

La primera relación sexual bajo coerción y la salud reproductiva entre las adolescentes de Rakai, Uganda

CONTEXTO: Si bien hay un mayor reconocimiento del ámbito y significado del sexo forzado entre las adolescentes en los países en desarrollo, son limitadas las pruebas que existen sobre sus consecuencias con relación a la salud reproductiva.

MÉTODOS: Como parte de un proyecto continuo de monitoreo en el distrito de Rakai, en una zona rural de Uganda, se entrevistaron a 575 mujeres de 15–19 años con experiencia sexual. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y análisis de regresión logística para investigar las relaciones entre la primera relación sexual forzada y determinados comportamientos y consecuencias de la salud reproductiva.

RESULTADOS: El 14% de las mujeres jóvenes indicaron que su primera relación sexual había sido forzada. Después de haber tomado en cuenta las características demográficas de las entrevistadas, las jóvenes que indicaron haber mantenido relaciones sexuales en una situación de coerción eran significativamente menos proclives que otras a ser usuarias actuales de anticonceptivos modernos, a haber utilizado un condón durante su última relación, y a haber usado el condón en forma continua durante los últimos seis meses. Asimismo, se mostraron más proclives a indicar que su último embarazo era no planeado (entre las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas) y que habían tenido uno o más síntomas de infección en el tracto genital.

CONCLUSIONES: La coerción durante la primera relación sexual es un importante problema social y de salud pública que tiene serias repercusiones en la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes. Las medidas que se adopten para mejorar la salud reproductiva de las adolescentes deben encarar directamente la cuestión de la coerción sexual.

Selección Especial de Artículos sobre Violencia Basada en Género y Salud Reproductiva, 2006, págs. 5–13

Por Michael A. Koenig, Iryna Zablotska, Tom Lutalo, Fred Nalugoda, Jennifer Wagman y Ron Gray

Michael A. Koenig es profesor asociado, Iryna Zablotska es candidata al doctorado y Ron Gray es profesor; todos pertenecen al Department of Population and Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, EEUU. Tom Lutalo es administrador de datos, Fred Nalugoda es director de actividades de campo y Jennifer Wagman es asesora en ciencias sociales, todos pertenecen al Rakai Health Sciences Program, Uganda Virus Research Institute, Entebbe, Uganda.

Durante la última década, el tema de la violencia doméstica ha recibido una creciente atención y reconocimiento a nivel internacional. La Organización Mundial de la Salud define la violencia doméstica como “el conjunto de actos psicológicos, físicos y sexuales forzados contra las mujeres adolescentes y adultas por su pareja actual o ex-pareja íntima”.¹ Asimismo, hay una creciente toma de conciencia con respecto a la importancia de la violencia y la coerción sexuales como un componente general de la violencia doméstica.

La mayoría de los trabajos de investigación sobre violencia sexual se basan en datos recopilados de mujeres en edad reproductiva en pareja. Los estudios han indicado elevadas tasas de relaciones sexuales no consensuales en los países en desarrollo, donde entre el quinto y la mitad de las mujeres entrevistadas indicaron que habían sido forzadas por su pareja a mantener relaciones sexuales.² Sin embargo, son pocos los estudios realizados en los países en desarrollo que han estudiado la prevalencia del abuso y la coerción sexuales en el grupo específico de las mujeres adolescentes.

Una indicación de que la violencia sexual es común entre las adolescentes es el porcentaje importante de mujeres que señalan que su primera relación sexual (también referida

en este artículo como el “primer sexo”) fue consumida bajo coerción; este hallazgo ha sido documentado por numerosos estudios, aun cuando ha variado la definición del término “coerción”. Si bien en varios estudios de países desarrollados y en desarrollo la prevalencia de mujeres que tuvieron su primera relación sexual bajo coerción es relativamente baja (menos del 10%),³ en otros estudios, principalmente en los países del África subsahariana, este porcentaje generalmente varía entre el 20% y el 30% de todas las mujeres,⁴ y en algunos casos sobrepasaba el 40%.⁵ Estos resultados cuantitativos han sido respaldados por resultados cualitativos obtenidos en el África subsahariana, los cuales resaltan el importante papel que frecuentemente desempeña la coerción en impulsar a las mujeres jóvenes a tener relaciones sexuales.⁶

