



El Colegio de la Frontera Norte

***LA RECURRENCIA DE LOS EVENTOS MIGRATORIOS COMO
FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTAR ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL. TIJUANA, B.C., MÉXICO, 2002.***

Tesis presentada por

Giovanni Alberto Macías Suárez

Para obtener el título de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

Tijuana, B.C.

2004

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: _____

Mtra. María Gudelia Rangel Gómez

Aprobada por el Jurado Examinador:

1.- _____

Mtra. María Gudelia Rangel Gómez

2.- _____

Mtro. Raúl Sergio González Ramírez

3.- _____

Dr. Carlos Jesús Conde González

Al padre Dios por haberme dado la oportunidad de vivir, de disfrutar de las maravillas de su creación y por brindarme la capacidad para afrontar los diferentes retos que presenta la vida.

A ti madre por tu tenacidad, por tu sacrificio, por el amor incondicional que siempre nos has tenido. Por haberme dado la posibilidad de estudiar a pesar de todas las dificultades sufridas, a pesar de las necesidades y la enfermedad. Este trabajo es fruto de tu esfuerzo y trabajo.

Gracias mamá, te quiero mucho.

A mi hermana Luz Elena y abuela Graciela, por estar siempre pendiente de mí a pesar de la distancia, por su apoyo y amor. Las quiero mucho.

A ti Ana Elizabeth, por ser mi mejor amiga, por estar conmigo compartiendo los buenos y malos momentos, por haberme enseñado lo bella que es la vida, por tu comprensión, por tu amor.

Te quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

Por medio de este espacio quiero agradecer a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible mi estadía en la maestría y la realización de la tesis.

Quiero agradecer de una manera muy especial a mi directora de tesis la Mtra. Gudelia Rangel, por su constante apoyo, por haber depositado su confianza en mí para la realización del trabajo. Asimismo, agradezco a mis lectores: el Dr. Carlos Conde y el Mtro. Raúl González, por todos los comentarios y sugerencias realizadas para mejorar la tesis.

Doy mis más sinceros agradecimientos a El Colegio de la Frontera Norte por haberme brindado la posibilidad de continuar con mis estudios, pues de no haber sido por este medio, difícilmente podría haber seguido superándome. De igual manera, agradezco a todo el personal administrativo, al Dr. Humberto González, Elizabeth, Rita Arteaga, Alma Guzmán y todas aquellas personas que me colaboraron durante mi permanencia en la maestría y en la elaboración de la tesis.

También brindo mis más sinceros agradecimientos a todos los profesores que nos vinieron a impartir clase durante la maestría: a la Dra. Elmyra Ybañez, Dra. Marie Laure Coubes, Dr. Rubén Hernández, a Yolanda Palma y Rodolfo Corona, por haber compartido todos sus conocimientos y experiencias con nosotros.

Agradezco a todos los compañeros de la maestría: a doña Ramona, Ricardo, doña Lourdes, Betzy, Maritza, Antonio y demás por haber compartido todo este tiempo conmigo, por hacerme sentir en familia. A mis parceros Juan y Cesar, por ser mis mejores amigos, por haberme ayudado en los momentos que más lo necesitaba, por aconsejarme.

De igual forma quiero agradecer a Hugo Grisales, Laura Alicia Laverde y Byron Agudelo, profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Medellín – Colombia), por su

apoyo incondicional, por haberme colaborado tanto moral como económicamente para venir a realizar mis estudios; lo que han hecho por mi nunca se me olvidara, fue una muestra de solidaridad, humildad y amistad. Dios les pague.

Quiero agradecer también a mis amigos de Colombia, por apoyarme moralmente durante toda la maestría, a pesar de la distancia.

Por último, reitero mis más sinceros agradecimientos a Ana Elizabeth, por el apoyo incondicional, por sus consejos, por su amistad.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	21
1.1 Definición.....	21
1.2 Modelos conceptuales.....	25
1.3 Factores de riesgo para el padecimiento de la enfermedades de transmisión sexual.....	29
1.4 Normatividad vigente desde la salud pública y la investigación epidemiológica.....	41
CAPÍTULO 2. CONTEXTO DE LOS ESTUDIOS DE MIGRACIÓN Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	47
2.1 A nivel mundial.....	50
2.2 A nivel de México.....	56
CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	63
3.1 Fuentes de datos.....	63
3.1.1 Descripción general de la EMIF.....	63
3.1.2 Descripción general del módulo sobre factores de riesgo de infección por VIH/SIDA.....	67
3.2 Metodología.....	71
3.3 Conceptos y operacionalización de las variables.....	71
3.3.1 Manifestación de enfermedades de transmisión sexual.....	72
3.3.2 Riesgos para la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.....	72
3.3.3 Recurrencia migratoria.....	73
3.3.4 Variables sociodemográficas.....	74
3.4 Evaluación de la base de datos y limitaciones de la investigación.....	76
3.5 Técnicas estadísticas utilizadas.....	79

3.5.1	Razón de momios (Odds Ratio).....	79
3.5.2	Modelo de regresión logística.....	80
CAPÍTULO 4.	RECURRENCIA DE LOS EVENTOS MIGRATORIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA MANIFESTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	86
4.1	Características sociodemográficas.....	87
4.2	Características demográficas por flujo migratorio.....	92
4.3	Prevalencia de los factores de riesgo conductuales y las enfermedades de transmisión sexual reportadas.....	97
4.4	Conocimientos sobre las ETS y realización de pruebas diagnósticas.....	105
4.5	Factores de riesgo asociados con la manifestación de las ETS.....	105
4.6	Factores de riesgo asociados con la manifestación de las ETS en los migrantes procedentes de los flujos migratorios de Estados Unidos y del sur.....	121
CAPÍTULO 5.	CONCLUSIONES.....	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		141
ANEXOS.....		151

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según el nivel de escolaridad, 2002.....	95
Cuadro 2.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según el estado civil, 2002.....	96
Cuadro 3.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número y el tipo de parejas con las que sostuvieron relaciones sexuales, 2002....	98
Cuadro 4.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según la frecuencia de utilización del condón y el tipo de parejas con las que sostuvieron relaciones sexuales, 2002.....	100
Cuadro 5.	Tipos de factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.....	109
Cuadro 6.	Factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.....	115
Cuadro 7.	Factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en los migrantes procedentes de los Estados Unidos y del sur.....	123

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Marco muestral.....	69
Gráfica 2.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según grupos de edad y sexo, 2002.....	88
Gráfica 3.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según nivel de escolaridad, 2002.....	90
Gráfica 4.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el estado civil, 2002.....	91
Gráfica 5.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el flujo migratorio, 2002.....	92
Gráfica 6.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana de acuerdo al número de personas con las que ha tenido sexo vaginal y/o anal, 2002.....	97
Gráfica 7.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según la razón principal para la no utilización del condón, 2002.....	102
Gráfica 8.	Padecimiento reportado de alguna ETS en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana durante los seis meses previos a la realización de la entrevista, 2000....	104
Gráfica 9.	Padecimiento reportado de alguna enfermedad de transmisión sexual en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana, 2002.....	104

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1.	Proporción de migrantes captados en la ciudad de Tijuana según la entidad donde nacieron, 2002.....	89
Mapa 2.	Proporción de migrantes captados en la ciudad de Tijuana según la entidad donde residen, 2002.....	89

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	Hoja de consentimiento informado # 1.....	152
Anexo 2.	Descripción de distintos tipos de prácticas sexuales.....	158
Anexo 3.	Varias enfermedades de transmisión sexual (ETS).....	160
Anexo 4.	Hoja de consentimiento informado # 2.....	162
Anexo 5.	Protocolo para la recogida de muestras.....	168
Anexo 6.	Descripción de las variables independientes relacionadas con los hábitos conductuales de los migrantes.....	170
Anexo 7.	Tamaño de la muestra.....	172
Anexo 8.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según la edad quinquenal y el sexo, 2002.....	173
Anexo 9.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según la entidad federativa de nacimiento y de residencia, 2002.....	174

Anexo 10.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas estables con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.....	175
Anexo 11.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas casuales con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.....	175
Anexo 12.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas trabajadoras sexuales con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.....	176
Anexo 13.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que sostuvieron sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas o a cambio de dinero, comida, etc., 2002.....	176
Anexo 14.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que sostuvieron sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas o a cambio de dinero, comida, etc., según el flujo migratorio, 2002.....	177
Anexo 15.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber compartido una aguja con alguna otra persona, 2002.....	177
Anexo 16.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber compartido una aguja por tipo de flujo migratorio, 2002.....	178
Anexo 17.	Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber consumido alcohol o cerveza por tipo de flujo migratorio, 2002.....	178
Anexo 18.	Padecimiento reportado de ETS en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana según el tipo de flujo migratorio, 2002.....	179
Anexo 19.	Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que se hizo la prueba de VIH/SIDA u otra ETS en los seis meses previos a la realización de la encuesta, 2002.....	179

Anexo 20.	Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores sociodemográficos...	180
Anexo 21.	Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores conductuales.....	180
Anexo 22.	Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores relacionados a los conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ETS y la realización de pruebas diagnósticas.....	181
Anexo 23.	Modelo de regresión logística global entre las ETS y los factores de riesgo.....	181
Anexo 24.	Modelo de regresión logística global entre las ETS y los factores de riesgo en los migrantes procedentes de Estados Unidos y del sur.....	182
Anexo 25.	Evaluación del perfil demográfico y de conductas de riesgo por flujo migratorio de los migrantes con prueba y sin prueba de VIH (Procedentes de EU y del sur)....	183
Anexo 26.	Evaluación del perfil demográfico y de conductas de riesgo por flujo migratorio de los migrantes con prueba y sin prueba de VIH (Procedentes de la frontera norte y deportados por la patrulla fronteriza).....	186
Anexo 27.	Correlación de prácticas de riesgo para la infección por VIH entre migrantes mexicanos.....	189

ABREVIATURAS

CBEACH	Center for Behavioral Epidemiology and Community Health.
CD4	Linfocitos T cooperadores
CDC	Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
CONASIDA	Consejo Nacional de Prevención del SIDA.
ELISA	Ensayo de Liga Enzimática.
EMIF	Encuesta de Migración de la Frontera Norte.
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
IOM	International Organization for Migration.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA.
PLANADE	Plan Nacional de Desarrollo.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
UDI	Usuario de Drogas Inyectables.
UNGASS	Asamblea Especial de Naciones Unidas.
VHS	Virus del Herpes Simplex.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VPH	Virus del Papiloma Humano.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema muy importante dentro de la sociedad, repercutiendo en la salud tanto a nivel individual como colectivo. Adicionalmente, han recobrado importancia mundial por diversas razones, entre las que se destaca en mayor medida las relacionadas con los cambios en los comportamientos sexuales originados por la evolución de la sociedad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que anualmente ocurren alrededor de 340 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el mundo en la población de 15 a 49 años, sin incluir infecciones virales como las causadas por el virus del papiloma humano, hepatitis B, herpes genital, entre otras. De acuerdo a estimaciones realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (ONUSIDA), cada día se infectan por VIH más de 500 personas en América Latina y la región del Caribe, elevando a 1.4 millones el número acumulado de infectados por VIH. De igual manera, cerca de 50 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual ocurren cada año en esta región, en donde aproximadamente la mitad acontecen entre jóvenes de 15 a 24 años de edad (CONASIDA, 2000).

Para México en particular, de acuerdo a las estadísticas oficiales, ocurren anualmente 7 millones de casos nuevos de ITS curables, en las que se destacan: tricomonas con 3.39 millones de infecciones, clamidia con 1.92 millones, gonorrea con 1.36 millones y sífilis con 0.24 millones (CONASIDA, 2000).

Desde que se inició la epidemia del SIDA hasta el 1 de noviembre de 2003, se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA en México, donde se calcula que en el grupo de edad de 15 a 49 años, se encuentran de 116 a 177 mil personas infectadas por VIH. Por otro lado, se observa cómo en un 91.7% de los casos, la infección se ha producido por medio de una transmisión sexual; destacándose

dentro de esta las relaciones heterosexuales con el 38.3%, seguido de las relaciones homosexuales con el 31.2% (Secretaría de Salud, 2003).

Se ha observado que el riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual está relacionado con factores biológicos y con algunos factores sociales (Elias et al., 1993; citado en Langer, 1996; Calderón, 1999). La migración puede ser uno de esos factores sociales y uno de los problemas más frecuentes en los países en vía de desarrollo, en donde predomina la pobreza, el desempleo y la falta de educación (Bronfman y Herrera, 2001).

En México, la migración, en especial la que ocurre hacia los Estados Unidos, ha sucedido desde comienzos del siglo XX, en donde el mercado ha estado sumiso a los movimientos propios de períodos de bonanza y contracciones económicas (CEPAL/CELADE, 1999). De este modo, la mayoría de las corrientes migratorias son ocasionadas por serias discrepancias en el desarrollo económico entre ambos países. La decisión de emigrar básicamente está sustentada en la escasez de recursos económicos y en el deseo de mejorar las condiciones de vida (Bronfman y Leyva, 1999; Bronfman y Minello, 1995).

Los procesos que explican la dinámica migratoria han ocasionado la existencia de migrantes con características diferentes, conformándose un perfil en el que se cruzan diversas expresiones regionales que actúan directamente en el territorio donde arriban y se asientan las poblaciones, incidiendo directamente en las condiciones de salud. Asimismo, los empleos a los que se dedican muchos de los migrantes como un inadecuado manejo de la información por parte de estos¹, potencian una constante vulnerabilidad de los trabajadores migrantes en cuanto a las condiciones de salud se refiere (Morales y Acuña, 2002).

¹ Falta de información, diferencias culturales e idiomáticas que dificultan la comprensión e interpretación efectiva de las campañas educativas.

Por otro lado, debido al detrimento que sufren estos grupos en cuanto a los derechos elementales en sus lugares de origen, durante el traslado y en el lugar de destino, es que se deriva su vulnerabilidad, sumado a la mayor fragilidad que presentan las mujeres y los migrantes indocumentados. Además, la pobreza y la falta de recursos pueden originar que las personas que se desplazan aumenten el riesgo de contraer el VIH al vender relaciones sexuales sin protección a cambio de bienes, servicios y dinero para poder subsistir y continuar con el viaje. Así mismo, en ocasiones las barreras lingüísticas y culturales favorecen su falta de acceso a la información, a los servicios de salud y a los medios y programas de prevención (Bronfman y Herrera, 2001).

Ahora bien, en la actualidad se observan ciertos cambios en los patrones de morbilidad en el país, originados por una mayor proliferación de las enfermedades de transmisión sexual (CONAPO, 1999), posiblemente debido a la adopción de nuevas prácticas, comportamientos riesgosos y a la vulnerabilidad adquirida en la población a causa de la migración², sobre todo la internacional (México – Estados Unidos), la cual implica una alternancia en ambos países, prestándose a que haya una mayor interacción y dinámica entre los individuos. A lo anterior se le agrega la transición epidemiológica dada en México durante los últimos años, en donde se está pasando de problemas de salud como las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias que afectan en primera instancia a los grupos más sensibles de la población, a enfermedades crónico-degenerativas y al surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA y la reaparición de algunas que en otros años ya habían sido controladas como las ETS (CONAPO, 1999; Frenk, 1994).

Los argumentos anteriormente descritos conducen a plantear la hipótesis de que los migrantes pudieran adquirir las enfermedades de transmisión sexual dentro de las fronteras mexicanas, en donde se presenta

² Caracterizada principalmente por la presencia de la pobreza, la violación de los derechos humanos y falta de acceso a los servicios de salud.

una interacción con otras poblaciones, muchas de ellas también poblaciones móviles, con características muy variadas, en la cual se establecen determinadas situaciones y prácticas de riesgo.

Por todo esto, se hace necesario investigar la relación que tiene la migración y algunas variables sociodemográficas, con la adopción de diversos hábitos de vida y prácticas sexuales riesgosas; debido a que son estas circunstancias las que implican un mayor riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual. Un estudio de esta naturaleza aportaría valiosos elementos y conocimientos para la comprensión del fenómeno. Del mismo modo facilitaría la elaboración de estrategias y la formulación de políticas en los países involucrados encaminadas a prevenir y controlar el riesgo en las poblaciones afectadas por los movimientos migratorios.

Asimismo, esta clase de estudios, donde la información y los métodos demográficos son utilizados para medir y conocer los determinantes de la enfermedad, son de vital importancia para entender la problemática y tratar de mitigar el impacto que tienen las enfermedades dentro de la población en general. De ahí la intención de trabajar con un enfoque que abarque de manera interdisciplinaria las bondades de la demografía y el proceso de salud-enfermedad.

La presente investigación pretende responder la siguiente pregunta: *¿En qué medida la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual aumenta o disminuye con la presencia de ciertas variables sociodemográficas, el cambio en los hábitos y prácticas de vida sexual y con la recurrencia de los eventos migratorios hacia Estados Unidos en el flujo de migrantes mexicanos?*

Para dar respuesta a esta interrogante, se plantea como objetivo general determinar la prevalencia de los factores de riesgo³ que pueden influir en el contagio de enfermedades de transmisión sexual y su relación

³ Los **factores de riesgo** son condiciones que incrementan las probabilidades de padecer determinada enfermedad, para nuestro caso, las enfermedades de transmisión sexual (SSA, 1992).

con variables sociodemográficas como la edad, sexo, zona de procedencia, nivel de escolaridad y la historia migratoria de los migrantes en flujo que cruzan la frontera México – Estados Unidos por la ciudad de Tijuana.

De este objetivo general se desprenden otros a nivel más específico:

1. Identificar las características sociodemográficas de los migrantes mexicanos en flujo que buscan pasar la frontera por la ciudad de Tijuana;
2. Determinar la prevalencia reportada de enfermedades de transmisión sexual y los factores de riesgo conductuales que se asocian con el padecimiento referido por los migrantes;
3. Determinar cuáles son los conocimientos que tienen los migrantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual;
4. Examinar la relación entre las variables sociodemográficas, conductuales y el estatus migratorio con las prevalencias de ETS a que hagan alusión los participantes;
5. Comparar los factores de riesgo relacionados a las ETS por tipo de flujo migratorio (procedente de Estados Unidos de América, de la frontera norte mexicana, del centro y sur de México y los deportados).

La investigación estará guiada por las siguientes hipótesis:

Los individuos que migran por primera vez hacia Estados Unidos presentan menos riesgo de manifestar enfermedades de transmisión sexual que aquellos individuos que tienen una historia migratoria;

Los migrantes con niveles bajos de escolaridad tienen mayor riesgo de presentar una enfermedad de transmisión sexual que aquellos con mayores niveles de escolaridad;

Los migrantes procedentes de Estados Unidos presentan mayores prevalencias de factores de riesgo conductual y de enfermedades de transmisión sexual reportadas que aquellos que proceden del sur;

El riesgo de manifestar una enfermedad de transmisión sexual es mayor en aquellos migrantes que proceden de los Estados Unidos que los que provienen del sur;

Los migrantes procedentes de localidades no urbanas presentan mayores riesgos de presentar ETS que aquellos que provienen de localidades urbanas.

Con el fin de abordar el tema sobre la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas que favorecen la presencia de enfermedades de transmisión sexual, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, teniendo en cuenta un enfoque sociodemográfico y de salud; asumiendo como fuente de información la base de datos correspondiente a la Encuesta de Migración de la Frontera Norte (EMIF), levantada por el Colegio de la Frontera Norte y el módulo sobre factores de riesgo de infección por VIH/SIDA, incluido una vez finalizado el cuestionario de la EMIF; perteneciente al proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», realizado por el Colegio de la Frontera Norte y el Centro de Epidemiología Comportamental y Salud Comunitaria de California.

Sin lugar a dudas una de las limitantes más importantes de la presente investigación es la ausencia de trabajos que enfaticen en el estudio de los migrantes y las enfermedades de transmisión sexual. Los esfuerzos se han enfocado primordialmente en conocer la relación existente entre la migración y el VIH/SIDA, dejando de lado la importancia que adquieren las ETS como uno de los principales factores de riesgo que inciden en el contagio del VIH/SIDA.

Por otro lado, la encuesta no capta los migrantes que viajan directamente desde el lugar de origen (en México) al lugar de destino (Estados Unidos) y viceversa, limitando el conocimiento sobre sus comportamientos y prácticas sexuales. Asimismo, otra limitación adicional de la investigación es que la prevalencia de ETS registrada no proviene de un diagnóstico de laboratorio, sino de la información brindada por los participantes basados en la memoria de la ocurrencia del hecho infeccioso.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos:

En el primero de ellos «Conceptualización de las enfermedades de transmisión sexual» se definen los conceptos, las principales enfermedades, el origen, diagnóstico, síntomas, signos y factores de riesgo. Del mismo modo, se revisan los principales referentes teóricos que explican el estudio de las enfermedades y la normatividad vigente que rige al fenómeno de estudio.

En el segundo capítulo «Contexto de los estudios de migración y enfermedades de transmisión sexual» se hace una descripción de los antecedentes y del contexto a nivel internacional y local de los estudios sobre migración y ETS, con el fin de tener un mayor entendimiento sobre la problemática.

Dentro del tercer capítulo «Aspectos metodológicos» se revisan las principales herramientas metodológicas seguidas dentro de la investigación, al igual que las fuentes de datos, sus virtudes y sus deficiencias. Del mismo modo, se construyen los conceptos, se operacionalizan las variables y se indican las principales técnicas estadísticas aplicadas.

En la cuarta parte denominada «Recurrencia de los eventos migratorios como factor de riesgo para la manifestación de las ETS», se presentan los principales resultados, se muestran las diferencias por flujos migratorios y los resultados de los modelos estadísticos que explican la relación entre las variables de interés como la edad, escolaridad, zona de procedencia e historia migratoria.

Por último, en el quinto capítulo «Conclusiones» se analizan los resultados obtenidos a la luz de la teoría revisada, se comparan los resultados y se destacan los hallazgos más importantes.

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1.1 Definición.

Las enfermedades de transmisión sexual son conocidas desde la antigüedad y generalmente asociadas con amores prohibidos. Hasta la Segunda Guerra Mundial eran llamadas «enfermedades venéreas» y solo estaban constituidas por un pequeño número de enfermedades infecciosas como son la sífilis, chancro blando, gonorrea, linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal (Gineconet, 2003).

Las enfermedades de transmisión sexual provienen del contagio directo con una persona enferma y se transmiten por contactos genitales no protegidos adecuadamente, en relaciones heterosexuales, homosexuales, de madre a hijos, durante la gestación, el parto o la lactancia, o por contacto con sangre infectada.

Si no se tratan oportunamente pueden ocasionar graves trastornos de salud como esterilidad, desórdenes mentales, aumento de las probabilidades de desarrollar un cáncer, defectos físicos de nacimiento, enfermedades cardíacas e inclusive la muerte (Vihsida, 2003).

«Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas⁴, alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas» (Ministerio de Salud de Colombia, 2000). La mayoría de estas infecciones son tratables a tiempo, pero algunas, una vez contraídas no se pueden curar.

⁴ Una enfermedad es sintomática cuando revela signos y síntomas, por el contrario, es asintomática cuando no lo hace, sin que signifique que no se presenta la patología.

Una persona puede tener más de una ETS al mismo tiempo, y puede de igual forma volver a contraer la misma patología. De este modo, mientras más se posponga el tratamiento, es mayor el daño que se produce en el organismo (Vihsida, 2003).

Algunas de las enfermedades de transmisión sexual más importantes son:

- *Herpes genital.* Es una enfermedad que se manifiesta con la formación de conjuntos de ampollas en los órganos genitales, entre los 2 y 14 días después de la infección. Estas ampollas se abren posteriormente y suelen ser muy dolorosas, en especial cuando hacen contacto con la orina. Sin embargo, a pesar de que estas heridas desaparecen, el virus permanece, de tal manera que la infección puede reaparecer en cualquier momento, algunas veces motivada por situaciones de estrés, incrementándose el riesgo de cáncer de cuello de útero en la mujer. Así mismo, el riesgo de aborto o nacimiento prematuro se incrementa (Vihsida, 2003).
- *Gonorrea.* Esta enfermedad es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, ubicándose principalmente en la uretra y en el cuello del útero. Produce en los hombres ardor al orinar y secreción purulenta. En las mujeres generalmente la infección es asintomática, desconociendo en muchos casos la presencia de la infección, a menos que se descubra en el momento que se está realizando un examen médico. Cuando no se trata, ocasiona en los hombres dolor en el pene y más tarde en el área inguinal, esterilidad debido a un estrechamiento de la uretra e infecciones localizadas en articulaciones o en otros tejidos. En las mujeres, puede ocasionar enfermedad inflamatoria pélvica, infección de las trompas de falopio, ovarios y área pélvica y esterilidad, ya que la cicatrización puede destruir áreas de las trompas de falopio (Vihsida, 2003).
- *Clamidia.* Esta patología causada por la bacteria estrictamente intracelular *Chlamydia trachomatis*, afecta en especial a los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos. En las mujeres comienza en el cuello uterino, en donde aproximadamente el 75% de los casos no produce síntomas; mientras que

el restante 25% puede producir flujo genital, entre otros síntomas. Además, es de vital importancia diagnosticar la enfermedad, debido a que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres que presentan esta infección no tratada desarrolla enfermedad inflamatoria pélvica. Si la enfermedad no se trata puede ocasionar esterilidad en ambos sexos; en los hombres pueden inflamarse los conductos espermáticos y bloquearse. En las mujeres, como ya se mencionó antes, puede ocasionar enfermedad inflamatoria pélvica y obstruir las trompas de falopio (Funcei, 2003).

- *Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).* Esta enfermedad se presenta en las mujeres y es causada generalmente por una infección transmitida sexualmente y que no fue tratada apropiadamente. Entre los principales síntomas están los dolores en el bajo abdomen, fiebre, sensibilidad cervical, y/o descargas vaginales anormales. Generalmente cuando se diagnostica una gonorrea o clamidia de manera combinada con síntomas, hay probabilidades muy altas de que se trate de una enfermedad pélvica inflamatoria. Esta enfermedad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de un embarazo ectópico⁵ y una de las causas más frecuentes de infertilidad (Vihsida, 2003).
- *Chancroide.* Esta patología es causada por el bacilo *Haemophilus ducreyi*. Produce en las mujeres úlceras en el ano, los labios, clítoris, vagina y cuello uterino, caracterizadas por su gran dolor; mientras que en los hombres, produce úlceras dolorosas en el frenillo, glande, prepucio y el surco balanoprepucial. Cuando hay varias lesiones profundas, las cicatrices suelen ser significativas y muy evidentes (Ejournal, 2002).
- *Uretritis no Gonocócica.* Es una infección que produce ardor al orinar y secreción del pene. A menudo es causada por la clamidia y se transmite durante las relaciones sexuales. Muchas veces los síntomas son tan insignificantes que las personas no sospechan que tienen la enfermedad (Vihsida, 2003).

⁵ Anomalía congénita.

- *Hepatitis B.* Es una enfermedad que se presenta en el hígado y es ocasionada por un virus que se encuentra en la sangre, saliva, semen y otros fluidos corporales del individuo que está contaminado. Este virus es mucho más contagioso que el VIH, transmitiéndose en ambos casos por vía sexual, sanguínea y de madre a hijo. Los síntomas más acentuados son el cansancio, la falta de apetito, los dolores musculares, vómitos, náuseas, las erupciones cutáneas, entre otros. Por lo general, la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad se sanan, sin embargo, hay muchas que siguen siendo portadoras del virus de la hepatitis B (Funcei, 2003; Vihsida, 2003).
- *Sífilis.* Esta patología es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual se introduce en la corriente sanguínea durante las relaciones sexuales o de las infecciones de la piel con lesiones infectadas húmedas. Es una enfermedad bastante peligrosa y contagiosa; se desarrolla por etapas, en donde cada uno de ellas presenta síntomas muy característicos. En aquellas personas que no reciben tratamiento aparecerán lesiones en el corazón, vasos sanguíneos, con el resultado de fallos cardíacos produciendo en ocasiones la muerte. También origina lesiones cerebrales que pueden causar parálisis, trastornos psíquicos y demencia. Por otro lado, causa malformaciones y muerte en los recién nacidos, en el caso de que en la madre no sea tratada la enfermedad (Vihsida, 2003; Ejournal, 2002).
- *Tricomoniasis.* Esta enfermedad es producida por el protozoo *Tricomonas vaginalis* y se adquiere por contacto sexual. En el hombre presenta síntomas como picores, quemazón, prostatitis, inflamación, secreción purulenta, epididimitis y estenosis uretrales. En las mujeres los signos y síntomas son una secreción vaginal abundante, espumosa y de color grisáceo-amarillento con mal olor que causa irritación y picores (Ejournal, 2002).
- *Infección por el Virus del Papiloma Humano (papilomavirus humano).* Esta infección de transmisión sexual es la más frecuente de origen viral. Se divide en varios tipos: las llamadas «verrugas genitales», que son elevaciones de la piel localizadas en la vulva, en la vagina o ano y sobre el cuello

del útero. Generalmente son indoloras, sin embargo, en otras ocasiones pueden causar picazón, dolor o sangrado. Las «verrugas microscópicas», las cuales generan cambios mínimos en la piel o mucosas, y solo pueden ser detectadas con instrumentos especiales. En muchas ocasiones, esta infección puede permanecer en la zona genital sin causar daño o lesiones aparentes (Funcei, 2003).

- **SIDA.** Esta enfermedad es producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca y deprime al sistema inmunológico, convirtiendo a la persona muy vulnerable frente a cualquier infección secundaria y por el cáncer, produciéndole posteriormente la muerte. Se caracteriza por astenia e importante pérdida de peso, y con frecuencia por complicaciones neurológicas debidas a la lesión de las células cerebrales. Uno de los principales síntomas consiste en la aparición de lesiones violáceas en la piel. Esta enfermedad puede presentarse años o decenios después de la fecha de contagio (CENSIDA, 2003b).

A excepción de enfermedades como el SIDA, la hepatitis B, el VHS-2 y el VPH; la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual tienen hoy en día curación, a pesar de que en el pasado tuvieron efectos desastrosos en la población, comprometiendo seriamente los esfuerzos de la salud pública. Sin embargo, hay que tener presente que muchas de ellas tienen un proceso de curación lento, arduo y puede dejar secuelas, y que no debe dejarse todo a la curación, sino que hay que asumir la propia sexualidad con prevención y responsabilidad.

1.2 Modelos conceptuales.

Desde la perspectiva de Salud Pública, hay varios modelos conceptuales que se han desarrollado por diferentes disciplinas con el propósito de ahondar en el entendimiento del estudio de las patologías. En nuestro caso, en la elaboración y comprensión de las enfermedades de transmisión sexual, los modelos más significativos son: el modelo biomédico, el epidemiológico clásico, el epidemiológico social, el higienista/preventivo, el ecologista y el sociomédico neoconservador (Frenk, 1994).

El modelo biomédico se origina a finales del siglo XIX y a comienzos del siglo XX. Manifiesta que la enfermedad depende de un agente biológico exclusivamente. Es la respuesta a la presencia activa de agentes externos; sin embargo tiene sus problemas, porque no necesariamente el mismo agente produce la enfermedad, además no tiene en cuenta otros factores sociales que determinan la existencia de ésta (Frenk, 1994; Arredondo, 1993). Para el caso de las enfermedades de transmisión sexual, si bien es cierto estas son originadas por un agente biológico, hay factores que favorecen el contagio y proliferación de las mismas.

El modelo epidemiológico clásico permite la interacción de factores de riesgo individual y grupal bajo cierta red de causalidad. La limitante fundamental de este modelo, es que los factores sociales aparecen como parte del entorno, es decir, no determina su valor específico ni los diferencia de otros factores; componente bastante importante dentro del estudio de las ETS, por la variedad de problemáticas sociales que pueden estar relacionadas con los contagios. Pone más importancia sobre los factores ambientales, biológicos e individuales (Arredondo, 1993).

Por otro lado, el modelo epidemiológico social establece que la enfermedad es producida por las condiciones de vida y de trabajo de cada grupo social. Privilegia al rubro social como el factor más importante. Se corre el riesgo de reducir la complejidad a la problemática de las relaciones sociales, marginándose factores de riesgo de otro tipo (Arredondo, 1993).

El modelo higienista – preventivo conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso continuo y de causalidad múltiple, en donde son aplicables medidas preventivas de acuerdo a la historia natural de la enfermedad (Palacio, 2002). Dentro de este modelo, los exámenes diagnósticos, de papanicolaou para las mujeres y serologías para hombres y mujeres son utilizados con la finalidad de detectar las enfermedades de transmisión sexual. Este modelo tiene como principal limitante que los determinantes se enfocan

sobre los aspectos biológicos, dejando el aspecto social como un elemento más del entorno (Arredondo, 1993).

Respecto al modelo ecologista, las condiciones de salud dependen del equilibrio entre el huésped y ambiente, además permite asignar un valor específico a otros factores involucrados en el proceso de salud - enfermedad. Este modelo carece de conceptos y métodos adecuados para abordar el determinante social (Frenk, 1994; Arredondo, 1993).

El estudio de las enfermedades de transmisión sexual debe de abordarse de una manera integral e interdisciplinaria desde varios enfoques, de tal manera que se construyan guías encaminadas a entender el proceso de salud enfermedad que nos atañe. Aportes de disciplinas que interactúan dentro de las ciencias sociales como la Economía y la Demografía; las cuales gozan de abundante información y tratan aspectos sobre medición, niveles, tendencias, estructuras, composición, movilidad poblacional y otras variables demográficas; las cuales nos ayudan en parte a identificar el por qué ciertas condiciones específicas se presentan de una manera más acentuada en algunas poblaciones en particular (Arredondo et al., 1992).

Son importantes también las aportaciones de la Sociología para abordar el análisis de la enfermedad en varias dimensiones; tanto en sus condiciones y determinantes, como en la manera en que la sociedad se organiza para darle respuesta a la problemática. De igual forma, abordando puntos importantes y necesarios para el mejor entendimiento de los procesos sociales en torno a la enfermedad. En cuanto a la Epidemiología, su desarrollo metodológico se constituye en una herramienta primordial para poder estudiar y determinar los diferentes factores de riesgo que se correlacionan en la explicación del proceso salud-enfermedad. Por último, los aportes de la Antropología se fundamentan en el análisis de los estilos de vida y de los factores culturales como determinante de la morbilidad (Arredondo et al., 1992).

La investigación propuesta, básicamente utilizará el modelo sociomédico (neoconservador), el cual contempla dentro del perfil epidemiológico un enfoque integral, que incluye los factores biológicos, demográficos, sociales y culturales que operan en los diferentes niveles de determinación de la enfermedad. Tales factores determinan la manera como se organiza la sociedad para dar respuesta a las condiciones de salud que generan (Arredondo, 1993).

Este enfoque deja a un lado los anteriores modelos donde predominaban ciertos aspectos particulares, en los cuales el conocimiento se ceñía a situaciones específicas, abandonando otros aspectos muy importantes dentro del entendimiento del proceso de salud enfermedad.

Por medio de este enfoque se pretende estudiar las enfermedades de transmisión sexual – de acuerdo al informe verbal de los sujetos de investigación – de manera integral e interdisciplinaria, analizando aspectos como su origen biológico, los principales factores de riesgo, el mecanismo de proliferación, los factores demográficos, entre otros; dándonos una imagen del problema y señalándonos la diversidad de factores envueltos en el proceso, los cuales hay que tener en cuenta a la hora de tomar decisiones por parte de los organismos encargados de construir y difundir las políticas y estrategias encaminadas a la población.

Como se mencionó antes, la demografía aporta al proceso salud-enfermedad de una manera significativa los datos, el análisis y el conocimiento demográfico, evaluando los cambios en la estructura por edad de las poblaciones, ya que las enfermedades y necesidades sanitarias son muy diferentes según la edad de los individuos. Asimismo, brinda herramientas metodológicas para el análisis de la estructura de la morbilidad, de los niveles y de las tendencias; desarrolla indicadores encaminados a medir las prevalencias de la enfermedad e integra una serie de conceptos teóricos de otras disciplinas que ayudan a comprender la morbilidad como un proceso que trasciende la dinámica demográfica (Welti et al., 1997; Arredondo et al., 1992).

De este modo, con el enfoque sociodemográfico y el modelo sociomédico (neoconservador) se establecerán correlaciones entre los diferentes conjuntos poblacionales, saliéndonos de un análisis global para llegar a situaciones más específicas, las cuales están relacionadas tanto con los niveles como con las tendencias en salud. Así, se llegan a establecer supuestos hipotéticos que dan origen a estudios detallados (Arredondo et al., 1992). De acá parte el propósito de trabajar con este enfoque de una manera interdisciplinaria, combinando las propiedades de la demografía y el proceso salud-enfermedad.

1.3 Factores de riesgo para el padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual.

El origen y padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual esta ligado a la interacción de varios factores de riesgo; entre los que se destacan los biológicos, los de comportamiento, demográficos, socioeconómicos y culturales.

Dentro de los factores de riesgo de tipo biológico, los agentes causales de las ETS pueden ser gérmenes muy diferentes. Se presenta variedad de microorganismos que incluye protozoarios como *Trichonomas vaginalis*; hongos como *Candida albicans*; bacterias como *Neisseria gonorrhoeae* y *Gardnerella vaginalis* y virus como el Herpes Simplex, Hepatitis B; Papiloma Humano y VIH. Por otro lado, las ulceraciones causadas por *Treponema pallidum*, el virus del Herpes Simplex y *Haemophilus ducreyi* (Chancro Blando) y la inflamación ocasionada por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, aumentan de 2 a 10 veces el riesgo de transmisión del VIH tanto en hombres como en las mujeres (CONASIDA, 1998).

De igual forma, la liberación del VIH en los fluidos genitales aumenta con las secreciones y las reacciones inflamatorias de lesiones que están relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual, provocando que los hombres y mujeres con ETS o que son portadores del VIH sean mucho más infectantes. Además, se ha comprobado que las mujeres que tienen gonorrea o infección por clamidia

presentan aumento desproporcional de linfocitos CD4, el blanco celular del VIH, en el endocérvix (CONASIDA, 1998; Calderón, 1999). También, se observa cómo para otras patologías como el cáncer cérvicouterino, el principal agente etiológico es el Virus del Papiloma Humano, aunado a que la mujer haya padecido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual como la sífilis, gonorrea, herpes, verrugas genitales, ladillas y VIH (Palacio, 2002).

El contagio de enfermedades infecciosas⁶ como las ETS tiene una dinámica propia de transmisibilidad⁷ y patogenicidad⁸. Desde la exposición al agente causal, tanto la transmisibilidad como la patogenicidad evoluciona según dos períodos de tiempo. Uno de latencia que comprende desde el momento de la exposición y el de inicio de la transmisibilidad, en donde el afectado no es fuente de contagio; y el otro de transmisibilidad, a partir de la cual se puede transmitir la infección. Por otro lado está el período de patogenicidad, el cual se divide en dos fases: un momento de incubación que transcurre entre la exposición inicial al agente causal y la aparición del primer signo o síntoma; y el período de manifestaciones clínicas, durante la cual la persona infectada presenta signos y síntomas clínicos de la enfermedad (Universidad Autónoma de Barcelona, 2004).

Dentro de los factores conductuales y de hábitos, las prácticas sexuales sin protección se encuentran como un factor de riesgo muy importante para el padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual. A las prácticas homosexuales y bisexuales se les ha considerado en algunos estudios, como una condición atada a los comportamientos de riesgo extremadamente altos para contraer infecciones de transmisión sexual/SIDA (Rasmussen et al., 2003); observándose un riesgo de propagación a un patrón

⁶ Infeción es la penetración y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de la persona, y enfermedad infecciosa es la enfermedad clínicamente manifiesta, resultado de una infección. La infección no es sinónimo de enfermedad infecciosa; el resultado puede ser no manifiesta (Benenson, 1992).

⁷ Transmisibilidad es la capacidad de un agente para propagarse de un huésped a otro (Universidad Autónoma de Barcelona, 2004).

⁸ Patogenicidad es la capacidad de un agente infeccioso de producir enfermedad en un huésped susceptible (Benenson, 1992).

de transmisión de predominio heterosexual, al igual que está ocurriendo en otras regiones del mundo (Valdespino, 1995).

En África, por ejemplo, en donde la epidemia del virus del VIH ha existido por mucho más tiempo, más del 80% de la transmisión es actualmente heterosexual. En el Caribe y en la región de Centroamérica, las infecciones son el resultado de prácticas heterosexuales no seguras, con cambio frecuente de parejas entre los jóvenes. En Suramérica, en algunas zonas donde la epidemia es mas diversa, hasta un 70% de las infecciones se producen por las relaciones sexuales entre hombres (Chana et al., 2002).

Por otro lado, en un estudio realizado por Magaña (1991), se destaca como factor de riesgo para adquirir la infección de VIH el que varios hombres tengan relaciones sexuales con una sola mujer en forma sucesiva, lo que se denomina como «hermanos de leche», abriendo la posibilidad de que por medio del semen sean varios los hombres infectados.

Del mismo modo, en un estudio realizado por Bronfman y Minello (1995) en migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos, se encontró como los hombres aumentan el número de parejas sexuales; al igual que las relaciones con parejas masculinas y trabajadoras sexuales. También se observa el aprendizaje de nuevas prácticas referidas a posiciones diferentes para el coito vaginal, sexo oral y sexo anal.

Desde hace varios años se está reconociendo que el comportamiento conductual es un buen enlace entre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual; porque el tener relaciones sexuales sin protección expone a la persona tanto a contraer el VIH como una infección de transmisión sexual (ONUSIDA, 2000). También, se ha evidenciado epidemiológicamente que el riesgo de adquirir el virus del VIH se incrementa con la presencia de las diferentes enfermedades de transmisión sexual (Valdespino, 1995; Chana et al., 2002).

En la misma línea, el tener antecedentes de alguna enfermedad de transmisión sexual, que alguna de las parejas sexuales las tenga o el tener relaciones sexuales con desconocidos (as), son indicios de prácticas sexuales riesgosas.

En otro orden de ideas, el no uso del condón en prácticas riesgosas puede generar la obtención de alguna enfermedad de transmisión sexual, debido a la capacidad protectora que se le atribuye en el caso de ser utilizado correctamente. De acuerdo con Bronfman y colaboradores (1998), muchos estudios coinciden en que casi todo los migrantes conocen el condón, un poco menos saben de sus posibilidades preventivas, muchos menos tienen la información correcta de su uso, una pequeña proporción los usa, y de éstos, sólo unos cuantos lo utilizan correctamente. Así mismo, la idea de que el condón impide una satisfacción sexual plena, permite que el uso sea bastante restringido.

Por otro lado, en un estudio sobre el uso del condón en hombres con parejas no estables en la ciudad de México, se encontraron resultados muy similares a otras investigaciones, argumentándose como razón para no utilizar el condón una percepción negativa y una disminución del placer e incomodidad en la relación sexual por parte de la pareja. Igualmente, la duda acerca de la efectividad del condón para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH (Nieto et al., 1999).

En otros estudios como el de Magaña (1991), se citó como el uso del condón entre las trabajadoras sexuales y sus clientes ocurría ocasionalmente; debido a que en algunos casos a muchas de las trabajadoras sexuales les regalaban las instituciones de salud un número considerable de condones, con la desventaja de que más adelante la policía las detenía con la posesión de éstos, inculpándolas con una evidencia incriminatoria.

También se observa una actitud reacia por parte de los clientes y las trabajadoras sexuales a utilizar el condón. En algunos casos, los clientes reportaron el temor a utilizar el condón, debido a que las

sexoservidoras podrían sospechar de que estuvieran enfermos y rechazarlos; de igual manera, las trabajadoras sexuales reportaron el temor a preguntarles a los clientes el uso del condón, porque ellos asumirían que estaban enfermas (Magaña, 1991).

