.163	1.530	
Situación conyugal (Casado)			
Unión libre	1.426	2.037 **	0.628
Exunido	2.238 *	0.428 *	1.281
Nivel educativo (Primaria incompleta o menos)			
Primaria completa	0.745	1.010	0.777
Media básica	0.559 *	0.595 *	0.968
Media superior y superior	0.454 **	0.530 **	1.292
Tamaño de localidad (Urbana)			
Rural	1.251	1.939 ***	1.494
Sexualmente activo (No)			
Sí	0.557 *	1.271	0.664
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)			
Entre 1 y 2	1.095	1.507	2.510 *
Entre 3 y 4	0.930	1.121	3.948 ***
5 y más	2.380 **	2.674 ***	2.994 **
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)			
Sí	4.118 **	2.503	5.913 **

(Continuación)

Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS (Cualquier persona)			
Otras ¹	0.639	0.636 *	0.659
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS (No)			
Sí	2.546 **	1.798 *	2.327 *
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales (No)			
Sí	0.978	1.131	4.427 ***

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro C3. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes	Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS n=839	Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS n=839
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (No)		
Sí	-	48.250 ***
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS (No)		
Sí	46.520 ***	-
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)		
Al menos un síntoma	0.589	1.383
Situación conyugal (Casado)		
Unión libre	0.775	2.185 **
Exunido	4.251 **	0.085 ***
Nivel educativo (Primaria incompleta o menos)		
Primaria completa	0.578	1.540
Media básica	0.431 *	0.855
Media superior y superior	0.382 **	0.867
Tamaño de localidad (Urbana)		
Rural	0.633	2.505 **
Sexualmente activo (No)		
Sí	0.531	1.638
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)		
Entre 1 y 2	0.653	1.856 *
Entre 3 y 4	0.732	1.329
5 y más	1.480	2.563 **
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)		
Sí	2.342	2.070
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS (Cualquier persona)		
Otras ¹	0.633	0.613
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS (No)		
Sí	1.769	1.770
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales (No)		
Sí	0.885	1.061
Wald χ^2	(16) = 136.19	(16) = 134.02
Prob > χ^2	0.000	0.000
Pseudo R2	0.409	0.362

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro C4. Razón de momios estimados para modelos de regresión logística binomial multivariada sobre la percepción del riesgo de ITS en hombres alguna vez unidos, México, 2003

Variables independientes	Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS	Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS
	n=839	n=839
Reporte de síntomas de ITS (Ningún síntoma)		
Al menos un síntoma	0.910	1.137
Situación conyugal (Casado)		
Unión libre	1.200	1.805 **
Exunido	1.210	0.251 *
Nivel educativo (Primaria incompleta o menos)		
Primaria completa	0.732	1.080
Media básica	0.439 **	0.589
Media superior y superior	0.376 **	0.537 *
Tamaño de localidad (Urbana)		
Rural	1.195	2.052 ***
Sexualmente activo (No)		
Sí	0.701	1.120
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)		
Entre 1 y 2	0.997	1.545
Entre 3 y 4	0.895	1.182
5 y más	2.479 **	3.076 ***
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)		
Sí	3.521 **	3.253 *
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS (Cualquier persona)		
Otras ¹	0.520 **	0.522 **
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS (No)		
Sí	2.472 **	2.303 **
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales (No)		
Sí	0.905	1.022
Wald χ^2	(15) = 39.84	(15) = 51.02
Prob > χ^2	0.001	0.000
Pseudo R2	0.071	0.088

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Nota: Para realizar las estimaciones se utilizó el ponderador de ajuste por no respuesta. Las categorías de referencia de cada variable se encuentran entre paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Cuadro C5. Razón de momios estimados para modelo de regresión logística binomial multivariada sobre reporte de síntomas de ITS en hombres alguna vez unidos. México, 2003

Variables independientes	Reporte de síntomas de ITS n=839
Percepción del riesgo de que la pareja le transmita una ITS (No)	
Sí	1.408
Percepción del riesgo de transmitir a la pareja una ITS (No)	
Sí	0.787
Situación conyugal (Casado)	
Unión libre	0.519
Exunido	0.581
Nivel educativo (Primaria incompleta o menos)	
Primaria completa	1.063
Media básica	1.553
Media superior y superior	1.498
Tamaño de localidad (Urbana)	
Rural	2.027
Sexualmente activo (No)	
Sí	0.570
Parejas sexuales antes de la primera unión (Ninguna otra)	
Entre 1 y 2	2.525 *
Entre 3 y 4	3.588 **
5 y más	2.781 *
Pagar por relaciones sexuales en el último año (No)	
Sí	6.240 *
Nociones sobre las personas que pueden transmitir una ITS (Cualquier persona)	
Otras ¹	0.602
Uso del preservativo en la última relación sexual para prevenir Sida o ITS (No)	
Sí	1.283
Consulta médica sobre genitales o relaciones sexuales (No)	
Sí	4.148 ***
Wald χ^2	
	(16) = 44.89
Prob > χ^2	
	0.000
Pseudo R2	
	0.135

¹ Trabajadora sexual, homosexual, desconocida/o, mujer/hombre con varias parejas, gente infectada, drogadictos y alcohólicos, personas promiscuas, alguien que no se asea

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003