Ha aumentado la preocupación sobre el tema del sexo forzado entre las adolescentes gracias a un creciente número de trabajos de investigación—la mayoría provenientes de países desarrollados—que han identificado una relación significativa entre el coito forzado y una amplia gama de problemas causados a la salud reproductiva y a la salud en general entre las mujeres en edad reproductiva.⁷ Una de las asociaciones más sólidas que emerge de estos estudios es el vínculo entre el abuso sexual y el riesgo del em-

barazo no planeado, una relación que se ha identificado en numerosas investigaciones realizadas en los Estados Unidos.⁸ Estudios conducidos en Sudáfrica, Tanzania e India también han identificado una relación significativa entre la violencia física y el sexo forzado y el embarazo no planeado.⁹ Otros trabajos pertinentes han documentado que la probabilidad del uso de anticonceptivos se reduce cuando las mujeres estuvieron o están expuestas al abuso físico o sexual por parte de su pareja, o temen este tipo de violencia.¹⁰

Otros estudios realizados en países desarrollados han identificado un vínculo significativo entre el abuso físico o sexual entre las mujeres en edad reproductiva y una amplia gama de problemas ginecológicos, incluidos el sangrado vaginal, el dolor durante el coito, el dolor crónico de la pelvis, las infecciones del aparato urinario y las inflamaciones pélvicas médicamente tratadas.¹¹ Otro conjunto de estudios ha señalado la posible relación entre la experiencia que ha tenido la mujer de violencia física o sexual y su riesgo de contraer una infección transmitida sexualmente (ITS),¹² incluida la infección del VIH;¹³ en varios estudios del África subsahariana, las mujeres infectadas del virus eran significativamente más proclives que las no infectadas a indicar que habían sufrido abusos o sexo forzado.¹⁴ Resultan congruentes con estos resultados los datos obtenidos de estudios realizados en los Estados Unidos que indican elevados niveles de conductas sexuales de alto riesgo entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales bajo coerción,¹⁵ junto con menores niveles de uso del condón o de discusiones sobre su uso.¹⁶

Las evidencias relacionadas con las secuelas en la salud reproductiva causadas por la violencia física y sexual continúan siendo limitadas y se las han obtenido principalmente de estudios realizados en los Estados Unidos u otros países desarrollados. Además, la mayoría de los estudios han concentrado la atención en las mujeres de todas las edades reproductivas en vez de encarar específicamente el grupo de las adolescentes. Muchos de los estudios existentes también han utilizado datos sobre poblaciones especiales de alto riesgo en vez de utilizar los datos correspondientes a muestras más ampliamente representativas. Finalmente, los estudios disponibles varían en gran medida con respecto al rigor metodológico del diseño del estudio y de la selección de los controles de factores potenciales de confusión.

Datos recopilados en 2001–2002 en zonas rurales de Uganda ofrecen una oportunidad singular para explorar en profundidad el tema del sexo coercitivo y sus secuelas en la salud reproductiva entre una muestra con base en la comunidad de mujeres jóvenes. En este documento, presentamos los hallazgos sobre los vínculos entre la primera relación sexual bajo coerción y determinadas conductas y resultados en el área de la salud reproductiva obtenidos de una muestra de 575 mujeres adolescentes con experiencia sexual.

*En 1999, se eliminaron 12 comunidades de la zona original de monitoreo de Rakai y se agregaron otras 12 comunidades.

MÉTODOS

Entorno y datos

El entorno donde se realizó este estudio es el área rural de Uganda. Las relaciones sexuales prematrimoniales son comunes en Uganda y esta conducta está ampliamente aceptada para los jóvenes de ambos géneros.¹⁷ La cuarta parte de las mujeres de Uganda mantienen relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y los dos tercios lo hacen antes de los 18;¹⁸ un importante porcentaje inicia sus relaciones sexuales antes del matrimonio.¹⁹ Si bien las relaciones sexuales de muchas jóvenes aparentemente son voluntarias, algunas pruebas cualitativas de ese país sugieren que la fuerza y la coerción también pueden ser factores determinantes.²⁰

Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos del Proyecto Rakai que se encuentra en marcha desde 1987 como una actividad de cooperación de una iniciativa de investigación lanzada para conocer y reducir el problema del contagio de la infección del VIH en las zonas rurales de Uganda. Rakai es un distrito rural ubicado en la región suroeste de Uganda; tiene fronteras con Tanzania y el Lago Victoria y ha sido el lugar del país con la mayor concentración de la epidemia de la infección del VIH/SIDA, con una prevalencia del VIH que, a mediados de los años noventa, ascendía al 16%.²¹ En 1994, 56 comunidades ubicadas en caminos secundarios de Rakai fueron seleccionadas en forma aleatoria y aglomeradas en 10 agrupaciones; cada agrupación fue asignada en forma aleatoria a un sector de intervención—uno de tratamiento universal para las ITS, y otro de control.*²² Las entrevistas repetidas se realizaron en los hogares de los participantes en intervalos de 10 meses en las cuales se utilizaron un cuestionario detallado que recopiló datos sobre las características demográficas, estado de salud, y conducta sexual y relaciones de pareja. También se les solicitó a los participantes que suministraran muestras de sangre y orina para ser sometidas a exámenes de detección del VIH y de ciertas ITS. A todos los participantes de ambos grupos se les informó sobre la infección del VIH, de otras ITS y la planificación familiar; se les distribuyó condones en forma gratuita; y se les dio los resultados de los análisis del VIH, la consejería sobre el VIH/ITS y los tratamientos para problemas generales de salud y las ITS en los casos que lo solicitaron.²³ A los participantes no se les suministraron incentivos económicos para que participaran en el estudio. Este estudio fue aprobado por una junta examinadora institucional en Uganda y dos en los Estados Unidos.

Desde marzo de 2001 hasta febrero de 2002, a todas las mujeres de 15–49 años de edad que habían registrado para participar en el sistema de monitoreo en Rakai antes de la ronda de 2001–2002, se les presentó una serie de preguntas acerca de su experiencia de violencia física y sexual durante el transcurso de toda su vida y también durante los últimos 12 meses.²⁴ Se les preguntó a las participantes específicamente si su primera relación sexual había ocurrido bajo coerción. A aquellas que respondieron afirmativamente, se les preguntó acerca de las situaciones específicas

(coerción verbal y física) que hubieran acompañado el coito forzado. También se les preguntó a las entrevistadas cuál era su disposición a mantener relaciones sexuales la primera vez que lo hicieron. En este estudio, todas las mujeres que indicaron que la coerción había sido usado durante el primer coito fueron clasificadas en el grupo de las que habían tenido el primer sexo forzado.* En la encuesta de 2001–2002 también se recopiló información sobre el uso actual de anticonceptivos, historial de embarazos, experiencia con embarazos no planeados, número de parejas sexuales durante su vida, uso del condón durante su última relación sexual, frecuencia del uso del condón durante los últimos seis meses, y trastornos actuales de ITS y de morbilidad del tracto genital.

Los procedimientos cuidadosamente establecidos durante la última década en el Proyecto Rakai para la recopilación de información muy íntima incluyeron salvaguardas para proteger la confidencialidad de la información suministrada por los participantes y para minimizar los riesgos potenciales relacionados con la participación en el estudio. Se obtuvo el consentimiento de todos los participantes en el momento de su registro y en cada una de las sesiones de contacto de seguimiento. Las entrevistas se realizaron en total privacidad, con entrevistadores sumamente capacitados y del mismo género que los encuestados, y no se difundió información de la encuesta a los familiares de los entrevistados. Los cuestionarios completos se mantuvieron en lugares muy seguros y se codificaron las entrevistas de manera de proteger la identidad de los participantes; no se incluyeron elementos de identificación personal. En 2001–2002, en las zonas rurales de Uganda existían solamente muy limitados servicios de protección contra la violencia doméstica, aunque el Proyecto Rakai luego expandió tanto las actividades de prevención como los servicios de consejería y apoyo para las mujeres abusadas.

Nuestra población objeto del estudio incluyó a todas las mujeres con experiencia sexual que tenían 15–19 años en el momento de la ronda de 2001–2002, que habían participado en la ronda previa del sistema de monitoreo† y que suministraron información sobre su primera relación sexual. Estos criterios de selección dieron por resultado una muestra de 575 mujeres jóvenes.