Si bien, el condón es un mecanismo protector para la adquisición de cualquier infección de transmisión sexual e inclusive el virus del VIH, gran cantidad de la población no lo adopta como tal, debido a que no se siente en riesgo de padecer la enfermedad, desconoce su uso o simplemente nos les gusta porque la sensación no es la misma.

Desde otro punto de vista, el llegar a padecer una ETS está muy relacionado con los usuarios de drogas inyectadas (UDI). Si bien, esta forma de adquirir las infecciones ocurre en mucho menor medida comparada con las prácticas sexuales entre hombres y mujeres, son muy eficaces para contraer estos padecimientos, por lo cual se presentan dos graves problemáticas de salud que se interrelacionan. Primero, el uso compartido de agujas y jeringas es una práctica muy difundida entre grupos de UDI por lo que las infecciones pueden difundirse rápidamente en esas poblaciones. Asimismo, los UDI ya infectados pueden transmitir por la vía sexual a otras personas aún cuando éstas no sean consumidoras de drogas (CENSIDA, 2003c).

Generalmente los consumidores de drogas intravenosas se mueven en ambientes muy cerrados, compartiendo las jeringas sin esterilizar con otras personas (ONUSIDA, 2000). De ahí que la infección por VIH se propague de una manera supremamente veloz.

A parte de que el consumo de drogas es peligroso para adquirir el virus del VIH en aquellas personas que las consumen, es igualmente peligroso para las parejas sexuales de éstos. Según estudios realizados en los Estados Unidos, se estima que nueve de diez casos de transmisión heterosexual del VIH en la ciudad de New York están relacionados con la práctica de relaciones sexuales con un consumidor de drogas;

también, en países como la China y algunas regiones de la India y Myanmar, son cada vez más las mujeres que se infectan por medio de las relaciones sexuales con consumidores de drogas. Del mismo modo, en la ciudad de Río de Janeiro (Brasil) aproximadamente el 83% de las personas que consumen drogas manifestaron que utilizaban condón con sus parejas habituales, mientras que un 63% afirmó que nunca los utilizaba ni con sus parejas ocasionales (ONUSIDA, 2000).

A pesar de que la transmisión del VIH por medio del consumo de drogas vía intravenosa es muy reducida con respecto a las relaciones sexuales, en los últimos años ha tenido un incremento significativo en México, llegando a representar un 1.5% de los casos (CENSIDA, 2003).

Por otro lado, cuando los consumidores de drogas intravenosas se prostituyen para comprar drogas, evidentemente la perspectiva de la transmisión sexual cobra gran importancia. Según estudios realizados entre consumidores de drogas intravenosas en Argentina (Buenos Aires), Brasil (Río de Janeiro) y Canadá, más de una tercera parte de los encuestados de ambos sexos afirmó que se había prostituido a cambio de drogas al menos una vez. Del mismo modo, en un estudio realizado entre 212 varones consumidores de drogas intravenosas de la ciudad de Québec (Canadá), la prevalencia de la infección por el VIH se acercaba al 30% entre los consumidores que también eran profesionales del sexo y de al menos del 10% entre los varones que se prostituían (ONUSIDA, 2000).

Sin embargo, hay estudios que sugieren que los resultados anteriores no necesariamente son así en comparación con otros lugares. En un estudio acerca de la infección por VIH y enfermedades de transmisión sexual entre mujeres trabajadoras del sexo comercial en la ciudad de México en el año de 1992, se encontraron bajas prevalencias de uso de drogas inyectables y de enfermedades de transmisión sexual, repercutiendo en bajas prevalencias de infección por VIH. Fue así, como de una muestra inicial de 826 trabajadoras del sexo comercial, se encontró 0.6% de seroprevalencia de VIH, mucho más bajo en comparación con otros países, en especial de las naciones africanas; explicado en gran medida por la

reducida presencia de enfermedades de transmisión sexual y de uso de drogas inyectables (Uribe et al., 1997).

Ahora bien, en un estudio realizado en la ciudad de Tijuana en el año de 1997, sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en 262 inyectores de drogas en tratamiento, se encontró que el 92% comparte jeringas y el 35% son hombres bisexuales. Además, los hombres reportaron un bajo uso del condón en relaciones vaginales o anales (17%) y las mujeres directamente no lo usan. Se pudo constatar que según sus prácticas de consumo de drogas, las relaciones sexuales sin protección, las contradicciones entre actitudes y conocimientos hacia el SIDA; esta población se encuentra en constante riesgo de adquirir el VIH a pesar de las bajas prevalencias (1.5%) de infección encontradas (Magis et al., 2002).

Teniendo en cuenta algunos factores que influyen directamente en el padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual como son las prácticas sexuales riesgosas, el no uso del condón, el compartir jeringas y el consumo de drogas intravenosas, hay ciertas situaciones que si bien no influyen directamente en el padecimiento de las ETS, sí intervienen en aquellos factores que están directamente relacionados con las ETS. Situaciones como el desconocimiento que se tiene acerca de las ETS y el uso del condón; hábitos como el consumo de alcohol y de drogas (excluyendo drogas intravenosas); la presencia de algunas variables demográficas como la edad, educación y la recurrencia migratoria, son importantes a la hora de entender el por qué de los comportamientos conductuales (Bronfman y Minello, 1995; Bronfman et al. 1998; Salgado, 1998; Cortés et al., 1999).

En cuanto al conocimiento sobre el uso del condón y las enfermedades de transmisión sexual; en un estudio realizado por Bronfman y Minello (1995) en Gómez Farías y Watsonville, en donde se entrevistaron a 60 personas (33 en Gómez Farías, 27 en Watsonville), de los cuales 40 eran migrantes, se encontró que la mayoría de los entrevistados utilizan el condón de una manera muy reducida de lo que se podría considerar una práctica de prevención efectiva. Sólo dos hombres no migrantes utilizaron el

condón cotidianamente; uno como método anticonceptivo y otro como medida de precaución, después de haber padecido una enfermedad de transmisión sexual. Asimismo, el nivel de conocimientos que tienen acerca del SIDA varía mucho, dependiendo del acceso que tengan a los medios de comunicación, sin embargo, la mayoría de las mujeres⁹ identifican el condón como una medida adecuada para prevenir el contagio a través de las relaciones sexuales¹⁰.

Por otro lado, en un estudio realizado en 3,100 trabajadoras sexuales en la ciudad de México, se encontró que el 88% de las trabajadoras utilizaban el condón con los clientes, sin embargo, en las entrevistas profundas y en la observación participantes se halló que frecuentemente no los utilizaban por temor de perder el cliente, ofrecimiento de más dinero o irritación vaginal secundaria al nonoxynol-9 y falta de lubricación. Del mismo modo, la prevalencia de algunas ETS encontradas en el mismo grupo sugiere un menor uso del condón (Uribe et al., 1995).

En la misma línea, en un estudio realizado por Salgado (1998) sobre prácticas sexuales de riesgo que conllevan a contraer el VIH, realizado en 300 mujeres adultas mexicanas de origen rural, se observaron resultados muy interesantes.

El total de la muestra se dividió en tres grupos, de 100 mujeres cada uno: el primer grupo estuvo formado por mujeres casadas que viven con sus esposos de manera permanente en zonas rurales del estado de Jalisco; un segundo grupo formado también por mujeres que vivían en zonas rurales de Jalisco, pero casadas con trabajadores migratorios que residían la mayor parte del tiempo en los Estados Unidos. Ambos grupos no presentaron diferencias significativas y se caracterizaron por ser mujeres de baja

⁹ Del total de la muestra, las mujeres tenían una participación de cerca del 50% (29).

¹⁰ Hay que tener en cuenta de que este tipo de estudios presentan limitaciones a la hora de generalizar los resultados a toda la población, sin embargo, es una buena metodología al momento de profundizar, ahondar y descubrir aspectos no previstos en el tema.

escolaridad, con conductas de riesgo y conocimientos limitados acerca del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

El último grupo se integró por mujeres de origen rural procedentes de Jalisco, Michoacán y Zacatecas que habían migrado aproximadamente hace diez años con sus esposos a los Estados Unidos y que residían en la ciudad de los Ángeles. Las mujeres de este grupo se caracterizaron por tener un mayor nivel de educación, utilizar el condón y poseer información adecuada sobre el SIDA y las ETS (Salgado, 1998).

Al referirse acerca de las conductas específicas para prevenir el SIDA, la mayoría de las mujeres del primer (63%) y segundo grupo (64%) negó realizar – junto con sus parejas – alguna conducta adecuada de prevención, a diferencia de las mujeres del tercer grupo (65%), quienes en su mayoría sí tomaban medidas de precaución como el uso del condón en las relaciones sexuales (Salgado, 1998).

Si bien, muchas personas tienen el conocimiento acerca de la utilización del condón y del daño que pueden ocasionar las enfermedades de transmisión sexual en su propio cuerpo, éste no se refleja a la hora de las prácticas sexuales, llevados por el impulso muchas veces de sentirse ajenos a la problemática.

En otro orden de ideas, hábitos como el de tomar alcohol y consumir drogas pueden propiciar situaciones adversas a las prácticas sexuales responsables y al uso del condón. En muchos países, el comercio sexual y otras prácticas de riesgo se dan a partir de consumir alcohol abundantemente. Por otro lado, es más seguro que las personas que hayan tomado alcohol en grandes cantidades no utilicen el condón que aquellos que no han injerido ninguna bebida alcohólica (ONUSIDA, 2000).

Según estudios realizados en Sudáfrica, la prevalencia de infección por VIH era mucho más elevada entre hombres y mujeres que consumían alcohol, que entre aquellos que afirmaban que nunca bebían.

Del mismo modo, en Zambia, aproximadamente una cuarta parte de las mujeres y una quinta parte de los hombres que tuvieron parejas ocasionales afirmaron que había estado consumiendo alcohol la última vez que habían tenido relaciones sexuales con estas parejas (ONUSIDA, 2000).

Por otro lado, según un estudio realizado por el «Center for Disease Control and Prevention» en más de 2,000 adultos jóvenes que vivían en barrios de una ciudad estadounidense y que eran fumadores de «crack»¹¹, se encontró que tenían una probabilidad tres veces mayor de ser infectado por el VIH que aquellos no fumadores. Es decir, estos usuarios de drogas no inyectables contribuyen a extender la epidemia del VIH cuando intercambian sexo por drogas o dinero, o cuando se envuelven en conductas sexuales arriesgadas en las cuales no podrían comprometerse cuando estas sobrios (CDC, 2000).

Desde otro punto de vista, la presencia de ciertas variables demográficas puede repercutir de una manera positiva en la posibilidad de contraer una infección. El iniciar a una edad temprana las relaciones coitales y el contar con mayor número parejas sexuales, aumentan la probabilidad de padecer alguna ETS, debido a que se está más expuesto a determinados factores de riesgo (Cortés et al., 1999). De igual manera, el tener un nivel de educación mayor y conocimientos sobre el SIDA y otras ETS puede mejorar sustancialmente el tener prácticas sexuales responsables; sin embargo, la literatura nos muestra algunas situaciones completamente contrarias, en donde a pesar de tener ciertos conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual y del uso del condón, se incurre en las prácticas sexuales riesgosas, pudiéndose manifestar en prevalencias de ETS y VIH/SIDA (Salgado, 1998).

Por otro lado, la migración determina cambios importantes en las condiciones de vida de los migrantes, favoreciendo el incremento de prácticas sexuales de riesgo, debido a que gran parte de ellos viajan sin sus esposas o compañeras o son solteros; que al llegar se enfrentan a una sociedad con costumbres más

¹¹ El CRACK es clorhidrato de cocaína alterado mediante un proceso químico sencillo para obtener una especie de cristales o «rocas» que al calentarlas crepitan y permiten aspirar sus vapores o humos.

«abiertas», y como se trata de un grupo que está en la edad de plena actividad sexual, se encuentran más expuestos en sus lugares de llegada que en sus lugares de origen a buscar tener relaciones sexuales con compañeras o compañeros ocasionales, aumentando la probabilidad de exposición al riesgo de contraer el virus del VIH¹² (Bronfman et al., 1989). Son grupos muy heterogéneos, que provienen de distintos lugares, con diferentes niveles educacionales y de religiones (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001). Todos estos movimientos poblacionales, en teoría, ponen en contacto a los individuos con situaciones de riesgo a las que de otra manera no habrían sido expuestos.

Desde la perspectiva de género¹³, la migración puede obstaculizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las esposas y compañeras de los hombres migrantes; porque ellas pudieran vivir situaciones de opresión sexual, pobreza, desempleo, baja escolaridad, restringido acceso a los servicios de salud y falta de información, mientras sus compañeros acceden a otros tipos de intercambios, muchos de ellos avalados social y culturalmente, viviendo la sexualidad y la reproducción y por ende sus derechos de manera muy distinta. A parte de esto, como es bien sabido, la cultura mexicana se ha caracterizado por tener una cultura patriarcal, es decir, los hombres son los proveedores por excelencia y las mujeres las encargadas de las labores domésticas y del cuidado de los hijos; notándose claramente las desigualdades de género que prevalecen entre ambos sexos.

La sumisión a la que son expuestas las mujeres y la dominación del varón en las relaciones sexuales, las limita a ejercer un control sobre su vida sexual, además, la pasividad social que se exige de la mujer, no

¹² En el caso de que esas parejas ocasionales estuvieran infectadas a su vez. Situación que no ha sido demostrada hasta el momento en los migrantes mexicanos.

¹³ Se entiende por género todo un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores alrededor de las cuales se produce la diferencia sexual entre los seres humanos y que organiza la relación entre los sexos de manera jerárquica y desigual, canaliza las necesidades sexuales y su finalidad es asegurar la reproducción social y humana. Como construcción social, el género es un orden que se impone a los hombres y mujeres, los cuales como actores sociales recrean continuamente los significados que les proporciona el lenguaje, la historia y la cultura a través de sus experiencias, su reflexividad, sus intercambios subjetivos y su participación institucional y social (Szasz y Lerner, 2002).

les permite insistir en el uso del condón como medio de protección. Por otro lado, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad biológica con respecto a los hombres: la carga viral es más elevada en el semen que en los fluidos vaginales, permaneciendo éste en contacto con la mucosa vaginal por más tiempo; la zona de exposición al virus durante el coito es de mayor superficie en las mujeres, quienes a su vez asumen una postura de pasividad en la relación, donde esta vulnerabilidad se agrava en presencia de lesiones causadas por las enfermedades de transmisión sexual (Bronfman et al., 2001; Langer et al., 1996).

Otro tipo de vulnerabilidad es la social y la cultural, manifiesta en un menor acceso de la mujer a la educación y a las oportunidades de capacitación y entrenamiento, lo que reduce sus capacidades de empleo, conduciéndolas a una dependencia económica de los hombres, coartando las opciones en aspectos relacionados con la salud y la sexualidad, así como de no estar en posición de exigir prácticas sexuales más seguras (D'Cruz-Grote, 1996; Bronfman et al., 2001).

De esta manera, la ideología tradicional de las relaciones de género agrava la situación de la mujer y dificulta un mejor posicionamiento para poder negociar el uso del condón o la fidelidad de sus parejas, originado en algunos casos por la ignorancia y en otros por la aceptación resignada de las múltiples parejas de sus compañeros; unido a esto, el peso moralista de la cultura patriarcal dominante no le permite a las mujeres hablar de una manera abierta de sexo, debido a que las colocaría en el papel de «mala mujer» (Bronfman et al., 2001).

A manera de conclusión, y considerando todo lo anterior, los factores de riesgo que más se destacan para la incidencia de alguna enfermedad de transmisión sexual tienen que ver con: las prácticas sexuales riesgosas sin protección, el compartir drogas intravenosas, el inicio temprano de las relaciones coitales, el tener múltiples parejas sexuales, el consumo de drogas y alcohol de manera directa e indirecta, los patrones de comportamiento sexual socioculturalmente aceptados, entre otras.

1.4 Normatividad vigente desde la salud pública y la investigación epidemiológica.

Con la finalidad de hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA en todos los aspectos, así como lograr el compromiso internacional de combatirla, se creó en México en febrero de 1986 el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA, el cual tenía como objetivo evaluar la situación del SIDA, establecer criterios de diagnóstico y tratamiento, y coordinar las actividades de prevención. Posteriormente, el 24 de agosto de 1988, por medio de un decreto presidencial, se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), como un órgano descentrado de la Secretaría de Salud, con el objetivo de promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores públicos, social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA.¹⁴

En enero de 1997 se autorizó una primera estructura a CONASIDA, integrándose al organigrama de la Secretaría de Salud, y dependiendo de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. A partir de este momento se estableció la necesidad de que todas las entidades federativas contaran con un programa operativo dentro de la estructura de los Servicios Estatales de Salud, con el propósito de enfocar todos los esfuerzos en promover una respuesta estatal apropiada a la epidemia. De este modo se logró que de 1997 al año 2000, todos los estados del país contaran con un programa de VIH/SIDA funcionando y un presupuesto específico para su operación. Para el fortalecimiento de los programas estatales se efectuaron varios talleres de gestión y planeación estratégica, al igual que un diplomado en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública que inició en el 2000.

Más adelante, en el 2001 se modificó el Decreto de creación y se cambió el nombre de CONASIDA por el de Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). La denominación de

¹⁴ Información obtenida del Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, 1988.

CONASIDA quedó fijada solamente al órgano colegiado de coordinación que anteriormente se conocía como el Consejo del CONASIDA. Posteriormente, la estructura orgánica del CENSIDA se modificó en junio del 2003 y quedó conformada por una Dirección General, 18 mandos medios y 131 de base.

De esta manera, la Secretaría de Salud a través de CENSIDA, ha sido la responsable de la determinación de las políticas y líneas a seguir necesarias para controlar el VIH/SIDA en México. Así mismo, dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PLANADE) 2001-2006, se realizó el Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); el cual coincide con las metas y estrategias planteadas por ONUSIDA, la Asamblea Especial de Naciones Unidas (UNGASS) y la Declaración del Milenio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las metas establecidas en este programa forman parte de los compromisos del Programa Nacional de Salud para asegurar la equidad, la calidad y protección financiera en salud de las personas más afectadas por la infección causada por el VIH.

Teniendo en cuenta los anteriores antecedentes y la importancia que ha adquirido el control y la prevención del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, se han establecido una serie de reglamentaciones que buscan ayudar a este propósito. Así, una de las normas que respalda la atención de las infecciones de transmisión sexual se fundamenta primeramente en la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*, la cual tiene como objetivo uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a todas aquellas actividades relacionadas con el control y prevención de la infección por el VIH, debido a que se constituye en un grave problema de salud pública.

La norma es obligatoria para todos los establecimientos que prestan servicios médicos en los sectores público, social y privado del país. Por otro lado, la vigilancia de la norma está a cargo de la Secretaría de

Salud (en particular de la Dirección General de Epidemiología) y de los gobiernos de los Estados en el ámbito de sus respectivas competencias.

De acuerdo a la norma, la prevención de la infección por el VIH se debe realizar en toda la población, además de llevarse acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección. Así mismo, la prevención general de la infección se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y autorresponsabilidad en todos los individuos, de tal manera que ellos colaboren en las actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.

Según la norma, la entrega de los resultados a los pacientes una vez hecho los respectivos exámenes debe hacerse por personal capacitado, o en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. Así mismo, las instituciones, de acuerdo con sus capacidades, harán todo lo posible para ofrecer un servicio de consejería o apoyo psicológico a todos aquellos pacientes a los que se les entregue un examen con resultado positivo.

Por otro lado, la norma es clara en manifestar que el SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, por lo cual es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana; además, esta vigilancia debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados.

De acuerdo a la norma, el seguimiento epidemiológico de los casos de VIH y de SIDA, debe ser realizado por el epidemiólogo de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo correspondiente. Así mismo, el seguimiento deberá efectuarse cada año para los infectados por el VIH, y cada seis meses para los casos de SIDA.

La norma es técnicamente equivalente a otras normas de carácter internacional, dentro de las que se destacan en mayor medida las expedidas por la Organización Mundial de la Salud.

Ahora bien, esta **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana**, fue modificada el mismo año con el fin de facilitar su interpretación y fortalecer su contenido en aquellas acciones que procuran un especial tratamiento de la enfermedad. La norma busca reunir una serie de puntos de vista, propuestas y resultados de investigaciones de diferentes dependencias gubernamentales, no gubernamentales y privadas, que trabajan en diferentes esferas.

De acuerdo a la nueva norma, ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH/SIDA a un individuo, o los resultados de las mismas, sin que se presente una orden judicial. Por otro lado, y tratando de evitar la discriminación y mayores repercusiones para la familia, en el acta de defunción que expide el Registro Civil debe de aparecer la causa de muerte primaria que expresadamente señale el certificado de defunción.

En cuanto a investigación, la nueva norma expresa que el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe estimular el trabajo de investigación en todas las actividades que realicen. Así mismo, para la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH, se necesita realizar investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, haciendo énfasis en los factores de riesgo y en los grupos más vulnerables de la infección por VIH.

Esta modificación de la norma es técnicamente equivalente a los diferentes lineamientos expresados por el Programa Mundial de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC).

Aunado a lo anterior, otra norma que respalda la atención de las infecciones de transmisión sexual es la **Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual**, la cual tiene como objetivo establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud para la prevención y el control de las ITS.

La norma es obligatoria en todo el territorio nacional para el personal médico y paramédico de los sectores público, social y privado que presten servicios de salud relacionados con la prevención, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual.

De acuerdo a la norma, las unidades de salud deben realizar acciones de promoción de la salud tendientes a informar a toda la población sobre la magnitud y trascendencia que tienen las ITS, tomando en consideración los medios de transmisión, además de llevar a cabo acciones más específicas y frecuentes dirigidas a aquellas poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables. Por otro lado, la norma enfatiza en que las ITS son enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria a la autoridad sanitaria más cercana; igualmente, deben ser incluidas en la notificación semanal de enfermedades transmisibles por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La vigilancia y aplicación de la norma es función de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas dependencias. De igual manera, es importante aclarar que esta norma no es equivalente a ninguna norma internacional, ya que no existían al momento de su elaboración.

Si bien, el Gobierno está introduciendo dentro de su marco normativo todo lo relacionado con la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual –por recomendaciones de las diferentes

reuniones internacionales¹⁵ –, los logros alcanzados todavía siguen siendo muy incipientes, lo que lo ha llevado a promover la participación de algunas ONG en la formulación de los programas, en especial los relacionados con la salud reproductiva (González, 1999).

A partir de este momento, hubo un surgimiento de ONG que buscaban satisfacer demandas insatisfechas de la población en cuanto a la atención de personas enfermas, la detección oportuna de las ITS y la prevención. Del mismo modo, los primeros talleres sobre sexo seguro fueron impartidos por estas ONG, las cuales paralelamente, desarrollaban modelos de capacitación en información y prevención del SIDA y de las ITS. Estos talleres se han ofrecido en varios hospitales públicos y en instituciones educativas (González, 1999).

En síntesis, a lo largo del capítulo se evidenció el entorno en el que se desarrollan las enfermedades de transmisión sexual: su definición, los síntomas y los diferentes factores de riesgo que ayudan a la proliferación de ésta. Asimismo, se refirió a la normatividad cuyo objetivo es combatir y prevenir las ETS, al igual que los mecanismos que buscan mejorar la situación de salud de la población. Por otro lado, se adopta el enfoque sociodemográfico y de salud, como herramienta fundamental para abordar la presente investigación, procurando que el estudio sea interdisciplinario y se abastezca de los mejores elementos de análisis que contienen cada uno de ellos.

A continuación, en el segundo capítulo se reseñan algunos antecedentes, tanto a nivel local como internacional, de varios estudios existentes de migración y enfermedades de transmisión sexual, con el propósito de obtener un mayor entendimiento del fenómeno y abordar de una mejor manera el problema planteado en la presente investigación.

¹⁵ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo (1994) y la IV Conferencia sobre la mujer realizada en Beijing (1995).

CAPÍTULO 2

CONTEXTO DE LOS ESTUDIOS DE MIGRACIÓN Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los desplazamientos masivos de los grupos humanos más allá de sus fronteras habituales son una constante de la historia de la humanidad. Según los historiadores, las migraciones¹⁶ acontecen desde hace más de cuatro mil años, las cuales se han realizado bajo diversas formas: nomadismo, trashumancia, peregrinaje, éxodos y traslados forzados, colonizaciones, etc. (Ioé, 1999).

Remitiéndonos a tiempos más actuales, en los últimos 30 años, la inmigración ha surgido de una manera muy fuerte en todo el mundo. En sociedades como Australia, Canadá y Estados Unidos, las cuales eran tradicionalmente receptoras de migración, el volumen de inmigrantes ha crecido considerablemente al igual que su composición, pasando de ser originalmente europea, a ser más de Asia, África y América Latina. Del mismo modo, en Europa, en donde muchos países habían sido expulsores por muchos siglos, se transformaron en sociedades receptoras de inmigrantes (Massey et al., 2000).

Gran parte de los países industrializados son ahora sociedades muy diversas y multiétnicas; y los que todavía no lo son, están encaminadas hacia ese rumbo (Massey et al., 2000).

Ahora bien, entre las principales causas asociadas al origen de la migración internacional está la globalización, las desigualdades sociales, la exclusión de trabajadores de zonas, de productos y de países, la diferencia tan grande entre los países pobres y ricos; dando paso a que en los países receptores de inmigrantes se brinden oportunidades de trabajo, teniendo como consecuencia que las personas

¹⁶ Las migraciones se definen como un cambio permanente o semi-permanente de residencia. No se coloca ningún tipo de limitación respecto a la distancia del traslado o respecto a la naturaleza voluntaria o involuntaria del acto, de igual forma, no se establece una distinción entre las migraciones externas e internas (Everett, 1966).

migrantes abandonen sus tierras con la esperanza de mejorar sus condiciones de vida y la de sus familias (Valenzuela, 2002; Castles, 1997).

La globalización abarca todas las áreas geográficas y todos los grupos humanos, estableciendo dentro de ellos diferencias marcadas: algunos grupos se convierten en miembros de pleno derecho en el nuevo orden global, mientras que otros quedan marginados. Es así que la inclusión y la exclusión es un aspecto central de todas las demás contradicciones contemporáneas (Castles, 1997).

En México, la migración que acontece hacia los Estados Unidos ha sucedido desde comienzos del siglo XX, en donde los nexos históricos con el suroeste de los Estados Unidos y el empleo con diversas formas de contratación de mano de obra incentivaron un continuo flujo de trabajadores migrantes mexicanos, dando por resultado la existencia de un mercado laboral de facto entre ambos países. Asimismo, el mercado ha estado sometido a los vaivenes propios de períodos de bonanza y contracciones económicas, que dieron inicio a cambios en las modelos de generación de empleos entre los diversos sectores de actividad (CEPAL/CELADE, 1999).

Para el caso particular de la frontera norte de México, y en especial para la ciudad de Tijuana, resulta difícil definir su sistema migratorio, debido a que presenta características diferentes a las de otras regiones del país. Tijuana es una importante área urbana receptora de muchas nuevas olas de migrantes internos, algunos de los cuales ya tenía vínculos con flujos migratorios transnacionales cuando llegaron, mientras que otros hicieron contactos mucho después de establecerse en la ciudad. Por otro lado, el sistema migratorio entre Tijuana y California es caracterizado por un mayor grado de integración y menor dependencia en los acontecimientos de la política jurídica de Estados Unidos o de la economía mexicana; claramente identificado en las probabilidades relativamente constantes de la migración indocumentada y las ligeramente más altas probabilidades de la migración documentada desde Tijuana (Fussell, 2002).

Si bien la migración se puede considerar como un proceso mayoritariamente que obedece a cambios en la demanda de fuerza laboral entre los países o regiones, ésta no necesariamente ocurre en todos los contextos. Dentro de las zonas fronterizas pueden transitar una serie de personas con perfiles muy diferentes: desde aquellas que cruzan sólo con el interés de realizar compras, visitar a familiares y amigos, visitar al médico o por razones de recreación y turismo; a personas que se desplazan específicamente por razones de trabajo, profesionales migrantes o refugiados. Sin embargo, distinguir entre las diversas categorías no siempre es posible, debido a que las motivaciones de quienes emigran son complejas y multidimensionales (Castles, 1997).

Del mismo modo, existe una serie de trabajadores agrícolas que se trasladan por temporadas en períodos de cosecha y que retornan una vez finalizado el trabajo¹⁷. Sin embargo, así como hay muchos inmigrantes que regresan de nuevo a sus lugares de origen, hay un gran número que buscan cruzar las fronteras de una manera definitiva, los cuales se establecen permanentemente en el lugar de destino, incluyendo a todas aquellas personas que desean reunirse con sus parejas y familias¹⁸ (Alarcón y Mines, 2002).

Por otro lado, gran cantidad de estos inmigrantes, sobre todo los que se desplazan por razones de trabajo, son de carácter indocumentado¹⁹, convirtiéndolos en personas muy vulnerables frente a potenciales daños relacionados con la salud o amenazas de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, debido a sus reducidos recursos económicos, sociales y legales (Bronfman et al., 2001).

Es esta vulnerabilidad la que permite que haya un entorno propicio para que interactúen una serie de factores de riesgo, de tal forma, que dentro de estos contextos de riesgo se representan arreglos socioculturales que resultan de las interacciones entre los diferentes actores sociales, políticos,

¹⁷ Llamados estacionales o de retorno.

¹⁸ Reunificación familiar.

¹⁹ Los migrantes no documentados, son también conocidos con el nombre de «ilegales» (Bronfman et al, 1989).

económicos y de salud ante situaciones determinadas (Bronfman et al., 2001), en el caso del presente trabajo, la posición y acción ante los migrantes y las enfermedades de transmisión sexual, particularmente en ciudades fronterizas que por principio son de paso.

Es así como los migrantes se convierten en un grupo muy vulnerable frente a las desigualdades sociales, originando cambios en los patrones de conducta que los llevan a incurrir potencialmente en la obtención de hábitos y prácticas sexuales peligrosas, las cuales favorecerían eventualmente el contagio de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

2.1 A nivel mundial.

Debido a la rápida proliferación del VIH y del SIDA en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud considera que el fenómeno presenta características pandémicas. Se señala de igual manera, que uno de los medios por los que se explica la proliferación del virus a nivel de todo el planeta es el movimiento internacional de personas en general, sobre todo los migrantes laborales (Piot Et al. 1988; citado en Bronfman y Minello, 1995).

Teniendo en cuenta esta problemática, muchos de los países comenzaron a regular y colocar restricciones a los trabajadores migrantes, tratando de evitar – como es asumido por ellos –, que los contagios vayan de los migrantes hacia la población nativa (Duckett y Orking, 1989; citado en Bronfman y Minello, 1995). Por otro lado, los hábitos y prácticas sexuales riesgosas de los migrantes en el lugar de destino son tratados de manera muy superficial o son directamente ignorados en los análisis y en las proyecciones (Bronfman y Minello, 1995). Sin embargo, se han hecho bastantes esfuerzos por tratar de documentar la relación existente entre la migración, los diferentes factores de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual.

En un estudio realizado sobre movilidad y VIH/SIDA en el sur de África, en especial en los países de Sudáfrica, Zimbabwe y Mozambique se encontró que la relación entre la migración y el VIH/SIDA es un tanto compleja. El estudio se enfocó en aquellos grupos considerados vulnerables, entre los que se destacan en primera instancia los hombres y mujeres comerciantes con alta movilidad, las trabajadoras del sexo, trabajadoras domésticas, los migrantes laborales, los trabajadores de las minas y de la construcción, los conductores de camión, entre otros (IOM²⁰ et al., 2003).

Se halló para Sudáfrica altas tasas de hostigamiento sexual y violación para las mujeres comerciantes de sectores informales; del mismo modo, se encontró que los trabajadores migrantes ilegales provenientes de Zimbabwe y Mozambique y que laboran en las granjas, reportaron tener múltiples compañeras sexuales tanto en Sudáfrica como en sus lugares de origen, al igual que un uso irregular del condón. De igual manera, las mujeres trabajadoras de las granjas, reportaron tener muy bajos conocimientos sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (IOM et al., 2003).

Por otro lado en Zimbabwe, se encontró que las trabajadoras sexuales son demasiado jóvenes, alcanzando hasta los 13 años de edad; y sus principales clientes son los conductores de camión y los oficiales uniformados del gobierno. Del mismo modo, se halló que las mujeres comerciantes informales intercambian sexo por transporte, siendo hostigadas tanto física como verbalmente. También se observa cómo hay una gran cantidad de esposas de migrantes laborales que se dedican al trabajo sexual y son comerciantes informales al mismo tiempo (IOM et al., 2003).

Igualmente se encontró en Zimbabwe cómo los jornaleros migrantes tienen varias compañeras sexuales, además de que el uso del condón es muy irregular, y es mucho más escaso cuando tienen relaciones con sus esposas (IOM et al., 2003). Así mismo, en algunos otros estudios, se ha identificado que la

²⁰ International Organization for Migration (IOM), en español, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

percepción del riesgo personal entre hombres fue bastante alta (42%), y se correlacionó con ser soltero, exposición a los medios y contacto con servicios médicos (López et al., 1999).

Ahora bien, en Mozambique se encontró un bajo conocimiento acerca del VIH/SIDA por parte de los grupos considerados vulnerables; un limitado acceso a los condones y un alto número de trabajadoras sexuales; también se presentaron altas tasas de cambio de compañeras, con un irregular uso del condón, exponiendo mitos y conceptos erróneos acerca del VIH/SIDA. Por otro lado, los principales clientes de las trabajadoras sexuales son los migrantes jornaleros, en especial los comerciantes informales (IOM et al., 2003).

Dentro de estos tres países del sur de África se observa una dinámica en la que interactúan una serie de grupos considerados vulnerables, favoreciendo en gran medida la probabilidad de contraer alguna infección. Hay bastante desconocimiento acerca del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, bajo uso del condón, al igual que poca accesibilidad hacia ellos. Así mismo, se presentan múltiples compañeras sexuales por parte de los migrantes laborales, agudizando aún más el problema de las prácticas sexuales riesgosas, causantes en mayor medida de la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual²¹.

En la misma línea, en Senegal se observa cómo los índices de VIH/SIDA son más bajos con respecto a todo África Subsahariana²². Sin embargo, a medida que los senegaleses emigran hacia países donde el VIH/SIDA es endémico, se elevan las infecciones debido a la vulnerabilidad a la que son expuestos. De

²¹ Si bien, dentro de las tres localidades africanas se manifiesta la presencia de enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH) dentro de las trabajadoras sexuales, los conductores de camión, los migrantes laborales, los comerciantes, las trabajadoras domésticas y los trabajadores de las minas y la construcción, no se tienen datos cuantitativos que respalden dicho fenómeno, limitación importante a la hora de cuantificar y conocer el impacto de la enfermedad entre la población.

²² Según ONUSIDA, menos del 2% de la población senegalesa adulta estaba infectada por el VIH/SIDA en 1999, comparado con casi el 9% de la población del África subsahariana. Asimismo, durante toda la epidemia, Senegal ha mantenido de forma constante bajos niveles de infección, mientras que sus países vecinos han registrado índices hasta seis veces superiores entre su población adulta, y parece que van en aumento (OMS, 2002; citado en Thiam et al., 2003).

acuerdo a un estudio realizado en 1993 por Fadel Kane y sus colegas en 11 aldeas alrededor de Matam, una ciudad al norte del país, se descubrió que el 27% de la población masculina de trabajadores que volvían del extranjero estaba infectada por el VIH/SIDA, comparado con menos de un 1% de los hombres que no emigraban (Fadel Kane, 1993; citado en Thiam et al., 2003).

Asimismo, los trabajadores indocumentados se convierten en uno de los grupos más vulnerables a la infección, ya que debido a su temor a ser deportados evitan contacto con los organismos oficiales de gobierno y tienen poco acceso a información y a servicios de salud y bienestar público (Organización Internacional del Trabajo, 2001; citado en Thiam et al., 2003).

En un estudio realizado en dos ciudades de Senegal, se encontró que la movilidad de la población favorece a que se propague la infección del VIH. Se halló que es común que los emigrantes contraigan conductas sexuales de riesgo durante su permanencia fuera; así mismo, cuando vuelven a sus hogares tienen relaciones sexuales sin protección. Alrededor de un 40% de los hombres que emigraron en una de las ciudades, aseveraron haber tenido conductas sexuales de alto riesgo con trabajadoras sexuales o compañeras sexuales fortuitas (Victor Piché et al. 2003; citado en Thiam et al., 2003).

En los países europeos no se presentan situaciones muy diferentes a las anteriormente descritas. Se observan de igual manera patrones de comportamiento que pueden aumentar la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. De acuerdo a Haour (2000), en los países receptores de Europa, generalmente los hombres y mujeres migrantes viven en condiciones de pobreza, ocupando posiciones vulnerables y de mayores riesgos frente a una posible infección del VIH, sobre todo aquellos migrantes refugiados e indocumentados.

Situaciones de riesgo como las que viven muchos migrantes hombres al tener relaciones con hombres, al frecuentar lugares en donde se prestan servicios de sexo comercial; para el caso de los migrantes

trabajadores del campo, el ser servidos por un conjunto de sexoservidoras, las cuales pueden tener relaciones sexuales con 20 a 30 trabajadores a la semana. Son estos patrones de actividad sexual los que pueden incrementar la posible infección del VIH independientemente del número de parejas sexuales de cada trabajador²³ (Haour, 2000).

Por otro lado, en España se está reconociendo la relevancia que han adquirido los estudios de inmigrantes y el VIH, a pesar de que no existen estudios dirigidos a dichas poblaciones en específico. Lo que se tiene son algunas encuestas en donde se pregunta el país de origen, por medio de la cual se pueden hacer algunas comparaciones de seroprevalencias de VIH entre los inmigrantes y los nativos de España (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001).

Como resultado de estos estudios, se afirma que la proporción de casos de SIDA que se producen en España que son originarios de otros países es relativamente baja²⁴, aunque en cantidades absolutas la cifra supera las mil personas; observándose una tendencia de incremento del SIDA en los grupos de inmigrantes de origen africano y portugués (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001).

En otro orden de ideas, algunos estudios manifiestan la relación entre migración y el riesgo de adquirir y transmitir el VIH/SIDA en varias sociedades; poniendo de manifiesto el énfasis que se le debe dar a los factores de riesgo y la necesidad de implementar consejería sobre el VIH y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (López et al. 1999).

De este modo, se encontró que el sexo desprotegido ocurrido durante los viajes de regreso de personas haitianas de Canadá, puede ser un factor de riesgo para la infección por el virus del VIH. Así mismo, se

²³ Al igual que en los países africanos, no se tiene información cuantitativa que respalde dichos comportamientos. La información es recabada por medio de entrevistas a profundidad y por la percepción que se tiene de la problemática.

²⁴ Los inmigrantes considerados son los refugiados económicos y/o políticos procedentes en su mayor parte de países en vías de desarrollo.

halló en un estudio realizado en Ámsterdam (Holanda) que más de tres cuartas partes de las personas heterosexuales que son VIH positivas, son de otra nacionalidad (Fennema, et al., 1997; citado en López et al., 1999). En Italia se resalta la necesidad de que se aumenten los conocimientos sobre los factores de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual entre los inmigrantes (Suligoi et al., 1997; citado en López et al., 1999) y en la Federación Rusa, se confirmó el hallazgo de que la transmisibilidad del VIH aumenta con la presencia de ETS (Tichonova et al., 1997; citado en López et al., 1999).

Por otro lado, en la República Dominicana, en un trabajo relacionado con mujeres que se dedican a la industria del sexo fuera de su país de origen, se encontró que ellas tienen una alta movilidad dentro y fuera del país, estableciendo redes como trabajadoras temporales. Aparte de esto, son expuestas a situaciones de violencia, alcoholismo y drogadicción por parte de los clientes, los cuales no les permiten negociar el uso de medios de protección. Asimismo, por su condición de extranjeras e indocumentadas, estas situaciones de violencia se agudizan más, junto con la violación de sus derechos y amenazas de deportaciones, además de la posibilidad de que se infecten por alguna enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA²⁵ (Morales y Acuña, 2002).

En el mismo orden de ideas, otro estudio perteneciente al proyecto «Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos», coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, y el cual se realizó en once estaciones de paso en México y Centroamérica durante los meses de enero y febrero del año 2001; busca analizar las condicionantes y las consecuencias de la movilidad de las trabajadoras sexuales en Centroamérica²⁶ y el sur de México, como elemento para explicar su vulnerabilidad social al VIH/SIDA (Dreser et al., 2002).

²⁵ Lamentablemente como ha sido común en muchos trabajos sobre migración y VIH/SIDA, no se tienen datos cuantitativos que apoyen lo anteriormente mencionado. La información se fundamenta básicamente en la percepción que tienen del fenómeno y en entrevistas a profundidad que se hace a determinados informantes claves.

²⁶ Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

Se entrevistaron en total 145 trabajadoras sexuales, en su mayoría jóvenes, con baja escolaridad e indocumentadas; destacándose dentro de sus vidas los problemas económicos, antecedentes de abuso sexual y el rechazo familiar. Algunas trabajan en establecimientos como bares y burdeles, otras esperan los clientes en las calles y en las carreteras, teniendo sexo bien sea en un motel o dentro del vehículo del cliente. Asimismo se halló como una constante que el trabajo sexual está fuertemente ligado al consumo de alcohol, circunstancias que promueven prácticas sexuales de riesgo, en donde las trabajadoras sexuales experimentan situaciones de violencia, alcoholismo y drogadicción, en las que se dificulta la negociación del uso del condón (Dreser et al., 2002).

Aunado a esto, si bien gran cantidad de las trabajadoras del sexo son poblaciones móviles, los clientes son también poblaciones móviles, como traileros y transportistas, marineros, trabajadores agrícolas y transmigrantes indocumentados que se dirigen hacia los Estados Unidos, sumado a que las mujeres no pueden establecer relaciones de confianza con personas de la localidad, ni exigir condiciones de seguridad para el ejercicio de su trabajo (Dreser et al., 2002).

En el caso de las trabajadoras sexuales indocumentadas, en ocasiones son perseguidas e intimidadas por las autoridades policíacas, por el hecho de ejercer de una manera no regulada su actividad, situación que termina repercutiendo en el limitado acceso a la atención médica y al diagnóstico. En general, todos estos factores constituyen contextos de vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales móviles ante el VIH/SIDA, determinando situaciones y prácticas de riesgo (Dreser et al., 2002; Cuadra et al. 2002).

2.2 A nivel de México.

Para México, el estudio de la migración y la infección por VIH y enfermedades de transmisión sexual resulta de suma importancia debido a varias razones que expresan Bronfman y Minello (1995): en primera instancia porque la migración temporal de mexicanos hacia Estados Unidos es un fenómeno

importante y con características particulares²⁷; por otro lado, los migrantes provienen de lugares en donde las tasas de infección y de SIDA son inferiores a las del lugar de destino en Estados Unidos; y por otra parte, porque la información sobre sexualidad de la población basada en investigaciones serias y confiables es casi nula, y más aun si están involucrados los migrantes.

Aunado a esto, es importante tener en cuenta que México actualmente está pasando por un proceso de transición epidemiológica, que si bien, se habían superado y controlado algunas patologías infectocontagiosas en años anteriores, han surgido algunas nuevas enfermedades y han reaparecido otras que se habían intervenido (CONAPO, 1999; Frenk, 1994), lo que pone de manifiesto que con la dinámica originada por la migración internacional y con la transición epidemiológica, se observa un cambio en los patrones de morbimortalidad en la nación, afectando en gran medida a aquellas personas más vulnerables. Sumado a esto, se encuentra el cambio en los patrones de comportamiento sexual y reproductivo de la población, la iniciación sexual temprana, las parejas sexuales, las prácticas heterosexuales, bisexuales y homosexuales en población cada vez más joven y de manera cada vez más contundente por encima de los cánones sociales convencionales.

Aún conociendo la importancia que tiene la migración en la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas, causantes en buena parte del posible padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual; hasta el momento son pocos los trabajos que abordan esta problemática, de tal manera que no se muestra claramente la realidad del entorno en el que se mueven los migrantes durante su travesía. Si bien se han realizado trabajos sobre la relación entre la migración y la infección por el VIH/SIDA en los últimos años, aportando información sobre cómo la vulnerabilidad social de los migrantes determina un mayor riesgo, la existencia de trabajos que hagan énfasis en demostrar que los migrantes sean seropositivos al VIH o que tengan otra infección de transmisión sexual es casi nula. Asimismo, son escasos los estudios

²⁷ Es importante la migración temporal hacia los Estados Unidos por la gran cantidad de migrantes que se desplazan, bien sea de manera documentada e indocumentada, a parte de que es una potencia mundial, con un gran poder económico y político.

que trabajan en la relación entre migración y las enfermedades de transmisión sexual, se han enfocado principalmente al estudio de la migración y el VIH/SIDA, a pesar de las limitaciones anteriormente descritas.

Algunos estudios hechos en México muestran claramente cómo la migración produce cambios importantes en las condiciones de vida de los migrantes, aumentando sus prácticas sexuales de riesgo y cambiando sus hábitos de vida.

En un estudio de tipo cualitativo realizado en una ciudad mexicana expulsora de población como Gómez Farías (Michoacán), y una ciudad receptora en Estados Unidos como Watsonville (California), se entrevistaron a 60 personas y se compararon las prácticas sexuales reportadas. Los resultados mostraron que los heterosexuales aprenden nuevas posiciones frente al coito vaginal, incluyendo prácticas de más riesgo como el sexo anal y oral. Del mismo modo, muchos migrantes mexicanos hallan pareja en Estados Unidos, siendo éstas más experimentadas y dispuestas a participar en encuentros no usuales (Bronfman y Minello, 1995).

También se encontró en Watsonville una clara conexión entre el dinero, el alcohol y las trabajadoras sexuales drogadictas, quienes usualmente se instalan en las afueras de las cantinas y con las cuales frecuentemente los migrantes tienen relaciones sexuales a bajos precios.²⁸ Esto ocurre en mayor medida debido a que muchos migrantes solo pueden intercambiar sus cheques en las cantinas, facilitando el contacto con estas trabajadoras sexuales. Por otra parte, cuando algunos migrantes vuelven de nuevo a sus hogares en el lugar de origen, es frecuente que tengan relaciones sexuales con sus esposas sin ningún tipo de protección, acarreando el riesgo de infectarlas con el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual en el caso de que estos migrantes sean portadores de alguna enfermedad (Bronfman y Minello, 1995).

²⁸ En la ciudad de Watsonville se entrevistaron a 27 migrantes, de los cuales 18 eran hombres.

En otro trabajo que tenía como objetivo estudiar la ruralización de la epidemia del SIDA, se compararon las proporciones de casos rurales con antecedentes de migración, con respecto a los casos urbanos, notificados hasta mediados de 1994. Se encontró que el patrón de transmisión rural no implicaba un problema por el número de enfermos, el cual ascendía solo al 4% del total de casos; sin embargo, este tiene la posibilidad de adquirir mayor importancia en el futuro cercano, ya que no se prevé que haya una disminución de los hombres que se dirigen hacia los Estados Unidos, en el caso de que sean ellos los posibles transmisores de la enfermedad. Del mismo modo, se mencionó como factores de riesgo de los migrantes que habían visitado los Estados Unidos, el haber mantenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial o con otros hombres (Magis et al., 1995).

Por otro lado, en un estudio realizado en Los Ángeles (California), se encontró que los bajos niveles de educación formal, las altas tasas de analfabetismo y el manejo deficiente del inglés, influyen en el comportamiento sexual de los migrantes, afectando la eficacia de las campañas educativas, no pudiendo leer el material educativo, privándolos de una información oportuna para la prevención adecuada. En este trabajo se concluyó que las condiciones materiales de vida entre algunos de los migrantes mexicanos, si bien son mejores en alguna medida en Estados Unidos que en México, las condiciones emocionales y afectivas son sensiblemente peores (Bronfman y Kurtzman, 1996).

Aunado a lo anterior, en varios casos la mala situación económica de algunos migrantes de ambos sexos los obliga a intercambiar relaciones sexuales sin protección por comida, dinero, refugio; llamado por algunos como «sexo de supervivencia» (Bronfman y Kurtzman, 1996).

En la misma línea, en un estudio realizado entre 1997 y 1998 en la Casa del Migrante Centro Scalabrini y el Ejército de Salvación en la ciudad de Tijuana, sobre factores de riesgo de infección por VIH/ITS en

migrantes mexicanos hombres, se encontró que un 3% de los 200 entrevistados eran positivos de VIH.²⁹ El diagnóstico se hizo por medio de una muestra de sangre, la cual fue procesada utilizando los reactivos de Ensayo de Liga Enzimática (ELISA); posteriormente a todas las muestras reactivas en dos ocasiones se procesaron con pruebas confirmatorias Western Blot y fueron ratificadas como positivas utilizando los criterios del CDC para la interpretación de las inmunoelectrotransferencias. Igualmente se halló que los migrantes tenían edades relativamente jóvenes, en donde casi el 47% de los entrevistados oscila entre los 21 y 30 años de edad (Rangel y Lozada, 1998).

También se encontró en este estudio, que los migrantes a pesar de que reconocen en un alto porcentaje que la transmisión del VIH/SIDA se realiza a causa de transfusión de sangre infectada (83.3%), por contacto sexual con una persona contaminada (81.9%), por el uso de jeringas y agujas sin esterilizar (80.4) y en el embarazo (75%); hay todavía muchos individuos que piensan que otros mecanismos de transmisión son los baños públicos, el contacto diario con las persona y a través del aire o en la albercas (Rangel y Lozada, 1998).

Del mismo modo, el 12.5% del total de migrantes tuvo relaciones sexuales con hombres, de los cuales, más de un 80% no utilizaron el condón, bien sea en una penetración anal insertiva o receptiva; asimismo, los hombres que tuvieron relaciones sexuales, sea por contacto vaginal o anal, con mujeres y hombres durante el último año antes de realizárseles la entrevista, cerca de un 90% manifestaron no haber utilizado condón. También se pudo observar que un 21.05% de los migrantes habían usado drogas, dentro de las que se destacan el cristal, la cocaína y en una mayor proporción la heroína (Rangel y Lozada, 1998).

²⁹ A la Casa del Migrante Centro Scalabrini arribaban dos tipos de migrantes: aquellos que llegaban de primera vez y que tienen la intención de cruzar la frontera hacia los Estados Unidos; y aquellos que fueron devueltos por la patrulla fronteriza pero que de nuevo intentarán cruzar la frontera.

Gayet (1999) en un trabajo sobre inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la Ciudad de México, afirmó que la razón hombre-mujer (10 a 1) de los inmigrantes con SIDA es mayor que la de la población con SIDA (6 a 1) y mucho mayor que la de la población inmigrante en general (1 a 1), lo que indicaría que al migrar, los hombres tienen mayores probabilidades de contagiarse con respecto a las mujeres.

Por otro lado, en un estudio que buscaba estimar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH, y evaluar la movilidad poblacional de mujeres trabajadoras del sexo en México y Centroamérica, especialmente en la región de Soconusco, en el estado de Chiapas, se encontraron resultados interesantes.

Como primera medida, se entrevistaron a 484 mujeres trabajadoras del sexo, las cuales proceden de los países centroamericanos, particularmente de Guatemala (40.29%), Honduras (17.77%) y El Salvador (15.70%); caracterizadas por ser jóvenes, solteras, con un inicio temprano de la actividad sexual y con bajos niveles de escolaridad. Asimismo, se encontró que más de la mitad de estas mujeres nunca habían trabajado en el sexo comercial hasta llegar a la región de Soconusco, sumado a que su primera experiencia de trabajo sexual la tuvieron en el lado mexicano (88.2%), con una menor proporción de experiencia en sus países de origen, en especial las procedentes de Guatemala (Uribe et al., 2003).

Dentro de un contexto sociodemográfico, en la población de estudio se halló una baja prevalencia de infección por el VIH (0.6%) – contrario a la hipótesis que se planteó – siendo explicado posiblemente por las bajas tasas de uso de drogas intravenosas entre las mujeres entrevistadas y la falta de asociación con transfusiones previas de sangre. Del mismo modo, estas bajas prevalencias de VIH contrastan con las altas prevalencias de otras ETS, como la infección del VHS-2 con el 85.7%, seguida de infecciones como *C trachomatis*, *N gonorrhoeae* y *T pallidum*, con el 14.4%, 11.6% y 9.4% respectivamente; las

cuales tienden a ser altas en este estudio a diferencia de estudios previos que abordan la misma problemática (Uribe et al., 2003).

En suma, los datos de este estudio muestran que las mujeres centroamericanas llegan a ser trabajadoras del sexo después de arribar a México, exponiéndose a diferentes infecciones de transmisión sexual, particularmente la infección por el VHS-2, así como enfermedades bacterianas (Uribe et al., 2003).

Con base en la información adquirida en el proyecto «Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos», se analizaron las ciudades de Chetumal³⁰ e Hidalgo³¹, para las cuales se encontró que existe un acceso limitado a los condones en los lugares donde se llevan a cabo las prácticas sexuales; lugares en los que la población móvil se mezcla con los residentes locales, promoviéndose un mecanismo fácil para la proliferación del VIH y las infecciones de transmisión sexual en poblaciones más grandes. Asimismo, algunos individuos manifiestan que en estos lugares muchos tienen compañeros (as) sexuales en un período corto de solo algunas semanas, donde el condón no siempre es usado con las nuevas parejas (Negroni et al., 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, los estudios realizados en México nos muestran toda clase de situaciones de riesgo en las cuales los migrantes pueden incurrir, pudiendo ser estas formas las causantes de proliferar las enfermedades de transmisión sexual durante toda su travesía, en el lugar de destino, y de regreso al lugar de origen.

³⁰ Es una ciudad del estado de Quintana Roo, con una población de 121,600 habitantes y colindante con Belice.

³¹ Ciudad Hidalgo, en el estado de Chiapas, es una ciudad con 12,500 habitantes, ubicada a orilla de un río que sirve como frontera natural entre México y Guatemala.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Fuentes de datos.

Para conocer y entender de una mejor manera los comportamientos sexuales de los migrantes, así como algunos aspectos demográficos; es necesario abordar los antecedentes y los conceptos que sobre el tema se han realizado hasta el momento, así como analizar el comportamiento de la población de interés a partir de las fuentes de datos. Con base en estas fuentes, se seleccionan las variables más representativas, se operacionalizan y se les aplica diferentes herramientas estadísticas, con el fin de obtener resultados que vayan acordes a los objetivos planteados.

Teniendo en cuenta las características y los objetivos de la investigación, las fuentes de información más afines para la realización del mismo son la Encuesta de Migración de la Frontera Norte (EMIF) y el módulo sobre factores de riesgo de infección por VIH/SIDA, el cual fue aplicado una vez finalizada la EMIF.

Por medio de la EMIF se identifican los migrantes, sea que se desplacen de primera vez o que ya tengan una historia migratoria, al igual que ciertas características demográficas importantes; y por medio del módulo sobre infección del VIH/SIDA se podrá identificar una serie de factores de riesgo que pueden conllevar a la presencia de las enfermedades de transmisión sexual.

3.1.1 Descripción general de la EMIF.

Los antecedentes de la Encuesta de Migración de la Frontera Norte se remontan al año 1992. Durante este período, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y el Consejo Nacional de Población convocaron

a instituciones académicas y especialistas a presentar proyectos orientados a indagar el funcionamiento de los mercados laborales y su relación con el fenómeno de la migración interna e internacional. De una serie de propuestas presentadas en esa ocasión, se seleccionó el proyecto elaborado por El Colegio de la Frontera Norte, el cual proponía la realización de una encuesta continua de migración para medir de manera directa la magnitud, dinámica de cambio y características del flujo migratorio entre México y Estados Unidos, así como investigar algunas de sus principales causas y consecuencias (CONAPO, 1999).

La aprobación del proyecto de la EMIF condujo, a partir de marzo de 1993, al levantamiento de la primera fase de la encuesta. Desde entonces, la EMIF ha convertido las localidades fronterizas mexicanas en un observatorio estadístico de los flujos de migrantes (CONAPO, 1999).

La EMIF está conformada por la aplicación de técnicas de muestreo probabilística de poblaciones móviles, las cuales son empleadas en disciplinas como la oceanología o la biología. La encuesta capta el desplazamiento y a partir de éste recupera al migrante; el cual es estudiado a su vez por medio del muestreo de la migración, cuya identificación o captura se logra distinguiendo las dos dimensiones que definen al desplazamiento: el tiempo y el espacio (CONAPO et al., 2002).

El paso hacia Estados Unidos se realiza básicamente por 23 localidades, ocho de las cuales concentran un poco más del 94% de los flujos que transitan en las dos direcciones. A estas ciudades el migrante necesariamente llega por zonas asociadas con la infraestructura de transportes foráneos de la ciudad: aeropuertos, centrales de autobuses o estaciones de tren. En estos lugares, los migrantes deben de pasar por accesos o puertas específicas (CONAPO et al., 2002).

Por otro lado, un rasgo propio de los movimientos de mexicanos hacia los Estados Unidos es la llamada circularidad migratoria, la cual es utilizada como el concepto rector en el diseño de la EMIF. Esta

circularidad se refiere a un patrón recurrente de desplazamiento, en donde el individuo se inicia y continúa con la salida periódica del lugar de residencia habitual con el fin principal de trabajar o buscar trabajo en Estados Unidos, terminando cuando, en algún momento, el migrante se separa del flujo laboral para establecer su residencia permanente en alguno de los lugares que integran la ruta migratoria (CONAPO, 1999)

Considerando la naturaleza y la complejidad que tiene la circularidad migratoria, la EMIF reconoce que el examen de la migración no puede limitarse a una sola dirección del movimiento (CONAPO, 1999). Por tal motivo, las características de la dinámica de cada dirección obligaron a subdividir el flujo procedente del norte en la encuesta en: procedentes de Estados Unidos, procedentes de la frontera norte y migrantes devueltos por la patrulla fronteriza. Para cada flujo se estructuraron preguntas diferentes, de acuerdo a las particularidades que tiene cada uno de ellos. De este modo, la EMIF contiene cuatro formularios relacionados entre sí, que comparten un mismo marco teórico conceptual y que cuantifican y caracterizan 4 flujos migratorios de acuerdo al lugar de donde se originan³² (Consejo Nacional de Población et al., 2002).

A continuación se describen los diferentes flujos mediante los cuales se capta la población de estudio:³³

- **Flujo procedente del sur.** Son las personas no nacidas en Estados Unidos, mayores de 12 años, que llegan a alguna de las ciudades de muestreo por zonas y puntos de muestreo considerados, no residentes en esa ciudad fronteriza o en el país vecino y cuya estancia es la de trabajar o buscar trabajo, visitar familiares o amigos, cambiar de residencia o por encontrarse en tránsito hacia el norte, negocios o por razones de estudio, sin fecha comprometida para el regreso. En esta población se puede rebasar el flujo migratorio propiamente dicho, ya que hay muchos individuos, que como se

³² Procedentes del sur, de la frontera norte de México, de Estados Unidos y los devueltos por la patrulla fronteriza.

³³ Información proveniente de la «Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México 1999-2000» edición 2002.

dijo antes, solo buscan visitar a sus familiares o por negocios sin una fecha comprometida de regreso a su región de origen, lo que hace que permanezca en la zona y desarrolle alguna actividad. Es decir, a la hora de la entrevista el sujeto no es migrante por cuestiones laborales, pero con el paso del tiempo se puede convertir en uno de ellos.

- **Flujo procedente de la Frontera Norte.** Son las personas mayores de 12 años, no nacidas en Estados Unidos, que no viven en la ciudad de aplicación de la entrevista, cuya estancia en la zona fronteriza fue para negocios, trabajar, buscar trabajo o cambio de residencia (independientemente de la duración de la visita), o bien, por estudios, paseo, visita a familiares o amigos, pero con una duración mayor de un mes.
- **Flujo procedente de Estados Unidos.** Son las personas mayores de 12 años, no nacidas en Estados Unidos, que no viven en la ciudad de aplicación de la entrevista, cuya estancia en Estados Unidos fue para negocios, trabajar o buscar trabajo (independientemente de la duración de la visita), o bien, por cuestiones de estudio, para visitar familiares o amigos o de paseo, pero con estancia mayor de un mes en ese lugar. Debido a que la persona pudo haber permanecido tanto en Estados Unidos como en la localidad fronteriza mexicana, su ubicación en uno u otro flujo procedente del norte se realizó de acuerdo al mayor tiempo de permanencia. Así, si la mayor parte del tiempo la persona permaneció en alguna ciudad de los Estados Unidos, se dirá que se trata de un desplazamiento originado en dicho país; en caso contrario, se clasificará como procedente de la Frontera Norte.
- **Flujo de migrantes devueltos por la patrulla fronteriza.** Son las personas entregadas por integrantes de la patrulla fronteriza de Estados Unidos a las autoridades mexicanas de migración, en alguno de los puntos establecidos a lo largo de la línea fronteriza. Dentro de este flujo hay que tener en cuenta ciertas situaciones: se incluyen a migrantes de otras nacionalidades; se subestiman a los menores de 18 años, debido a que éstos son entregados con frecuencia en los Consulados de México en los Estados Unidos, encargados de su repatriación; no se usa el término «deportados» debido a que gran

parte de los migrantes son devueltos a México sin que nadie medie un juicio de deportación, entre otras situaciones.

La EMIF se comenzó a levantar a partir del 28 de marzo de 1993, y se sigue haciendo hasta el momento. Su levantamiento se realiza por fases, con una duración de un año calendario, dividido en cuatro trimestres. Por otro lado, cada una de las fases se ha realizado teniendo en cuenta los mismos propósitos y utilizando la misma metodología.

3.1.2 Descripción general del módulo sobre factores de riesgo de infección por VIH/SIDA.

Si bien, los estudios cualitativos han atribuido un gran riesgo de contraer el SIDA entre migrantes mexicanos a los Estados Unidos dada la situación social en la cual tienen las relaciones sexuales, describiendo los factores que facilitan la transmisión del VIH; éstos no proveen estimados cuantitativos de la proporción de migrantes infectados y la prevalencia de factores de riesgo para estas poblaciones. De acuerdo a lo que se ha documentado, por el tipo de prácticas de riesgo que tienen los migrantes mexicanos en Estados Unidos, el impacto del VIH en los migrantes puede ser severo, debido a las características del fenómeno migratorio, que implican una alternancia de estancias en los dos países (México-Estados Unidos).

De ahí el interés de El Colegio de la Frontera Norte y el Centro de Epidemiología Comportamental y Salud Comunitaria (Center for Behavioral Epidemiology and Community Health, CBEACH) en la Universidad Estatal de San Diego, de elaborar una investigación cuantitativa que considere los aspectos indicados inicialmente, y que permitan el diseño de programas efectivos de prevención enfocados a esta población.

Surge de esta manera en el año 2002, un módulo de preguntas relacionados con el tema, perteneciente al proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», realizado por las

instituciones anteriormente mencionadas, con fondos de la Universitywide AIDS Research Program (UARP) de California, y tiene como objetivos fundamentales:

- Evaluar la tasa de infección por VIH y los factores de riesgo de infección por VIH entre migrantes mexicanos.
- Conocer la relación entre algunas características de los migrantes y el riesgo de infectarse por VIH.
- Conocer que servicios de salud necesitan los migrantes mexicanos.

El módulo contiene información acerca de los lugares en los que ha estado en los últimos 6 meses, las personas que ha conocido en cada lugar, las actividades sexuales, las parejas, el uso de alcohol y otras drogas, los conocimientos acerca de las ETS y el VIH/SIDA, la historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros aspectos de la vida de los migrantes. Por otro lado, la encuesta va acompañada de una prueba de detección de VIH, en el caso de que el entrevistado aceptara realizársela³⁴.

La presente investigación tomará como referencia la información del período del 2 de junio al 2 de diciembre de 2002, correspondiente a la fase VIII de la EMIF, debido a que el módulo sobre factores de riesgo sólo se captó en este intervalo de tiempo y para la ciudad de Tijuana exclusivamente.

Los lugares donde se realizó el estudio fueron: la central de autobuses, el aeropuerto, la garita de San Ysidro y la garita de Otay. La encuesta se llevó a cabo considerando el lugar, el día y la hora seleccionado, de acuerdo a la EMIF (Véase Gráfica 1). Por otro lado, el supervisor se encargó de entregarles a los entrevistadores, la carga diaria de trabajo de acuerdo al lugar y jornada de que corresponda.

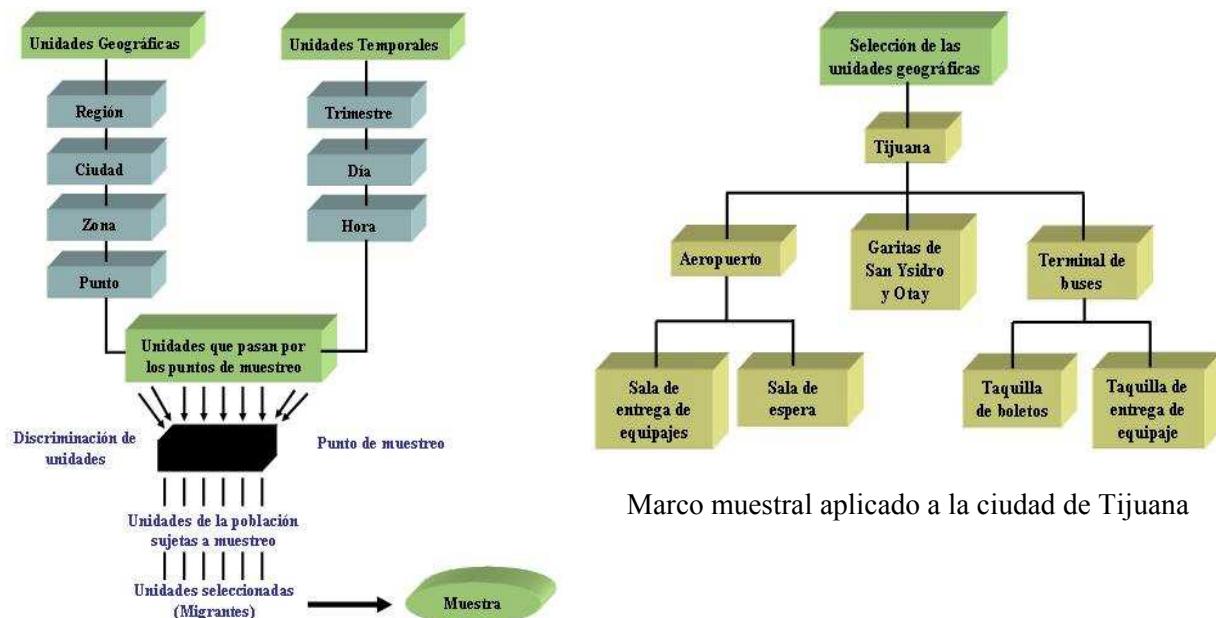
³⁴ A cada uno de los migrantes de la muestra se les preguntó si querían realizarse la prueba de VIH; como resultado se obtuvo que el 72.79% aceptó realizarse la prueba, mientras el 19.63% rechazó rotundamente realizársela. Asimismo, otro 5.80% no pudo realizarse la prueba por falta de tiempo.

En cuanto al día de muestreo, se refiere al horario de funcionamiento del punto de muestreo dentro del cual ocurren los desplazamientos. En algunos casos, como la central de autobuses, el día del muestreo es un intervalo de 24 horas y en otros, como en los aeropuertos, el día del muestreo esta constituido por los intervalos de tiempo alrededor de las salidas y llegadas de los aviones.

Asimismo, dentro del día de muestreo se establecieron como unidades inferiores intervalos de tiempo durante los cuales suceden los desplazamientos. Como medida de tamaño de estas unidades se asignó el porcentaje del flujo del día que pasa durante dicho intervalo de tiempo.

Estas jornadas de muestreo se adaptaron a las características de la zona y punto de muestreo. En ocasiones la jornada solamente duraba el tiempo que los pasajeros de un avión estaban en el aeropuerto, y en otras fueron intervalos de ocho horas, durante los cuales transitaban personas de manera continua.

Gráfica 1. Marco Muestral.



Fuente: Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, 1998-1999.

Ahora bien, el primer contacto con la persona a encuestar estuvo a cargo del entrevistador de la EMIF, posteriormente, una vez finalizada la encuesta de migración, se acercaron los encuestadores del módulo de el VIH, explicándole de una manera muy breve los objetivo del estudio. En el caso de que el entrevistado aceptará aplicárselle el formulario, había que leérsele la carta de consentimiento informado (Véase Anexo 1) y obtener el consentimiento verbal de el/la potencial participante.

Posteriormente, el encuestador introdujo de una manera resumida lo que se iba a preguntar a lo largo del formulario, enfatizando en la descripción de los distintos tipos de prácticas sexuales y de lo importante que eran para el estudio (Véase Anexo 2). Del mismo modo, en el momento de preguntarles a los migrantes por la historia de las enfermedades de transmisión sexual, el encuestador expresó resumidamente los principales síntomas de éstas, de tal manera que los individuos recordarán e identificarán las enfermedades alguna vez manifestadas, tanto en los seis meses previos a la realización de la entrevista, como en alguna otra ocasión (Véase Anexo 3).

Por último, una vez terminada la entrevista, se les agradeció mucho por su contribución a la investigación y se les invitó a hacerse la prueba de el VIH, dentro de la cual, antes de brindar su consentimiento, se les informó acerca de lo que era el VIH y el SIDA y como se transmite, se previene y los beneficios de realizarse la prueba (Véase Anexo 4 y Anexo 5).

Como se indicó anteriormente, por la falta de información sobre las costumbres sexuales de los migrantes mexicanos y los limitados análisis encaminados a medir la relación que existe entre las enfermedades de transmisión sexual y la migración, es importante retomar estas encuestas, con la finalidad de tener un acercamiento y un entendimiento más real de la problemática, de igual manera ofrecer elementos significativos que puedan incorporarse dentro de algunas estrategias que vayan orientadas a prevenir la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas.

Por lo anterior, la decisión de trabajar con la EMIF y el módulo sobre factores de riesgo de infección por el VIH/SIDA deriva de la intención de analizar cuantitativamente la relación entre la migración, las características sociodemográficas, los factores de riesgo y el padecimiento de enfermedades de transmisión sexual, así como sustentar lo dicho por los estudios de tipo cualitativo, ofreciendo con ello, una aproximación más exacta de la magnitud del fenómeno.

3.2 Metodología.

Con la finalidad de abordar el análisis sobre la migración y la adopción de hábitos y prácticas sexuales que conducen potencialmente al padecimiento de ETS, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, para un período de análisis de seis meses (de junio 2 a diciembre 2 de 2002), basándonos en un enfoque sociodemográfico y de salud.

El análisis de la información de la investigación se realizó en dos partes: un análisis descriptivo con las variables de interés – permitiéndonos conocer las características sociodemográficas de la población de estudio –, y la estimación de prevalencias de los diferentes factores de riesgo como las prácticas sexuales riesgosas, uso del condón, consumo de drogas, y la prevalencia de las ETS reportadas. Por otro lado, se ajustaron varios modelos de regresión logística, encaminados a medir la asociación entre los diferentes factores de riesgo y algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, escolaridad, zona de procedencia y la recurrencia migratoria, con la manifestación de alguna enfermedad de transmisión sexual.

3.3 Conceptos y operacionalización de las variables.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados, es necesario pasar de conceptos observables, a indicadores e índices capaces de responder el problema planteado. A

continuación se describen y se definen algunos conceptos utilizados en la investigación, al igual que las variables más importantes dentro de ésta.

3.3.1 Manifestación de enfermedades de transmisión sexual.

Como ya se mencionó, el manifestar una ETS está íntimamente ligado con algunos factores de riesgo, entre los que se destacan los aspectos biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, conductuales, entre otros; convirtiéndola en una variable influenciada directamente por varias situaciones. Por tal motivo, en el presente estudio se ha tomado como una variable dependiente; definiéndola de manera dicotómica de acuerdo al lo enunciado por los participantes, en donde el no haber manifestado ETS (0), expresa la no ocurrencia del evento; y el haber manifestado ETS (1), indica la ocurrencia del evento.

3.3.2 Riesgos para la manifestación de enfermedades de transmisión sexual.

Este concepto es definido como todas aquellas circunstancias o condiciones que aumentan la probabilidad de que una persona sea más propensa a manifestar alguna ETS. El análisis se enfocó particularmente sobre aquellos aspectos sociodemográficos y conductuales de los migrantes.

Para la estimación del concepto, hay que tener en cuenta ciertas categorías en las que se pueden clasificar las diferentes variables, como son la adopción de ciertos hábitos, las prácticas sexuales riesgosas y los conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y el condón; consideradas dentro del estudio como variables independientes.

Dentro de la adopción de **hábitos** ubicamos todas aquellas actividades relacionadas con el consumo de alcohol y el compartir jeringas con personas consumidoras de drogas inyectables. Por otro lado, dentro de las **prácticas sexuales riesgosas**, se tomaron en cuenta las relaciones sexuales de los migrantes, bien

sea por contacto vaginal, anal u oral, el número de compañeros (as), la frecuencia en la utilización del condón, el haber tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad, a cambio de dinero, comida u otros materiales, o con una persona que usaba drogas intravenosas. Por ultimo, en cuanto a los **conocimientos** se tuvo en cuenta las nociones que tenían los migrantes acerca del VIH/SIDA y el condón, y la información recibida relacionada con la prevención del VIH/SIDA y ETS (Véase Anexo 6).

La estimación del riesgo se realizó mediante el cálculo de algunas medidas de asociación como la razón de momios, la cual permite cuantificar la relación que existe entre dos variables dicotómicas; así mismo, por medio de la regresión logística, se expresa la probabilidad de que determinado evento³⁵ ocurra cuando ciertas variables que se suponen relevantes o importantes están presentes (Factores de riesgo). Más adelante, se explicará de una manera detallada en que consiste cada una de estas técnicas.

3.3.3 Recurrencia migratoria.³⁶

Teniendo en cuenta las características de la investigación, se define la recurrencia migratoria como el número de movimientos o traslados que realiza una persona de un país a otro, en nuestro caso de México a Estados Unidos, para su establecimiento definitivo o temporal con fines diversos, destacándose principalmente los laborales.

La operacionalización del concepto se realizó tomando en cuenta las siguientes variables: en primer lugar, por medio de la variable «Flujo» se identificaron aquellos migrantes provenientes de Estados Unidos y los devueltos por la patrulla fronteriza; situación que los convierte por si solos en migrantes con una recurrencia migratoria hacia los Estados Unidos. Por otro lado, mediante la variable «En qué año fue la última vez que cruzó a los Estados Unidos», se identificó a aquellos migrantes procedentes del sur y de la frontera norte de México que nunca han cruzado hacia los Estados Unidos, al igual que el último

³⁵ Para nuestro caso, la manifestación de una enfermedad de transmisión sexual.

³⁶ La recurrencia migratoria es considerada dentro de la investigación como un sinónimo de la historia migratoria.

año de aquellos que si lo han hecho. Con base en lo anterior, se construyó una variable de tipo dicotómico, donde la ocurrencia del evento (recurrencia migratoria) es la presencia de uno o más cruces hacia Estados Unidos; y la no ocurrencia del evento (sin recurrencia migratoria) es no tener ningún cruce hacia los Estados Unidos. Por otro lado, esta variable es considerada dentro del estudio como una variable independiente, debido a la fuerte relación que puede presentar con el padecimiento de las enfermedades de transmisión sexual, y la cual es documentada por algunos estudios (Bronfman y Minello, 1995; Salgado, 1998).

3.3.4 Variables sociodemográficas.

Ahora bien, dentro de las variables sociodemográficas más importantes del presente estudio se tiene la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y de residencia, la zona de procedencia, el nivel de escolaridad y el estado civil; las cuales pueden marcar diferencia en el riesgo de ostentar algunas enfermedades de transmisión sexual en los migrantes. Por otro lado, algunas de estas características fueron adoptadas basándose en antecedentes de algunos estudios, destacándose la edad definiendo los grupos con mayor y menor riesgo de llegar a padecer una ETS (Cortés et al., 1999).

La **edad** es la variable que puede ubicar a la población en la edad plenamente productiva. Si bien dentro de la captación de la información de la EMIF se toma en cuenta a todos los migrantes mayores de 12 años; la información correspondiente al módulo sobre factores de riesgo para el VIH/SIDA fue captada para migrantes con una edad mínima de 18, debido en gran medida al tipo de preguntas que se realizan dentro de éste.

Se analizó la edad de los migrantes a partir de los 18 años en adelante, la cual se encontraba de manera desplegada hasta los 98 años de edad. Para trabajar con la variable se recodificó por grupos quinqueniales

desde 18-19³⁷ años hasta 65 y más años, formando 14 grupos de edad. Sin embargo, se construyeron tres grupos de edad para efectos de correr los respectivos modelos de regresión logística (18-29, 30-49 y 50 y más años).

La variable **sexo** es considerada muy importante debido en gran medida a las características del flujo migratorio hacia los Estados Unidos, donde la proporción de hombres es mucho mayor que el de las mujeres, a pesar de que se observa un pequeño incremento en éstas últimas. La variable se presenta dentro de la fuente de datos como (1) hombres y (2) mujeres.

El **lugar de nacimiento** y de **residencia** de los migrantes es importante para identificar aquellos estados tradicionalmente expulsores de población, al igual que aquellas entidades federativas para las que la migración no ha sido tan importante, pero que en los últimos años han tenido una presencia considerable. Para efectos del trabajo, se decidió agrupar los estados en cinco regiones, de acuerdo a una categorización establecida por el INEGI, la cual divide al país en: Norte, Centro Norte, Centro, Sur y Sureste.³⁸

Por otro lado, la **zona de procedencia** es trascendental para poder identificar a los migrantes provenientes de zonas rurales y urbanas³⁹. Asimismo, dentro de la EMIF se define la categoría de poblaciones rurales

³⁷ A excepción de este primer grupo, todos los demás grupos son quinquenales.

³⁸ La Región Norte esta compuesta por siete (7) Estados: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León y Tamaulipas. La Región Centro Norte, es donde se encuentran la mayor cantidad de Estados (15), esta conformada por: Durango, Nayarit, Sinaloa, Aguascalientes, Colima, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, y Veracruz. La Región Centro (3) se divide en: Distrito Federal, México y Morelos. La Región Sur (3) esta compuesta por: Chiapas, Guerrero y Oaxaca; y la Región Sureste (4) se divide: Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán (Monografías Censales de México, INEGI 1990).

³⁹ Estudiar el vínculo entre la migración y el SIDA con respecto a esta categoría es importante para poder comparar las proporciones de casos rurales con antecedentes de migración respecto a los casos urbanos, ya que se señala que la migración es un factor significativo que influencia en la presencia del SIDA en áreas rurales (Magis et al., 1995).

como aquellos municipios cuya población no supera los 15,000 habitantes, mientras que las poblaciones urbanas son aquellos municipios con más de 15,000 habitantes.

El **nivel de escolaridad** se presenta dentro de la EMIF en varias categorías: (1) Sin escolaridad; (2) Primaria; (3) Secundaria; (4) Preparatoria; (5) Técnico con primaria; (6) Técnico con secundaria; (7) Normal y (8) Profesional y posgrado.

Por último, el **estado civil** se registró en la EMIF como (1) Soltero; (2) Casado; (3) Unión libre; (4) Separado-divorciado y (5) Viudo.

3.4 Evaluación de las bases de datos y limitaciones de la investigación.

A pesar de que lo que se busca siempre que se realiza una encuesta es preservar la calidad en la información, lamentablemente a la hora de realizar el instrumento y de obtener los resultados finales se observan errores que amenazan una medición correcta; sumado a los problemas relacionados con temas sórdidos poco ventilados como la sexualidad y los comportamientos sexuales de la población y más si esta población migrante no tiene definida su situación legal.

Para el estudio, es importante tomar en cuenta que la validez de los resultados puede estar afectada por varios tipos de sesgos, que bien pudieran incidir en la elaboración de estimaciones incorrectas de asociación entre los factores de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual manifestadas por los participantes. Así, los principales sesgos manifiestos dentro del estudio son los de selección e información.

Dentro de los *sesgos de selección* que se pueden presentar en la investigación, se observa que la Encuesta de Migración de la Frontera Norte no logra captar a los migrantes que viajan directamente desde el lugar de origen en México al lugar de destino en los Estados Unidos, desconociéndose totalmente información

acerca de ellos, en especial aquellos conocimientos sobre sus comportamientos y prácticas sexuales, importantes para el estudio.

Otra manera en el que este sesgo pudo estar presente en el estudio, es que muchos migrantes seleccionados para participar no lo hicieron, difiriendo de los que si participaron con respecto al perfil demográfico y a la exposición de factores de riesgo, es decir, aquellos que no participaron en contestar la entrevista ni tampoco la prueba de detección del VIH sean migrantes mayormente expuestos, conduciendo los resultados a una subestimación de la exposición.

Una limitación importante que tienen las encuestas es la gran cantidad de preguntas que poseen, lo que prolonga considerablemente el tiempo de las entrevistas y; por ende, puede inducir a diversos *sesgos de información* como la respuesta inducida, la cortesía, entre otras. Sin embargo, también es importante mencionar, que si bien se presentan esta clase de problemas, hay bondades en cuanto a la cantidad de temas que se abordan en tan poco tiempo, al diligenciamiento y al procesamiento en tiempos muy reducidos.

Dentro de los sesgos de información se puede presentar, que aquellos migrantes que salgan seleccionados en el estudio y que manifiesten tener una ETS o haberla padecido, no lo reporten al momento de ser entrevistados, o bien, que hayan estado en riesgo de contraer la infección y no mencionaron los riesgos en los que incurrieron, en especial aquellos referidos a la adopción de hábitos, prácticas sexuales riesgosas y uso de drogas. Por otro lado, no todos los entrevistados proporcionan la información real sobre sus prácticas sexuales y uso de drogas, originando una subestimación del riesgo de padecer una ETS.

Es posible que la subestimación en cuanto a las prácticas de riesgo se presente de una manera importante en los migrantes, debido en gran medida a las características del tema de investigación, aunado a la

cultura y tradiciones que envuelven a la población mexicana. México, al igual que otros países latinoamericanos, se ha caracterizado por tener sociedades muy tradicionales y patriarcales, donde la sexualidad es abordada de una manera muy somera y conservadora, referida como un aspecto íntimo de la vida privada que interpone toda una valoración y normatividad social concerniente a la temática. Sin embargo, en los últimos años, debido a los profundos cambios que ha sufrido la sociedad mexicana, se observan diferencias entre grupos sociales. Algunos todavía siguen refiriéndose a la sexualidad como un tema bastante restringido y poco relevante, mientras que en otros grupos ya existe una mayor libertad y diversidad, ocupando un lugar importante en sus propias vidas. Por todo lo anterior, por el mayor conocimiento y acceso a diversas fuentes de información que tienen ciertos grupos de la población, es posible que se presente un mejoramiento de la calidad de la información.

En la misma línea, otra limitación adicional que presenta la investigación es que la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual registrada no proviene de un diagnóstico de laboratorio (excepto la prueba de VIH en aquellos migrantes que aceptaron hacérsela), sino de la información brindada por los migrantes basados en la memoria de la ocurrencia del hecho infeccioso. Asimismo, es posible que los migrantes a la hora de habérselas aplicado el cuestionario, fuesen portadores de alguna infección sin que aún tuvieran el conocimiento, lo que podría subestimar el número de casos de migrantes con alguna ETS.

Por otro lado, es importante reflexionar en términos generales de cómo se presenta la información de la base de datos, básicamente en variables tan trascendentales como la edad, debido en mayor medida a la importancia que presenta ésta dentro de los estudios de tipo demográfico.

Uno de los problemas más comunes que involucra a la variable edad es la declaración, ya que sufre una serie de anomalías como la preferencia de algunos dígitos y la atracción o rechazo por una edad en específico (Chackiel y Macció, 1978). Cuando se habla de preferencia hacia algún dígito se refiere a todas aquellas personas que declaran su edad redondeando de una manera sistemática hacia el dígito

final. De igual manera, lo que acontece con mayor frecuencia es que haya una mayor atracción por declarar edades terminadas en 0 y en 5. También, otros errores que pueden afectar la investigación, son los que respecta a otras variables sociodemográficas relevantes, al igual, que como se mencionó antes, las relacionadas con los comportamientos sexuales y consumo de drogas.

3.5 Técnicas estadísticas utilizadas.

Para conocer la distribución y el comportamiento de las variables de interés, se optó por realizar un análisis basado en estadísticas descriptivas⁴⁰, y en la estimación de frecuencias, prevalencias y proporciones. De igual manera, se midió la asociación entre variables por medio de la razón de momios y por medio del cálculo de algunos modelos de regresión logística, con los respectivos intervalos de confianza. Se adoptó como variable dependiente la manifestación de alguna enfermedad de transmisión sexual. La información fue analizada en el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 11.0 y en el STATA versión 7.0.

3.5.1 Razón de momios (Odds Ratio).

Dentro de los estudios observacionales se presentan una serie de medidas o parámetros como la razón de prevalencias (RP), el riesgo relativo (RR) y los odds ratio (OR o razón de momios), que buscan medir la asociación entre la presencia de la enfermedad y la exposición a determinado factor de riesgo, y los cuales se utilizan de acuerdo al tipo de estudio que se trate. En la presente investigación, por tratarse de un estudio de tipo transversal, el parámetro más conveniente a utilizar es la razón de momios.

La razón de momios es un mecanismo para cuantificar la importancia de una asociación entre dos variables dicotómicas. Su medición se realiza mediante el cociente entre el número de veces que ocurre

⁴⁰ Estadísticas descriptivas como la media, mediana, moda, límite superior, límite inferior, desviación estándar y varianza.

cierto suceso frente a cuántas veces no ocurre. El cálculo de la razón de momios se realiza a partir de una tabla de 2 x 2, la cual se expresa de la siguiente manera (Szklo y Nieto, 2000):

a	b
c	d

$$\text{OR} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Dado el caso de que el valor resultante de la razón de momios es de «1», indica que no existe asociación entre el factor de riesgo y el estado de la enfermedad; cuando el valor es diferente de «1», indica que hay algún grado de asociación entre el factor de riesgo y la presencia de la enfermedad. Si el valor es mayor que 1 quiere decir que existe un incremento del riesgo de que se presente la enfermedad entre los expuestos a determinado factor de riesgo; por el contrario, si el valor es inferior a 1, indica un descenso del riesgo de enfermar entre los expuestos al factor de riesgo, lo que se denomina más comúnmente como factor de protección.

3.5.2 Modelo de regresión logística.

La regresión logística tiene como finalidad principal expresar la probabilidad de que determinado suceso ocurra, con la presencia de ciertas variables que se suponen relevantes o influyentes. Generalmente este modelo se utiliza cuando la variable dependiente es binaria o dicotómica (0, 1). Por otro lado, las variables independientes o predictivas pueden ser de cualquier naturaleza: cualitativas o cuantitativas, y a veces una combinación de ambas (Jovell, 1995).

Como ya se ha mencionado antes, para el estudio se tomará como variable respuesta al padecimiento o no de una enfermedad de transmisión sexual; así mismo, se tomarán como variables predictivas algunas variables sociodemográficas, los hábitos y las prácticas sexuales realizadas por la población de interés.

La regresión logística permite, al igual que otras técnicas estadísticas multivariadas, evaluar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable respuesta y controlar el efecto del resto de las variables.