Análisis estadístico

Utilizamos pruebas de chi-cuadrado de Pearson para evaluar las diferencias significativas en los resultados de salud reproductiva entre las mujeres que indicaron que su primera relación sexual sucedió bajo coerción y aquellas que no estuvieron en la misma situación. Luego utilizamos análisis multivariados de regresión logística, para mujeres casadas y no casadas, para evaluar la relación entre la primera relación sexual bajo coerción y variables dicotómicas diseñadas para medir las conductas y resultados en materia de salud reproductiva: uso actual de métodos anticonceptivos modernos,‡ uso del condón durante la última relación sexual, uso regular del condón con todas sus parejas sexuales durante los últimos seis meses, haber tenido uno

o más trastornos del tracto genital y, entre las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas, haber indicado que su actual o más reciente embarazo fue no planeado (es decir, deseado pero para un tiempo posterior o no deseado). Las siguientes características demográficas fueron incluidas como variables categóricas en todos los modelos de regresión ajustados: nivel educativo (menos de cinco años de enseñanza, 5–7 años y 8 o más años), edad en que mantuvo la primera relación sexual (menos de 14, 14–15 y 16 o mayor), afiliación religiosa (Católica, musulmana u otra) y estado civil actual. (El matrimonio fue definido como unión legal o consensual). El paquete estadístico de STATA 8.1 fue utilizado para todos los análisis realizados.²⁵

RESULTADOS

En general, el 19% de las mujeres jóvenes habían cursado menos de cinco años de estudios, el 49% tenían entre cinco y siete años, y el 33% tenían ocho y más años. El 19% indicaron que todavía estaban asistiendo a centros de enseñanza; en consecuencia, sus eventuales niveles de educación probablemente sean más elevados que los que se indican en la encuesta. En general, tres de cada cinco participantes eran católicas, una de cada cinco eran musulmanas y el resto indicaron que pertenecían a otras religiones. En esta población de mujeres jóvenes con experiencia sexual, el 13% indicaron que habían tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 14 años, el 46% a los 14 ó 15 años, y el 41% a los 16 o después. En el momento en que fueron entrevistadas, el 52% de las mujeres estaban casadas, el 44% nunca se habían casado y el 4% habían estado casadas con anterioridad, pero no en ese momento.

Prevalencia de la primera relación sexual bajo coerción

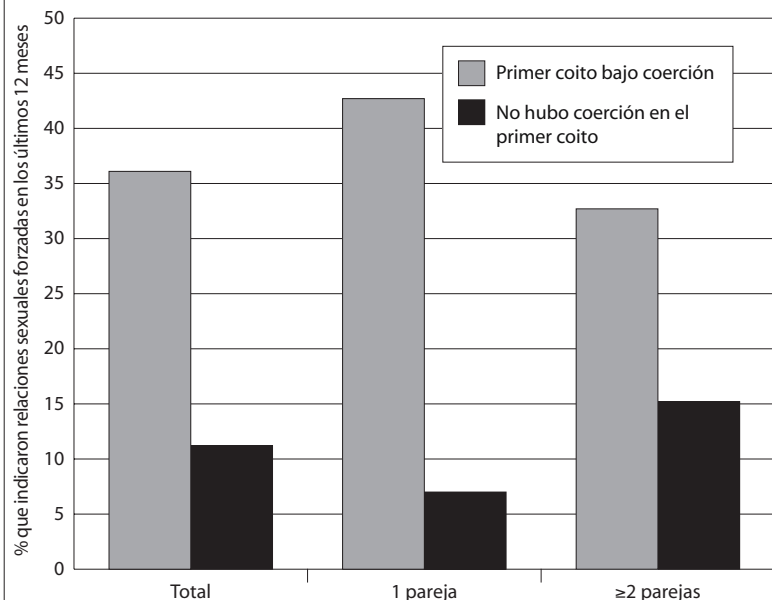
El 14% de todas las entrevistadas indicaron que su primera relación sexual sucedió bajo coerción (no indicado). La probabilidad de que la primera relación sexual de una entrevistada haya sido bajo coerción estuvo sólidamente relacionada con la edad en que ocurrió el hecho: aunque el 26% de las jóvenes cuya primera relación sexual ocurrió antes de cumplir los 14 años notificaron que hubo coerción, los porcentajes correspondientes fueron del 15% entre las entrevistadas cuya primera relación sexual ocurrió cuando tenían 14 ó 15 años, y el 10% entre aquellas que iniciaron la actividad sexual a 16 o más años de edad. Las diferencias entre los tres

*Esta medida reveló un alto nivel de congruencia interna con la medida sobre cuán dispuestas habían estado las entrevistadas a mantener relaciones sexuales por primera vez: el 84% de las mujeres jóvenes que indicaron que su primera experiencia sexual había ocurrido bajo coerción, también indicaron que cuando esto sucedió, no estaban dispuestas a mantener relaciones.