La forma analítica en que la probabilidad de que ocurra cierto evento se vincula con las variables explicativas se expresa de la siguiente manera: considerando un conjunto de p variables independientes, denotadas por el vector $\mathbf{x}' = (x_1, x_2, \dots, x_p)$ y la probabilidad condicional que el resultado arroja es denotado por $P(Y = 1 | \mathbf{x}) = \pi(\mathbf{x})$. Entonces el logito del modelo de regresión logística múltiple estará dado por la ecuación

$$g(\mathbf{x}) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_p X_p$$

En donde

$$\pi(\mathbf{x}) = \frac{e^{g(\mathbf{x})}}{1 + e^{g(\mathbf{x})}}$$

y $g(\mathbf{x})$ es el padecimiento de alguna enfermedad de transmisión sexual, y donde $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ representan los coeficientes de cada una de las variables predictivas (x) incluidas en el modelo.

Cuando las variables explicativas son de índole nominal, de más de 2 categorías (polítómicas), para incluirlas en el modelo hay que darles un tratamiento especial. En esta situación el método más conveniente a utilizar es una colección de variables designada, llamadas comúnmente como variables *dummy*. Por consiguiente, si se está en presencia de una variable nominal con C categorías, se debe incluir en el modelo de regresión logística como una variable categórica, de tal forma que a partir de ella se crean $C-1$ variables dicotómicas llamadas *dummy*⁴¹. Posteriormente después de creadas las variables

⁴¹ También se les conoce con el nombre de variables ficticias.

dummy, se debe precisar con cual de las categorías de la variable original interesa comparar el resto, y esta será la llamada categoría de referencia (Hosmer y Lemeshow, 1989).

Es importante mencionar que en ocasiones se piensa que la influencia de una de las variables predictivas sobre la probabilidad de que ocurra el suceso se modifica en función del valor de otra de las variables, por lo cual es necesario incluir en el modelo una tercera variable que sea el producto de las anteriores. Esto se conoce con el nombre de interacción y puede incluir 2 o más variables (Hosmer y Lemeshow, 1989).

La interacción se introduce en el modelo cuando hay razones suficientes para suponer que la influencia de una de las variables sobre $g(x)$ ⁴² cambia en función del valor que asume otra de las variables incluidas en el modelo, es decir, si la influencia de X_1 sobre $g(x)$ varía en función del valor que toma X_2 , entonces se incluye en el modelo un término que represente la interacción de X_1 y X_2 .

Para interpretar de una manera adecuada los coeficientes obtenidos del análisis de un modelo de regresión logística, es necesario entender el significado del término odds (momios «M»). Al igual de cómo se definió en el apartado anterior, los momios asociados a cierto evento se definen como la razón entre la probabilidad de que dicho evento ocurra y la probabilidad de que no ocurra; es decir, un valor que expresa cuánto más probable es que suceda el evento frente a que no suceda. De este modo, sea E el evento, entonces $P(E)$ expresa la probabilidad de que el evento E ocurra y por lo tanto, $1 - P(E)$ la probabilidad de que el evento no ocurra, así el M (momio) del evento E , $M(E)$ es expresado de la siguiente manera (Hosmer y Lemeshow, 1989):

$$M(E) = \frac{P(E)}{1 - P(E)}$$

⁴² Manifestación de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Por otro lado, es interesante observar cómo la noción que se está midiendo es parecida a la que encontramos en lo que se denomina **riesgo relativo**, la cual corresponde al cociente de la probabilidad de que aparezca un evento cuando está presente el factor condicionante respecto a cuando no lo está. De hecho, es importante recalcar que cuando la prevalencia del evento es baja (< 20%) el valor del odds ratio y el riesgo relativo es muy parecido (Hosmer y Lemeshow, 1989).

Ahora bien, para estimar los parámetros, en regresión logística se utiliza el método de máxima verosimilitud, el cual a partir de los parámetros ya conocidos construye la función de verosimilitud, expresando la probabilidad de que se obtenga el conjunto de datos realmente observado. Si al añadir una nueva variable al modelo no mejora la verosimilitud de forma apreciable, en sentido estadístico, esta variable no se incluye en la ecuación (Hosmer y Lemeshow, 1989; Jovell, 1995).

En este sentido, y con base a los métodos anteriormente descritos, los modelos de regresión logística que se elaboraron, con su respectiva prueba de bondad y ajuste fueron⁴³:

1. Modelo sobre factores sociodemográficos.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \text{historia} + \beta_2 \text{flujosu} + \beta_3 \text{edad30_49} + \beta_4 \text{profesional}$$

Prueba de bondad y ajuste de Pearson = 0.9274

2. Modelo sobre factores conductuales.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \text{mas_de_3} + \beta_2 \text{pregunta27} + \beta_3 \text{preg34}$$

Prueba de bondad y ajuste de Pearson = 0.1934

⁴³ La prueba de bondad y ajuste utilizada es la Pearson, la cual nos sirve para comprobar si el modelo que se propone se ajusta de una manera adecuada a los datos (el punto de corte para aceptar o rechazar la hipótesis nula es de 0.05, con una confianza del 95%). De este modo, la hipótesis nula (H_0) nos expresa que el modelo se ajusta de una manera adecuada, mientras que la hipótesis alterna (H_1) nos indica que el modelo no se ajusta de una manera apropiada a los datos. El valor convenido de P para rechazar la hipótesis nula es de **0.05** o menor. Los valores grandes de P favorecen el modelo, mientras que los valores pequeños (< 0.05) son evidencias en contra.

3. Modelo sobre factores relacionados a los conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ETS y la realización de pruebas diagnósticas.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \text{pregunta52} + \beta_2 \text{pregunta53} + \beta_3 \text{pregunta54}$$

Prueba de bondad y ajuste de Pearson = 0.5360

4. Modelo sobre factores de riesgo.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \text{historia} + \beta_2 \text{edad30_49} + \beta_3 \text{profesional} + \beta_4 \text{mas_de_3} + \beta_5 \text{pregunta27} + \beta_6 \text{preg34} + \beta_7 \text{pregunta46} + \beta_8 \text{pregunta52} + \beta_9 \text{pregunta53} + \beta_{10} \text{pregunta54}$$

Prueba de bondad y ajuste de Pearson = 0.2670

5. Modelo sobre factores de riesgo en los migrantes procedentes de Estados Unidos y del sur.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \text{flujo2} + \beta_2 \text{edad30_49} + \beta_3 \text{mas_de_3} + \beta_4 \text{pregunta46} + \beta_5 \text{preg34} + \beta_6 \text{pregunta53} + \beta_7 \text{pregunta54}$$

Prueba de bondad y ajuste de Pearson = 0.1317

Descripción de las variables utilizadas en los modelos:

historia.....Recurrencia migratoria.

flujosuFlujo del sur comparado con el resto de flujos.

profesional.....Nivel de escolaridad profesional comparado con el resto de los niveles.

edad30_49.....Grupo de edad de 30 a 49 años comparado con el resto de los grupos.

mas_de_3.....Migrantes que consumieron más de dos copas de alcohol o cerveza más de tres veces a la semana, comparado con el resto de categorías.

pregunta27.....Migrantes que sostuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, drogas u otros materiales.

preg34Migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con trabajadoras sexuales.

pregunta52.....Migrantes que recibieron información por alguna persona sobre cómo prevenir el VIH/SIDA u otras ETS.

pregunta53.....Migrantes que se hicieron la prueba del VIH/SIDA en los seis meses previos a la realización de la entrevista.

pregunta54.....Migrantes que se hicieron la prueba de alguna otra ETS en los seis meses previos a la realización de la entrevista.

En síntesis, se ha visto en el transcurso del capítulo las fuentes de información y las herramientas estadísticas necesarias para analizar la relación existente entre los diferentes hábitos, prácticas sexuales riesgosas, conocimientos, algunas variables sociodemográficas y la recurrencia migratoria con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual. De este modo, en el capítulo siguiente se hará hincapié en la producción y análisis de resultados, tratando de dar cumplimiento a los objetivos inicialmente establecidos, responder la pregunta de investigación y corroborar las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO 4

RECURRENCIA DE LOS EVENTOS MIGRATORIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA MANIFESTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En el siguiente apartado, como ya se esbozó en la primera parte del estudio, se pretende describir la prevalencia de los factores de riesgo que pueden influir en la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual y su relación con algunas variables sociodemográficas y la recurrencia migratoria. Para tal efecto, se hace un análisis basado en los datos correspondientes a la Encuesta de Migración de la Frontera Norte (Fase VIII) y el módulo sobre factores de riesgo de infección por VIH/SIDA, durante el período del 2 de junio al 2 de diciembre de 2002.

Durante los seis meses de recolección de la información se diligenciaron 2,841 formularios de la EMIF, de los cuales 1,585 estuvieron acompañados del módulo de VIH⁴⁴. Se encontró que en 67 módulos sobre factores de riesgo, los migrantes no iniciaron la entrevista por falta de tiempo o se negaron rotundamente a dar información⁴⁵. De este modo, se tiene que la muestra corresponde entonces a 1,518 individuos, de los cuales 1,433 son entrevistas completas y el resto incompletas.

En síntesis, la presente investigación trabajará con una muestra de 1,518 migrantes, equivalente a una población de estudio de 408,531 personas (Véase Anexo 7).

Como primera medida, se describen algunas características sociodemográficas de los migrantes, se determinan las prevalencias de los factores de riesgo conductuales que se asocian con la manifestación

⁴⁴ Hay que tener en cuenta que la muestra para la realización de las encuestas del módulo de VIH es más reducida que la que corresponde a la EMIF, debido básicamente a los recursos asignados para el respectivo proyecto.

⁴⁵ 57 migrantes no iniciaron la entrevista por falta de tiempo, mientras que 10 se negaron rotundamente a dar información.

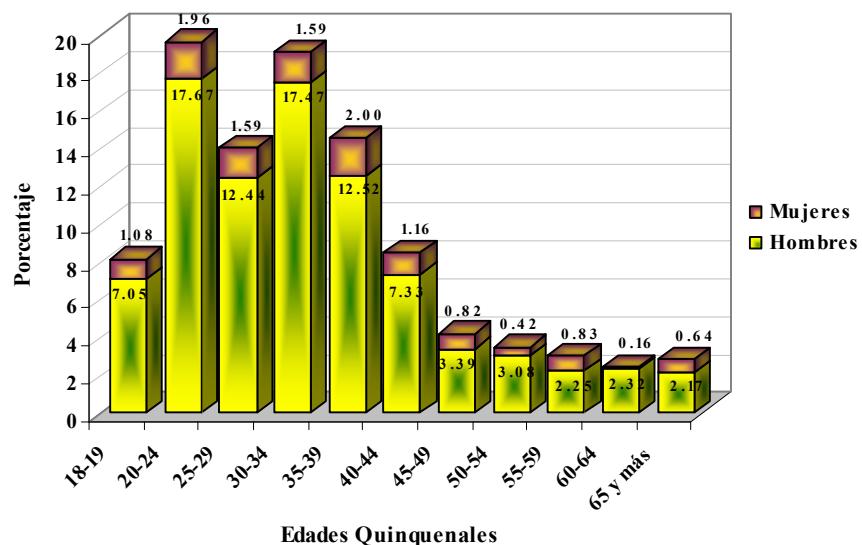
de la enfermedad y se establecen los conocimientos de éstos respecto a las enfermedades de transmisión sexual. Posteriormente se analizan los modelos de regresión logística con la finalidad de estimar el riesgo de manifestar enfermedades de transmisión sexual.

4.1 Características sociodemográficas.

Una primera característica tiene que ver con la edad de los migrantes, la cual nos permite ubicar a los grupos de población en la edad plenamente productiva (0.1% de valores no especificados). De acuerdo a la información obtenida, se observa que el fenómeno está involucrando, aunque no de forma exclusiva, a la población adulta. La población migrante tenía un promedio de 34 años de edad, en donde cerca del 19.63% se encuentran en el grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 30 a 34 años, con un porcentaje de 19.06, y del grupo de 35 a 39 años, con un 14.52%. Es interesante resaltar como el grupo de 25 a 29 años tiene un porcentaje inferior a los anteriormente descritos, conociendo de antemano que es uno de los grupos fuertemente productivos (Véase Gráfica 2).

Por otro lado, tomando en cuenta otra variable de importancia dentro de las variables sociodemográficas, encontramos el sexo. En la población de estudio se identificó un predominio del sexo masculino con un 87.73%. A pesar de que el número de mujeres es notoriamente menor que el de los hombres, se observa que entre los grupos de edad de 20 a 44 años, la proporción hombre-mujer permanece relativamente constante (Véase Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según grupos de edad y sexo, 2002.

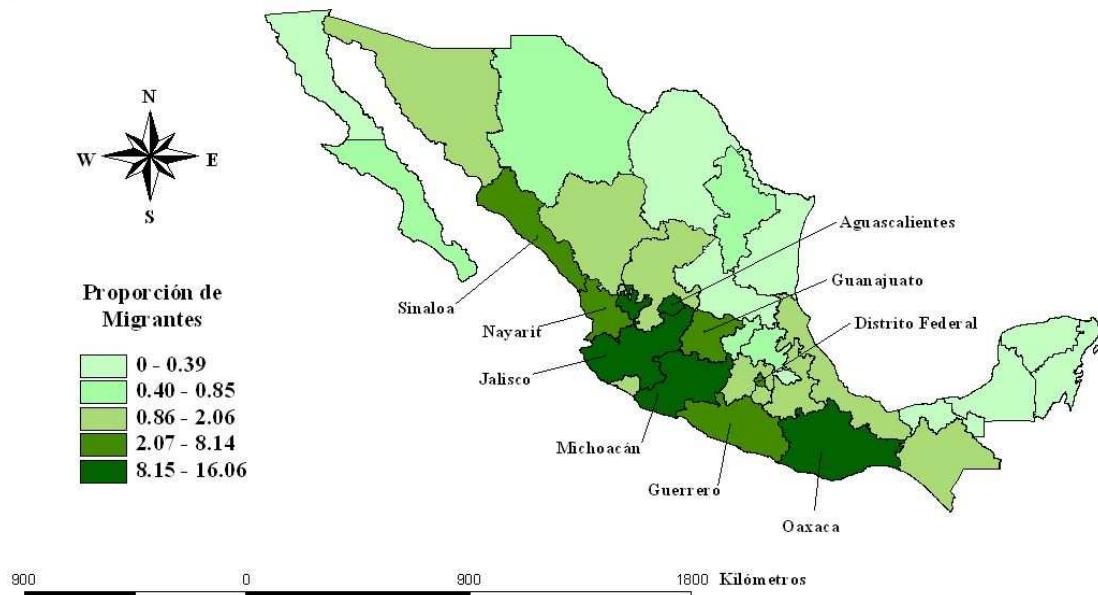


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Asimismo, se identificó que la mayoría de los migrantes habían nacido en los estados de Michoacán, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca, con unas proporciones que oscilaban entre 8.15% y 16.06%; seguido de los estados de Guerrero, Guanajuato, Nayarit, Sinaloa y el Distrito Federal con proporciones de entre 2.06% y 8.13% (22.45% de valores no especificados) (Véase Mapa 1).

Respecto al lugar de procedencia de los migrantes se pudo constatar que la mayoría procedían de Michoacán, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Distrito Federal, Guerrero y Estado de México con proporciones que fluctuaban entre 5.19 y 12.61%, seguidos de los estados de Sinaloa, Guanajuato, Chiapas, Sonora, Nayarit, Morelos y Baja California con proporciones de 2.02% a 5.18% (19.30% de valores no especificados) (Véase Mapa 2). Asimismo, la mayoría de la población de estudio provenía de zonas no urbanas con el 65.05%, caracterizadas por ser localidades que no superan los 15,000 habitantes (13.2% de valores no especificados).

Mapa 1. Proporción de migrantes captados en la ciudad de Tijuana según la entidad donde nacieron, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Mapa 2. Proporción de migrantes captados en la ciudad de Tijuana según la entidad donde residen, 2002.

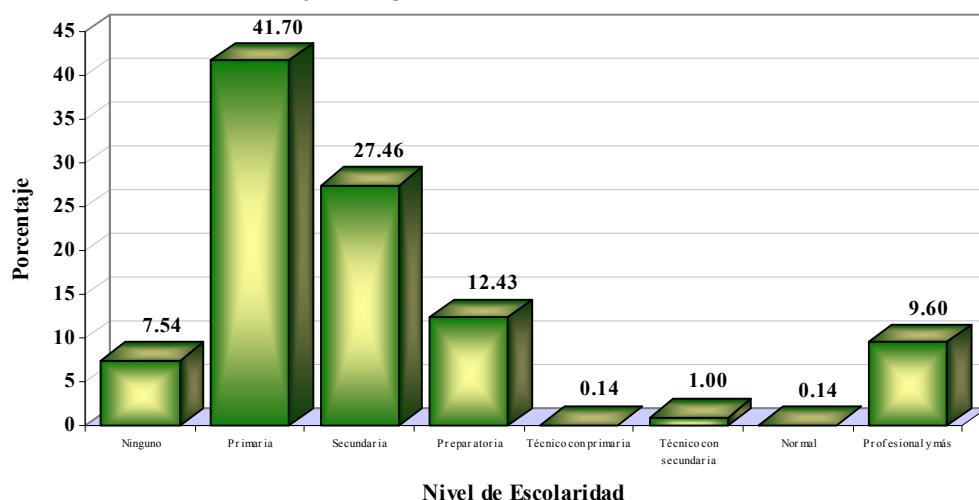


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

De acuerdo a la literatura, la zona centro-occidente de México es considerada como la región históricamente de tradición migratoria, e incluye básicamente 7 entidades federativas: Jalisco, Michoacán, Zacatecas, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí y Aguascalientes (Corona, 1997); sin embargo, más adelante el mismo Corona (1998) y Lozano (2003) manifiestan que las entidades de Colima y Nayarit se pueden unir a este grupo. Por tal motivo, si bien los estados de procedencia de los migrantes captados en el presente estudio se han diversificado, aún hay una cantidad considerable de migrantes que provienen de los estados con alta expulsión de personas.

Otra característica sobresaliente dentro de la población de estudio son los niveles de escolaridad (3.48% de valores no especificados). De los resultados encontrados se puede deducir que el 7.54% de los migrantes no tienen ningún nivel de escolaridad, cerca del 41.70% logró completar la educación primaria y un 27.46% la educación secundaria. Es decir, alrededor de la mitad de los migrantes se ubican en los niveles con sexto grado o por debajo de él. Por otro lado, los migrantes que alcanzaron los niveles de preparatoria fueron el 12.43% y los niveles de profesional y más del 9.60%. En cuanto a los niveles de técnico con primaria, técnico con secundaria y normal, se observan porcentajes bastante reducidos, los cuales no alcanzan a llegar al 1% (Véase Gráfica 3).

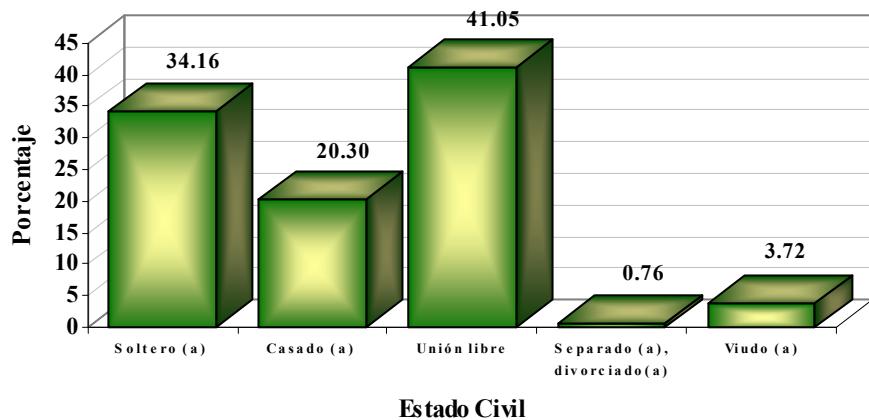
Gráfica 3. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según nivel de escolaridad, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

En relación al estado civil; se pudo establecer que el 34.16% de los migrantes eran solteros (as), el 20.30% casados (as) y en mayor proporción un 41.05% estaban en unión libre (2.91% de valores no especificados). En menor medida se hallaron los separados (as) o divorciados (as) con el 0.76% y los viudos (as) con el 3.72% (Véase Gráfica 4). Es de resaltar la gran cantidad de migrantes que se encuentran en unión libre, sobre todo cuando gran parte de la población de estudio proviene de localidades no urbanas, en donde es mucho más arraigado establecer uniones por la vía del matrimonio y no como se está presentando.

Gráfica 4. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el estado civil, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Para el presente estudio es indispensable referirse al estatus migratorio como uno de los principales componentes del análisis. Hablar de una dinámica demográfica es referirse a un intercambio de características entre la población, a una combinación de culturas y de creencias, a una interacción que facilita la adopción de ciertas prácticas que pueden ir en detrimento de la salud o de otras circunstancias.

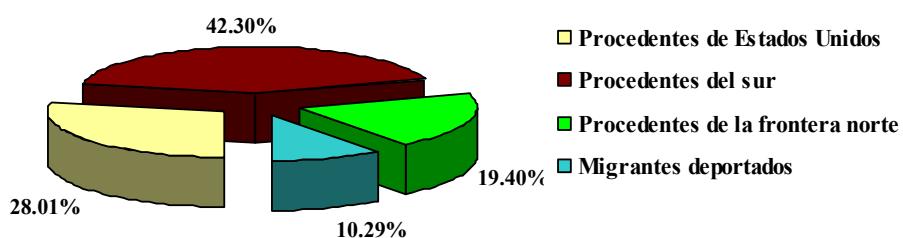
En este sentido, retomamos la importancia de esta variable para la investigación, por el impacto que pueda tener en las personas que desean migrar. De acuerdo a los resultados, aproximadamente el 52.54% de la población de estudio captada en la ciudad de Tijuana ya habían sido recurrentes, es decir, ya habían

migrado por lo menos una vez hacia los Estados Unidos. Por otro lado, el restante 47.46% de los migrantes, apenas comenzaban su primera travesía para el país del norte (1.93% de valores no especificados).

4.2 Características demográficas por flujo migratorio.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, las características de la dinámica migratoria en la frontera norte de México obligan a dividirla en varios flujos migratorios: los procedentes de los Estados Unidos, los procedentes de todas las entidades federativas de la república sin incluir los estados fronterizos del norte (procedentes del sur), los procedentes de la frontera norte y los migrantes devueltos por la patrulla fronteriza. De acuerdo a la información obtenida, cerca del 42.30% de los migrantes provienen de los estados de la república sin incluir los fronterizos, seguido de los migrantes procedentes de los Estados Unidos con un 28.01% y de los de la frontera norte con un 19.40%. En menor proporción se encuentran los deportados por la patrulla fronteriza con un 10.29%, sin embargo, a pesar de que tiene los porcentajes más reducidos con respecto a los demás flujos, es una cifra importante a la hora de determinar la proporción de migrantes que no pudo permanecer en los Estados Unidos (Véase Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el flujo migratorio, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Ahora bien, es posible que dentro de cada uno de los flujos migratorios se presenten ciertas diferencias entre algunas de las variables sociodemográficas, debido a las particularidades que tiene cada uno de ellos. Por tal motivo, a continuación se compararán algunas de las variables sociodemográficas más relevantes para el estudio en cada uno de los flujos.

Como ya se mencionó antes, la población migrante se ha caracterizado por ser predominantemente adulta, observándose en los migrantes procedentes de los Estados Unidos un promedio de edad que circunda los 38 años, mientras que los procedentes del sur tienen un promedio de edad de aproximadamente 32 años. Por otro lado, los migrantes que vienen de estados fronterizos del norte de México tienen una edad promedio muy cercana a la de los procedentes de los Estados Unidos, alrededor de 37 años, en cambio, los migrantes deportados por la patrulla fronteriza presentan un patrón diferente; el promedio de edad esta cerca de los 27 años.

Por lo anterior, se podría decir que el hecho de tener una mayor edad puede ser beneficioso en cuanto a experiencia y prenda de garantía para no ser fácilmente capturados por la patrulla fronteriza; caso contrario de los que ocurre con los migrantes deportados; el hecho de ser mucho más jóvenes, de tener poca experiencia y muy seguramente pocas redes sociales que le faciliten la entrada y la permanencia en los Estados Unidos, disminuye las posibilidades de emigrar con éxito.

Ahora bien, tanto en el flujo migratorio de los procedentes de Estados Unidos como en el flujo de la frontera norte, se presenta un número considerable de migrantes en los grupos de edad más avanzados, sobre todo en el primer flujo mencionado, pudiendo ser mexicanos que lograron legalizar sus estatus migratorio, al igual que el de sus esposas e hijos, de tal manera que puedan salir e ingresar de Estados Unidos sin ningún tipo de inconveniente, padres de residentes americanos que han logrado ser pedidos por sus familiares, por cuestiones de negocios, etc. (Véase Anexo 8).

Por otro lado, se tiene que la participación de las mujeres migrantes del estudio no varía de una manera significativa dentro de la mayoría de los flujos, fluctuando entre 11.17 y 12.81%, sin embargo, dentro del flujo de deportados por la patrulla fronteriza, se encontró que la proporción de mujeres es mucho mayor con un 17.23%, lo que puede poner de manifiesto una mayor probabilidad de que las mujeres jóvenes sean más propensas a ser capturadas por la patrulla fronteriza (Véase Anexo 8).

Teniendo en cuenta el lugar de nacimiento y residencia de los migrantes en cada uno de los flujos migratorios, se tiene que para el flujo de los procedentes de los Estados Unidos la mayoría de los migrantes nacieron y residen en los estados de Michoacán, Jalisco y Oaxaca. Al igual que el anterior, para los migrantes pertenecientes al flujo de los procedentes del sur, los estados de nacimiento y residencia que más sobresalieron fueron Michoacán y Jalisco; sin embargo, los nacidos en el estado de Oaxaca, como los residentes en el estado de Puebla, tienen una proporción importante dentro del flujo. Por otro lado, retomando el flujo de los procedentes de la frontera norte, se tiene un patrón un poco diferente, debido a que los estados de nacimiento y residencia más comunes son el Distrito Federal y Sinaloa. Por último, en el flujo de los deportados por la patrulla fronteriza, es importante destacar que en el estado de Aguascalientes nacieron la mayoría de los migrantes deportados, los cuales residían en mayor medida en los estados de Baja California, Michoacán y Distrito Federal (Véase Anexo 9).

Los anteriores datos nos dan una idea bastante clara del origen de los migrantes, sin embargo hay que tener en cuenta de que los valores no especificados son bastante altos, diferenciados por flujo migratorio pueden alcanzar hasta un 50% en algunos casos (Véase Anexo 9).

En cuanto a los niveles de escolaridad, se observan tendencias más o menos similares entre los diferentes flujos, sin embargo, es importante destacar que en el caso de los migrantes deportados por la patrulla fronteriza, la secundaria ocupa la proporción más alta de los niveles de escolaridad, a diferencia de los demás flujos, donde las proporciones más significativas corresponden al nivel de primaria.

Asimismo, casi el 100% de estos migrantes deportados ya lograron culminar su preparatoria. Seguramente una de las explicaciones a este fenómeno radica en que por lo general los migrantes deportados por la patrulla fronteriza se encuentran en edades bastante jóvenes, en un entorno en donde las coberturas de educación son mucho más altas con respecto a tiempos pasados, lo que facilita el acceso a la misma; caso contrario de lo que ocurre con los migrantes de edades más avanzadas, quienes probablemente no pudieron acceder a la educación por las bajas coberturas que se presentaban (Véase Cuadro 1).

También es importante resaltar como en el flujo de migrantes procedentes de los estados de la frontera norte, alrededor de una cuarta parte ya tienen un nivel profesional o superior, lo que contrasta con los demás flujos, donde los niveles son completamente inferiores (Véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según el nivel de escolaridad, 2002.

Nivel de Escolaridad	Flujos Migratorios											
	Procedentes de Estados Unidos			Procedentes del Sur			Procedentes de la Frontera Norte			Deportados por la Patrulla Fronteriza		
	Frec.	%	% acum.	Frec.	%	% acum.	Frec.	%	% acum.	Frec.	%	% acum.
Ninguno	9087	8.1	8.1	12859	7.72	7.72	3399	4.64	4.64	4381	10.50	10.50
Primaria	53694	47.7	55.7	72627	43.59	51.30	25077	34.22	38.85	13010	31.18	41.68
Secundaria	28595	25.4	81.1	45421	27.26	78.56	15118	20.63	59.48	19132	45.85	87.53
Preparatoria	15361	13.6	94.7	19138	11.49	90.05	9736	13.28	72.77	4774	11.44	98.97
Téc. con primaria	191	0.2	94.9	376	0.23	90.27	0	0.00	72.77	0	0.00	98.97
Téc. con secundaria	1480	1.3	96.2	1955	1.17	91.45	491.9	0.67	73.44	0	0.00	98.97
Normal	442	0.4	96.6	0	0.00	91.45	119.6	0.16	73.60	0	0.00	98.97
Profesional / Posgra.	3810	3.4	100	14251	8.55	100.00	19349	26.40	100.00	430.3	1.03	100.00
Total	112660	100		166626	100.00		73291	100.00		41726	100.00	
	1.56% de valores no especificados.			3.58% de valores no especificados.			7.50% de valores no especificados.			0.73% de valores no especificados.		

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Siguiendo la misma línea, el estado civil de los migrantes en cada uno de los flujos migratorios tiene características interesantes. En primer lugar, se halló que en los migrantes procedentes del sur, de la

frontera norte y los deportados por la patrulla fronteriza, los niveles de unión libre son bastante altos, con valores que fluctúan entre 40.98% y 59.96%; mientras que en los migrantes procedentes de Estados Unidos ocurre completamente lo contrario, los niveles de unión libre son bastante bajos, alcanzando un 3.81%. De igual manera, este flujo de Estados Unidos posee el mayor porcentaje de casados con el 70.59% de los migrantes, mientras que en los demás flujos esta particularidad no llega ni siquiera al 1% (Véase Cuadro 2).

Del mismo modo, se observó que aproximadamente el 50% de los migrantes deportados por la patrulla fronteriza son solteros, cifra muy superior a la de los demás flujos, y la cual puede ser explicada en gran medida por la juventud de sus integrantes (Véase Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según el estado civil, 2002.

Estado Civil	Flujos Migratorios							
	Procedentes de Estados Unidos		Procedentes del Sur		Procedentes de la Frontera Norte		Deportados por la Patrulla Fronteriza	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	24334	21.52	61621	36.99	27626	36.70	21928	52.55
Casado	79809	70.59	548	0.33	176	0.23	0	0.00
Unión libre	4305	3.81	99886	59.96	41550	55.19	17099	40.98
Separado-divorciado	3010	2.66	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Viudo	1602	1.42	4525	2.72	5929	7.88	2699	6.47
Total	113059	100.00	166579	100.00	75281	100.00	41726	100.00
	1.21% de valores no especificados.	3.61% de valores no especificados.	5% de valores no especificados.	0.73% de valores no especificados.				

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Si bien es cierto que en algunas de las variables sociodemográficas no se presentan diferencias importantes dentro de cada uno de los flujos migratorios, puede haber ciertas discrepancias que facilitan o dificultan de una manera importante la adopción de hábitos y prácticas riesgosas por parte de la población de estudio. Más adelante nos referiremos a esta temática de una manera más profunda.

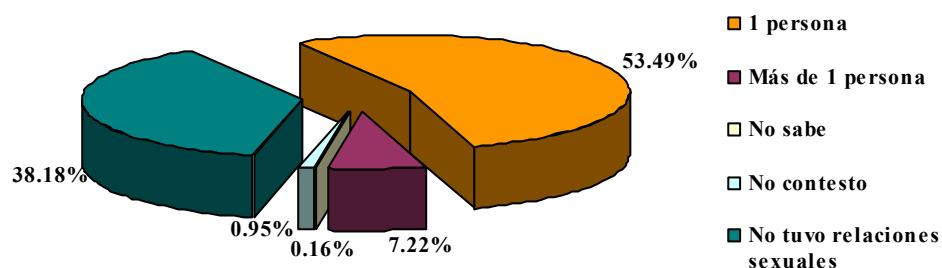
4.3 Prevalencia de los factores de riesgo conductuales y las enfermedades de transmisión sexual reportadas.

Durante la travesía, los migrantes están constantemente expuestos a la interacción con otras poblaciones móviles, colocándolos en una dinámica en la que pueden incurrir en la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas. A continuación se describe la prevalencia de algunos factores de riesgo de tipo conductual asociados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

Prácticas sexuales

El 60.71% de la población de estudio reportó haber tenido relaciones sexuales, bien sea por contacto vaginal y/o anal durante los últimos seis meses previos al momento de la entrevista. Un 53.49% manifestó haber sostenido contacto sexual con una sola persona, mientras que el 7.22% indicó haber sostenido relaciones sexuales con más de una persona. Por otro lado, el 38.18% de los migrantes manifestó no haber practicado sexo vaginal y/o anal, o en su defecto, ningún tipo de contacto sexual (Véase Gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana de acuerdo al número de personas con las que ha tenido sexo vaginal y/o anal, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Un 90.35% de los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales manifestó haberlas tenido con una pareja estable, mientras que el 2.94% reveló tenerlas con varias parejas. Asimismo, el 6.89% de los

entrevistados reportó haber sostenido relaciones sexuales con una pareja casual y el 6.70% las sostuvo con más de una persona. Con relación a las prácticas sexuales con las sexoservidoras, el 1.95% de los migrantes manifestó haber mantenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual, mientras que el 3.80% reportó haberlas tenido con varias (Véase Cuadro 3).

Si bien la proporción de migrantes que tuvieron relaciones sexuales con trabajadoras sexuales es relativamente bajo, es importante destacar que es mayor la proporción de aquellos migrantes que estuvieron con más de una sexoservidora, poniéndolos en un riesgo potencialmente mayor a una probable manifestación de una enfermedad de transmisión sexual.

Cuadro 3. Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número y el tipo de parejas con las que sostuvieron relaciones sexuales, 2002.

Número de personas con las que sostuvieron relaciones sexuales	Tipo de pareja					
	Estables		Casuales		Trabajadoras sexuales	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 persona	224092	90.35	17080	6.89	4817	1.95
Más de 1 persona	7302	2.94	16617	6.70	9393	3.80
No sabe	0	0.00	0	0.00	264	0.11
No contesto	287	0.12	7187	2.90	8803	3.56
No tuvo relaciones sexuales ⁴⁶	16349	6.59	207145	83.52	224205	90.59
Total	248030	100.00	248030	100.00	247482	100.00
						0.22% de valores no especificados

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Ahora bien, dentro de cada uno de los flujos migratorios se observan resultados interesantes. De aquellos migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con una sola pareja estable, se pudo constatar que el 45.91% de los migrantes procedía del sur, seguido de aquellos que provenían de los Estados Unidos con

⁴⁶ Dentro de esta categoría se incluyen aquellos migrantes que no tuvieron contacto vaginal y/o anal, o en su defecto, no tuvieron ningún tipo de contacto sexual. Sin embargo, hay que tener en cuenta que si bien no tuvo relaciones sexuales con una pareja estable, si pudo haberlas tenido con una pareja casual o con una trabajadora sexual o viceversa.

el 25.30% y de la frontera norte con el 20.70%. Por otro lado, en los migrantes que manifestaron tener relaciones sexuales con más de una pareja estable, se pudo encontrar que la mayoría provenía de la frontera norte con el 36.02%, de los Estados Unidos con el 26.08% y del sur con el 23.61% (Véase Anexo 10).

En la misma línea, el 34.59% de los migrantes que tuvieron relaciones sexuales con una pareja casual provenían de la frontera norte, seguido de aquellos provenientes del sur y de los Estados Unidos, con el 31.27% y el 26.68%. Además, los migrantes que tuvieron más de una pareja casual vinieron principalmente del sur con el 52.85%, de los Estados Unidos y de la frontera norte, con el 21.86% y 14% respectivamente (Véase Anexo 11).

De igual manera, de los migrantes que tuvieron relaciones sexuales con una trabajadora sexual, aproximadamente el 45.42% procedía de la frontera norte, seguido de los procedentes del sur con 31.53% y de los Estados Unidos con el 16.88%. De la misma forma, el 42.40% de los migrantes procedentes del sur manifestaron haber tenido relaciones con más de una trabajadora sexual, seguido muy de cerca con los procedentes de Estados Unidos, con el 40.52%. Los procedentes de la frontera norte y los deportados, si bien tuvieron las proporciones más reducidas con respecto a los otros flujos migratorios, las diferencias entre ambos son mínimas (Véase Anexo 12).

En otro orden de ideas, el 63.70% de los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con sus parejas estables manifestaron nunca haber utilizado el condón, mientras que el 16.62% señaló utilizarlo ocasionalmente. Solo el 17.61% sostuvo utilizarlo siempre con sus parejas estables. En relación a los migrantes que mantuvieron relaciones sexuales con parejas casuales, se pudo constatar que el 45.45% de ellos nunca usaban el condón o lo usaban ocasionalmente, mientras que el 48.96% manifestó siempre utilizarlo. Por otro lado, del total de migrantes que tuvieron relaciones sexuales con sexoservidoras, el

20.03% manifestó nunca haber utilizado un condón o fue usado ocasionalmente, a diferencia del 59.85% quienes manifestaron haber usado siempre el condón (Véase Cuadro 4).

En términos generales, se encontró un patrón de uso de condón bajo en la población entrevistada que sostuvo relaciones sexuales con parejas estables, a diferencia de lo que ocurre con las parejas casuales y con las trabajadoras sexuales, en donde la utilización del condón presenta mayores proporciones, superando el 50%.

Cuadro 4. Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según la frecuencia de utilización del condón y el tipo de parejas con las que sostuvieron relaciones sexuales, 2002.

Frecuencia con la que utilizaron el condón	Tipo de pareja					
	Estables		Casuales		Trabajadoras sexuales	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Nunca	147501	63.70	11406	33.69	1723	12.13
A veces	38495	16.62	3983	11.76	1122	7.90
Siempre	40788	17.61	16578	48.96	8505	59.85
No sabe	0	0.00	72	0.21	0	0.00
No contesto	1593	0.69	0	0.00	0	0.00
No tuvo relaciones sexuales	3179	1.37	1821	5.38	2859	20.12
Total	231555	100.00	33859	100.00	14210	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Al analizar la información por cada uno de los flujos migratorios, se pudo observar que de los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con parejas estables y que nunca utilizaron el condón, el 50.62% procedía del sur, seguido de aquellos que provenían de Estados Unidos con el 22.27%. Por otro lado, de casi el 50% de los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con parejas casuales y que utilizaron siempre el condón, alrededor de un 54.50% proceden del sur, seguido muy de cerca por los procedentes de los Estados Unidos y de la frontera norte. En cuanto a los migrantes que mantuvieron relaciones

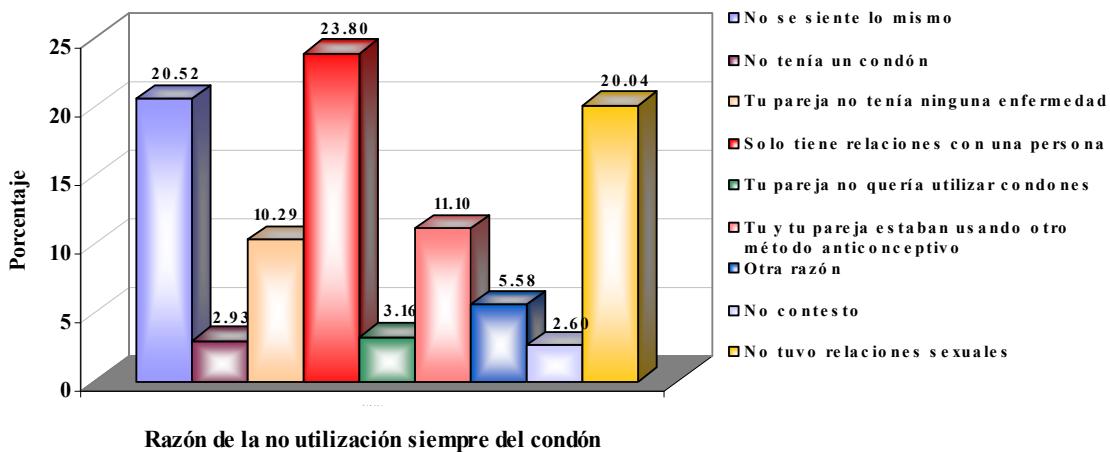
sexuales con sexoservidoras y que siempre utilizaron el condón, la mayoría procedían de la frontera norte y del sur con proporciones que oscilan en 64.18% y 63.30% respectivamente.

Se ha observado a través del análisis que los migrantes deportados por la patrulla fronteriza tienen las menores proporciones en cada una de las categorías estudiadas sobre prácticas sexuales, explicado muy seguramente por la juventud de sus miembros, por la mayor proporción de mujeres que tiene, por unos niveles de escolaridad que alcanzan la preparatoria y por las pocas horas – en muchos casos – que permanecieron en los Estados Unidos; pudiendo incidir en que se tenga una menor experiencia sexual, menor número de parejas sexuales y de comportamientos riesgosos. Sin embargo, hay una alta proporción de no uso del condón en los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con parejas estables y casuales, las cuales están alrededor del 67.92% y 58.28% respectivamente.

En cuanto a la principal razón para no utilizar siempre el condón, la población de estudio manifestó en un 23.80% que tenían relaciones sexuales con una sola persona, seguido del 20.52% que expresó no utilizar el condón porque no se siente los mismo a la hora de tener las relaciones. En proporciones mucho más reducidas, el 10.29% de los migrantes manifestaron no haber utilizado siempre el condón porque consideraron que su pareja no tenía ninguna enfermedad, asimismo, el 11.10% expreso no utilizarlo, porque se encuentran usando otro método anticonceptivo (Véase Gráfica 7).

Se registró una baja prevalencia de migrantes que manifestaron haber tenido sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, la cual corresponde al 0.81%. Del mismo modo, un 0.52% de la población de estudio reportó haber tenido sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas, mientras que el 1.16% señaló haber tenido estas mismas prácticas a cambio de dinero, comida, drogas u otros materiales (Véase Anexo 13).

Gráfica 7. Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según la razón principal para la no utilización del condón, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

De aquellos migrantes que manifestaron haber tenido sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, el 44.37% procedía de los Estados Unidos, seguido de aquellos provenientes del sur con el 28.48% y los deportados por la patrulla fronteriza con el 27.15%. De la misma manera, los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con una persona que usaba drogas, el 49.89% eran deportados por la patrulla fronteriza, y el 30.96% provenían de los Estados Unidos. Por último, los migrantes que tuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, drogas u otros materiales, siguen el mismo patrón de los que mantuvieron relaciones sexuales con alguna persona que usaba drogas, el 33.70% eran deportados y el 32.58% venían de los Estados Unidos (Véase Anexo 14).

Si bien, es muy reducida la proporción de migrantes que tienen relaciones sexuales en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas y a cambio de dinero, comida, etc.; se observa claramente que los migrantes que tuvieron ya un contacto o que estuvieron en los Estados Unidos cierto período de tiempo, mantienen las mayores prevalencias de estas prácticas con respecto a aquellos procedentes del sur o que radican en la frontera norte. Más que nada, los migrantes deportados son los más propensos a

sufrir esta clase de situaciones, agudizadas mayormente por su inexperiencia y vulnerabilidad producto de su juventud, de la mayor proporción de mujeres y muy seguramente de las inexistentes redes que les favorezcan una mayor posibilidad de lograr su propósito.

Hábitos

Aproximadamente el 3.74% de la población de estudio reveló haber compartido una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, realizarse un tatuaje o por cualquier otro motivo (Véase Anexo 15). Asimismo, cerca del 3.71% de los migrantes manifestó consumir dos o más copas de alcohol o cerveza más de tres veces por semana, mientras que el 14.20% reportó consumir dichas cantidades de alcohol de una a tres veces en el mismo período de tiempo. Alrededor del 33.44% de los consultados, señalaron que consumían alcohol o cerveza menos de una vez por semana. Es importante resaltar que casi la mitad de los migrantes no frecuentan ningún tipo de bebida alcohólica (Véase Anexo 17).

Cerca del 46.59% de los migrantes que manifestaron haber compartido una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje o para cualquier otro motivo provenían del sur, seguido de aquellos que vienen de la frontera norte con el 28.07% (Véase Anexo 16). Por otro lado, alrededor de el 60% de los migrantes procedentes de los Estados Unidos que consumían dos o más copas de alcohol o cervezas, lo frecuentan más de tres veces a la semana; dos veces más de lo que ocurre en migrantes procedentes del sur, en donde la cifra oscila el 22.52%. Además, es importante destacar como dentro de los migrantes procedentes del sur, se presentan los menores porcentajes de consumo de alcohol, al igual que aquellos que nunca lo frecuentan (Véase Anexo 17).

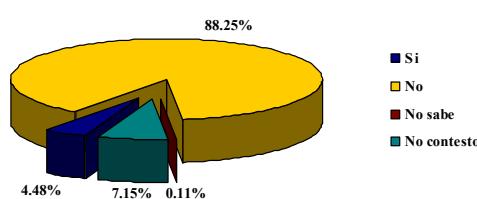
Enfermedades de transmisión sexual

Del total de la población de estudio (408,531), aproximadamente un 90% respondió a los antecedentes sobre el padecimiento de alguna ETS en los seis meses anteriores a la realización de la encuesta.

Alrededor del 4.48% de los migrantes manifestó haber padecido una enfermedad de transmisión sexual, mientras que el 88.25% señaló no haber sufrido ningún tipo de enfermedad (Véase Gráfica 8). También se pudo constatar que la prevalencia reportada de ETS entre hombres y mujeres no fue muy variada, con un 4.44% y un 4.78% respectivamente.

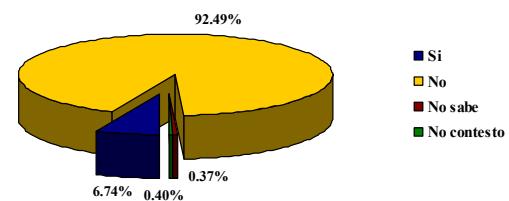
Por otro lado, se encontró que el 6.74% de los migrantes declaró haber manifestado una enfermedad de transmisión sexual durante un momento de su vida (Véase Gráfica 9), presentándose en mayor proporción en los hombres con respecto a las mujeres con el 7.15% y el 3.77% respectivamente.

Gráfica 8. Padecimiento reportado de alguna ETS en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana durante los seis meses previos a la realización de la entrevista, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Gráfica 9. Padecimiento reportado de alguna enfermedad de transmisión sexual en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

De la población de estudio que manifestó haber padecido una ETS seis meses previos a la realización de la entrevista, se encontró que el 43.15% provenía de Estados Unidos, seguido de aquellos procedentes del sur con el 33.24% y de la frontera norte con el 12.36%. De igual manera, de los migrantes que reportaron haber padecido una ETS en algún momento de su vida, alrededor del 33.51% procedía de Estados Unidos, seguido muy de cerca por los procedentes del sur, con el 32.32% (Véase Anexo 18).

Aunque las prevalencias de enfermedades de transmisión sexual en la población de estudio son bajas, es importante destacar que las mayores proporciones proceden de migrantes que vienen de los Estados Unidos, lo que puede ser un indicio de que en este lugar se presenta de una manera más frecuente prácticas sexuales riesgosas que van en deterioro de la salud de los migrantes.

4.4 Conocimientos sobre las ETS y realización de pruebas diagnósticas.

Al mostrarles un condón a la población de estudio y preguntarles si sabían lo que era, el 95.38% de ellos lo reconoció inmediatamente. Asimismo, el 93.33% de los migrantes manifestó haber oído hablar alguna vez sobre el VIH/SIDA. Por otro lado, al consultarles sobre si alguna persona les había brindado información sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, se encontró que 49.47% si habían recibido información, mientras que el 43.32% no llegó a recibir ningún tipo de información.

Dentro de cada uno de los flujos migratorios, la proporción de los que recibieron algún tipo de información varía de manera importante, la cual se encuentra entre el 42% y el 61.37%, siendo el más alto en los deportados por la patrulla fronteriza y el más bajo en los procedentes del sur.

También se pudo determinar que el 17.48% de la población de estudio se realizó la prueba de VIH/SIDA seis meses previos a la realización de la entrevista, mientras que el 7.76% se la efectuó para otro tipo de enfermedad de transmisión sexual (Véase Anexo 19).

4.5 Factores de riesgo asociados con la manifestación de las ETS.

Con la finalidad de presentar evidencias que refuercen lo señalado en los capítulos uno y dos, al igual que probar las hipótesis planteadas en esta investigación, se utilizó el análisis de regresión logística, con el cual se busca evaluar las relaciones existentes entre la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual y los factores de riesgo tratados en los capítulos anteriores.

Las variables independientes utilizadas fueron clasificadas como sociodemográficas, hábitos y prácticas sexuales riesgosas y conocimientos acerca del VIH/SIDA, siendo analizadas primero en forma separada y posteriormente de manera conjunta.

Al considerar únicamente los factores sociodemográficos se encontró que algunas categorías de la edad, la escolaridad, la recurrencia migratoria y el flujo migratorio contribuyen de manera importante en la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual. En relación a la edad, se pudo constatar que el grupo de migrantes de 30 a 49 años contó con 1.0731 veces más probabilidad de manifestar enfermedades de transmisión sexual en comparación con el grupo de 18 a 29 años y de 50 años y más. Resultados que confirman estadísticamente que el encontrarse en una edad plenamente productiva, puede ser un factor importante en la manifestación de ETS en los migrantes (Véase Cuadro 5).

En cuanto a la escolaridad, se observó que los migrantes que tienen un nivel de educación profesional o superior, tuvieron 0.8978 veces más probabilidad de manifestar enfermedades de transmisión sexual que aquellos migrantes con niveles de escolaridad inferiores o ninguno. Por otro lado, aquellos migrantes con historia migratoria tuvieron un riesgo de 0.6103 veces más de presentar una enfermedad de transmisión sexual que los que no tienen recurrencia migratoria, corroborando estadísticamente que la historia migratoria hacia los Estados Unidos es un factor influyente en la transmisión de las ETS por parte de los migrantes (Véase Cuadro 5).

De igual manera, se pudo encontrar para los migrantes procedentes del sur una disminución del riesgo de manifestar una enfermedad de transmisión sexual con relación a los demás flujos migratorios; es decir, el riesgo de padecer una ETS fue aproximadamente 36.01% (1 - 0.6399) menor en los migrantes procedentes del sur que en aquellos que provinieron de otros flujos migratorios (Véase Cuadro 5).

Por otro lado, el modelo se ajusta de una manera adecuada según la prueba de bondad y ajuste de Pearson, ya que el valor de la probabilidad de la χ^2 es mayor de 0.05 (0.9274), donde los valores grandes de **P** respaldan mejor el modelo (Véase Anexo 20).

Con relación a los resultados de las variables sobre hábitos y prácticas sexuales riesgosas, el consumo de alcohol, el tener relaciones sexuales a cambio de comida, dinero u otros materiales, el sostener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, marcaron diferencias significativas en la determinación de la presencia o manifestación de una enfermedad de transmisión sexual.

Se pudo encontrar que aquellos migrantes que consumieron dos o más copas de alcohol o cerveza más de tres veces a la semana, obtuvieron un riesgo 1.0065 veces mayor de incurrir en hábitos y prácticas sexuales riesgosas que pudieran manifestar una ETS que aquellos migrantes que consumieron dos o más copas de alcohol o cerveza, tres o menos veces a la semana. Por otro lado, los migrantes que sostuvieron sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales, ostentaron un riesgo 2.2820 veces mayor de presentar una enfermedad de transmisión sexual que los migrantes que no tuvieron este tipo de prácticas (Véase Cuadro 5).

De la misma manera, los migrantes que mantuvieron relaciones sexuales vía vaginal o anal con trabajadoras sexuales, tuvieron un riesgo 1.8040 veces mayor de revelar una ETS que aquellos migrantes que no sostuvieron relaciones sexuales de este tipo (Véase Cuadro 5). De esta manera se corrobora estadísticamente lo dicho en la literatura, el practicar sexo con trabajadoras sexuales es un factor influyente en la posible manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo a la prueba de bondad y ajuste de Pearson, el modelo se ajusta de una manera adecuada, dado que el valor de la probabilidad de la χ^2 es mayor de 0.05 (0.1934) (Véase Anexo 21).

Se corrió un tercer modelo con la finalidad de analizar la relación que tienen las variables sobre conocimientos y la realización de pruebas diagnósticas con la presencia de las ETS. Se encontró en primera instancia que el no haber recibido información por alguna persona sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual disminuye el riesgo de manifestar una

enfermedad de transmisión sexual; es decir, el riesgo de presentar una ETS fue de aproximadamente 35.57% ($1 - 0.6443$) menor en los migrantes que no recibieron información que en aquellos que si la obtuvieron (Véase Cuadro 5).

Por otro lado, se halló que en los migrantes que no se han realizado la prueba del VIH/SIDA durante los último seis meses previos a la entrevista, disminuye el riesgo de presentar una ETS; dicho de otra manera, el riesgo de manifestar una ETS fue de aproximadamente 49.26% ($1 - 0.5074$) menor en los migrantes que no se realizaron la prueba de VIH/SIDA con respecto a los que se la hicieron. De igual forma, de acuerdo a los resultados obtenidos, el riesgo de presentar una ETS fue de aproximadamente 64.95% ($1 - 0.3505$) menor en los individuos que no se hicieron la prueba para alguna otra ETS que en aquellos que se la realizaron (Véase Cuadro 5).

Basados en los resultados de la prueba de bondad y ajuste de Pearson, se puede determinar que el modelo se ajusta de una manera adecuada, con una probabilidad de 0.5360 (Véase Anexo 22).

Cuadro 5. Tipos de factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Análisis Multivariado						Conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y la realización de pruebas diagnósticas		
			Análisis Bivariado			Factores sociodemográficos			Hábitos y prácticas sexuales riesgosas			Conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y la realización de pruebas diagnósticas		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Dependiente														
Alguna vez ha padecido una ETS														
Si (1)	160	10.93												
No (0)	1304	89.07												
Independientes														
Factores Sociodemográficos.														
Flujo Migratorio														
Flujo procedentes EU*	537	35.38	0.016	1.5065	1.0801 – 2.1011	NS	-	-						
Flujo procedentes del sur	507	33.40	0.006	0.5851	0.3995 – 0.8569	0.052	0.6399	0.4075 – 1.0047						
Flujo procedentes de la frontera norte	294	19.37	0.844	0.9586	0.6298 – 1.4590	NS	-	-						
Flujo de deportados	180	11.86	0.477	1.1904	0.7363 – 1.9245	NS	-	-						
Sexo														
Hombre (1)	1322	87.09	0.183	1.4589	0.8372 – 2.5423	NS	-	-						
Mujer (0)	196	12.91												
Edad														
Edad 18-29*	658	43.40	0.000	0.5145	0.3605 – 0.7343	NS	-	-						
Edad 30-49	676	44.59	0.000	2.0872	1.4904 – 2.9201	0.000	2.0731	1.4610 – 2.9417						
Edad 50 y más	182	12.01	0.323	0.7548	0.4324 – 1.3178	NS	-	-						
Estado de nacimiento														
Región norte*	45	3.51	0.335	0.5579	0.1703 – 1.8274	NS	-	-						
Región centro norte	875	68.25	0.039	1.5251	1.0211 – 2.2781	NS	-	-						
Región centro	101	7.88	0.639	1.1573	0.6282 – 2.1321	NS	-	-						
Región sur	250	19.50	0.043	0.5936	0.3583 – 0.9832	NS	-	-						
Región sureste	11	0.86	NS	-	-	NS	-	-						
Estado de residencia														
Región norte*	104	8.98	0.628	1.1772	0.6081 – 2.2789	NS	-	-						
Región centro norte	622	53.71	0.135	1.3602	0.9086 – 2.0362	NS	-	-						
Región centro	198	17.10	0.634	0.8766	0.5096 – 1.5079	NS	-	-						
Región sur	223	19.26	0.079	0.5938	0.3318 – 1.0627	NS	-	-						
Región sureste	11	0.95	0.943	0.9268	0.1175 – 7.3098	NS	-	-						
Localidad														
No urbano (0)	838	64.61	0.283	0.8085	0.5082 – 1.1923	NS	-	-						
Urbano (1)	459	35.39												

Continuación Cuadro 5...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Análisis Multivariado								
			Factores sociodemográficos			Hábitos y prácticas sexuales riesgosas			Conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y la realización de pruebas diagnósticas					
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Escolaridad														
Ninguno*	90	6.10	0.061	0.3778	0.1366 – 1.0453	NS	-	-						
Primaria	628	42.55	0.933	1.0146	0.7241 – 1.4217	NS	-	-						
Secundaria	427	28.93	0.981	0.9955	0.6894 – 1.4375	NS	-	-						
Preparatoria	194	13.14	0.688	0.9015	0.5432 – 1.4960	NS	-	-						
Técnico con primaria	4	0.27	NS	-	-	NS	-	-						
Técnico con secundaria	16	1.08	0.837	1.1699	0.2633 – 5.1966	NS	-	-						
Normal	5	0.34	NS	-	-	NS	-	-						
Profesional/posgrado	112	7.59	0.017	1.8948	1.1185 – 3.2099	0.024	1.8978	1.0871 - 0..3131						
Estado civil														
Soltero*	497	33.60	0.195	0.7852	0.5447 – 1.1319	NS	-	-						
Casado	354	23.94	0.009	1.6236	1.1311 – 2.3307	NS	-	-						
Unión libre	566	38.27	0.676	0.9289	0.6575 – 1.3123	NS	-	-						
Separado-divorciado	13	0.88	0.522	1.6470	0.3575 – 7.5868	NS	-	-						
Viudo	49	3.31	0.076	0.1653	0.0226 – 1.2061	NS	-	-						
Recurrencia migratoria														
Sin recurrencia migratoria (0)	601	40.20												
Con recurrencia migratoria (1)	894	59.80	0.001	1.8555	1.2833 – 2.6827	0.029	1.6103	1.0507 – 2.4681						
Factores relacionados con los hábitos y las prácticas sexuales riesgosas.														
Frecuencia con qué bebías dos o más copas de alcohol o cervezas														
Más de 3 veces/semana*	69	4.55	0.008	2.3087	1.2487 – 4.2683				0.036	2.0065	1.0453 – 3.8518			
1-3 veces/semana	234	15.42	0.763	1.0710	0.6855 – 1.6733				NS	-	-			
Menos de una vez/semana	485	31.95	0.602	0.9098	0.6376 – 1.2982				NS	-	-			
Nunca	722	47.56	0.427	0.8747	0.6286 – 1.2170				NS	-	-			
No contesto	8	0.53	NS	-	-				NS	-	-			
Tuvo sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad														
Si (1)	8	0.53							NS	-	-			
No (0)	1490	99.47	NS	-	-									
Tuvo sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas														
Si (1)	8	0.53							NS	-	-			
No (0)	1488	99.47	0.877	1.1806	0.1443 – 9.6597									

Continuación Cuadro 5...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Análisis Multivariado								
			Factores sociodemográficos			Hábitos y prácticas sexuales riesgosas			Conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y la realización de pruebas diagnósticas					
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Tuvo sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales														
Si (1)	17	1.13												
No (0)	1481	98.87	0.014	3.8500	1.3199 – 11.230				0.035	3.2820	1.0858 – 9.9202			
Cuantas de esas personas eran parejas estables														
Una pareja estable o no tuvo relaciones sexuales (0)	1471	97.61							NS	-	-			
Más de una pareja estable (1)	36	2.39	0.326	0.4867	0.1156 – 2.0480									
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja estable														
Nunca*	543	35.77	0.565	1.1041	0.7878 – 1.5473				NS	-	-			
A veces	158	10.41	0.640	1.1293	0.6780 – 1.8812				NS	-	-			
Siempre	154	10.14	0.088	1.5161	0.9406 – 2.4437				NS	-	-			
No contesto	12	0.79	0.527	1.6379	0.3556 – 7.5428				NS	-	-			
No tuvo relaciones sexuales	651	42.89	0.042	0.6983	0.4943 – 0.9897				NS	-	-			
Cuantas de esas personas eran parejas casuales														
Una pareja casual o no tuvo relaciones sexuales (0)	1442	97.43							NS	-	-			
Más de una pareja casual (1)	38	2.57	0.302	1.5987	0.6562 – 3.8947									
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja casual														
Nunca*	49	3.23	0.411	1.4093	0.6214 – 3.1965				NS	-	-			
A veces	17	1.12	0.912	1.0877	0.2464 – 4.8006				NS	-	-			
Siempre	41	2.70	0.124	0.2095	0.0285 – 1.5364				NS	-	-			
No sabe	1	0.07	NS	-	-				NS	-	-			
No contesto	33	2.17	0.824	1.1273	0.3911 – 3.2490				NS	-	-			
No tuvo relaciones sexuales	1377	90.71	0.756	1.0958	0.6143 – 1.9548				NS	-	-			
Cuantas de esas personas eran parejas trabajadoras sexuales														
Una trabajadora sexual o no tuvo relaciones sexuales (0)	1431	97.15							0.006	2.8040	1.3498 – 5.8248			
Más de una trabajadora sexual (1)	42	2.85	0.002	3.1421	1.5415 – 6.4043									
Si (1)	57	3.93							NS	-	-			
No (0)	1392	96.07	0.946	1.0304	0.4339 – 2.4467									

Continuación Cuadro 5...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Factores sociodemográficos			Hábitos y prácticas sexuales riesgosas			Conocimientos sobre VIH/SIDA, ETS y la realización de pruebas diagnósticas		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja trabajadora sexual														
Nunca*	7	0.46	0.018	6.2054	1.3762 – 27.980				NS	-	-			
A veces	6	0.40	0.063	5.4852	0.9096 – 33.077				NS	-	-			
Siempre	36	2.37	0.522	1.3688	0.5234 – 3.5696				NS	-	-			
No contesto	37	2.44	0.980	0.9867	0.3449 – 2.8224				NS	-	-			
No tuvo relaciones sexuales	1431	94.33	0.086	0.5920	0.3252 – 1.0776				NS	-	-			
Ha compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo														
Si (1)	57	3.93							NS	-	-			
No (0)	1392	96.07	0.946	1.0304	0.4339 – 2.4467									
Factores relacionados con los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ETS y la realización de pruebas diagnósticas.														
¿Me puede decir lo que es esto? «Condón»														
Si (0)	1431	96.36												
No (1)	54	3.64	0.244	0.4964	0.1528 – 1.6125							NS	-	-
Te dio alguna persona información sobre cómo prevenir el VIH/SIDA u otras ETSs														
Si (0)	779	53.69												
No (1)	672	46.31	0.000	0.4769	0.3347 – 0.6795							0.022	0.6443	0.2444 – 0.9384
Te hiciste la prueba del VIH/SIDA														
Si (0)	268	18.86												
No (1)	1153	81.14	0.000	0.3029	0.2124 – 0.4328							0.002	0.5074	0.3315 – 0.7768
Te hiciste la prueba para alguna otra ETS														
Si (0)	121	8.35												
No (1)	1328	91.65	0.000	0.1970	0.1289 – 0.3009							0.000	0.3505	0.2118 – 0.5799

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

* Se comparó con el resto de las categorías.

La N de la muestra población es equivalente a 1,518 migrantes.

Al analizar los tres grupos de posibles factores de riesgo de manera global, se pudo determinar que no existen diferencias en la probabilidad de manifestar ETS y algunas variables consideradas importantes en cada uno de los factores.⁴⁷

Se pudo establecer que el sexo, el estado civil, la localidad de procedencia (no urbana, urbana), el lugar de nacimiento y residencia de los migrantes no se mostraron como variables a partir de las cuales se pudieran encontrar diferencias significativas para la presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual. Si bien, el hecho de ser casado puede originar en algunos casos prácticas sexuales riesgosas, debido a los deseos de experimentar otro tipo de situaciones por parte de ciertos migrantes, en el caso de la población de estudio no fue así, ya que no se encontraron diferencias significativas entre migrantes solteros, casados, unidos, etc. (Véase Cuadro 6).

Por otro lado, el mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas intravenosas, sumado al tener relaciones sexuales con una o varias parejas estables y casuales, la frecuencia en la utilización del condón, tanto para parejas trabajadoras sexuales, casuales y estables y el conocimiento que se tiene del condón, tampoco resultaron significativas en la probabilidad de presentar una ETS (Véase Cuadro 6).

Dentro del modelo global, al igual que el modelo en donde se incluyen solo los factores sociodemográficos, se resalta cómo permanece significativa la diferencia entre los migrantes que tienen una edad que circunda entre los 30 y 49 años con respecto al resto de individuos; así como los migrantes con un nivel de escolaridad profesional o superior en relación a aquellos con niveles inferiores al antes mencionado. De la misma forma, la recurrencia migratoria continua siendo significativa entre los migrantes, factor importante para el presente estudio. Por otro lado, si bien el flujo migratorio del sur

⁴⁷ Esta inexistencia de diferencias en la probabilidad de manifestar enfermedades de transmisión sexual se pudo constatar tanto en los modelos anteriormente vistos como en el global, a pesar de que algunas variables resultaron significativas en el análisis bivariado (Véase Cuadro 6).

resultó ser significativo con relación a los demás flujos para el modelo de factores sociodemográficos, en este modelo global no resultó significativo en la probabilidad de manifestar una ETS (Véase Cuadro 6).

Otro aspecto a destacar dentro del modelo global es la significancia que adquiere el tener sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga u otros materiales. Asimismo, el consumir dos o más copas de alcohol más de tres veces a la semana continua siendo significativo entre los migrantes para una posible manifestación de una ETS (Véase Cuadro 6).

Si bien, en el modelo entre ETS y los factores conductuales de los migrantes, el sostener relaciones sexuales vía vaginal o anal con trabajadoras sexuales mostró una importante participación como variable que explicaba la diferencia en la presencia de las ETS con respecto a los migrantes que no tuvieron esta clase de prácticas, cuando la variable es controlada por el conjunto de los factores en el modelo global pierde significancia, sin embargo, se considera una variable importante dentro de la literatura como posible facilitadora de que se manifiesten las enfermedades de transmisión sexual, por lo tanto es conveniente incluirla dentro de éste (Véase Cuadro 6).

En la misma línea, dentro del modelo global se incluyó el haber compartido una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje o por otro motivo – a pesar de que dentro de la población de estudio no resultó ser significativa para explicar la presencia de ETS –, debido a la fuerte y comprobada relación que existe, de acuerdo a lo documentado con el padecimiento de las ETS (Véase Cuadro 6). Como se mencionó en los primeros capítulos del presente trabajo, el compartir jeringas o agujas es un factor muy importante para una posible transmisión del VIH, aunque ocurren en menor medida comparada con las prácticas sexuales riesgosas.

Cuadro 6. Factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo Global Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Dependiente								
Alguna vez ha padecido una ETS								
Si (1)	160	10.93						
No (0)	1304	89.07						
Independientes								
Factores Sociodemográficos.								
Flujo Migratorio								
Flujo procedentes EU*	537	35.38	0.016	1.5065	1.0801 – 2.1011	NS	-	-
Flujo procedentes del sur	507	33.40	0.006	0.5851	0.3995 – 0.8569	NS	-	-
Flujo procedentes de la frontera norte	294	19.37	0.844	0.9586	0.6298 – 1.4590	NS	-	-
Flujo de deportados	180	11.86	0.477	1.1904	0.7363 – 1.9245	NS	-	-
Sexo								
Hombre (1)	1322	87.09				NS	-	-
Mujer (0)	196	12.91	0.183	1.4589	0.8372 – 2.5423	NS	-	-
Edad								
Edad 18-29*	658	43.40	0.000	0.5145	0.3605 – 0.7343	NS	-	-
Edad 30-49	676	44.59	0.000	2.0872	1.4904 – 2.9201	0.002	1.8071	1.2491 – 2.6145
Edad 50 y más	182	12.01	0.323	0.7548	0.4324 – 1.3178	NS	-	-
Estado de nacimiento								
Región norte*	45	3.51	0.335	0.5579	0.1703 – 1.8274	NS	-	-
Región centro norte	875	68.25	0.039	1.5251	1.0211 – 2.2781	NS	-	-
Región centro	101	7.88	0.639	1.1573	0.6282 – 2.1321	NS	-	-
Región sur	250	19.50	0.043	0.5936	0.3583 – 0.9832	NS	-	-
Región sureste	11	0.86	NS	-	-	NS	-	-
Estado de residencia								
Región norte*	104	8.98	0.628	1.1772	0.6081 – 2.2789	NS	-	-
Región centro norte	622	53.71	0.135	1.3602	0.9086 – 2.0362	NS	-	-
Región centro	198	17.10	0.634	0.8766	0.5096 – 1.5079	NS	-	-
Región sur	223	19.26	0.079	0.5938	0.3318 – 1.0627	NS	-	-
Región sureste	11	0.95	0.943	0.9268	0.1175 – 7.3098	NS	-	-
Localidad								
No urbano (0)	838	64.61	0.283	0.8085	0.5082 – 1.1923	NS	-	-
Urbano (1)	459	35.39						
Escolaridad								
Ninguno*	90	6.10	0.061	0.3778	0.1366 – 1.0453	NS	-	-
Primaria	628	42.55	0.933	1.0146	0.7241 – 1.4217	NS	-	-
Secundaria	427	28.93	0.981	0.9955	0.6894 – 1.4375	NS	-	-
Preparatoria	194	13.14	0.688	0.9015	0.5432 – 1.4960	NS	-	-
Técnico con primaria	4	0.27	NS	-	-	NS	-	-
Técnico con secundaria	16	1.08	0.837	1.1699	0.2633 – 5.1966	NS	-	-
Normal	5	0.34	NS	-	-	NS	-	-
Profesional/posgrado	112	7.59	0.017	1.8948	1.1185 – 3.2099	0.038	1.8396	1.0337 – 3.2736
Estado civil								
Soltero*	497	33.60	0.195	0.7852	0.5447 – 1.1319	NS	-	-
Casado	354	23.94	0.009	1.6236	1.1311 – 2.3307	NS	-	-
Unión libre	566	38.27	0.676	0.9289	0.6575 – 1.3123	NS	-	-
Separado-divorciado	13	0.88	0.522	1.6470	0.3575 – 7.5868	NS	-	-
Viudo	49	3.31	0.076	0.1653	0.0226 – 1.2061	NS	-	-

Continuación Cuadro 6...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo Global Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Recurrencia migratoria Sin recurrencia migratoria (0) Con recurrencia migratoria (1)	601 894	40.20 59.80	0.001	1.8555	1.2833 – 2.6827	0.011	1.6833	1.1245 – 2.5196
Factores relacionados con los hábitos y las prácticas sexuales riesgosas.								
Frecuencia con qué bebías dos o más copas de alcohol o cervezas Más de 3 veces/semana* 1-3 veces/semana Menos de una vez/semana Nunca No contesto	69 234 485 722 8	4.55 15.42 31.95 47.56 0.53	0.008 0.763 0.602 0.427 NS	2.3087 1.0710 0.9098 0.8747 -	1.2487 – 4.2683 0.6855 – 1.6733 0.6376 – 1.2982 0.6286 – 1.2170 -	0.051 NS NS NS NS	1.9860 - - - -	0.9960 – 3.9600 - - - -
Tuvo sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad Si (1) No (0)	8 1490	0.53 99.47	NS	-	-	NS	-	-
Tuvo sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas Si (1) No (0)	8 1488	0.53 99.47	0.877	1.1806	0.1443 – 9.6597	NS	-	-
Tuvo sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales Si (1) No (0)	17 1481	1.13 98.87	0.014	3.8500	1.3199 – 11.230	0.014	4.0865	1.3234 – 12.618
Cuantas de esas personas eran parejas estables Una pareja estable o no tuvo relaciones sexuales (0) Más de una pareja estable (1)	1471 36	97.61 2.39	0.326	0.4867	0.1156 – 2.0480	NS	-	-
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja estable Nunca* A veces Siempre No contesto No tuvo relaciones sexuales	543 158 154 12 651	35.77 10.41 10.14 0.79 42.89	0.565 0.640 0.088 0.527 0.042	1.1041 1.1293 1.5161 1.6379 0.6983	0.7878 – 1.5473 0.6780 – 1.8812 0.9406 – 2.4437 0.3556 – 7.5428 0.4943 – 0.9897	NS NS NS NS NS	- - - - -	- - - - -
Cuantas de esas personas eran parejas casuales Una pareja casual o no tuvo relaciones sexuales (0) Más de una pareja casual (1)	1442 38	97.43 2.57	0.302	1.5987	0.6562 – 3.8947	NS	-	-
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja casual Nunca* A veces Siempre No sabe No contesto No tuvo relaciones sexuales	49 17 41 1 33 1377	3.23 1.12 2.70 0.07 2.17 90.71	0.411 0.912 0.124 NS 0.824 0.756	1.4093 1.0877 0.2095 - 1.1273 1.0958	0.6214 – 3.1965 0.2464 – 4.8006 0.0285 – 1.5364 - 0.3911 – 3.2490 0.6143 – 1.9548	NS NS NS NS NS NS	- - - - - -	- - - - - -
Cuantas de esas personas eran parejas trabajadoras sexuales Una trabajadora sexual o no tuvo relaciones sexuales (0) Más de una trabajadora sexual (1)	1431 42	97.15 2.85	0.002	3.1421	1.5415 – 6.4043	0.094	2.0543	0.8852 – 4.7674

Continuación Cuadro 6...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo Global Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja trabajadora sexual								
Nunca*	7	0.46	0.018	6.2054	1.3762 – 27.980	NS	-	-
A veces	6	0.40	0.063	5.4852	0.9096 – 33.077	NS	-	-
Siempre	36	2.37	0.522	1.3688	0.5234 – 3.5696	NS	-	-
No contesto	37	2.44	0.980	0.9867	0.3449 – 2.8224	NS	-	-
No tuvo relaciones sexuales	1431	94.33	0.086	0.5920	0.3252 – 1.0776	NS	-	-
Ha compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo								
Si (1)	57	3.93	0.946	1.0304	0.4339 – 2.4467	0.997	1.0019	0.3960 – 2.5352
No (0)	1392	96.07						
Factores relacionados con los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ETS y la realización de pruebas diagnósticas.								
¿Me puede decir lo que es esto? «Condón»								
Si (0)	1431	96.36	0.244	0.4964	0.1528 – 1.6125	NS	-	-
No (1)	54	3.64						
Te dio alguna persona información sobre cómo prevenir el VIH/SIDA u otras ETSs								
Si (0)	779	53.69	0.000	0.4769	0.3347 – 0.6795	0.042	0.6622	0.4449 – 0.9857
No (1)	672	46.31						
Te hiciste la prueba del VIH/SIDA								
Si (0)	268	18.86	0.000	0.3029	0.2124 – 0.4328	0.010	0.5488	0.3474 – 0.8670
No (1)	1153	81.14						
Te hiciste la prueba para alguna otra ETS								
Si (0)	121	8.35	0.000	0.1970	0.1289 – 0.3009	0.001	0.3967	0.2283 – 0.6891
No (1)	1328	91.65						

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

* Se comparó con el resto de las categorías.

La N de la muestra población es equivalente a 1,518 migrantes.

Con respecto a los migrantes que recibieron algún tipo de información por alguna persona sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, se pudo establecer en el modelo global que permanece siendo significativa con relación a la probabilidad de manifestar una ETS. Asimismo, el realizarse la prueba del VIH y de alguna otra enfermedad de transmisión sexual, siguieron estando significativas frente al hecho de interés (Véase Cuadro 6).

A manera de resumen se puede afirmar, que los tres tipos de factores de riesgo influyen de forma importante en la posible presencia de una enfermedad de transmisión sexual en los migrantes, en donde se destacan fuertemente características sociodemográficas como la edad, la escolaridad y el estatus migratorio; hábitos y prácticas sexuales riesgosas como el consumir alcohol y sostener relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, etc.; y haberse realizado las pruebas diagnósticas para detectar la presencia del VIH o alguna otra ETS.

Se observa cómo en el modelo global, los migrantes con edades de entre 30 y 49 años, según la razón de momios, tuvieron 0.8071 ($p < 0.05$) veces más probabilidad de presentar una enfermedad de transmisión sexual con relación al resto de las edades, además, es un grupo que se encuentra en la época de mayor actividad sexual, lo que favorece en gran medida la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas que los lleven a una probable manifestación de las enfermedades de interés (Véase Cuadro 6).

Como se mencionó anteriormente, el nivel de escolaridad también presentó diferencias significativas en el riesgo de revelar una ETS. Es decir, se encontró que los migrantes con un grado profesional o superior tuvieron 0.8396 ($p < 0.05$) veces más probabilidad de presentar una enfermedad de transmisión sexual que aquellos con niveles de escolaridad inferiores o ninguno. Aunque a simple vista se pudiera pensar que los migrantes con mayores niveles de escolaridad incurrierían menos en hábitos y prácticas sexuales riesgosas, se observa todo lo contrario, debido seguramente a la libertad y confianza con la que se pueden mover de un escenario a otro⁴⁸. Por otro lado, al querer comparar los demás niveles de

⁴⁸ Partiendo de la hipótesis de que la mayoría de los migrantes profesionales que permanecen en los Estados Unidos están de manera legal, contrario a lo que ocurre con otro tipo de migrantes, los cuales son indocumentados; los profesionales tienen mayor libertad de desplazarse de un lugar a otro sin el peligro de ser aprehendidos por la patrulla fronteriza y luego ser deportados. Caso contrario a lo que ocurre con los migrantes indocumentados, su estatus ilegal los cohíbe de estar en ciertos lugares, obligándolos a permanecer ocultos para no correr el peligro de ser capturados por las autoridades respectivas. También es importante mencionar que este tipo de migrantes, por sus altos grados de educación podrían sentir la necesidad de experimentar otro tipo de situaciones y de prácticas, colocándolos en un riesgo mucho mayor con respecto a los demás migrantes.

escolaridad, se pudo constatar que ninguno presentaba diferencias significativas para una posible presencia de la enfermedad en los migrantes (Véase Cuadro 6).

La recurrencia migratoria sigue presentándose de una forma trascendental dentro del estudio, en donde los migrantes con esta característica tuvieron un riesgo 0.6833 ($p < 0.05$) veces mayor de manifestar una ETS que aquellos migrantes que no tenían una recurrencia migratoria, lo que expresa de una manera cuantitativa, que el sólo hecho de tener antecedentes migratorios genera un mayor riesgo de enfermar por todas las situaciones en las que se incurre, a parte de que se está en contacto frecuente con una dinámica caracterizada por la interacción con otros migrantes (Véase Cuadro 6).

Se observa también dentro del modelo global como el consumir dos o más copas de alcohol o cerveza con una frecuencia de más de tres veces a la semana, permanece siendo significativa. Dicho de otro modo, el haber tenido este tipo de hábitos presenta un riesgo 0.9860 ($p = 0.05$) veces mayor de adoptar prácticas sexuales riesgosas que pudiesen desencadenar la manifestación de una enfermedad de transmisión sexual que aquellos migrantes que consumían alcohol de una forma menos frecuente o que no lo hacían. Igualmente, aquellos migrantes que tuvieron sexo a cambio de dinero, comida, droga u otros materiales obtuvieron 3.0865 ($p < 0.05$) veces más probabilidad de presentar una ETS que los que no incurrieron en este tipo de situaciones. Sin embargo, es importante mencionar que si bien esta variable resultó ser lo suficientemente significativa, tiene un intervalo de confianza bastante amplio (IC95% 1.3234 – 12.6186), lo cual es explicado en gran medida por el tamaño de la muestra (Véase Cuadro 6).

Con relación a tener sexo con trabajadoras sexuales, la significancia nos señala que esta variable no se muestra como una razón que pueda influir en la presencia de las ETS dentro del modelo global (Véase Cuadro 6). No obstante, es conveniente dejarla en el modelo debido a la fuerte relación que tiene con la variable dependiente, y la cual es expresada por algunos estudios (Uribe et al., 1995; Uribe et al., 2003).

De la misma forma, el haber compartido una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje o por cualquier otro motivo, tiene una fuerte relación con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual (CENSIDA, 2003c; ONUSIDA, 2000; Uribe et al., 1997), por tal motivo se decidió dejarla en el modelo, a pesar de que para el estudio no haya sido una variable que marcará diferencias significativas en la presencia de la enfermedad (Véase Cuadro 6).

Siguiendo la misma línea, en cuanto a la información recibida por alguna persona sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, se encontró dentro del modelo global que el no haber recibido ningún tipo de información disminuye el riesgo de manifestar una ETS; dicho de otro modo, el riesgo de presentar este tipo de enfermedades fue de aproximadamente 33.78% ($1 - 0.6622$) menor en los migrantes que no recibieron información que en aquellos que sí la obtuvieron (Véase Cuadro 6). Si bien se puede pensar que aquellos migrantes que recibieron algún tipo de información sobre cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual están en menos riesgo de adquirir una ETS, en el presente estudio ocurre completamente lo contrario, debido seguramente a que son migrantes que se encuentran en riesgo o que ya contrajeron alguna enfermedad, obligándolos a buscar este tipo de información para tener una mejor noción del problema que están padeciendo y con el fin de poder acudir a los servicios de salud pertinentes.

Por otro lado, el riesgo de manifestar una ETS fue de aproximadamente 45.12% ($1 - 0.5488$) menor en los migrantes que no se realizaron la prueba del VIH/SIDA con relación a los que sí se la hicieron; sumado al 60.33% ($1 - 0.3967$) menor riesgo que tienen los migrantes que no se efectuaron la prueba de alguna otra ETS con respecto a los migrantes que sí se la realizaron. Es decir, el mayor riesgo que tienen los migrantes que se hicieron las pruebas de VIH/SIDA y otras ETS alude muy seguramente a los hábitos y prácticas sexuales riesgosas desarrolladas en determinado momento y el sentirse en peligro, lo cual los lleva a efectuarse el diagnóstico.

Teniendo en cuenta la prueba de bondad y ajuste de Pearson, el modelo global se ajusta de una manera adecuada, en donde el valor de la probabilidad de la χ^2 es mayor de 0.05 (0.2670) (Véase Anexo 23).

4.6 Factores de riesgo asociados con la manifestación de las ETS en los migrantes procedentes de los flujos migratorios de Estados Unidos y del sur.

Considerando la información correspondiente a los flujos migratorios de procedentes de Estados Unidos y del sur, se pudo establecer por medio de un modelo de regresión logística que el riesgo de manifestar una enfermedad de transmisión sexual es 0.8070 ($p < 0.05$) veces mayor en los migrantes procedentes de Estados Unidos que en aquellos que provienen del sur; condición que ratifica estadísticamente que el proceder de Estados Unidos presenta mayores riesgos debido a las diferentes situaciones en las que incurren los migrantes durante su estadía en dicho lugar y la cual es documentada por varios estudios (Véase Cuadro 7).

Por otro lado, los migrantes con edades que circundan los 30 y 49 años tuvieron 0.6552 ($p < 0.05$) más probabilidad de revelar una ETS en comparación con el grupo de edad de 18 a 29 años y el de 50 años en adelante (Véase Cuadro 7); ratificando de una manera cuantitativa que en este grupo se favorece la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas debido a encontrarse en la época de plena actividad sexual.

Variables sociodemográficas como el sexo, el lugar de nacimiento y de residencia, la zona de procedencia, la escolaridad y el estado civil no se mostraron como variables mediante las cuales se lograrán hallar diferencias significativas en la manifestación de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Se encontró también dentro de este modelo, que el consumir dos o más copas de alcohol o cerveza con una periodicidad de más de tres veces a la semana tuvo un riesgo 1.5242 ($p < 0.05$) veces mayor de

incurrir en prácticas sexuales riesgosas que lograsen manifestar una ETS que aquellos migrantes que consumieron alcohol de una manera menos frecuente o que no lo hicieron.

El haber sostenido relaciones sexuales con sexoservidoras, al igual que compartir una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje o por cualquier otro motivo, no resultaron ser variables que marcaran diferencias significativas, sin embargo, debido a la estrecha relación que tienen con el evento de interés, se incluyeron en el modelo (Véase Cuadro 7).

Fuera de las variables de tipo conductual anteriormente vistas, hubo otra serie de variables importantes que no resultaron ser significativas en la presencia de las ETS, como son: el tener relaciones sexuales con una o varias parejas estables o casuales, el haber tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad, con una persona que usara drogas intravenosas, a cambio de dinero, comida, etc. y la frecuencia en la utilización del condón.

Por otro lado, se encontró que el riesgo de presentar una ETS fue de aproximadamente 60.75% (1 – 0.3925) menor en los migrantes que no se hicieron la prueba del VIH/SIDA con respecto a los que sí se la hicieron. Asimismo, se halló un 51.12% (1 – 0.4888) menor riesgo de manifestar una ETS en los migrantes que no se hicieron la prueba para alguna otra ETS que en aquellos sí se la realizaron (Véase Cuadro 7).

También se pudo establecer que el conocimiento que se tiene sobre el condón y el haber recibido algún tipo de información por una persona sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, no resultaron lo suficientemente significativas para la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a la prueba de bondad y ajuste de Pearson, se pudo determinar que el modelo se ajusta de una manera adecuada, con un valor de probabilidad de la χ^2 que supera el 0.05 (0.1317) (Véase Anexo 24).

Cuadro 7. Factores de riesgo relacionados con la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en de los migrantes procedentes de los Estados Unidos y del sur.