†Las nuevas participantes en el sistema de monitoreo—muchas de las cuales recién habían cumplido 15 años—fueron entrevistadas por separado y no fueron incluidas en la encuesta de seguimiento; como resultado de ello, es posible que las mujeres que recientemente iniciaron la actividad sexual estén subrepresentadas.

‡Entre los métodos modernos se incluyen las píldoras, los condones, los espermicidas, los inyectables, el DIU, la esterilización masculina y femenina, y el implante.

FIGURA 1. Entre las mujeres de 15–19 años de edad con experiencia sexual, porcentaje que habían sido forzadas a tener relaciones sexuales durante los 12 meses previos a la fecha de la encuesta, según la primera experiencia sexual (forzada o no), de acuerdo con el número cumulativo de parejas



Nota: Para cada comparación, la diferencia era estadísticamente significativa a $p \leq .01$ entre las adolescentes que informaron que su primer coito ocurrió bajo coerción y las que informaron que no lo fue.

subgrupos fueron estadísticamente significativas. En la Figura 1 se indica la relación entre las declaraciones de las jóvenes que tuvieron su primer coito bajo coerción y la experiencia de la coerción sexual durante los últimos 12 meses. Las entrevistadas que indicaron que su primer coito había sido bajo coerción fueron significativamente más proclives que aquellas que no lo indicaron a in-

formar que recién habían tenido una experiencia de coerción sexual (36% contra 11%). Como esta diferencia se puede atribuir, en parte, a los casos en que la primera y la más reciente pareja de una entrevistada sea la misma persona, estratificamos más aún a las mujeres jóvenes de acuerdo con el número cumulativo de parejas que indicaron tener. Entre las entrevistadas que indicaron que habían tenido solamente una pareja—y cuya pareja más reciente era probablemente esa misma persona, o sea la primera pareja—aquellas cuya primera relación sexual había sido forzada resultaron significativamente más proclives a indicar una coerción reciente que aquellas cuya primera experiencia sexual no había sido forzada (43% contra 7%). Aun entre las mujeres que indicaron que tenían dos o más parejas—cuya primera y más reciente pareja eran probablemente diferentes personas*—el porcentaje de las que sufrían coerción recientemente fue significativamente más elevado entre las que indicaron que su primera relación sexual había sido forzado, en comparación con las que no tuvieron esta experiencia (33% contra 15%); esto sugiere que las mujeres cuya primera relación sexual sucedió bajo coerción pueden ser vulnerables a continuar siendo objeto de la coerción sexual, aun con otras parejas.

La primera relación sexual bajo coerción y la conducta reproductiva

En el Cuadro 1 se examina para todas y para grupos separados por estado civil, la relación entre la primera relación sexual bajo coerción y el uso actual de anticonceptivos, el embarazo y el embarazo no planeado. Entre todas las entrevistadas, aquellas que indicaron que su primera relación sexual ocurrió bajo coerción eran menos proclives que aquellas que no lo indicaron a estar usando anticonceptivos (18% contra 34%). Si bien se identificó una tendencia similar entre las mujeres jóvenes casadas y no casadas, la diferencia fue estadísticamente significativa solamente entre las del último subgrupo (30% contra 50%).

Un porcentaje significativamente más elevado de adolescentes cuyo primer coito había sucedido bajo coerción que aquellas que no habían tenido esta experiencia indicaron que habían estado alguna vez embarazadas (81% contra 65%). Esta diferencia también fue significativa entre las mujeres no casadas (57% contra 31%), pero no lo fue entre las mujeres casadas, quienes, en la gran mayoría, habían tenido por lo menos un embarazo.