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo global (procedentes de Estados Unidos y del sur) Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Dependiente								
Alguna vez ha padecido una ETS								
Si (1)	108	10.75						
No (0)	897	89.25						
Independientes								
Factores Sociodemográficos.								
Flujo Migratorio								
Flujo procedentes EU (1)	537	51.44	0.003	1.8794	1.2397 – 2.8491	0.011	1.8070	1.1472 – 2.8462
Flujo procedentes del sur (0)	507	48.56						
Sexo								
Hombre (1)	920	88.12	0.415	1.3273	0.6716 – 2.6233	NS	-	-
Mujer (0)	124	11.88						
Edad								
Edad 18-29*	419	40.13	0.008	0.5527	0.3569 – 0.8561	NS	-	-
Edad 30-49	499	47.80	0.005	1.7955	1.1951 – 2.6975	0.025	1.6552	1.0656 – 2.5709
Edad 50 y más	126	12.07	0.754	0.9036	0.4800 – 1.7012	NS	-	-
Estado de nacimiento								
Región norte*	20	2.44	0.785	0.8140	0.1858 – 3.5652	NS	-	-
Región centro norte	554	67.56	0.180	1.392	0.8579 – 2.2585	NS	-	-
Región centro	47	5.73	0.246	1.6009	0.7230 – 3.5448	NS	-	-
Región sur	190	23.17	0.076	0.5922	0.3320 – 1.0563	NS	-	-
Región sureste	9	1.10	NS	-	-	NS	-	-
Estado de residencia								
Región norte*	32	4.30	0.417	1.5675	0.5289 – 4.6452	NS	-	-
Región centro norte	436	58.60	0.430	1.2311	0.7341 – 2.0645	NS	-	-
Región centro	118	15.86	0.741	0.8880	0.4398 – 1.7930	NS	-	-
Región sur	150	20.16	0.254	0.6664	0.3318 – 1.3387	NS	-	-
Región sureste	8	1.08	0.767	1.3752	0.1666 – 11.347	NS	-	-
Localidad								
No urbano (0)	669	65.98	0.183	0.7359	0.4688 – 1.1551	NS	-	-
Urbano (1)	345	34.02						
Escolaridad								
Ninguno*	59	5.81	0.179	0.4449	0.1366 – 1.4491	NS	-	-
Primaria	474	46.70	0.203	1.3012	0.8674 – 1.9519	NS	-	-
Secundaria	276	27.19	0.544	0.8652	0.5422 – 1.3808	NS	-	-
Preparatoria	135	13.30	0.694	0.8843	0.4796 – 1.6305	NS	-	-
Técnico con primaria	4	0.39	NS	-	-	NS	-	-
Técnico con secundaria	12	1.18	0.786	0.7517	0.0960 – 5.8817	NS	-	-
Normal	4	0.39	NS	-	-	NS	-	-
Profesional/posgrado	51	5.02	0.321	1.5238	0.6635 – 3.4991	NS	-	-
Estado civil								
Soltero*	299	29.40	0.375	0.8116	0.5118 – 1.2870	NS	-	-
Casado	353	34.71	0.003	1.8561	1.2341 – 2.7918	NS	-	-
Unión libre	331	32.55	0.067	0.6481	0.4071 – 1.0317	NS	-	-
Separado-divorciado	13	1.28	0.509	1.6757	0.3621 – 7.7532	NS	-	-
Viudo	21	2.06	NS	-	-	NS	-	-
Recurrencia migratoria								
Sin recurrencia migratoria (0)	365	35.58	0.001	2.2445	1.3758 – 3.6616	NS	-	-
Con recurrencia migratoria (1)	661	64.42						

Continuación Cuadro 7...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo global (procedentes de Estados Unidos y del sur) Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Factores relacionados con los hábitos y las prácticas sexuales riesgosas.								
Frecuencia con qué bebías dos o más copas de alcohol o cervezas								
Más de 3 veces/semana*	54	5.17	0.004	2.6781	1.3585 – 5.2795	0.014	2.5242	1.2048 – 5.2883
1-3 veces/semana	169	16.19	0.917	1.0287	0.6017 – 1.7586	NS	-	-
Menos de una vez/semana	328	31.42	0.240	0.7644	0.4884 – 1.1964	NS	-	-
Nunca	489	46.84	0.792	0.9474	0.6345 – 1.4146	NS	-	-
No contesto	4	0.38	NS	-	-	NS	-	-
Tuvo sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad								
Si (1)	6	0.58	NS	-	-	NS	-	-
No (0)	1023	99.42						
Tuvo sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas								
Si (1)	5	0.49	NS	-	-	NS	-	-
No (0)	1023	99.51						
Tuvo sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales								
Si (1)	11	1.07	0.090	3.1966	0.8349 – 12.238	NS	-	-
No (0)	1018	98.93						
Cuantas de esas personas eran parejas estables								
Una pareja estable o no tuvo relaciones sexuales (0)	1016	98.16	0.971	1.0283	0.2332 – 4.5341	NS	-	-
Más de una pareja estable (1)	19	1.84						
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja estable								
Nunca*	375	35.92	0.295	0.7967	0.5208 – 1.2186	NS	-	-
A veces	111	10.63	0.501	1.2283	0.6743 – 2.2375	NS	-	-
Siempre	105	10.06	0.024	1.8860	1.0851 – 3.2779	NS	-	-
No contesto	10	0.96	0.939	0.9221	0.1156 – 7.3493	NS	-	-
No tuvo relaciones sexuales	443	42.43	0.426	0.8455	0.5597 – 1.2774	NS	-	-
Cuantas de esas personas eran parejas casuales								
Una pareja casual o no tuvo relaciones sexuales (0)	994	97.74	0.261	1.8811	0.6244 – 5.6675	NS	-	-
Más de una pareja casual (1)	23	2.26						
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja casual								
Nunca*	30	2.87	0.643	1.2884	0.4410 – 3.7643	NS	-	-
A veces	9	0.86	0.972	1.0385	0.1286 – 8.3840	NS	-	-
Siempre	23	2.20	0.360	0.3898	0.0519 – 2.9274	NS	-	-
No sabe	1	0.10	NS	-	-	NS	-	-
No contesto	22	2.11	0.659	1.3203	0.3842 – 4.5367	NS	-	-
No tuvo relaciones sexuales	959	91.86	0.992	1.0036	0.4874 – 2.0664	NS	-	-
Cuantas de esas personas eran parejas trabajadoras sexuales								
Una trabajadora sexual o no tuvo relaciones sexuales (0)	979	96.83	0.008	3.0615	1.3327 – 7.0333	0.136	2.0880	0.7933 – 5.4960
Más de una trabajadora sexual (1)	32	3.17						
Frecuencia en la utilización del condón con la pareja trabajadora sexual								
Nunca*	4	0.38	0.034	8.4339	1.1758 – 60.494	NS	-	-
A veces	5	0.48	0.377	2.7819	0.2868 – 26.982	NS	-	-
Siempre	24	2.30	0.116	2.2406	0.8193 – 6.1277	NS	-	-
No contesto	25	2.40	0.839	1.1350	0.3340 – 3.8567	NS	-	-
No tuvo relaciones sexuales	985	94.44	0.036	0.4772	0.2392 – 0.9519	NS	-	-

Continuación Cuadro 7...

Variables	Frecuencia	%	Análisis Bivariado			Modelo global (procedentes de Estados Unidos y del sur) Multivariado		
			Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)	Sig.	Odds Ratio	Inter. Conf. (95%)
Ha compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo Si (1) No (0)	57 1392	3.93 96.07	0.564	1.3281	0.5059 – 3.4861	0.781	1.1594	0.4081 – 3.2933
Factores relacionados con los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ETS y la realización de pruebas diagnósticas.								
¿Me puede decir lo que es esto? «Condón» Si (0) No (1)	956 38	96.18 3.82	0.147	0.2283	0.0309 – 1.6833	NS	-	-
Te dio alguna persona información sobre cómo prevenir el VIH/SIDA u otras ETSs Si (0) No (1)	523 473	52.51 47.49	0.001	0.4972	0.3251 – 0.7603	NS	-	-
Te hiciste la prueba del VIH/SIDA Si (0) No (1)	193 784	19.75 80.25	0.000	0.2748	0.1798 – 0.4201	0.001	0.3925	0.2317 – 0.6650
Te hiciste la prueba para alguna otra ETS Si (0) No (1)	90 907	9.03 90.97	0.000	0.2081	0.1257 – 0.3442	0.030	0.4888	0.2558 – 0.9338

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

* Se comparó con el resto de las categorías.

La N de la muestra población es equivalente a 1,044 migrantes.

A manera de síntesis y después del desarrollo estadístico realizado, se pudo determinar la importancia de ciertas variables en la relación de los factores analizados con respecto a la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana.

Se pudo establecer como la edad, la escolaridad, la recurrencia migratoria, el consumo de alcohol, el sostener relaciones sexuales a cambio de dinero, comida y otros materiales, sumado a las prácticas sexuales con trabajadoras sexuales, compartir agujas con otras personas, los conocimientos que se tienen sobre las ETS, y la realización de las pruebas diagnósticas para detectar el VIH u otras ETS, son variables determinantes de la manifestación de las enfermedades de transmisión sexual en la población de estudio. Asimismo, otras variables como el estado civil, la zona de procedencia, el estado de

nacimiento y residencia, tener múltiples parejas estables o casuales, la frecuencia del condón, el tener relaciones sexuales con personas consumidoras de drogas intravenosas o en contra de su voluntad, no resultaron ser lo suficientemente significativas frente a la presencia de las ETS.

También es importante mencionar con respecto a los sesgos – anteriormente descritos en el tercer capítulo – que los resultados de la comparación que se realizó entre los migrantes que se hicieron la prueba y los que no, en los perfiles demográficos y conductas de riesgo, sugieren que en los migrantes procedentes del sur si hay diferencias en la mayoría de las preguntas sobre conductas de riesgo, llevándonos a una subestimación del riesgo. En los demás flujos se encuentran diferencias en el compartir jeringas; por ejemplo, en los deportados por la patrulla fronteriza, la prevalencia fue mucho mayor en los que no se hicieron la prueba (1.9% vs. 12.5%, $p < 0.01$) (Véase Anexo 25 y 26).

Por otro lado, como se indicó con anterioridad, el sesgo de información se pudo presentar en aquellos migrantes que salieron seleccionados en el estudio y que hayan reportado en menor medida las prácticas de riesgo a las que estuvieron expuestos, dadas las características de los lugares en donde se realizaron las entrevistas (lugares públicos) y el tiempo que tenían para responder (debido al horario de salida del vuelo, autobús, etc.).

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Uno de los problemas más importantes en México y reflejo de los pocos trabajos acerca de sexualidad, es la falta de encuestas probabilísticas de corte epidemiológico que brinden información relacionada con la detección de las prácticas de riesgo y los comportamientos sexuales en la población. De ahí la importancia que adquiere la presente investigación, la cual está provista de estimados cuantitativos sobre la proporción de migrantes que manifestaron haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, al igual que la prevalencia de ciertas prácticas de riesgo.

Por otro lado, los pocos estudios efectuados relacionados con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual han abordado el tema desde un enfoque clínico y epidemiológico, tratando de identificar las relaciones causa-efecto entre los diferentes factores de riesgo y la enfermedad. Asimismo, la incorporación de nuevos agentes ha generado problemas como la pandemia del VIH/SIDA, la cual ha repercutido fuertemente en la sociedad, sumado al establecimiento de nuevas formas de transmisión y a la resistencia microbiana hacia los antibióticos. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado nuevos mecanismos y enfoques desde las ciencias sociales, con el fin de abordar de una mejor manera el problema, tratando de incorporar algunas disciplinas que aporten elementos importantes en mejora de obtener resultados que reflejen la realidad y mediante los cuales se puedan tomar las acciones pertinentes.

De este modo, y como parte fundamental de la investigación, desde la perspectiva demográfica se ha retomado la recurrencia migratoria como eje esencial del análisis, diferenciando los migrantes por edad, escolaridad, estado civil, etc.; sumado a otros factores de tipo conductual y a los conocimientos que tienen acerca de las ETS y el VIH/SIDA.

En el presente capítulo se pretende destacar los hallazgos más importantes que se obtuvieron en la investigación, basados en el contraste de los resultados con las hipótesis inicialmente planteadas, sumado a la reflexión efectuada teniendo en cuenta la teoría revisada. Asimismo, los aportes teóricos acerca de la temática, aunque con ciertas limitaciones, dan sustento a hallazgos de interés a una problemática trascendental que afecta de una manera diferencial una población muy vulnerable como los migrantes.

En términos generales, la población de estudio tiene una edad promedio que circunda los 34 años, caracterizada por ser una población que se encuentra en plena época productiva y reproductiva; nacidos principalmente en los estados de Michoacán, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca; y residentes mayormente en los estados de Michoacán, Jalisco, Puebla, Oaxaca y Distrito Federal.

Si bien se ha observado que el origen de los migrantes ha variado considerablemente en los últimos años, extendiéndose la migración hacia casi todos los estados de la república, todavía se observa que la mayor parte de los migrantes provienen de los estados pertenecientes a la región históricamente de tradición migratoria, caracterizados por expulsar gran cantidad de personas.

Por otro lado, en cuanto a la escolaridad, se estableció que aproximadamente la mitad de la población de estudio se encuentra con sexto grado o inferior, dándonos una idea bastante clara del limitado acceso que pudieron haber tenido muchos individuos a la educación, debido a las condiciones económicas poco favorables, sumado a las menores coberturas vividas. Asimismo, con respecto al estado civil, es de resaltar como el 41.05% de los migrantes permanecía en unión libre, el doble de los casados, más aun cuando gran parte de la población procede de zonas rurales, donde por las costumbres y creencias que caracterizan la cultura mexicana, es más común establecer uniones por medio del matrimonio.

Ahora bien, al analizar la población de estudio por los flujos migratorios se observan diferencias bastante significativas. Por un lado, se encontró que el promedio de edad en los migrantes deportados por la

patrulla fronteriza fue de 27 años, cifra bastante reducida en comparación al promedio más alto (38 años), correspondiente a los migrantes procedentes de los Estados Unidos. En este sentido, se podría pensar que el tener una mayor edad, y por ende mayor experiencia, puede ser un factor importante a la hora de no ser fácilmente detenidos por la patrulla fronteriza, logrando permanecer en los Estados Unidos; en cambio, el hecho de ser más jóvenes, con poca experiencia y pocas redes que proporcionen la entrada y la permanencia en los Estados Unidos, dificulta el proceso migratorio, reduciendo las probabilidades de lograr el propósito.

En el mismo orden de ideas, es interesante resaltar que en los flujos migratorios, la proporción de mujeres fluctúa entre 11.17 y 12.81%, a excepción del flujo de deportados por la patrulla fronteriza, donde la proporción de mujeres equivale al 17.23%. De igual manera, en los niveles de escolaridad se observan tendencias más o menos análogas, donde la secundaria ocupa las mayores proporciones en los migrantes deportados, mientras que en los demás flujos las mayores proporciones radican en el nivel primario. Además, casi el 100% de los migrantes deportados ya lograron culminar la preparatoria. Sumado a esto, sobresale que cerca del 50% de los migrantes deportados son solteros, cifra muy superior a la de los demás flujos.

En síntesis, se establece un patrón bastante importante en los migrantes deportados por la patrulla fronteriza; población mucho más joven, con un nivel de escolaridad de preparatoria que alcanza casi en su totalidad el ciento por ciento, donde la mitad son solteros, con una mayor proporción de mujeres y nacidos todos en el estado de Aguascalientes.

Una posible explicación a los niveles de escolaridad presentes en la población de estudio se fundamenta, como ya se mencionó antes, en que por lo general los migrantes que han sido deportados por la patrulla fronteriza son bastantes jóvenes, favorecidos por un medio donde las coberturas de educación son mucho mayores, facilitándose el acceso a la misma; caso contrario de lo que sucede con los migrantes de mayor

edad, quienes posiblemente no pudieron acceder a la educación debido a las bajas coberturas que se presentaban, sumado a los posibles problemas económicos, los cuales motivaron a la migración.

Por otro lado, también es importante resaltar, como cerca de una cuarta parte de los migrantes que proceden de la frontera norte son profesionales o con un nivel superior, posiblemente debido a las mejores condiciones económicas que se viven en los estados fronterizos y a las mayores posibilidades de desplazarse a los Estados Unidos de una manera legal, con el fin de realizar diversas actividades, dentro de las que se destacan los estudios.

En la misma línea, es trascendental resaltar como alrededor del 70% de los migrantes procedentes de los Estados Unidos son casados, porcentaje demasiado alto en comparación con los demás flujos migratorios, por lo cual se puede suponer, que muchos migrantes incurren al matrimonio como una forma de poder organizar su estatus migratorio en los Estados Unidos; asimismo, por medio de la reunificación familiar⁴⁹, muchos migrantes varones lograron legalizar sus estatus, al igual que poder llevar con ellos sus esposas e hijos de una manera documentada.

Con respecto a las prácticas sexuales desarrolladas por la población de estudio, cerca del 90% de los migrantes que sostuvieron sexo vaginal o anal durante los seis meses previos a la realización de la entrevista, manifestaron haberlas tenido con una pareja estable, mientras que una muy reducida proporción (2.94%) con más de una pareja. De igual manera, las proporciones para aquellos migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con parejas casuales y con trabajadoras sexuales fueron muy reducidas. En este sentido, teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación, en términos generales, el tener múltiples parejas sexuales no resultó ser un factor importante dentro de las posibles prácticas sexuales riesgosas. No obstante, hay que tener en cuenta que aquellos migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, hubo una mayor proporción que estuvo con

⁴⁹ Ley Simpson Rodino.

más de una sexoservidora, poniéndolos en un riesgo potencialmente mayor frente a una posible manifestación de las enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, se encontró un patrón bajo de uso del condón en los migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con parejas estables, contrario a lo que ocurrió con las parejas casuales y las trabajadoras sexuales, donde la frecuencia de utilización del condón se presenta en mayores proporciones. En este sentido, se puede afirmar que los resultados obtenidos contrastan con otro tipo de estudios, los cuales sustentan un bajo uso del condón en aquellos individuos que sostienen relaciones sexuales con sexoservidoras.

También se pudo establecer en la presente investigación, las bajas prevalencias de migrantes que manifestaron haber sostenido relaciones sexuales en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas intravenosas y a cambio de dinero, comida u otros materiales. Sin embargo, es importante resaltar que las mayores prevalencias de este tipo de prácticas, provienen de migrantes deportados por la patrulla fronteriza o procedentes de los Estados Unidos, es decir, son individuos que ya tuvieron contacto con el país del norte, sobre todo los migrantes deportados, posiblemente por ser más propensos a sufrir este tipo de circunstancias, agravadas en su mayoría por la falta de experiencia y por la vulnerabilidad producto de la juventud, de la presencia de más mujeres y de las escasas redes que faciliten una mayor probabilidad de ingresar de una manera más segura a los Estados Unidos.

En otro orden de ideas, se pudo establecer dentro de nuestra población de estudio, una baja proporción de migrantes que declaró haber compartido una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, realizarse un tatuaje o por cualquier otro motivo (3.74%); sin embargo, a pesar de que en la presente investigación no fue lo suficientemente significativa, es un factor muy importante debido a la fuerte relación que presenta con la proliferación de las ETS.

Asimismo, con respecto al consumo de alcohol, cerca del 3.71% de los migrantes reveló consumir más de dos copas de alcohol o cerveza con una frecuencia de más de tres veces a la semana, mientras que el 14.20% lo frecuentan de una a tres veces a la semana. Se observa también, como el 60% de los migrantes que frecuentan este tipo de hábitos más de tres veces a la semana, proceden de los Estados Unidos, lo que pone de manifiesto de que posiblemente estos migrantes incurren en prácticas riesgosas llevados por los efectos que les pueda producir el alcohol. Igualmente, de acuerdo a los resultados obtenidos, hay 0.9860 mayor la probabilidad de que los migrantes que frecuentan más de tres veces a la semana el consumo de alcohol, adopten prácticas riesgosas que se manifiesten posteriormente en enfermedades de transmisión sexual que aquellos que consumen alcohol con menos frecuencia.

Este hallazgo no es diferente a lo manifestado por la literatura referente al tema, donde el consumo de alcohol es un factor importante mediante el cual se adoptan hábitos y prácticas sexuales riesgosas que favorecen el contagio de alguna ETS e inclusive el VIH, tanto para aquellas personas involucradas directamente en el consumo de alcohol, como para la contraparte, es decir, la persona que no ha tenido contacto con el licor.

Por otra parte, cerca del 50% de los migrantes recibió información por otra persona sobre como prevenir el VIH/SIDA y el resto de ETS, además, el 17.48 y el 7.76% de los migrantes se realizaron la prueba del VIH y de otras ETS respectivamente. En este sentido, se pudiera afirmar que aquellas personas que recibieron mayor información tuvieron un menor riesgo de presentar una ETS, sin embargo, se encontró completamente lo contrario, el riesgo de presentar este tipo de enfermedades fue de aproximadamente 33.78% menor en los migrantes que no obtuvieron información que aquellos que si tuvieron acceso a ella. De la misma forma, el riesgo de manifestar una ETS es menor en aquellos migrantes que no se realizaron las pruebas, bien sea del VIH u otras ETS, que los que si se la hicieron. Es decir, de acuerdo a los resultados encontrados, se puede afirmar que los migrantes que se encuentran en mayor riesgo o que ya presentaron indicios de una ETS, son aquellos que buscan información y se realizan las pruebas

diagnósticas, de tal manera que se dan una idea de la magnitud del problema al que están enfrentando y poder acudir a los servicios de salud adecuados.

Basados en los supuestos expresados a través de la primera hipótesis, donde se afirma que los individuos que migran por primera vez hacia los Estados Unidos presentan menos riesgo de manifestar enfermedades de transmisión sexual que aquellos individuos que tienen una historia migratoria; se puede concluir, de una manera significativa, que efectivamente se puede hablar de un mayor riesgo en aquellos individuos que tienen una recurrencia migratoria.

Como se mencionó antes, el 52.54% de la población de estudio captada en la ciudad de Tijuana ya eran recurrentes migratorios, en la que muchos migrantes durante su estadía en Estados Unidos o en el momento de la travesía incurrieron en una dinámica caracterizada por la interacción con otras personas, muchas de ellas migrantes también, incursionando en una mezcla de culturas y creencias, facilitando la adopción de hábitos y prácticas sexuales riesgosas que pueden conllevar a la presencia de enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH.

En este sentido, la migración genera cambios trascendentales en las condiciones de vida de los migrantes, debido a las situaciones de riesgo en las que se incurren, situaciones a las que no estarían expuestos muy seguramente en el caso de que no migraran. Sumado a esto, la vulnerabilidad vivida durante este proceso es un entorno propicio para que interactúe toda una cadena de factores de riesgo, agudizado en gran parte por las desigualdades sociales, lo que origina los cambios en los patrones de conducta.

Por medio de este hallazgo se sustenta en gran parte lo reportado por algunos estudios realizados acerca de la migración y el VIH/SIDA y las ETS, en cuanto a que este fenómeno origina ciertos cambios en los modelos de comportamiento de los individuos, llevándolos a adoptar hábitos y costumbres que generan

prácticas sexuales riesgosas, que pueden repercutir más tarde en una posible presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual. Además, este entorno da origen a que se presenten determinadas situaciones como el hostigamiento sexual y la violación, sobre todo a las mujeres; para el caso de los migrantes indocumentados, el poco acceso a la información y a los servicios de salud, debido al temor de ser deportados por los organismos respectivos.

Diversos estudios de tipo cualitativo aseguran la fuerte relación entre la migración y el VIH/SIDA, en la presente investigación se demuestra que no necesariamente ocurre de esta manera. Se reconoce la fuerte relación entre la migración y los cambios en los patrones de conducta, dando como resultado prácticas riesgosas que van en detrimento de la salud, más aún en la posible presencia de una ETS, sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en las pruebas de detección del VIH, ninguno de los entrevistados a los que se les realizó la prueba salió positivo. Es decir, la migración propicia una serie de situaciones en las que pueden incurrir los individuos (drogas, múltiples parejas sexuales, compartir jeringas, trabajadoras sexuales, etc.), pero que no necesariamente implica la obtención del VIH a pesar de la presencia de otras ETS, situación que favorece la aparición del virus.

Por otra parte, con respecto a la hipótesis de que los migrantes con niveles bajos de escolaridad tienen mayor riesgo de presentar una enfermedad de transmisión sexual que aquellos que tienen mayores niveles de escolaridad, se estableció dentro de la presente investigación que no ocurre de esta forma, es decir, el tener un mayor nivel de escolaridad no implica incurrir menos en prácticas riesgosas que conllevan a la manifestación de las ETS.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los migrantes que tuvieron un nivel profesional o superior presentaron 0.8396 veces más probabilidad de manifestar una enfermedad de transmisión sexual que aquellos con niveles de escolaridad inferiores o que no realizaron estudios. Si bien, se podría pensar que los migrantes que tuvieron un mayor nivel de instrucción incurrieran de una manera menos frecuente en

patrones de conducta riesgosos, se observa todo lo contrario, son estos precisamente los que más adoptan esta clase de prácticas, colocándose en un riesgo potencialmente mayor de llegar a presentar una ETS.

Anteriormente mencionábamos que una posible explicación a este fenómeno podría radicar en que muchos de los migrantes con niveles de escolaridad superiores generalmente pueden migrar a Estados Unidos de una manera legal, pudiéndose desplazar de un lugar a otro sin ningún tipo de inconveniente, con la tranquilidad de tener la documentación pertinente. Caso contrario de lo que ocurriría con otro tipo de migrantes como los indocumentados, los cuales son obligados en muchas ocasiones a permanecer ocultos para no ser detenidos por las autoridades competentes. Sin embargo, si bien la anterior conjetura puede aplicar para aquellos migrantes que proceden de Estados Unidos (19.64%), es importante recordar que la mayor proporción de migrantes con un nivel de escolaridad profesional o superior procede de la frontera norte (51.79%), seguido se aquellos que provienen del sur (25.89%).

En términos generales, se observa un patrón de conducta mucho más peligroso en los migrantes con un grado profesional o superior, los cuales seguramente por tener una mejor condición económica y nivel educativo, acceden a ciertos lugares para efectuar prácticas sexuales riesgosas, poco comunes para otro tipo de migrantes, pasando desapercibidos; o igual, adquieren hábitos poco comunes con un alto riesgo de llegar a manifestar una ETS.

De acuerdo a lo documentado, no hay una postura única con respecto a este fenómeno, debido básicamente a las características del tema de estudio. En algunas investigaciones realizadas sobre la relación de la migración y el VIH/SIDA y otras ETS, la escolaridad se presenta como un factor importante que explica en determinado momento el riesgo de presentar la enfermedad.⁵⁰ En este sentido, se manifiesta que a menor escolaridad es mayor el riesgo de incurrir en hábitos y prácticas sexuales riesgosas (Salgado, 1998; Bronfman y Minello, 1995). Sin embargo, como se pudo observar con los

⁵⁰ Información que no ha sido comprobada estadísticamente.

resultados originados de la presente investigación, esta lógica no permanece constante; asimismo, no necesariamente tener información sobre el VIH/SIDA aseguraría la no adopción de hábitos y prácticas riesgosas.

En síntesis, es un tema bastante complejo, el cual debe de abordarse de una manera más profunda en futuros estudios, con el fin de identificar verdaderamente que papel tiene la escolaridad en la adopción de esta clase de prácticas, más aun cuando estos temas relacionados con la sexualidad se siguen manteniendo en la intimidad y no se comparten de una forma pública.

Otra de las hipótesis de la investigación, es que los migrantes procedentes de Estados Unidos presentan mayores prevalencias de factores de riesgo conductuales y de enfermedades de transmisión sexual reportadas que aquellos que proceden del sur.

En respuesta a la hipótesis anterior, se estableció que no hay un patrón general que muestre que esta tendencia sea completamente de esta forma. Se pudo encontrar cómo la proporción de migrantes que sostuvieron relaciones sexuales con una o varias sexoservidoras proceden del sur, al igual que lo que ocurre con las parejas casuales. Asimismo, la mayor proporción de migrantes que nunca utilizaron el condón con sus parejas estables y casuales provienen del sur. Caso contrario de lo que ocurre con las trabajadoras sexuales, la mayor proporción de migrantes que no utilizaron el condón procede de los Estados Unidos.

Por otro lado, se encontraron mayores proporciones de migrantes que manifestaron haber sostenido sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas intravenosas o a cambio de dinero, comida, drogas u otros materiales, en los procedentes de los Estados Unidos que los que provienen del sur, a pesar de que las proporciones de este tipo de prácticas son bastante reducidas.

También se pudo establecer, que en los procedentes del sur se presentaron las mayores prevalencias relacionadas con compartir una aguja con otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje o por cualquier otro motivo, mientras que en los procedentes de Estados Unidos se presentaron las mayores proporciones de migrantes que consumían dos o más copas de alcohol o cervezas más de tres veces a la semana.

Sumado a lo anterior, se pudo establecer de igual manera que los migrantes procedentes de Estados Unidos obtuvieron las mayores prevalencias en cuanto a la información brindada por otra persona sobre como prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, así como la realización de pruebas diagnósticas para detectar este tipo de enfermedades; lo cual, de acuerdo a los resultados obtenidos, repercute en un mayor riesgo para la presencia de las ETS, debido muy seguramente a que son los migrantes que se sienten en riesgo, o en su defecto aquellos que poseen la enfermedad, los que acuden a este tipo de servicios.

En otro orden de ideas, también se pudo determinar que los procedentes de los Estados Unidos presentan las prevalencias más altas de enfermedades de transmisión sexual con relación a los migrantes provenientes del sur, bien sea durante los seis meses previos a la realización de la entrevista (43.15%), como aquellos que reportaron en algún momento de su vida haberlas padecido (33.51%).

En síntesis, a pesar de que hay ciertos factores de riesgo importantes que sobresalen en los migrantes procedentes del sur, se observa una marcada diferencia en la presencia de factores de riesgo conductuales en los migrantes procedentes de los Estados Unidos, debido en gran parte a las situaciones a las que se exponen durante su permanencia en ese lugar, o durante el transcurso del proceso migratorio.

Estos hallazgos corroboran lo manifestado por las investigaciones de tipo cualitativo, en cuanto a que los migrantes que permanecen en Estados Unidos incurren mayormente en hábitos y prácticas riesgosas que

favorecen una potencial presencia de una ETS, sumado a la vulnerabilidad a la que son expuestos durante la travesía y en el lugar de destino, más aun cuando se trata de migrantes indocumentados.

En cuanto a la hipótesis que expresa que el riesgo de manifestar una enfermedad de transmisión sexual es mayor en aquellos migrantes que proceden de Estados Unidos que los que provienen del sur, se encontró, de acuerdo a los resultados obtenidos, que efectivamente el riesgo es mayor en los migrantes procedentes de los Estados Unidos.

Se pudo establecer que es 0.8070 veces más probable que los migrantes pertenecientes al flujo migratorio de los Estados Unidos, manifiesten una ETS que los migrantes procedentes del flujo del sur, situación que confirma de una manera cuantitativa lo dicho por otros estudios, donde se formula que el proceder de Estados Unidos presenta mayores riesgos debido a las situaciones que adoptan los migrantes, y las cuales ya hemos expresado de una manera reiterada a lo largo de la investigación.

Ahora bien, se ha señalado por muchos estudios, la fuerte relación entre la migración, el VIH/SIDA y otras ETS – análisis realizados a partir de métodos cualitativos y etnográficos –, pero hasta el momento no se han presentado datos que puedan cuantificar dicho suceso y que expresen la magnitud del fenómeno. De ahí la importancia de esta investigación, la cual proporciona estimados cuantitativos de la proporción de migrantes que padecieron alguna enfermedad de transmisión sexual⁵¹, al igual que de una serie de factores de riesgo que influyen fuertemente en la manifestación de la enfermedad.

Finalmente, de acuerdo a la última hipótesis de nuestra investigación, donde los migrantes procedentes de localidades no urbanas presentan mayores riesgos de contraer ETS que aquellos que provienen de localidades urbanas, se pudo constatar que no hay evidencias significativas para validar dicha afirmación, a pesar de que el 65.05% de los migrantes provenían de zonas no urbanas, caracterizadas por ser localidades que no sobrepasan los 15,000 habitantes.

⁵¹ Teniendo siempre presente de que son ETS reportadas, y no ETS diagnósticas por medio de una prueba de laboratorio.

Si bien, es expresado por algunos autores de que el SIDA se está ruralizando, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se corrobora lo dicho por Magis y colaboradores (1995) en un estudio que buscaba analizar la ruralización de la epidemia del SIDA, donde el patrón de transmisión rural no implicaba un problema por el número de enfermos. Dicho de otro modo, el que se pertenezca a zonas no urbanas no implica un mayor riesgo de contraer la enfermedad, más aun cuando en el presente estudio gran parte de los migrantes provienen de áreas no urbanas, sumado a la cero prevalencia del VIH encontrado.

Se puede suponer que más adelante, con la continua migración de mexicanos hacia Estados Unidos, gran parte de ellos de origen no urbano, se llegue a acentuar un mayor riesgo en esta clase de migrantes, sin embargo, hasta el momento, y de acuerdo a los resultados alcanzados, esta suposición dista un poco de lo que está ocurriendo.

Cabe señalar que el análisis descriptivo transversal que se hizo a través de la presente investigación nos permitió confirmar una serie de supuestos y afirmaciones expresadas en algunos trabajos de tipo cualitativo relacionados con el tema, al igual que la necesidad de profundizar en determinadas áreas con la finalidad de tener una mejor comprensión del fenómeno.

Por medio del enfoque sociodemográfico y el modelo sociomédico (neoconservador) se abordó la presente investigación, incorporando los mejores elementos esbozados por cada uno de ellos, realizando un análisis integral que reunió una serie de factores de riesgo, sin embargo, es importante tener en cuenta para estudios posteriores, otros aspectos como los culturales y los psicológicos, los cuales no fueron incorporados en la investigación, debido a la no inclusión en las fuentes de información utilizadas.

Pensamos que es importante seguir trabajando en la generación de conocimiento por medio de encuestas de tipo probabilístico, tratando de mejorar el alcance, conociendo de antemano los problemas a los que se incurre por el tipo de tema referido. Sumado a esto, es importante discriminar la población de estudio, ya que por medio de la presente investigación se evidenció la necesidad de diferenciar los prototipos de migrantes, más aun, cuando éstos no están expuestos a los mismos riesgos.

Por otro lado, el flujo de migrantes deportados por la patrulla fronteriza requiere un análisis mucho más detallado, debido a las características particulares que posee, evidenciándose una dinámica que contrasta en algunos aspectos con los demás flujos.

En términos generales podemos afirmar que el objetivo principal de la presente investigación que fue la de determinar la prevalencia de los factores de riesgo que pueden influir en el contagio de las enfermedades de transmisión sexual y su relación con variables sociodemográficas como la edad, sexo, zona de procedencia, nivel de escolaridad y la recurrencia migratoria de los migrantes en flujo que cruzan la frontera México – Estados Unidos por la ciudad de Tijuana se cumplió. Sin embargo, los hallazgos aquí encontrados muestran la necesidad de seguir investigando con mayor profundidad otras variables que puedan acercarse más a la explicación del fenómeno en estudio, así como involucrar otros aspectos no considerados y que son de vital importancia para la comprensión del tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, Rafael y MINES, Rick. (2002) El retorno de los «Solos»: migrantes mexicanos en la agricultura de Estados Unidos. En: ANGUIANO, María Eugenia y HERNÁNDEZ, Miguel (Eds) *Migración internacional e identidades cambiantes. El Colegio de Michoacán y El Colegio de la Frontera Norte.*
- ARREDONDO, Armando, CATAÑEDA Xóchitl, GARCÍA, Carlos, ESCOBEDO, Jorge y RAMIREZ, Catalina. (1992) «*El enfoque de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad: reflexiones para una enseñanza*». *Revista Mexicana de Educación Médica*. Vol. 3, No. 2.
- _____, (1993) Marcos conceptuales en salud pública: modelos, paradigmas o propuestas disciplinarias. *Cuad. Méd. Soc.*, XXXIV, 2 y 3.
- BENENSON, Abram S. (1992) El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. *Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud*. Washington.
- BRONFMAN, Mario y HERRERA, Cristina. (2001) El VIH/SIDA: una perspectiva multidimensional. Trabajo a ser presentado en la reunión “Nuevos desafíos de la responsabilidad política”. Buenos Aires, Argentina. 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre de 2001.
- _____, KURTZMAN, Rubin. (1995) Comportamiento de los inmigrantes mexicanos temporales a los Ángeles; trabajo presentado en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica, 1995 – en prensa.
- _____, KURTZMAN, Rubin. (1996) Two borders, one country; sexual behavior of migrants and HIV infection risk practices at Mexico's southern border. *Int Conf AIDS*, Jul 7-12; 11 (1)414. CONASIDA, Tlalpan, México.
- _____, LEYVA, René. (1999) Migración y VIH/SIDA en México y Centroamérica, 1999. Seminario Taller de Cooperación México-Centroamérica sobre Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con especial atención en poblaciones móviles. Mimeo. 24 mayo. Tapachula, Chiapas, México.

_____, LEYVA, René. (2001) *Migración y SIDA: los contextos de riesgo*. Instituto Nacional de Salud Pública. En: Sociedad Mexicana de Salud Pública. (2001) *Higiene. Revista de Salud Pública*. Vol. 3, No. 2.

_____, MINELLO, Nelson. (1995) Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: BRONFMAN, Mario; AMUCHÁTEGUI, Ana; MARTINA, Rosa María; MINELLO, Nelson; RIVAS, Martha y RODRÍGUEZ, Gabriela. (1995) *SIDA en México. Migración, Adolescencia y Género*. Primera reimpresión 1999. México, D.F.

_____, CAMPOSORTEGA, Sergio y MEDINA, Hortencia. (1989) La migración internacional y el SIDA: el caso de México y Estados Unidos. En: SEPÚLVEDA, Jaime et al. (1989) *SIDA, ciencia y sociedad en México*. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F.

_____, SEJENOVICH, Gisela y URIBE, Patricia. (1998) *Migración y SIDA en México y América Central. Serie Ángulos del SIDA*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Secretaría de salud.

_____, URIBE, Patricia; HALPERIN, David y HERRERA Cristina. (2001) *Mujeres al borde...vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México*. En: TUÑON, Esperanza. (2001) *Mujeres en la frontera: trabajo, salud y migración*. Plaza y Valdés: el Colegio de la Frontera Norte, Ecosur, el Colegio de Sonora.

CALDERON, Ernesto. (1999) *Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. Salud Pública de México, Vol. 41, No. 4, julio-agosto. Cuernavaca, México.

CASTLES, Stephen. (1997) Globalización y migración: algunas contradicciones urgentes. Texto del discurso inaugural presentado en la reunión del Consejo Intergubernamental del MOST, 16 de junio.

CDC. (2000) Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. [Información en CD].

CENSIDA. (2003) El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México. Un problema de salud pública. Consejo Nacional Contra las Adicciones. [Información en CD].

_____, (2003b) Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. México. [Información en CD].

_____, SSA. (2003c) El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México: abordaje a un problema de salud pública. Consejo Nacional Contra las Adicciones. [Información en CD].

CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). (1999) Migración y desarrollo en América del Norte y Centroamérica: una visión sintética. Serie 1, Población y Desarrollo. Santiago de Chile.

CONAPO. (1999) Migración Internacional. Comentarios a la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte, EMIF. Boletín editado por el Consejo Nacional de Población, Año 3, Num. 9.

_____, Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Instituto Nacional de Migración y El Colegio de la Frontera Norte. (2002) Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México 1999-2000. México, D.F.

_____, (1999) Veinticinco años de transición epidemiológica en México. México, D.F.

CONASIDA. (2000) Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. [Artículo de Internet] <http://www.salud.gob.mx/conasida> [Consulta: 28 de enero de 2004].

_____, (1998). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). [Artículo de Internet] <http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls1998/lsjun98.htm> [Consulta: 31 de marzo de 2004].

CORONA, Rodolfo. (1997) en «Taller de Medición de la Migración Internacional». El Colegio de la Frontera Norte e Institut Francais de la Recherche Scientifique pour Devellopement en Cooperation (ORSTOM). México.

_____, (1998) en «Migración y Fronteras». El Colegio de la Frontera Norte, Asociación Latinoamericana de Sociología y El Colegio de México. México.

CORTÉS, Alba; GARCÍA, Rene; HERNÁNDEZ, Mariela; MONTERREY, Pedro y FUENTES, Jorge. (1999) *Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes*

adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Rev. Cubana Med. Trop. 51(2):120-4.

CHACKIEL, Juan y MACCIÓ, Guillermo. (1978) Evaluación y corrección de datos demográficos: VII. Técnicas de corrección y ajuste de la mala declaración de la edad. CELADE, Serie B, Num. 39, Santiago de Chile.

CHAYA, Nada; AHSET, Kali. (2002) Los preservativos cuentan: cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Population Action International. Washington, D.C.

CUADRA, Silvia; LEYVA, René; HERNÁNDEZ, Daniel y BRONFMAN, Mario. (2002) The regulation of STI/HIV/AIDS control among sex workers in two cities along the southern border of México. Artículo presentado para la XIV International AIDS Conference, llevada a cabo entre el 7 y el 12 de julio de 2002 en la ciudad de Barcelona.

D'CRUZ-GROTE, Doris. (1996) Prevención de la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana y de las enfermedades de transmisión sexual: experiencias y conceptos. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn, Alemania.

DRESER, Anahí; CABALLERO, Marta; LEYVA, René y BRONFMAN, Mario. (2002) The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico. En: Research For Sex Work 5: en promoción de la salud y prevención del VIH. Migración y Movilidad. Edición española, No. 5.

Ejournal: (2002) Revista de la Facultad de Medicina Vol. 45, No. 3: Diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. [Artículo de Internet] <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no45-3/rfm45305.pdf> [Consulta: 30 de septiembre de 2003].

EVERETT, Lee. (1966) Una teoría de las migraciones. Demography. En: ELIZAGA, Juan y MACISCO, John. (1975) Migraciones Internas: teoría, método y factores sociológicos. Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile, Chile.

FRENK, Julio. (1994) La salud pública de la población: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. México.

_____, (1979) Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones. Ciencia y Desarrollo 1979, No. 26, pp. 133-138.

Funcei: (2003) Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Buenos Aires, Argentina. [Artículo de Internet] http://www.funcei.org.ar/paginas/publicaciones/comunidad/otros_temas/_transmision_sexual_mujer.htm [Consulta: 30 de septiembre de 2003].

FUSSELL, Elizabeth. (2002) La organización de la migración internacional en Tijuana. En: ANGUIANO, María y HERNÁNDEZ, Miguel (Eds) Migración internacional e identidades cambiantes. El Colegio de Michoacán y El Colegio de la Frontera Norte.

GAYET, Cecilia. (1999) Las fronteras del riesgo inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de Monterrey. Tesis de Maestría en Demografía de El Colegio de México.

Gineconet: (2003) Alicia Farinati. Enfermedades de Transmisión Sexual. [Artículo de Internet] <http://www.gineconet.com/articulos/414.htm>. [Consulta: 31 de octubre de 2003].

GONZALEZ BLOCK, Miguel Ángel y LIGUORI, Ana Luisa. (1992) El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública.

GONZÁLEZ, Soledad (1999). «Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México», en las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva, CES-PIEM, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México, pág 15-51.

HAOUR, Mary. (2000) Migration and VIH/AIDS in Europe. International Organization for Migration and University Institute of social and preventive medicine. SIDA Info Doc Suisse, Lausanne. Pág. 4 -14.

HOSMER, David y LEMESHOW, Stanley. (1989) Applied Logistic Regression. A wiley-Interscience Publication. Estados Unidos.

International Organization for Migration y CARE International. (2003) Mobility and VIH/SIDA in Southern Africa: A field study in South Africa, Zimbabwe and Mozambique.

IOÉ, Colectivo. (1999) Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España. Valencia: Universitat de València, Patronat Sud-Nord. Pág. 19-44.

JOVELL, Albert J. (1995) Análisis de regresión logística. Cuadernos metodológicos Num. 15. Centro de Investigaciones Sociológicas. España, Madrid.

LANGER, Ana; TOLBERT, Kathryn y ROMERO, Mariana. (1996) Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: Situación actual y prioridades de investigación. En: LANGER, Ana. y TOLBERT, Kathryn. (eds.) Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. México DF: Edames/[Population Council](#), 1996, Pp. 233-246.

LÓPEZ, Irene y DE MOYA, Antonio. (1999) Rutas migratorias de Haití a República Dominicana: implicaciones para el VIH/SIDA y los derechos humanos de las personas infectadas. Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO) y Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Santo Domingo, República Dominicana.

LOZANO, Fernando. (2003) «Nuevos orígenes de la migración mexicana a los Estados Unidos: migrantes urbanos versus migrantes rurales» [Artículo de Internet] <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-14.htm> [Consulta: 31 de octubre de 2003].

MAGAÑA, Raul. (1991) Sex, drugs and HIV: an ethnographic approach. Soc. Sci. Med. Vol. 33, No. 1, pp 5-9. Los Ángeles.

MAGIS, Carlos; DEL RÍO, Aurora; VALDESPINO, José y GARCÍA, María de Lourdes. (1995) *Casos de SIDA en el área rural de México*. Salud Pública de México, Vol. 37, No. 6, noviembre-diciembre. Cuernavaca, México.

_____, RUIZ, Armando; ORTIZ, Raúl; LOYA, Martha; BRAVO, Ma. José y LOZADA, Remedios. (2002) Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la ciudad de Tijuana B.C. INSP-CENIDS.