Para medir la prevalencia de los embarazos no planeados, se les preguntó a las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas, si su embarazo actual o más reciente había sido deseado, si lo hubieran preferido en una fecha posterior, o si no había sido deseado. Entre las jóvenes alguna vez embarazadas, el porcentaje de las que indicaron que su embarazo actual o más reciente no había sido planeado fue más elevado entre aquellas cuyo primer coito ocu-

CUADRO 1. Distribución porcentual de mujeres de Rakai, Uganda, de 15–19 años de edad con experiencia sexual, según medidas seleccionadas de conductas reproductivas, por estado civil y la experiencia del primer coito bajo coerción

Medida	Todas		Casadas		No casadas	
	Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Uso actual de anticonceptivos	(N=83)	(N=492)	(N=46)	(N=249)	(N=37)	(N=243)
Sí	18,1	33,5	8,7	17,7	29,7	49,8
No	81,9	66,5	91,3	82,3	70,3	50,2
χ^2 valor-p	,005		,130		,023	
Embarazada alguna vez	(N=82)	(N=492)	(N=45)	(N=249)	(N=37)	(N=243)
Sí	80,5	64,6	100,0	97,2	56,8	31,3
No	19,5	35,4	0,0	2,8	43,2	68,7
χ^2 valor-p	,005		,255		,002	
Planificación del embarazo actual o más reciente†	(N=66)	(N=316)	(N=45)	(N=242)	(N=21)	(N=74)
Planeado	40,9	58,5	46,7	64,9	28,6	37,8
No planeado	51,5	36,7	44,5	29,3	66,7	60,8
Ninguna preferencia	7,6	4,8	8,9	5,8	4,8	1,4
χ^2 valor-p	,031		,069		,500	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†Restringido a las mujeres alguna vez embarazadas.

*Entre las mujeres que indicaron que tenían dos o más parejas sexuales, algunas de sus parejas actuales también podrían haber sido las mismas desde el inicio de su vida sexual.

rió bajo coerción que entre las que no tuvieron esta experiencia (52% contra 37%). Este diferencial fue apenas significativo entre las mujeres jóvenes que estaban casadas (45% contra 29%, $p=,069$), y no fue estadísticamente significativo entre las jóvenes no casadas.

Análisis adicionales revelaron que entre las entrevistadas alguna vez embarazadas, tanto los embarazos no deseados como los deseados pero para después fueron más comunes entre las mujeres que habían sido sexualmente coaccionadas que entre aquellas que no habían tenido esta experiencia (15% contra 6%, y 36% contra 31%, respectivamente; datos no indicados).

La primera relación sexual bajo coerción y la conducta sexual riesgosa

En el Cuadro 2 se indica la distribución de mujeres casadas y no casadas según tres indicadores de conducta sexual riesgosa—número cumulativo de parejas sexuales, uso del condón en la última relación sexual y el uso regular del condón durante los últimos seis meses—de acuerdo con la experiencia de haber tenido la primera relación sexual bajo coerción. En general, fue evidente la presencia de una modesta pero significativa diferencia con respecto al número cumulativo de parejas entre las entrevistadas que habían sido coaccionadas y aquellas que no habían tenido esa experiencia: las mujeres cuya primera relación sexual había sido forzado fueron significativamente más proclives que aquellas que no habían tenido esta experiencia a indicar que habían tenido dos o más parejas sexuales (66% contra 51%). Esta diferencia fue apenas estadísticamente significativa entre ambos grupos de entrevistadas, casadas y no casadas.

Fue evidente la relación significativa entre el primer coito bajo coerción y el uso del condón en el último coito: las entrevistadas que indicaron que su primera relación sexual ocurrió bajo coerción fueron menos proclives que aquellas que no lo indicaron a decir que habían usado un condón durante su último coito (13% contra 33%). Las jóvenes cuyo primer coito sucedió bajo coerción fueron también menos proclives que otras entrevistadas a indicar que siempre habían usado condones con todas sus parejas sexuales durante los últimos seis meses (7% contra 25%), y eran más proclives a indicar que nunca habían usado condones (75% contra 59%) durante ese tiempo. Ambas relaciones fueron estadísticamente significativas.