MASSEY, Douglas; ARANGO, Joaquín; GRAEME, Hugo; KOUAOUCI, Ali; PELLEGRINO, Adela y TAYLOR, Edward. (2000) Teorías sobre la migración internacional: una reseña y una evaluación. Trabajo, año 2, No. 3. Pág. 5-50.

México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Información y Evaluación. (1992) «Mortalidad por tumores malignos, según entidad federativa de residencia habitual 1990». *Mortalidad 1990*. México. Pp. 154-177.

México, Secretaría de Salud. (1988) Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.

México, Secretaría de Salud. (1993) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.

México, Secretaría de Salud. (1993) Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.

México, Secretaría de Salud. (2003) Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.

Ministerio de Salud de Colombia. (2000) Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual. Resolución 00412 de 2000. Santafé de Bogotá, Colombia.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001) Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid, España.

MORALES, Abelardo y ACUÑA, Guillermo. (2002) Movilidad de poblaciones y migraciones en Centroamérica y República Dominicana: Impactos sobre la salud a inicios del nuevo milenio. Ponencia presentada en la XVIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana; llevada a cabo el 15 y 16 de octubre de 2002 en la ciudad de San José de Costa Rica.

NEGRONI, M; BASSETT, S; VARGAS, G; MAEHUALI, C; WEIR, S y BRONFMAN, M. (2002) Reaching mobile population for AIDS prevention in Southern Mexican border towns. Artículo presentado para la XIV International AIDS Conference, llevada a cabo entre el 7 y el 12 de julio de 2002 en la ciudad de Barcelona.

NIETO, Benjamín e IZAZOLA, José. (1999) *Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México*. Salud Pública de México, Vol.41, No. 2, marzo-abril. Cuernavaca, México.

ONUSIDA. (2000) Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.

PALACIO MEJÍA, Lina Sofia. (2002) La Distribución territorial de la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino en México, 1990-2000. Tijuana, Baja California. Tesis de Maestría en Demografía del Colegio de la Frontera Norte.

RANGEL, Gudelia y LOZADA, Remedios. (1998) Factores de riesgo de infección por VIH en migrantes mexicanos: el caso de los migrantes que llegan a la Casa del Migrante «Centro Scalabrini, y Ejército de Salvación». El Colegio de la Frontera Norte, ISESALUD. Reporte final.

RASMUSSEN, Bettylu; HIDALGO, Alfredo y ALFARO, Noé. (2003) *Comportamientos de riesgos de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral*. Salud Pública de México, Vol. 45, suplemento 1.

SALGADO, Nelly. (1998) Migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales. En: SZASZ, Ivonne y LERNER, Susana (1998) Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México. México, D.F.

Secretaría de Salud. (2003) Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003. Datos al 1 de noviembre de 2003.

Sistema único de información para la Vigilancia Epidemiológica. (1999) Información preliminar. Procesó: DGE. Semana 10 al 16 de enero de 1999.

SZASZ, Ivonne y LERNER, Susana (2002) Aportes teóricos y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos. En: CANALES, Alejandro y LERNER, Susana (Comps) Desafíos

teórico-metodológicos para los estudios sociodemográficos. El Colegio de México, Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Demografía (Somede), México D.F.

SZKLO, Moisés y NIETO, Javier. (2000) Epidemiology: beyond the basics. An Aspen Publication. Gaithersburg, Maryland.

THIAM, Macoumba; PERRY, Rebecca y PICHÉ, Victor. (2003) Migración y VIH en el norte de Senegal. Population Reference Bureau. [Artículo de Internet] http://www.prb.org/_SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9722 [Consulta: 5 de marzo de 2004].

Universidad Autónoma de Barcelona. (2004) Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. [Artículo de Internet] http://uab-gtip.uab.es/_Apuntsmicro/epidemiologia_enfermedades_infecciosas.pdf [Consulta: 1 de abril de 2004].

URIBE, Felipe; CONDE, Carlos; JUÁREZ, Luis y HERNÁNDEZ, Albert. (2003) Sociodemographic Dynamics and Sexually Transmitted Infections in Female Sex Workers at the Mexican-Guatemalan Border. Sexually Transmitted Diseases. Vol. 30, No. 3.

_____, HERNÁNDEZ, Mauricio; CONDE, Carlos; JUÁREZ, Luis; ALLEN, Betania; ANAYA, Rafael; DEL RÍO CHIRIBOGA, Carlos; URIBE, Patricia y DE ZALDUONDO, Bárbara. (1997) Low prevalences of VIH infección and sexually transmitted disease among female comercial sex workers in Mexico City. American Journal of Public Health. Vol. 87, No.6.

URIBE, Patricia; HERNÁNDEZ, Griselda; DEL RIO CHIROBOGA, Carlos y ORTIZ, Víctor. (1995) *Prostitución y SIDA en la Ciudad de México*. Salud Pública de México. Vol. 37, No. 6.

VALDESPINO, José Luís; GARCÍA, Ma. de Lourdes; CHIRIBOGA, Carlos del Río; CRUZ, Carlos; LOO, Elia y LÓPEZ, Angélica. (1995) *Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia de VIH/SIDA*. Salud Pública de México, Vol. 37, No. 6. Cuernavaca, México.

VALENZUELA, José Manuel. (2002) Refracciones culturales en la frontera. [Artículo de Internet] <http://www.mexartes-berlin.de/esp/01/valenzuela.html> [Consulta: 5 de julio de 2004].

Vihsida: (2003). Enfermedades de transmisión sexual, Chile. [Artículo de Internet]
<http://www.vihsida.cl/paginas/028.htm.l> [Consulta: 30 de septiembre de 2003].

WELTI, Carlos; HERRERA, Agustín; MACÍAS, Héctor y TRIGOS, Edith Ramón. (1997) Demografía I. Programa Latinoamericano de Actividades de Población, PROLAP. México, D.F.

ANEXOS

Anexo 1.

Hoja de consentimiento informado # 1

San Diego State University and Colegio de la Frontera del Norte

**“CORRELATOS DE PRÁCTICAS DE RIESGO PARA LA INFECCION POR VIH
ENTRE MIGRANTES MEXICANOS”**

Se le está solicitando que participe en un estudio de investigación. Antes de que se decida a participar, es importante que entienda la siguiente información y que nos haga cualquier pregunta que puede tener acerca de este estudio.

Investigadores:

Este estudio está dirigido por investigadores de el Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y el Centro de Epidemiología y Salud Comunitaria (Center for Behavioral Epidemiology and Community Health, CBEACH) en la Universidad Estatal de San Diego, Estados Unidos. Los directores de este estudio son la Mtra Gudelia Rangel y el Dr. Mel Hovell. La Mtra. Rangel es profesora e investigadora en El COLEF. El Dr. Hovell es profesor en la Escuela de Graduados en Salud Pública de la Universidad Estatal de San Diego y Director de CBEACH.

Objetivos del Estudio:

Los investigadores quieren desarrollar instrumentos apropiados para evaluar la tasa de infección por VIH y las causas de esta infección entre migrantes Mexicanos. Los investigadores quieren ver la relación entre algunas características de los migrantes y el riesgo de infectarse con el VIH. También quieren entender qué servicios de salud necesitan los migrantes Mexicanos. La información de este estudio puede

ayudar a aprender cómo prevenir futuras infecciones por VIH y a mejorar el estado general de salud entre los migrantes Mexicanos.

Descripción del Estudio:

Este estudio se añadirá a la encuesta de migración que usted acaba de completar. Se trata de una encuesta anónima. Se le está invitando a participar porque es usted un/una migrante Mexicano/a que ha participado en la encuesta de migración. 1,350 migrantes Mexicanos participarán en esta entrevista. Si usted accede a participar en este estudio, completará una entrevista.

A continuación se presenta una descripción de la entrevista:

1. La entrevista se celebrará en el sitio que le indica el entrevistador.
2. La entrevista será anónima. No se le pedirá ni su nombre, ni su dirección, ni ninguna información personal.
3. La entrevista tomará unos 15 minutos.
4. Se le harán preguntas acerca de:
 - Los sitios en los que ha estado durante los últimos 6 meses.
 - La gente con la que ha vivido o viajado durante los últimos 6 meses.
 - Su uso de servicios de salud.
 - Sus experiencias sexuales y compañeros sexuales.
 - Su uso de drogas, alcohol, o agujas.
 - Si se ha hecho alguna vez la prueba del VIH o de otras enfermedades de transmisión sexual.

¿Qué es experimental en este estudio?:

No hay nada experimental en este estudio. La entrevista que se utilizará no es experimental.

Riesgos y molestias:

Durante la entrevista usted puede experimentar:

1. Ira, tristeza o sufrimiento al recordar experiencias o relaciones sexuales desagradables.
2. Vergüenza o pena al ser preguntado/a acerca de prácticas sexuales específicas.
3. Preocupación al ser preguntado/a acerca de su uso de drogas.

Nosotros reduciremos estas molestias:

1. Deteniendo la entrevista si usted se siente muy preocupado o apenado.
2. Contestando todas sus preguntas acerca del VIH.
3. Proporcionándole información sobre sitios en lo que puede recibir servicios de prevención, tratamiento, y consejería para el VIH, tanto en México como en Estados Unidos. Le daremos esa información a través de un teléfono gratuito. El número está impreso en una tarjeta que le daremos al final de la entrevista.

Beneficios del estudio:

1. Al final de la entrevista, usted recibirá una tarjeta telefónica de 5 dólares, con la que puede realizar llamadas desde México y Estados Unidos.
2. Usted se puede beneficiar de saber que su participación puede ayudar a prevenir la infección por VIH entre migrantes.
3. No le podemos asegurar que recibirá ningún beneficio por participar en este estudio.

Confidencialidad:

Toda la información que nos proporcione será anónima, lo que significa que no se le pedirá ni su nombre ni ninguna clase de dato personal. La información será además confidencial, lo que significa que los

entrevistadores no la compartirán con nadie más. Es importante que sepa que los Servicios de Inmigración de Estados Unidos no tienen ninguna relación con este estudio y que la información que nos dé no se compartirá con ninguna persona ajena a este estudio.

Protegeremos su confidencialidad del siguiente modo:

1. La entrevista tendrá un número en lugar de un nombre u otro dato personal.
2. Los análisis e informes se realizarán usando la información recogida de todos los participantes.

Nunca se utilizará de forma aislada la información específica que usted u otro participante nos proporcione.

Compensación por su participación:

Todos los participantes que completen la entrevista recibirán una tarjeta telefónica de 5 dólares, que puede usarse para hacer llamadas desde México y desde Estados Unidos.

Compensación por daños:

Es improbable que su participación en este estudio le perjudique. Si se produjera alguna complicación, CBEACH y COLEF le ayudarían refiriéndole/la a los apropiados servicios médicos o de consejería. No obstante, no podremos pagarle el costo del tratamiento médico o compensarle económicamente. Si usted necesita tratamiento u hospitalización como resultado de este estudio, usted será responsable del costo de dichos servicios.

Naturaleza voluntaria de su participación:

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Su decisión no afectará su futura relación con COLEF, CBEACH o la Universidad Estatal de San Diego. Si usted decide participar, es libre de dejar de

participar en cualquier momento sin perder ningún derecho o beneficio. Puede negarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o terminar la entrevista en cualquier momento.

Preguntas acerca del estudio:

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el estudio, por favor, pregúnteme ahora. Si tiene alguna pregunta en el futuro, puede contactar a las coordinadoras del estudio:

- Mtra. Gudelia Rangel en El COLEF:

Número de teléfono desde México: (4) 631 63 00, Ext. 1207

Número de teléfono desde Estados Unidos: 011 52 664 631 63 00, Ext. 1207

- Dra. Ana P. Martínez-Donate en CBEACH:

Número de teléfono desde México: 001 858 505 4770, Ext. 111

Número de teléfono desde Estados Unidos: (858) 505 4770, Ext. 111

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio, puede llamar al Comité de Protección de los Sujetos Humanos en la Universidad Estatal de San Diego y solicitar información. El teléfono del Comité es (619) 594-6622 si usted llama desde los Estados Unidos. Si usted llama desde México, debe marcar el 001 619 594 6622. También puede escribir a la siguiente dirección:

Committee on Protection of Human Subjects

San Diego State University

5500 Campanile Drive

San Diego, CA 92182-1643

U.S.A.

Acuerdo:

Esta hoja de consentimiento ha sido aprobada por el Comité de Protección de los Sujetos Humanos en la Universidad Estatal de San Diego, como indica el sello del Comité. El consentimiento debe ser revisado cada año y expira en la fecha indicada en el sello.

Usted no necesita firmar esta hoja de consentimiento para participar en el estudio. Se le entregará una copia de este acuerdo.

Si desea guardar una prueba de su participación en este estudio, puede quedarse con una copia firmada por usted y por el entrevistador. Sólo usted tendrá dicha copia firmada de la hoja de consentimiento.

Su firma abajo indica que ha leído la anterior información y que ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre este estudio. Usted accede a participar en este estudio y ha sido informado de que puede dejar de participar en cualquier momento. Se le ha entregado una copia de este acuerdo y se ha dicho que al firmar esta hoja usted no está renunciando a ninguno de sus derechos legales.

Firma del participante:

Fecha:

Nombre completo del participante:

Hora: (circula lo correcto)

____ : ____ AM PM

Firma del asistente de investigación:

Fecha:

Anexo 2.

Descripción de distintos tipos de prácticas sexuales

“A continuación, te voy a hacer algunas preguntas sobre sus experiencias sexuales. Algunas personas se sienten incómodas hablando de estos temas. Es normal sentirse un poco incómodo. Si no quiere, no tiene por qué responder a todas las preguntas. Sin embargo, me gustaría animarle a contestar a todas lo más sinceramente posible. ¿Quiere preguntarme algo antes de empezar? Bien, entonces comencemos.”

ENTREVISTADOR: Muestra y señala los dibujos anatómicos, mientras dices lo siguiente.

“Me gustaría explicarle los nombres que voy a utilizar para describir distintas partes del cuerpo, de forma que nos aseguremos de que estamos hablando sobre las mismas cosas.”

ENTREVISTADOR: Identifica la vagina, el pene y el ano. Usa otros términos más comunes para garantizar que el/la participante identifica estas partes del cuerpo.

“También vamos a revisar las palabras que usaré para ciertas actividades sexuales. Cuando use las palabras “sexo vaginal” me estaré refiriendo a la introducción del pene de un hombre en la vagina de una mujer. Cuando diga “sexo anal”, me estaré refiriendo a la introducción del pene de un/otro hombre en el ano de otra persona. La persona a la que se le introduce el pene, se dice que “recibe sexo anal”. Cuando diga “sexo oral”, querré decir que una persona pone su boca en los genitales de una persona.”

“Cuando diga “hombre” me estaré refiriendo a una persona de sexo masculino, sea cual sea su edad. Del mismo modo, cuando diga “mujer” me estaré refiriendo a una persona de sexo femenino, de cualquier edad”.

“Las experiencias sexuales de cada persona son distintas. Puede que usted haya o no haya hecho alguna de las cosas que le pregunte. Si usted no ha hecho alguna de ellas, no pasa nada, simplemente diga “No lo he hecho” y seguiremos avanzando.

Anexo 3.

Varias enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Síntomas típicos de enfermedades de transmisión sexual

Le ha salido algún líquido extraño.

Ha sentido ardor o comezón en su pene/vagina.

Le ha salido algún tipo de cortada, herida, grano o lesión en sus genitales.

VAGINITIS: (infección de la vagina) La vaginitis en las mujeres puede ser causada por gérmenes procedentes del tracto genitourinario y del recto, o transmitidos por el hombre durante el acto sexual, se manifiesta como flujo, ardor, comezón y dolor, en ocasiones estas infecciones se desarrollan sin dar molestias aparentes.

HERPES SIMPLE: Afecta la región genital, provoca la aparición de pequeñas ampollas con comezón y dolor en el área afectada que pueden durar de tres semanas o más, quien padece esta enfermedad de transmisión sexual le reaparecerán las lesiones cada mes o cada año durante toda su vida.

VERRUGAS VENÉREAS: Son causadas por un virus, se transmiten por contacto sexual, aparecen en la región genital o anal. Cuando crecen pueden ser dolorosas y sangrar fácilmente.

GONORREA: se transmite por contacto sexual, a través de las membranas mucosas del pene, vagina, ano y también de la boca y los ojos. La gonorrea no tratada correctamente produce complicaciones como: esterilidad, ceguera, problemas del corazón, del sistema nervioso, de las articulaciones, inflamación de órganos internos sobre todo en mujeres.

SÍFILIS: Se transmite por vía sexual, por trasfusiones de sangre de personas con sífilis, por vía perinatal, también por instrumentos usados en acupuntura y agujas o jeringas que no están bien esterilizadas y que fueron usadas por personas infectadas. La sífilis no tratada provoca enfermedades del corazón, ceguera, daño a los nervios y cerebro, parálisis, locura y la muerte.

Anexo 4.

Hoja de consentimiento informado # 2

Universidad Estatal de San Diego y Colegio de la Frontera del Norte

**“CORRELACIÓN DE PRÁCTICAS DE RIESGO PARA LA INFECCION POR VIH
ENTRE MIGRANTES MEXICANOS”**

Se le está solicitando su consentimiento para realizarle una prueba de VIH. Esta prueba se está ofreciendo a todos los participantes de este estudio. Antes de que nos de su consentimiento, es importante que lea esta información y nos haga tantas preguntas como quiera acerca de la infección por VIH y esta prueba.

¿Qué es el VIH y el SIDA?

El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, es el virus que causa el SIDA. Este virus debilita la capacidad del cuerpo humano para luchar contra las enfermedades. Las personas que tienen el SIDA pueden tener infecciones graves y diferentes tipos de cáncer. Estas enfermedades les ocasionan problemas de gravedad y a largo plazo pueden causarles la muerte.

¿Cómo se transmite el VIH?

Una persona puede infectarse con el VIH a través del contacto con sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna de personas infectadas con el VIH. Este contacto puede suceder cuando se tienen relaciones sexuales sin condón, se comparten agujas o jeringas, o se recibe sangre infectada. Una mujer infectada con el VIH puede transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, al dar a luz y al amamantarles.

¿Cómo no se transmite el VIH?

El VIH no se transmite por estar cerca de personas infectadas con VIH o tocar su sudor, lágrimas, o saliva. El virus no se transmite por tocar o compartir objetos de la vida diaria, como cubiertos, o por comer comida hecha por una persona infectada con el VIH, o a través de picaduras de insectos.

¿Cómo se puede prevenir el VIH?

La mejor manera de evitar infectarse con el VIH es evitar hacer cosas que permiten al virus entrar en nuestro cuerpo. Usted puede reducir el riesgo de infectarse con el VIH:

- No teniendo relaciones sexuales.
- Usando un condón cada vez que tenga relaciones sexuales.
- No compartiendo agujas, jeringas, o materiales para inyectarte.

¿Cuáles son los beneficios de hacerte la prueba para el VIH?

Una persona puede tener el VIH sin saberlo. La única manera de estar seguro/a es hacerse la prueba. Si usted descubre que tiene el VIH puede evitar transmitírselo a otras personas y puede recibir cuidado médico. Hay medicinas que pueden ayudarle a mantenerse sano incluso aunque que sea portador del VIH. Si su resultado indica que tiene usted VIH, le proporcionaremos información sobre dónde recibir tratamiento y consejería.

No podemos garantizarle que recibirá ningún beneficio por hacerse la prueba del VIH en este estudio. No podemos garantizarle tampoco que conocerá sus resultados. Sólo podremos comunicarle sus resultados si usted se encuentra en Tijuana o San Diego cuando los resultados estén disponibles, aproximadamente en una semana.

¿Qué tipo de prueba es ésta?

Le estamos ofreciendo una prueba llamada Orasure. Sólo necesitamos una muestra de fluido de su boca. No le causará ningún dolor. La prueba no requiere el uso de agujas. El fluido de su boca será analizado para ver si contiene anticuerpos para el VIH, lo cual es un signo de infección por VIH.

¿Cómo funciona el Orasure?⁵²

Si usted decide hacerse la prueba, le pediré que ponga este cartón de Orasure entre su mejilla inferior y su mandíbula y lo frote suavemente hacia delante y hacia detrás hasta que esté mojado. Entonces, le pediré que lo deje ahí durante dos minutos. A continuación, le pediré que introduzca el cartón en este vial y que rompa el palito. La prueba es anónima. No le preguntaré por su nombre o por ningún dato personal. Pondré una etiqueta con su código personal en el vial. Su muestra será enviada al Laboratorio de Salud Pública del Condado de San Diego, donde será analizada para el VIH.

¿Cuándo estarán disponibles sus resultados y cómo los conocerá usted?

Usted puede saber el resultado de la prueba en aproximadamente una semana si usted está en Tijuana o San Diego por entonces. Para ello, usted tendrá que llamar a un teléfono gratuito y concertar una cita en cualquiera de estas dos ciudades. Usted podrá llamar a este teléfono tanto desde México como desde Estados Unidos. El número estará impreso en una tarjeta que le entregaremos. También le entregaremos una segunda tarjeta con un código personal. Usted necesitará ese código cuando llame para concertar una cita para saber el resultado. Es muy importante que conserve estas tarjetas. Si las pierde, no podrá conocer el resultado de la prueba.

⁵² El asistente de investigación estará entrenado para mostrar al potencial participante como funciona el Orasure mientras proporciona esta información.

Cuando usted sepa el resultado, recibirá información sobre sitios a los que puede dirigirse para obtener tratamiento médico gratuito o de bajo costo y servicios de consejería si los necesita. No obstante, ni El COLEF ni CBEACH pueden pagar su tratamiento médico.

Si usted no puede estar en Tijuana o San Diego para el tiempo en que su resultado esté disponible, no podremos comunicarle el resultado de su prueba. La razón es que comunicar resultados sobre la prueba del VIH a través del teléfono va en contra de la ley de México y California y este proyecto no dispone de dinero suficiente como para viajar más allá de Tijuana o San Diego para comunicar los resultados personalmente a los participantes.

Sin embargo, si usted está interesado en saber si está infectado con el VIH, le podemos indicar sitios cercanos a su área de destino dónde puede usted hacerse una prueba gratuita de VIH. Le podemos dar esa información ahora o en el futuro a través del número de teléfono gratuito que figura en la tarjeta que le entregaremos.

¿Cuáles son los posibles resultados de la prueba de VIH?

El resultado puede ser positivo, negativo, o indeterminado. Un resultado *positivo* normalmente significa que usted tiene la infección del VIH. Para confirmarlo, usted debe hacerse una nueva prueba con una nueva muestra. Un resultado *negativo* significa que el laboratorio no encontró anticuerpos del VIH en su muestra. Si usted no ha practicado ninguna conducta de riesgo para el VIH en los seis meses previos a esta prueba, probablemente usted no está infectado con el VIH. Si usted ha tenido alguna conducta de riesgo en los seis meses anteriores a esta prueba, todavía es posible que usted tenga el VIH. Usted debería hacerse la prueba otra vez en unos tres o seis meses para estar seguro de que no está infectado. Un resultado *indeterminado* significa que usted puede estar o no estar infectado con el VIH. Si su resultado es indeterminado, le pediremos que se haga otra prueba de VIH lo antes posible.

¿Qué tan fiable es la prueba de Orasure?

La prueba es muy fiable. No obstante, entre 1 y 5 personas de cada 100 personas que se hacen la prueba pueden obtener resultados erróneos o indeterminados.

¿Quién sabrá tus resultados?

Esta prueba está ligada a tu código personal y sólo tú sabrás tu código. Sólo tú podrás saber tu resultado, llamando al número de teléfono gratuito y usando tu código para concertar una cita en Tijuana o San Diego.

¿Cuáles son los riesgos o molestias asociados a esta prueba?

La prueba del VIH no lleva asociado ningún riesgo o dolor. Si usted descubre que tiene VIH, puede sentir preocupación por mantener esta información en secreto, por conseguir tratamiento, y por su futuro. Existe un pequeño riesgo de que una tercera persona conozca su resultado. Esto podría pasar si alguien robara sus tarjetas y pidiera su resultado haciéndose pasar por usted. Esto le podría ocasionar problemas con otras personas, con las autoridades de migración, y con sus patrones si se enterasen de que usted tiene el VIH.

¿Cómo reduciremos estos riesgos y molestias?

Un doctor o personal entrenado de CBEACH le ofrecerán consejería cuando le comuniquen su resultado. Si su resultado es positivo, le indicarán a dónde puede dirigirse para recibir tratamiento y consejería en México o en Estados Unidos. Sólo usted sabrá para qué son las tarjetas y cómo puede conocer su resultado. Las tarjetas no contendrán ninguna mención sobre el VIH ni sobre este estudio.

¿Dónde puede obtener más información sobre el VIH?

Si tiene alguna pregunta sobre la prueba del VIH, puede preguntarme ahora. Si tiene preguntas en el futuro, puede también llamar a la línea telefónica gratuita 800-711-1757, Extensión 111 (Si llama desde México, debe marcar primero 001. También puedo ofrecerle una lista de centros de prevención, análisis, y tratamiento del VIH en Baja California y San Diego.

Acuerdo

Si usted acepta hacerse esta prueba, no necesita firmar esta hoja de consentimiento. Toda la información y todas las condiciones descritas en esta hoja son válidas tanto si la firma como si no la firma, y en cualquier caso recibirá una copia de esta hoja.

Si usted desea guardar una prueba de que se ha hecho esta prueba como parte de este estudio, puede quedarse con una copia de esta hoja firmada por mí y por usted. Su firma abajo indica que ha leído la información anterior y que ha tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tuviera acerca de este estudio. Usted acepta hacerse esta prueba oral de VIH. Sólo usted se quedará con una copia firmada de esta hoja. Se le ha dicho que firmando esta hoja, usted no está renunciando a ninguno de sus derechos legales.

Firma del participante:

Fecha:

Nombre completo del participante:

Hora: (circula lo correcto)

____ : ____ AM PM

Firma del asistente de investigación:

Fecha:

Anexo 5.

Protocolo para la recogida de muestras

Prueba de Orasure

1. Entregar la **Hoja de Consentimiento #2** al participante. Tomar otra hoja de consentimiento y leer en voz alta el contenido del mismo. Preguntar al terminar cada párrafo si hay alguna pregunta y si se entiende lo que se acaba de leer.
2. Solicitar el **consentimiento verbal para la prueba de Orasure**.
3. Ponerse los **guantes**, las mascarillas faciales y las gafas de protección.
4. **Abrir** el envase del Orasure, por la esquina apropiada.
5. Pedir al participante **que jale el palito** azul.
6. Pedir que se introduzca el **cartón blanco entre la encía y el carrillo** y lo **frote** ligeramente hasta que se empape. Advertir de que tiene un sabor un poco salado y amargo, que puede desagradar.
7. Pedir que se deje el cartón entre la encía y el carrillo durante **dos minutos**.
8. Contar dos minutos en un reloj con **segundero**.
9. Mientras tanto, llenar la **fecha en la etiqueta** con el código del sujeto. Las fechas en la ficha y las etiquetas van **SIEMPRE** en forma de **MES/DIA/AÑO**. Para la fecha en la etiqueta, **USAR SIEMPRE UNA PLUMA TIPO BIC**.
10. **Pegar la etiqueta** con el código y la fecha al envase de plástico del Orasure.
11. Al cabo de los dos minutos, pedir al participante **que introduzca** el cartón blanco en el envase de plástico y **lo encaje bien en el fondo**.
12. **Romper el trozo de palito azul** que sobresale del envase.
13. Introducir el palito que se ha cortado en una **bolsa de desechos**.
14. **Tapar** el envase de Orasure.

15. Introducir el Orasure en una tripe **bolsa de plástico** y cerrarla.
16. Poner la bolsa con el Orasure en la **hielera** inmediatamente.
17. Introducir el palito recién cortado en una bolsa zip para desechos. Guardar la **bolsa de desechos** en la hielera.
18. Asegurarse de que el/la participante tiene las dos tarjetas: una con su código personal y otra con el teléfono gratuito al que deben llamar para saber los resultados.
19. Explicar a el/la participante que los resultados estarán disponibles en aproximadamente una semana. Recordar el modo en que deben proceder para saber sus resultados.
20. Entregar el incentivo al participante.

Anexo 6.

Descripción de las variables independientes relacionadas con los hábitos conductuales de los migrantes.

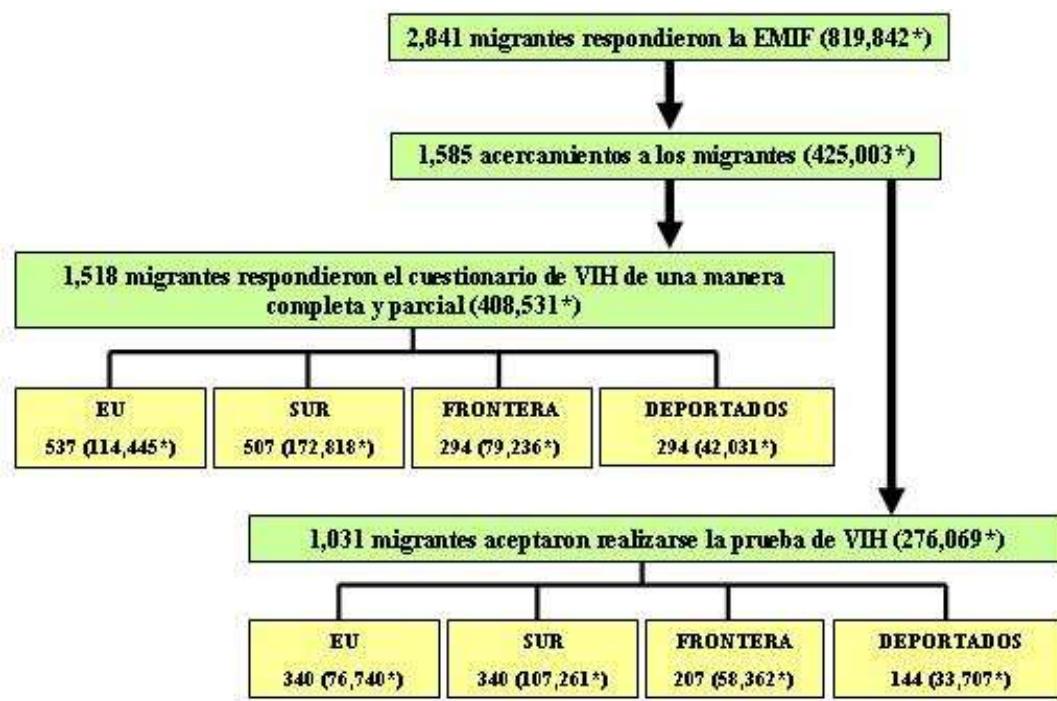
Variables	Definición operacional
Hábitos	
¿Has compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Con qué frecuencia bebias dos o más copas de alcohol o cervezas?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Más de 3 veces por semana • 1-3 veces por semana • Menos de una vez • Nunca
Prácticas sexuales	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral en contra de tu voluntad?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Durante los últimos seis meses, mientras estabas en determinado lugar, ¿con cuántas personas practicantes sexo vaginal y/o anal?	Esta variable se presenta de manera numérica. <ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • Más de 1 persona
¿Cuántas de esas personas eran parejas estables, como novios/as o esposos/as?	Esta variable se presenta de manera numérica. <ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • Más de 1 persona
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Siempre
¿Cuántas de esas personas eran parejas casuales, no prostitutas(os)?	Esta variable se presenta de manera numérica. <ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • Más de 1 persona
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja casual utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Siempre

¿Cuántas de esas personas eran prostitutas(os)?	Esta variable se presenta de manera numérica. <ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • Más de 1 persona
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja prostituta (o) utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Siempre
En general, ¿Cuál ha sido la principal razón por la que tu y tu pareja no han utilizado siempre condones para practicar sexo vaginal y/o anal?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • No se siente lo mismo • No tenían un condón • Tu pareja no tenía ninguna enfermedad • Solo tiene relaciones sexuales con una persona • Tu pareja no quería usar condones • Tu y tu pareja estaban otro método anticonceptivo • Otra razón
¿Tuviste alguna ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Alguna vez ha padecido un ETS?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Te hiciste la prueba del VIH/SIDA? (seis meses previos a la realización de la entrevista).	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Te hiciste la prueba para alguna otra ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<i>Conocimientos sobre VIH/SIDA y ETS</i>	
¿Me puede decir qué es esto? Condón	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Has oído hablar alguna vez sobre el VIH/SIDA?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
¿Te dio alguna persona información sobre como prevenir el VIH/SIDA u otras ETS?	Esta variable tiene la siguiente categorización: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 7.

Tamaño de la Muestra



* Muestra ponderada

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 8.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según la edad quinquenal y el sexo, 2002.

Edad Quinquenal	Flujo de Procedentes de Estados Unidos					Flujo de Procedentes del Sur					Flujo de Procedentes de la Frontera Norte					Flujo de los Deportados por la Patrulla Fronteriza				
	Hombres		Mujeres		Total	Hombres		Mujeres		Total	Hombres		Mujeres		Total	Hombres		Mujeres		Total
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
15-19	3611	3.16	259	0.23	3870	12133	7.02	2717	1.57	14850	6547	8.28	159	0.20	6706	6525	15.55	1295	3.09	7820
20-24	15338	13.40	1259	1.10	16597	33750	19.53	3137	1.82	36887	14831	18.8	1827	2.31	16658	8273	19.71	1766	4.21	10039
25-29	15300	13.37	1069	0.93	16369	17576	10.17	2800	1.62	20376	10456	13.2	549	0.69	11005	7470	17.80	2086	4.97	9556
30-34	16729	14.62	1210	1.06	17939	34138	19.75	3123	1.81	37261	15108	19.1	915	1.16	16023	5406	12.88	1239	2.95	6645
35-39	11808	10.32	961	0.84	12769	28430	16.45	3924	2.27	32354	7830	9.9	3248	4.11	11078	3072	7.32	50	0.12	3122
40-44	12056	10.53	2812	2.46	14868	12259	7.09	627	0.36	12886	2414	3.05	692	0.88	3106	3209	7.65	617	1.47	3826
45-49	6680	5.84	1564	1.37	8244	6083	3.52	1278	0.74	7361	755	0.95	429	0.54	1184	351	0.84	70	0.17	421
50-54	5441	4.75	234	0.20	5675	5053	2.92	980	0.57	6033	1666	2.11	383	0.48	2049	427	1.02	108	0.26	535
55-59	4469	3.90	2422	2.12	6891	2951	1.71	859	0.50	3810	1779	2.25	116	0.15	1895	0	0.00	0	0.00	0
60-64	6043	5.28	491	0.43	6534	373	0.22	143	0.08	516	3050	3.86	0	0.00	3050	0	0.00	0	0.00	0
65 y más	4182	3.65	507	0.44	4689	170	0.10	315	0.18	485	4512	5.71	1811	2.29	6323	0	0.00	0	0.00	0
TOTAL	101657	88.83	12788	11.17	114445	152916	88.48	19903	11.52	172819	68948	87.2	10129	12.81	79077	34733	82.77	7231	17.23	41964

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 9.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana por tipo de flujo migratorio según la entidad federativa de nacimiento y de residencia, 2002.

Entidades Federativas	Flujos Migratorios															
	Procedentes de Estado Unidos				Procedentes del Sur				Procedentes de la Frontera Norte				Deportados por la Patrulla Fronteriza			
	E. Nacimiento		E. Residencia		E. Nacimiento		E. Residencia		E. Nacimiento		E. Residencia		E. Nacimiento		E. Residencia	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Aguascalientes	1157	1.02	458	0.85	0	0.00	1141	0.69	0	0.00	0	0.00	41726	100.00	251	0.73
Baja California	259	0.23	167	0.31	0	0.00	833	0.50	444	0.59	1066	1.42	0	0.00	8420	24.46
Baja California Sur	167	0.15	0	0.00	0	0.00	339	0.20	1741	2.31	2800	3.73	0	0.00	93	0.27
Campeche	319	0.28	319	0.59	0	0.00	321	0.19	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Coahuila	304	0.27	0	0.00	473	0.55	473	0.28	443	0.59	1143	1.52	0	0.00	784	2.28
Colima	4279	3.78	2280	4.25	0	0.00	1983	1.19	872	1.16	872	1.16	0	0.00	489	1.42
Chiapas	1526	1.35	742	1.38	0	0.00	10645	6.39	3713	4.93	3049	4.06	0	0.00	761	2.21
Chihuahua	960	0.85	221	0.41	1185	1.37	948	0.57	523	0.69	1011	1.34	0	0.00	0	0.00
Distrito Federal	4063	3.59	562	1.05	0	0.00	10330	6.21	8822	11.72	8461	11.26	0	0.00	4599	13.36
Durango	1440	1.27	122	0.23	2081	2.40	1983	1.19	3085	4.10	1594	2.12	0	0.00	0	0.00
Guanajuato	9102	8.04	4472	8.34	9851	11.38	9098	5.47	2792	3.71	2757	3.67	0	0.00	968	2.81
Guerrero	7349	6.49	3852	7.19	13768	15.91	12508	7.51	5276	7.01	5015	6.67	0	0.00	782	2.27
Hidalgo	1280	1.13	963	1.80	0	0.00	2118	1.27	1318	1.75	803	1.07	0	0.00	697	2.03
Jalisco	15895	14.03	6689	12.48	14764	17.06	15503	9.31	7016	9.32	6604	8.79	0	0.00	1368	3.97
México	3200	2.83	1977	3.69	0	0.00	14608	8.78	2371	3.15	3537	4.71	0	0.00	1356	3.94
Michoacán	22868	20.19	10814	20.17	23766	27.47	21154	12.71	2887	3.84	3314	4.41	0	0.00	4820	14.00
Morelos	2872	2.54	2177	4.06	0	0.00	7421	4.46	1145	1.52	749	1.00	0	0.00	630	1.83
Nayarit	13163	11.62	4235	7.90	0	0.00	2163	1.30	5158	6.85	4948	6.58	0	0.00	240	0.70
Nuevo León	219	0.19	324	0.60	0	0.00	396	0.24	1665	2.21	2179	2.90	0	0.00	0	0.00
Oaxaca	12878	11.37	8257	15.40	11757	13.59	8991	5.40	5466	7.26	4836	6.43	0	0.00	2208	6.41
Puebla	2369	2.09	961	1.79	0	0.00	18414	11.06	1651	2.19	2312	3.08	0	0.00	3469	10.08
Querétaro	1136	1.00	511	0.95	0	0.00	4343	2.61	1078	1.43	1185	1.58	0	0.00	170	0.49
Quintana Roo	0	0	85	0.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	186	0.25	0	0.00	0	0.00
San Luis Potosí	366	0.32	0	0.00	0	0.00	809	0.49	78	0.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sinaloa	1721	1.52	908	1.69	6242	7.21	6656	4.00	7956	10.57	8676	11.54	0	0.00	1148	3.33
Sonora	1136	1.00	1525	2.85	0	0.00	7431	4.46	2361	3.14	3013	4.01	0	0.00	217	0.63
Tabasco	222	0.20	0	0.00	0	0.00	159	0.10	469	0.62	469	0.62	0	0.00	0	0.00
Tamaulipas	0	0	22	0.04	0	0.00	0	0.00	146	0.19	76	0.10	0	0.00	0	0.00
Tlaxcala	0	0	0	0.00	0	0.00	127	0.08	77	0.10	0	0.00	0	0.00	205	0.60
Veracruz	595	0.53	92	0.17	0	0.00	1915	1.15	5925	7.87	3653	4.86	0	0.00	753	2.19
Yucatán	968	0.85	329	0.61	0	0.00	1395	0.84	332	0.44	332	0.44	0	0.00	0	0.00
Zacatecas	1456	1.29	546	1.02	2638	3.05	2259	1.36	472	0.63	527	0.70	0	0.00	0	0.00
Total	113271	100.00	53611	100.00	86524	100.00	166462	100.00	75281	100.00	75164	100.00	41726	100.00	34430	100.00
	1.03% de valores no especificados.	53.16% de valores no especificados.	49.93% de valores no especificados.	3.68% de valores no especificados.	5% de valores no especificados.	5.14% de valores no especificados.	0.73% de valores no especificados.	18.09% de valores no especificados.								

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 10.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas estables con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.

Número de parejas estables	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
1 persona	56704	102872	46378	18138	224092
	25.30%	45.91%	20.70%	8.09%	100.00%
	91.03%	90.44%	90.18%	88.20%	90.35%
Más de 1 persona	1904	1724	2630	1044	7302
	26.08%	23.61%	36.02%	14.30%	100.00%
	3.06%	1.52%	5.11%	5.08%	2.94%
No contesto	0	287	0	0	287
	0.00	100.00%	0.00	0.00	100.00%
	0.00	0.25%	0.00	0.00	0.12%
No tuvo relaciones sexuales	3686	8862	2418	1382	16348
	22.55%	54.21%	14.79%	8.45%	100.00%
	5.92%	7.79%	4.70%	6.72%	6.59%
Total	62294	113745	51426	20564	248029
	25.12%	45.86%	20.73%	8.29%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 11.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas casuales con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.

Número de parejas casuales	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
1 persona	4557	5341	5909	1274	17081
	26.68%	31.27%	34.59%	7.46%	100.00%
	7.32%	4.70%	11.49%	6.19%	6.89%
Más de 1 persona	3632	8782	2326	1878	16618
	21.86%	52.85%	14.00%	11.30%	100.00%
	5.83%	7.72%	4.52%	9.13%	6.70%
No contesto	525	2737	3620	305	7187
	7.30%	38.08%	50.37%	4.24%	100.00%
	0.84%	2.41%	7.04%	1.48%	2.90%
No tuvo relaciones sexuales	53581	96885	39571	17108	207145
	25.87%	46.77%	19.10%	8.26%	100.00%
	86.01%	85.18%	76.95%	83.19%	83.52%
Total	62295	113745	51426	20565	248031
	25.12%	45.86%	20.73%	8.29%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 12.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana según el número de parejas trabajadoras sexuales con las que sostuvieron relaciones sexuales y el tipo de flujo migratorio, 2002.

Número de parejas trabajadoras sexuales	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
1 persona	813	1519	2188	297	4817
	16.88%	31.53%	45.42%	6.17%	100.00%
	1.31%	1.34%	4.25%	1.44%	1.95%
Más de 1 persona	3806	3983	847	758	9394
	40.52%	42.40%	9.02%	8.07%	100.00%
	6.11%	3.52%	1.65%	3.69%	3.80%
No sabe	0	264	0	0	264
	0.00	100.00%	0.00	0.00	100.00%
	0.00	0.23%	0.00	0.00	0.11%
No contesto	525	4178	3796	305	8804
	5.96%	47.46%	43.12%	3.46%	100.00%
	0.84%	3.69%	7.38%	1.48%	3.56%
No tuvo relaciones sexuales	57150	103254	44595	19205	224204
	25.49%	46.05%	19.89%	8.57%	100.00%
	91.74%	91.22%	86.72%	93.39%	90.59%
Total	62294	113198	51426	20565	247483
	25.17%	45.74%	20.78%	8.31%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 13.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que sostuvieron sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas o a cambio de dinero, comida, etc., 2002.

	Tuvo sexo vaginal, anal u oral ...					
	...en contra de su voluntad		...con una persona que usaba drogas intravenosas		... a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	3304	0.81	2192	0.52	4941	1.16
No	250607	61.34	250254	61.26	248970	60.94
No sabe	0	0.00	1407	0.34	0	0.00
No contesto	5991	1.47	6048	1.48	5991	1.47
No tuvo relaciones sexuales	148630	36.38	148630	36.38	148630	36.38
Total	408531	100.00	408531	100.00	408531	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 14.

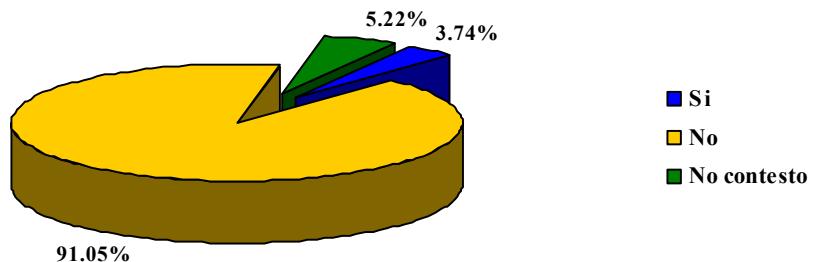
Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que sostuvieron sexo vaginal, anal u oral en contra de su voluntad, con una persona que usaba drogas o a cambio de dinero, comida, etc., según el flujo migratorio, 2002.

Tuvo sexo vaginal, anal u oral...	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
... en contra de su voluntad	1466	941	0	897	3304
	44.37%	28.48%	0.00	27.15%	100.00%
... con una persona que usaba drogas intravenosas	679	420	0	1094	2193
	30.96%	19.15%	0.00	49.89%	100.00%
... a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales	1610	775	891	1665	4941
	32.58%	15.69%	18.03%	33.70%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 15.

Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber compartido una aguja con alguna otra persona, 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 16.

Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber compartido una aguja por tipo de flujo migratorio, 2002.

Compartió aguja con otra persona	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
Si	2719	7111	4285	1149	15264
	17.81%	46.59%	28.07%	7.53%	100.00%
	2.38%	4.11%	5.41%	2.73%	3.74%
No	106281	153713	72147	39812	371953
	28.57%	41.33%	19.40%	10.70%	100.00%
	92.87%	88.95%	91.05%	94.72%	91.05%
No contesto	5445	11994	2804	1070	21313
	25.55%	56.28%	13.16%	5.02%	100.00%
	4.76%	6.94%	3.54%	2.55%	5.22%
Total	114445	172818	79236	42031	408530
	28.01%	42.30%	19.40%	10.29%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 17.

Distribución porcentual de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que reportó haber consumido alcohol o cerveza por tipo de flujo migratorio, 2002.

Frecuencia del consumo de alcohol	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
Más de 3 veces/semana	9029	3410	1975	731	15145
	59.62%	22.52%	13.04%	4.83%	100.00%
	7.89%	1.97%	2.49%	1.74%	3.71%
1-3 veces/semana	17193	23921	12431	4470	58015
	29.64%	41.23%	21.43%	7.70%	100.00%
	15.02%	13.84%	15.69%	10.63%	14.20%
Menos de una vez/semana	33133	58212	34764	10515	136624
	24.25%	42.61%	25.45%	7.70%	100.00%
	28.95%	33.68%	43.87%	25.02%	33.44%
Nunca	54887	86938	28564	26077	196466
	27.94%	44.25%	14.54%	13.27%	100.00%
	47.96%	50.31%	36.05%	62.04%	48.09%
No contesto	204	337	1502	239	2282
	8.94%	14.77%	65.82%	10.47%	100.00%
	0.18%	0.20%	1.90%	0.57%	0.56%
Total	114446	172818	79236	42032	408532
	28.01%	42.30%	19.40%	10.29%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 18.

Padecimiento reportado de ETS en los migrantes captados en la ciudad de Tijuana según el tipo de flujo migratorio, 2002.

Padecimiento de ETS	Flujos Migratorios				
	Estados Unidos	Sur	Frontera Norte	Deportados	Total
Migrantes que han padecido alguna vez una ETS	8583	8278	5959	2796	25616
	33.51%	32.32%	23.26%	10.92%	100.00%
	7.90%	5.35%	7.84%	6.89%	6.74%
Migrantes que padecieron una ETS seis meses previo a la realización de la encuesta	7906	6089	2265	2061	18321
	43.15%	33.24%	12.36%	11.25%	100.00%
	6.91%	3.52%	2.86%	4.90%	4.48%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 19.

Distribución de la población migrante captada en la ciudad de Tijuana que se hizo la prueba de VIH/SIDA u otra ETS en los seis meses previos a la realización de la encuesta, 2002.

	Se realizó la prueba de...			
	VIH/SIDA		Otra ETS	
	Frec.	%	Frec.	%
Si	71414	17.48	31702	7.76
No	307005	75.15	347219	84.99
No contesto	30112	7.37	29611	7.25
Total	408531	100.00	408531	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 20.

Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores sociodemográficos.

```
. logistic ets historia flujosu edad30_49 profesional
```

		Number of obs	=	1419
	LR chi2 (4)	=	39.03	
	Prob > chi2	=	0.0000	
Log likelihood = -467.80233	Pseudo R2	=	0.0401	

ets	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
historia	1.610364	.3508264	2.19	0.029	1.050716 2.4681
flujosu	.6399019	.1473086	-1.94	0.052	.4075328 1.004764
edad30_49	2.073126	.370138	4.08	0.000	1.461004 2.941711
profesional	1.897839	.5395176	2.25	0.024	1.087126 3.313134

Prueba de bondad y ajuste = 0.9274
Explicación del modelo = 0.6516

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 21.

Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores conductuales.

```
Logit estimates
```

		Number of obs	=	1409
	LR chi2(3)	=	16.52	
	Prob > chi2	=	0.0009	
Log likelihood = -473.69485	Pseudo R2	=	0.0171	

ets	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
mas_de_3	2.006595	.6676375	2.09	0.036	1.045313 3.851881
pregunta27	3.282077	1.852232	2.11	0.035	1.085863 9.920243
preg34	2.804076	1.045903	2.76	0.006	1.349886 5.824821

Prueba de bondad y ajuste = 0.1934
Explicación del modelo = 0.5561

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 22.

Modelo de regresión logística entre las ETS y los factores relacionados a los conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ETS y la realización de las pruebas diagnósticas.

```
. logistic ets pregunta52 pregunta53 pregunta54

Logistic Regression
Number of obs      =      1401
LR chi2(3)        =      62.89
Prob > chi2       =      0.0000
Pseudo R2         =      0.0643

Log likelihood = -457.95956

-----  

  ets | Odds Ratio  Std. Err.      z      P>|z|      [95% Conf. Interval]  

-----  

pregunta52 | .6443839  .1236119    -2.29    0.022      .4424447  .9384916  

pregunta53 | .5074713  .110239     -3.12    0.002      .3315151  .7768187  

pregunta54 | .3505488  .0900396    -4.08    0.000      .211892   .5799389  

-----  

Prueba de bondad y ajuste = 0.5360  

Explicación del modelo = 0.6646
```

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 23.

Modelo de regresión logística global entre las ETS y los factores de riesgo.

```
. logistic ets historia edad30_49 profesional mas_de_3 pregunta27 preg34
pregunta46 pregunta52 pregunta53 pregunta54

Logistic Regression
Number of obs      =      1344
LR chi2(10)        =      87.44
Prob > chi2       =      0.0000
Pseudo R2         =      0.0955

Log likelihood = -413.91385

-----  

  ets | Odds Ratio  Std. Err.      z      P>|z|      [95% Conf. Interval]  

-----  

historia | 1.683344  .3464285    2.53    0.011      1.124599  2.519697  

edad30_49 | 1.807187  .3405367    3.14    0.002      1.249129  2.614562  

profesional | 1.839646  .5409578    2.07    0.038      1.033794  3.273668  

mas_de_3 | 1.986031  .6993088    1.95    0.051      .996016   3.960097  

pregunta27 | 4.086596  2.350798    2.45    0.014      1.323462  12.61862  

preg34 | 2.054341  .8823953    1.68    0.094      .8852342  4.767456  

pregunta46 | 1.001991  .4745751    0.00    0.997      .3960113  2.535247  

pregunta52 | .662227  .1343915    -2.03   0.042      .4449028  .9857088  

pregunta53 | .54888886  .128032    -2.57   0.010      .3474847  .8670271  

pregunta54 | .3967259  .1117782    -3.28   0.001      .2283827  .6891568  

-----  

Prueba de bondad y ajuste = 0.2670  

Explicación del modelo = 0.7200
```

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 24.

Modelo de regresión logística global entre las ETS y los factores de riesgo en los migrantes procedentes de Estados Unidos y del sur.

```
.logistic ets flujo2 edad30_49 mas_de_3 pregunta46 preg34 pregunta53 pregunta54
```

		Number of obs = 937				
		LR chi2(7) = 58.36				
		Prob > chi2 = 0.0000				
		Pseudo R2 = 0.0911				
ets	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
flujo2	1.807017	.418882	2.55	0.011	1.147219 2.846283	
edad30_49	1.655205	.3718898	2.24	0.025	1.065626 2.570981	
mas_de_3	2.524265	.9524911	2.45	0.014	1.20489 5.288375	
pregunta46	1.159416	.6175701	0.28	0.781	.4081707 3.293344	
preg34	2.088076	1.031039	1.49	0.136	.7933133 5.496015	
pregunta53	.3925627	.105573	-3.48	0.001	.2317357 .6650052	
pregunta54	.48882	.1614418	-2.17	0.030	.2558727 .9338431	

Prueba de bondad y ajuste = 0.1317
Explicación del modelo = 0.7267

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 25.

Evaluación del perfil demográfico y de conductas de riesgo por flujo migratorio de los migrantes con prueba y sin prueba de VIH (Procedentes de EU y del sur)

Variables	PROCEDENTES DE EU			PROCEDENTES DEL SUR		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Sociodemográficas						
Edad	35.95*	36.95*	0.023	31.77*	31.50*	0.000
Sexo						
Hombre	88.7	89.1	0.897	87.9	85.8	0.544
Mujer	11.3	10.9		12.1	14.2	
Estado de nacimiento	-	-	0.663			0.593
Estado de residencia	-	-	0.447			0.383
Localidad de procedencia						
No urbana	72.1	59.6	0.003	63.6	65.4	0.725
Urbana	27.9	40.4		36.4	34.6	
Escolaridad						
Ninguno	7.5	4.9		4.7	5.5	
Primaria	46.4	56.6		44.0	40.9	
Secundaria	25.6	19.2		30.1	34.6	
Preparatoria	13.5	13.7	0.257	14.2	9.4	0.547
Técnico con primaria	0.6	-		0.3	0.8	
Técnico con secundaria	1.2	1.1		0.8	2.4	
Normal	1.2	-		-	-	
Profesional/posgrado	4.0	4.4		5.8	6.3	
Estado civil						
Soltero	26.1	24.7		33.3	33.9	
Casado	67.0	65.4	0.605	0.3	-	0.694
Unión libre	3.2	5.5		64.2	62.2	
Separado-divorciado	2.6	2.2		-	-	
Viudo	1.1	2.2		2.2	3.9	
Estatus migratorio						
Con recurrencia migratoria	100.0	100.0	-	25.1	26.0	0.850
Sin recurrencia migratoria	-	-		74.9	74.0	
Hábitos						
¿Has compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo?						
Si	2.8	5.5	0.000	3.2	4.7	0.000
No	95.2	84.2		94.7	82.7	
No contesto	2.0	10.3		2.1	12.6	
¿Con qué frecuencia bebías dos o más copas de alcohol o cervezas?						
Más de tres veces/semana	6.8	9.3		2.4	3.1	
1-3 veces/semana	18.4	16.9	0.207	15.5	11.0	0.048
Menos de una vez/semana	28.8	24.6		37.1	31.5	
Nunca	46.0	48.1		45.0	52.8	
No contesto	-	1.1		-	1.6	
Prácticas sexuales						
¿Tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, anal u oral) en alguna ocasión?						
Si	58.9	54.7	0.679	75.3	65.5	0.057
No	39.1	42.9		24.5	33.6	
No sabe	0.3	-		0.3	-	
No contesto	1.7	2.4		-	0.8	

Continuación Anexo 25...

Variables	PROCEDENTES DE EU			PROCEDENTES DEL SUR		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Prácticas sexuales						
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral en contra de tu voluntad?						
Si	0.3	0.5		0.8	0.8	
No	57.1	49.2	0.361	74.2	57.5	0.004
No tuvo relaciones sexuales	41.5	49.2		23.7	38.6	
No contesto	1.1	1.1		-	0.8	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas?						
Si	0.8	-		0.3	0.8	
No	56.5	49.2	0.179	74.7	57.5	0.003
No tuvo relaciones sexuales	41.5	49.2		23.7	38.6	
No sabe	-	0.5		-	-	
No contesto	1.1	1.1		1.3	3.1	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales?						
Si	1.1	1.6		0.8	0.8	
No	56.2	48.1	0.343	74.2	57.5	0.004
No tuvo relaciones sexuales	41.5	49.2		23.7	38.6	
No contesto	1.1	1.1		1.3	3.1	
Durante los últimos seis meses, mientras estabas en determinado lugar, ¿con cuántas personas practicantes sexo vaginal y/o anal?						
1 persona	47.5	43.2		67.9	49.6	
Más de 1 persona	8.2	4.9	0.223	5.5	4.7	0.000
No tuvo relaciones sexuales	43.5	51.9		25.3	44.1	
No sabe	-	-		-	0.8	
No contesto	0.8	-		1.3	0.8	
¿Cuántas de esas personas eran parejas estables, como novios/as o esposos/as?						
1 persona	48.0	43.7		69.5	50.4	
Más de 1 persona	2.3	2.2	0.346	1.3	1.6	0.001
No tuvo relaciones sexuales	44.6	51.9		25.3	44.1	
No contesto	5.1	2.2		3.9	3.9	
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	27.1	25.7		49.2	35.5	
A veces	11.9	10.4	0.775	10.0	9.4	0.000
Siempre	11.0	9.3		10.5	6.3	
No tuvo relaciones sexuales	49.2	54.1		27.9	48.0	
No contesto	0.8	0.5		2.4	0.8	
¿Cuántas de esas personas eran parejas casuales, no prostitutas(os)?						
1 persona	4.0	4.9		3.9	3.9	
Más de 1 persona	2.5	1.6	0.872	2.4	1.6	0.015
No tuvo relaciones sexuales	63.3	63.9		40.8	54.3	
No sabe	-	-		-	0.8	
No contesto	30.2	29.6		52.9	39.4	
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja casual utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	1.1	3.8		3.4	3.9	
A veces	1.1	0.5	0.113	0.8	0.8	0.133
Siempre	3.1	2.2		1.8	0.8	
No tuvo relaciones sexuales	91.8	93.5		89.3	94.5	
No sabe	0.3	-		-	-	
No contesto	2.6	-		4.7	-	
¿Cuántas de esas personas eran prostitutas(os)?						
1 persona	1.4	-		0.8	0.8	
Más de 1 persona	4.5	2.7	0.374	2.6	0.8	0.055
No tuvo relaciones sexuales	63.0	65.6		40.4	54.3	
No sabe	-	-		0.3	0.8	
No contesto	30.8	31.7		55.9	43.3	

Continuación Anexo 25...

Variables	PROCEDENTES DE EU			PROCEDENTES DEL SUR		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Prácticas sexuales						
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja prostituta (o) utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	0.6	-		0.3	0.8	
A veces	0.6	1.1		0.3	-	0.050
Siempre	4.2	0.5		1.8	0.8	
No tuvo relaciones sexuales	92.9	97.3		91.8	98.4	
No sabe	1.7	1.1		-	-	
No contesto	-	-		5.8	-	
¿Tuviste alguna ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	7.3	4.9		4.5	2.4	0.000
No	90.7	82.0		95.2	84.3	
No sabe	0.3	-		-	-	
No contesto	1.3	13.1		0.3	13.3	
¿Alguna vez ha padecido un ETS?						
Si	9.9	6.9		4.7	5.4	
No	89.2	93.1		95.3	93.7	0.173
No sabe	0.9	-		-	-	
No contesto	-	-		-	0.9	
¿Te hiciste la prueba del VIH/SIDA? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	22.3	19.7		17.1	10.2	0.000
No	74.6	67.8		78.7	76.4	
No contesto	3.1	12.6		4.2	13.4	
¿Te hiciste la prueba para alguna otra ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	9.0	10.4		8.4	5.5	0.000
No	89.5	77.0		91.1	81.1	
No contesto	1.4	12.6		0.5	13.4	
Conocimientos sobre VIH/SIDA y ETS						
¿Me puede decir qué es esto? Condón						
Si	95.5	96.0		96.0	95.8	
No	4.5	4.0	0.803	2.9	3.3	0.945
No sabe	-	-		0.3	-	
No contesto	-	-		0.8	0.8	
¿Has oido hablar alguna vez sobre el VIH/SIDA?						
Si	93.8	92.7		92.3	92.0	0.183
No	6.2	7.3		7.7	7.1	
No contesto	-	-		-	0.9	
¿Te dio alguna persona información sobre como prevenir el VIH/SIDA u otras ETS?						
Si	54.2	53.6		48.1	39.4	0.000
No	44.7	33.8		51.1	46.4	
No contesto	1.1	12.6		0.8	14.2	

* Media de la edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 26.

Evaluación del perfil demográfico y de conductas de riesgo por flujo migratorio de los migrantes con prueba y sin prueba de VIH (Procedentes de la frontera norte y deportados por la patrulla fronteriza)

Variables	PROCEDENTES DE LA FRONTERA			DEPORTADOS POR LA PATRULLA FRONTERIZA		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Sociodemográficas						
Edad	32.04*	51.97*	0.000	27.70*	30.71*	0.098
Sexo						
Hombre	86.0	83.5	0.590	83.3	87.5	0.605
Mujer	14.0	16.5		16.7	12.5	
Estado de nacimiento	-	-	0.074			-
Estado de residencia	-	-	0.045			0.346
Localidad de procedencia						
No urbana	58.8	62.0	0.730	-	-	-
Urbana	41.2	38.0		-	-	
Escolaridad						
Ninguno	3.4	7.6		7.8	25.0	
Primaria	33.2	36.7		30.1	45.8	
Secundaria	25.4	25.3		47.7	25.0	
Preparatoria	14.6	11.4	0.562	12.4	4.2	0.020
Técnico con primaria	-	-		-	-	
Técnico con secundaria	2.0	-		-	-	
Normal	0.5	-		-	-	
Profesional/posgrado	21.0	19.0		2.0	-	
Estado civil						
Soltero	39.8	36.7		49.7	45.8	
Casado	0.5	-	0.848	-	-	0.580
Unión libre	54.9	57.0		43.8	41.7	
Separado-divorciado	-	-		-	-	
Viudo	4.9	6.3		6.5	12.5	
Estatus migratorio						
Con recurrencia migratoria	19.4	15.4	0.430	100.0	100.0	-
Sin recurrencia migratoria	80.6	84.6				
Hábitos						
¿Has compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarse alguna sustancia, hacerse un tatuaje, o cualquier otro motivo?						
Si	4.7	3.8	0.000	1.9	12.5	0.000
No	94.4	84.8		96.2	66.7	
No contesto	0.9	11.4		1.9	20.8	
¿Con qué frecuencia bebias dos o más copas de alcohol o cervezas?						
Más de tres veces/semana	2.8	5.1		1.9	8.3	
1-3 veces/semana	14.9	13.9	0.700	12.2	12.5	0.040
Menos de una vez/semana	40.0	34.2		24.4	25.0	
Nunca	40.9	46.8		61.5	50.0	
No contesto	1.4	-		-	4.2	
Prácticas sexuales						
¿Tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, anal u oral) en alguna ocasión?						
Si	68.7	63.5	0.012	58.7	40.9	0.196
No	31.3	32.4		40.0	54.5	
No sabe	-	-		-	-	
No contesto	-	4.1		1.3	4.5	

Continuación Anexo 26...

Variables	PROCEDENTES DE LA FRONTERA			DEPORTADOS POR LA PATRULLA FRONTERIZA		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Prácticas sexuales	%	%		%	%	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral en contra de tu voluntad?						
Si	-	-		0.6	4.2	
No	65.1	55.7	0.286	56.4	33.3	0.081
No tuvo relaciones sexuales	33.5	44.3		41.7	62.5	
No contesto	1.4	-		1.3	-	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral con una persona que usaba drogas intravenosas?						
Si	-	-	0.286	1.3	4.2	0.247
No	65.1	55.7		55.1	33.3	
No tuvo relaciones sexuales	33.5	44.3		41.7	62.5	
No contesto	1.4	-		1.9	-	
¿Tuviste sexo vaginal, anal u oral a cambio de dinero, comida, droga, u otros materiales?						
Si	-	3.8	0.012	1.3	4.2	0.147
No	65.1	51.9		55.8	33.3	
No tuvo relaciones sexuales	33.5	44.3		41.7	62.5	
No contesto	1.4	-		1.3	-	
Durante los últimos seis meses, mientras estabas en determinado lugar, ¿con cuántas personas practicantes sexo vaginal y/o anal?						
1 persona	57.6	51.9	0.280	46.2	37.5	0.352
Más de 1 persona	7.9	3.8		9.0	-	
No tuvo relaciones sexuales	34.0	44.3		43.6	62.5	
No contesto	0.5	0		1.2	-	
¿Cuántas de esas personas eran parejas estables, como novios/as o esposos/as?						
1 persona	57.2	50.6	0.152	49.4	33.3	0.305
Más de 1 persona	5.1	1.3		3.2	-	
No tuvo relaciones sexuales	34.9	46.8		45.5	62.5	
No contesto	2.8	1.3		1.9	4.2	
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja estable utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	39.5	27.8	0.146	35.3	20.8	0.444
A veces	9.8	15.2		8.3	4.2	
Siempre	12.6	8.9		8.3	8.3	
No tuvo relaciones sexuales	37.2	48.1		46.8	66.7	
No contesto	0.9	-		1.3	-	
¿Cuántas de esas personas eran parejas casuales, no prostitutas(os)?						
1 persona	5.1	13.9	0.008	5.1	4.2	0.868
Más de 1 persona	4.7	1.3		2.6	-	
No tuvo relaciones sexuales	70.7	75.9		66.0	66.6	
No contesto	19.5	8.9		26.3	29.2	
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja casual utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	3.7	5.1	0.118	3.8	4.2	0.834
A veces	2.3	1.3		1.3	-	
Siempre	3.3	8.9		2.6	-	
No tuvo relaciones sexuales	87.0	84.8		90.4	95.8	
No contesto	3.7	-		1.9	-	
¿Cuántas de esas personas eran prostitutas(os)?						
1 persona	3.3	3.8	0.392	1.3	-	0.846
Más de 1 persona	2.3	2.5		1.9	-	
No tuvo relaciones sexuales	74.3	82.3		66.0	66.7	
No contesto	20.1	11.4		30.8	33.3	

Continuación Anexo 26...

Variables	PROCEDENTES DE LA FRONTERA			DEPORTADOS POR LA PATRULLA FRONTERIZA		
	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<	Módulo y prueba de VIH	Módulo y no prueba de VIH	p<
Prácticas sexuales						
¿Con qué frecuencia tu y tu pareja prostituta (o) utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal y/o anal?						
Nunca	0.9	-		0.6	-	
A veces	0.5	-	0.424	-	-	0.772
Siempre	2.8	3.8		1.9	-	
No tuvo relaciones sexuales	90.2	94.9		95.6	100.0	
No contesto	5.6	1.3		1.9	-	
¿Tuviste alguna ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	2.8	1.3	0.000	9.0	-	0.000
No	94.9	83.5		91.0	79.2	
No contesto	2.3	15.2		-	20.8	
¿Alguna vez ha padecido un ETS?						
Si	8.8	10.4		6.5	5.0	
No	90.7	85.1	0.086	93.5	90.0	0.021
No sabe	-	1.5		-	-	
No contesto	0.5	3.0		-	5.0	
¿Te hiciste la prueba del VIH/SIDA? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	14.9	19.0	0.12	16.6	8.3	0.001
No	80.5	67.1		80.8	70.9	
No contesto	4.6	13.9		2.6	20.8	
¿Te hiciste la prueba para alguna otra ETS? (seis meses previos a la realización de la entrevista).						
Si	4.7	8.9	0.000	9.0	-	0.000
No	93.0	75.9		91.0	79.2	
No contesto	2.3	15.2		-	20.8	
¿Me puede decir qué es esto? Condón						
Si	96.7	90.7		98.1	90.9	
No	3.3	8.0	0.053	1.3	4.5	0.142
No sabe	-	-		-	-	
No contesto	-	1.3		0.6	4.5	
Conocimientos sobre VIH/SIDA y ETS						
¿Me puede decir qué es esto? Condón						
Si	96.7	90.7		98.1	90.9	
No	3.3	8.0	0.053	1.3	4.5	0.142
No sabe	-	-		-	-	
No contesto	-	1.3		0.6	4.5	
¿Has oido hablar alguna vez sobre el VIH/SIDA?						
Si	94.9	91.5	0.174	94.9	76.2	0.001
No	5.1	7.1		5.1	19.0	
No contesto	-	1.4		-	4.8	
¿Te dio alguna persona información sobre como prevenir el VIH/SIDA u otras ETS?						
Si	57.7	45.6		56.5	33.3	0.000
No	40.9	40.5	0.000	42.9	50.0	
No contesto	1.4	13.9		0.6	16.7	

* Media de la edad

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EMIF y el proyecto «Correlates of HIV – Related Practices Among Mexican Migrants», 2002.

Anexo 27.***COLEF & CBEACH*****“CORRELACIÓN DE PRACTICAS DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE MIGRANTES MEXICANOS”*****SEXO DE LA PERSONA ENTREVISTADA***

1) MASCULINO

2) FEMENINO

No. DE FOLIO: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR(A)	
FECHA	
JORNADA DE TRABAJO	
LUGAR DE TRABAJO	
FLUJO MIGRATORIO	
HORA DE INICIO ENTREV.	
HORA DE TÉRMINO ENTREV.	
DURACIÓN	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA	
PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH	
INCENTIVO	

¹ CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA	² CÓDIGO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH	³ CÓDIGO PARA EL INCENTIVO
1. NO SE INICIA ENTREVISTA POR FALTA DE TIEMPO	1. NO SE REALIZA PRUEBA POR FALTA DE TIEMPO	1. ACEPTE INCENTIVO
2. ENTREVISTA COMPLETA	2. ACEPTE HACERSE LA PRUEBA	2. RECHAZO INCENTIVO
3. ENTREVISTA INCOMPLETA POR FALTA DE TIEMPO	3. RECHAZO LA PRUEBA	3. OTRO (ESPECIFIQUE)
4. ENTREVISTA INCOMPLETA POR RECHAZO A CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS.	4. OTRO (ESPECIFIQUE)	
5. SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN		
6. ES MENOR DE EDAD		
7. OTRO (ESPECIFIQUE)		

INTRODUCCION

“Vamos a comenzar la entrevista. Te haré preguntas acerca de los lugares en los que has estado en los últimos 6 meses, las gentes que has conocido en cada sitio, tus actividades sexuales, tus parejas, uso de alcohol y otras drogas, historia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y otros aspectos de tu vida. Esta información no será compartida con nadie, bajo ninguna circunstancia. La entrevista es totalmente anónima y no se asociará con tu nombre o ningún otro dato que te pueda identificar. La entrevista tendrá solo un código personal, a través del cual nadie podrá identificarte.”

“Es importante que tus respuestas sean sinceras. Por favor, trata de contestar todas las preguntas lo mejor que puedas. No obstante, si no quieres contestar alguna de las preguntas, estás en tu derecho de no hacerlo.”

“En algunas ocasiones, te pediré que antes de que me contestes una pregunta, escuches o leas en una escala visual todas las posibles opciones de respuesta”.

“Cuando terminemos con esta entrevista, te entregará un incentivo, que consiste en una tarjeta telefónica por valor de \$5, que puedes usar para realizar llamadas desde México y Estados Unidos.”

“Antes de que empecemos, ¿tienes alguna pregunta? De acuerdo, vamos a empezar.”

Para P1, preguntar por todos los lugares, comenzando por el día actual y retrocediendo 6 meses en el tiempo. Usar el calendario y anotar en él las fechas en que pasó de un lugar a otro. Calcular el TIEMPO que el participante ha pasado en cada lugar. Asegúrate de que indicas las unidades (<1 día, días, semanas, o meses) y de que la suma del tiempo equivale a 6 meses. Si el participante ha pasado menos de 24 horas en un lugar, indica <1 día.

	LR	VM	CF	EU
P1. Durante los últimos 6 meses, cuánto tiempo has pasado en [LR / VM / CF / EU]?	[Número] — —	[Número] — —	[Número] — —	[Número] — —

Traza una línea diagonal a lo largo de toda la entrevista para los lugares donde el participante no ha estado durante los últimos 6 meses. A partir de ahora, [Nombre del lugar] significa que la pregunta se aplica para cada una de los lugares aplicables (donde el participante ha pasado algún tiempo en los últimos 6 meses).

	LR	VM	CF	EU
Por columna: Si P1=<1dia, salta a P3.				
P2. ¿Dónde has vivido o pasado la mayoría de las noches mientras estabas en... [Nombre del lugar]?				

- 01) En tu casa propia o rentada 05) En un albergue
 02) En la casa de amigos o familiares 06) En un lugar público (estación de autobús)
 03) En un hotel o casa de huéspedes 07) Al aire libre (la calle, un parque,...)
 04) En un campamento 08) Otros lugares

P3. ¿Alguna de las siguientes personas ha vivido/viajado/estado contigo mientras estabas en... [Nombre del lugar]?						
		SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC	
P3.a. ¿Tu esposo/a o compañero/a?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P3.b. ¿Tus padres o hermanos/as?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P3.c. ¿Otros familiares o amigo/as?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P3.d. ¿Compañero/as de trabajo?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P3.e. ¿Otras personas?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
Por columna: Si P2>5, salta a P6.						
Por columna: Si P1=<1 día, salta a P12.						
ACERCA DEL LUGAR EN EL QUE VIVIAS O PASASTE LA MAYORIA DE LAS NOCHES MIENTRAS ESTABAS EN... [Nombre del lugar]						
P4. ¿Con cuántas personas compartías el lugar (casa, hotel, etc.)?		[Número]	____ personas	____ personas	____ personas	____ personas
			SI NO NS RC			
P5. ¿Tenías un cuarto de dormir para ti solo/a?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P6. ¿Estaba ese lugar cerca de un área donde había tiendas?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P7. ¿Estaba cerca de un área donde había cantinas o lugares de prostitución?		1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
ACERCA DE TU VIDA DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES MIENTRAS ESTABAS EN... [Nombre del lugar]						
P8. ¿Con qué frecuencia te sentías solo/a?		1) NUNCA 2) A VECES 3) A MENUDO	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
P9. ¿Con qué frecuencia sentías miedo de lo que te pudiera ocurrir?		1) NUNCA 2) A VECES 3) A MENUDO	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
P10. ¿De cuánto dinero disponías a la semana para tus propios gastos?		(Circula la unidad apropiada)	____ pesos ____ USD	____ pesos ____ USD	____ pesos ____ USD	____ pesos ____ USD
P11. ¿Con qué frecuencia bebiás dos o más copas de alcohol o cervezas?		1) A diario 2) Cada tercer día 3) 1-3 veces/semana 4) Menos de una vez/semana 5) Nunca	—	—	—	—

	LR	VM	CF	EU
	SI NO NS RC			
Por columna: Si P1=<1 día, salta a P18.				
Si el participante es un HOMBRE, pregunta por <u>Los hombres</u>; Si la participante es una MUJER, pregunta por <u>Las mujeres</u>.				
ENTRE [los hombres/ las mujeres] QUE CONOCISTE CUANDO ESTABAS EN [Nombre del lugar] ...				
P13. ¿Qué tan común era tener relaciones sexuales fuera del matrimonio? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
P14. ¿Qué tan común era tener relaciones sexuales con prostitutas(os)? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
P15. ¿Qué tan común era tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
Si el participante es un HOMBRE, pregunta por <u>Los hombres</u>; Si la participante es una MUJER, pregunta por <u>Las mujeres</u>.				
ACERCA DE LAS PERSONAS QUE CONOCIAS MIENTRAS ESTABAS EN [Nombre del lugar *] ...				
Para P16: Lee la pregunta según el sexo del participante.				
Si el participante es un <u>HOMBRE</u>: P16. ¿Qué tan común era que dos o más hombres tuvieran relaciones sexuales con la misma mujer en un mismo día/noche?	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
Si la participante es una <u>MUJER</u>: P16. ¿Qué tan común era que una mujer tuviera relaciones sexuales con dos o más hombres en un mismo día/noche? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8

	LR	VM	CF	EU
P17. ¿Qué tan común era tener relaciones sexuales en lugares públicos, como parques o centros de prostitución? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
Para P18: Muestra un condón a el/la participante y pregunta si sabe lo que es. Si es SI, pedir una explicación. Si es NO o la explicación es incorrecta, circula 2 y dale al entrevistado la explicación correcta.				
	SI NO NS RC			
P18. ¿Me puede usted decir lo que es esto? 1) Si 2) No	1 2 -7 -8			

Por lugar: Si P1 = <1 día, salta a P21.

Para P19: Si el participante es un HOMBRE, pregunta por Los hombres; Si la participante es una MUJER, pregunta por Las mujeres.

P19. ¿Que tan común era usar condones entre los hombres/mujeres que conocías mientras estabas en [Nombre del lugar] ? 1) NADA COMUN 2) ALGO COMUN 3) MUY COMUN	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
P20. ¿Qué tan fácil era conseguir condones cuando estabas en [Nombre del lugar] ? 1) NADA FACIL 2) ALGO FACIL 3) MUY FACIL	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8

Para las siguientes preguntas, recuerda a el/la participante el carácter anónimo de la entrevista. Define sexo vaginal, anal y oral usando los dibujos anatómicos.

ME GUSTARIA PREGUNTARTE ACERCA DE TUS EXPERIENCIAS SEXUALES EN ESTOS ULTIMOS 6 MESES. DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES, MIENTRAS ESTUVISTE EN **[Nombre del lugar]...**

	SI NO NS RC			
P21. ¿Tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, anal, u oral) en alguna ocasión? 1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
Por columna: Si P21=2, salta a P46.				
P22. ¿En qué lugar tuviste relaciones sexuales con más frecuencia? 1) Tu casa o la casa de tu compañero/a 3) En la calle 2) En un hotel o motel 4) En otro lugar (especifica).	—	—	—	—
P23. En total, ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales? (Número)	_____ personas	_____ personas	_____ personas	_____ personas

RECUERDA A EL/LA PARTICIPANTE LA DEFINICION DE SEXO VAGINAL.

DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES, MIENTRAS ESTABAS EN [Nombre del lugar] ...

P28. ...cuántas veces has practicado sexo vaginal? **(Número)** ____ veces ____ veces ____ veces ____ veces

Por columna: Si P28=0, salta a P37

P29. ...con cuántas personas prácticaste sexo vaginal? **(Número)** _____ personas _____ personas _____ personas _____ personas

P30. ...cuántas de esas personas eran parejas estables, como novios/as o esposos/as? (Número) _____ personas _____ personas _____ personas _____ personas

Por columna: Si P30=0, salta a P32.

P31. ...con qué frecuencia tu y tu pareja estable utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal?

1) NUNCA

2) A VECES

3) SIEMPRE

P32. ... cuántas de esas personas eran parejas casuales, no prostitutas(os)? (Número) personas personas personas personas

Por columna: Si P32=0, salta a P34.

P33. ...con qué frecuencia tu y tu pareja casual utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal?

1) NUNCA

2) A VECES

3) SIEMPRE

P34. ... cuántas de esas personas eran prostituto/as)? personas personas personas personas

Por columna: Si P34=0, salta a P36.

	LR	VM	CF	EU
P35. ... con qué frecuencia tu y pareja prostituta(o) utilizaron condones cuando practicaron sexo vaginal?	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
1) NUNCA 2) A VECES 3) SIEMPRE				
Por columna: Si P31=P33=P35=3, salta a P37.				
P36. ...en general, cuál ha sido la principal razón por la que tu y tu pareja no han utilizado SIEMPRE condones para practicar sexo vaginal? Porque...				
01) No se siente lo mismo	05) Tu pareja no quería usar condones	—	—	—
02) No tenían un condón	06) Tu y tu pareja estaban usando otro método anticonceptivo	—	—	—
03) Tu pareja no tenía ninguna enfermedad	07) Otra razón (específica)	—	—	—
04) Solo tiene relaciones con una persona				
RECUERDA A EL/LA PARTICIPANTE LA DEFINICION DE SEXO ANAL				
DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES, MIENTRAS ESTABAS EN [Nombre del lugar] ...				
P37. ...cuántas veces recibiste sexo anal?	(Número)	veces	veces	veces
Por columna: Si P37=0, salta a P46				
P38. ...de cuántas personas recibiste sexo anal?	(Número)	personas	personas	personas
P39. ... cuántas de esas personas eran parejas estables como novios/as o esposos/as?	(Número)	personas	personas	personas
Por columna: Si P39=0, salta a P41.				
P40. ...con qué frecuencia tu y tu/s pareja/s estable/s usaron un condón cuando recibiste sexo anal de esa/s persona/s?	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
1) NUNCA 2) A VECES 3) SIEMPRE				
P41. ...cuántas de esas personas eran parejas casuales, no prostitutas (os)?	(Número)	personas	personas	personas
Por columna: Si P41=0, salta a P43.				
P42. ...con qué frecuencia tu y tu/s pareja/s casual/es usaron un condón cuando recibiste sexo anal de esa/s persona/s?	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
1) NUNCA 2) A VECES 3) SIEMPRE				
P43. ... cuántas de esas personas eran prostitutas/as?	(Número)	personas	personas	personas
Por columna: Si P43=0, salta a P45.				

	LR	VM	CF	EU
P44. ...con qué frecuencia tu y tu pareja trabajador/a sexual usaron un condón cuando recibiste sexo anal?	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8	1 2 3 -7 -8
1) NUNCA 2) A VECES 3) SIEMPRE				
Por columna: Si P40=P42=P44=3, salta a P46.				
P45. ...en general, cuál ha sido la principal razón por la que tu y tu pareja no han utilizado SIEMPRE condones cuando has recibido sexo anal? Porque...				
01) No se siente lo mismo 02) No tenían un condón 03) Tu pareja no tenía ninguna enfermedad 04) Sólo tienes relaciones con una persona	05) Tu pareja no quería usar condones 06) No había peligro de embarazo 07) Otra razón (específica)	—	—	—
		SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC
DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES, MIENTRAS ESTABAS EN [Nombre del lugar]...				
P46. ¿Has compartido una aguja con alguna otra persona para inyectarte alguna sustancia, hacerte un tatuaje, o cualquier otro motivo?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
		SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC
P47. ¿Has oído hablar ALGUNA VEZ sobre el VIH/SIDA?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8		
Si P47=2, salta a P51.				
P48. ¿Cuántas veces te has hecho la prueba del VIH/SIDA? (Número)	_____ veces			
Si P48=0, salta a P50.				
P49. ¿Cuál fue el resultado de la última prueba?		1 2 -7 -8		
1) Tienes el VIH 2) No tienes el VIH				
Si P49=1, salta a P51.				
P50. ¿Hasta qué punto te sientes en riesgo de tener VIH?	1) NINGUN RIESGO 2) ALGUN RIESGO 3) MUCHO RIESGO	1 2 3 -7 -8		
Explica lo que es un Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), describiendo los síntomas típicos.				
P51. ¿Alguna vez has padecido alguna ETS?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8		

	LR	VM	CF	EU
DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES, MIENTRAS ESTABAS EN [Nombre del lugar] ...				
	SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC	SI NO NS RC
P52. ¿Te dio alguna persona información sobre cómo prevenir el VIH/SIDA u otras ETSs?	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
1) Si 2) No				
Si P48=0 o No Aplicable, salta a P54.				
P53. ¿Te hiciste la prueba del VIH/SIDA?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P54. ¿Te hiciste la prueba para alguna otra ETS?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P55. ¿Tuviste alguna ETS?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
P56. ¿Consultaste a algún doctor o alguna clínica por estos problemas?	1) Si 2) No	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8	1 2 -7 -8
	SI NO NS RC			
P57. Durante los últimos 6 meses, ¿has cruzado alguna vez la frontera entre México y Estados Unidos?	1 2 -7 -8			
1) Si 2) No				
SI P57=NO, finaliza la entrevista.				
De P58a a P58i , comienza la pregunta con la siguiente frase:				
CRUZASTE LA FRONTERA PARA...				
De P58a a P58i, pregunta SI o NO. Si es SI, pregunta en qué dirección el/la participante cruzó la frontera. Circula la respuesta según la siguiente escala:				
1) NO	2) SI, DE MEX A LOS EE.UU.	3) SI, DE EE.UU. A MEX.		
P58a. ¿Consultar un medico familiar?	1 2 3 -7 -8			
P58b. ¿Consultar a un medico especialista?	1 2 3 -7 -8			
P58c. ¿Consultar a un dentista?	1 2 3 -7 -8			
P58d. ¿Consultar un curandero o recibir tratamientos alternativos, como medicina natural, homeopatía?	1 2 3 -7 -8			
P58e. ¿Comprar medicamentos?	1 2 3 -7 -8			
P58f. ¿Hacerte la prueba del VIH?	1 2 3 -7 -8			
P58g. ¿Recibir tratamiento para el VIH?	1 2 3 -7 -8			
P58h. ¿Recibir consejería o asistir a grupos de apoyo para VIH?	1 2 3 -7 -8			
P58i. ¿Recibir otros servicios de salud?	1 2 3 -7 -8			
Hora de Finalización: ____ / ____ AM PM				

LR: Lugar de residencia en México

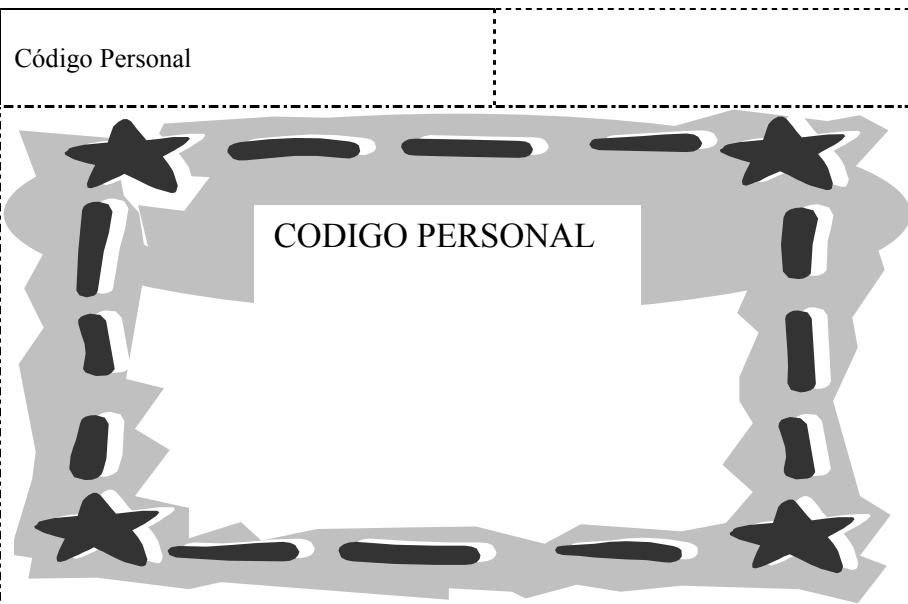
VM: Viajando por México desde/hacia LR

CF: En una ciudad fronteriza de México

EU.: En los Estados Unidos

“Hemos terminado la entrevista...MUCHAS GRACIAS. La información que nos has dado será de gran ayuda para entender los factores que influyen en la infección del VIH entre los migrantes Mexicanos y la manera de prevenir este problema. Gracias por tu contribución a este objetivo.”

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

ENTREVISTADOR: ENTREGA AL PARTICIPANTE LAS TARJETAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS

CBEACH
Centro de Epidemiología Comportamental
y Salud Comunitaria

Teléfono Gratuito:
Para llamar desde México:
001 800 711 1757, Ext. 111

Para llamar desde los Estados Unidos:
800 711 1757, Ext. 111