La estratificación por estado civil relevó que la relación entre el primer coito bajo coerción y ambas medidas de uso del condón continuaron siendo significativa solamente en el grupo de las mujeres no casadas. El 24% de las mujeres no casadas cuya primera relación sexual sucedió bajo coerción indicaron que habían usado un condón durante su última relación, en comparación con el 62% del grupo que no había sufrido coerción en esa primera ocasión. Cuando se les preguntó sobre el uso del condón durante los últimos seis meses, el 16% de las mujeres no casadas que habían sido coaccionadas siempre lo habían usado, el 30% lo habían hecho ocasionalmente, y el 54% nunca habían usado un condón. Entre las entrevistadas que no habían

CUADRO 2. Distribución porcentual de mujeres de Rakai, Uganda, de 15–19 años de edad con experiencia sexual, según medidas de conductas sexuales riesgosas, y por estado civil y la experiencia del primer coito bajo coerción

Medida	Todas		Casadas		No casadas	
	Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción	
	Sí (N=83)	No (N=492)	Sí (N=46)	No (N=249)	Sí (N=37)	No (N=243)
No. cumulativo de parejas						
1	33,7	49,2	32,6	46,2	35,1	52,3
≥2	66,3	50,8	67,4	53,8	64,9	47,7
χ^2 valor-p	,001		,088		,052	
Uso del condón en el último coito						
No	86,7	67,1	95,6	94,8	75,7	38,4
Sí	13,3	32,9	4,4	5,2	24,3	61,6
χ^2 valor-p	,004		,804		,001	
Uso regular del condón durante los últimos 6 meses†						
Siempre	7,2	25,3	0,0	1,6	16,2	49,6
Ocasionalmente	18,1	15,5	8,7	11,2	29,7	19,8
Nunca	74,7	59,3	91,3	87,2	54,1	30,6
χ^2 valor-p	,001		,592		,001	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†N total para esta medida fue de 574.

sido coaccionadas, los porcentajes fueron del 50%, 20% y 31%, respectivamente. El uso del condón entre las adolescentes casadas fue extremadamente bajo en ambas categorías de coerción en el primer coito.

La primera relación sexual bajo coerción y los trastornos del tracto genital

En general, el porcentaje de las adolescentes que indicaron haber tenido por lo menos un síntoma en el tracto genital fue el doble entre aquellas cuya primera relación sexual ocurrió bajo coerción que entre las demás entrevistadas (42% contra 21%), una diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 3). Además, la prevalencia de trastornos específicos fue siempre más elevada entre las jóvenes cuyo

CUADRO 3. Porcentaje de mujeres de Rakai, Uganda, de 15–19 años de edad con experiencia sexual que indicaron que habían tenido por lo menos un trastorno del aparato genital y que indicaron síntomas específicos, por estado civil y la experiencia del primer coito bajo coerción

Síntoma	Todas		Casadas		No casadas	
	Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción		Primer coito bajo coerción	
	Sí (N=83)	No (N=492)	Sí (N=46)	No (N=249)	Sí (N=37)	No (N=243)
Por lo menos un síntoma	42,2***	20,5	43,5*	28,1	40,5***	12,8
Dolor abdominal inferior	19,3**	9,4	17,4	14,1	21,6***	4,5
Flujo vaginal	10,8	7,3	8,7	10,0	13,5*	4,5
Picazón vaginal u olor desagradable	18,1*	9,8	17,4	11,7	18,9*	7,8
Micción frecuente o dolorosa	9,6	5,7	10,9	8,8	8,1	2,5
Dolor durante el coito	3,6	2,9	6,5	4,0	0,0	1,7
Úlceras genitales	2,0*	0,6	4,4	0,8	2,7	0,4
Verrugas genitales	2,4	1,2	2,2	1,6	2,7	0,8

*La diferencia de las adolescentes que no indicaron que su primer coito fue forzado fue significativa a $p \leq ,05$.

**La diferencia de las adolescentes que no indicaron que su primer coito fue forzado fue significativa a $p \leq ,01$.

***La diferencia de las adolescentes que no indicaron que su primer coito fue forzado fue significativa a $p \leq ,001$.

CUADRO 4. Razones de momios (e intervalos de confianza del 95%) de regresiones logísticas múltiples que evalúan la relación entre el primer coito bajo coerción y las conductas y consecuencias de salud reproductiva, entre las mujeres de 15–19 años con experiencia sexual de Rakai, Uganda

Conducta y consecuencia	Uso actual de anticonceptivos (N=575)	Uso del condón en el último coito (N=574)	Uso regular del condón en los últimos seis meses (N=574)	≥1 síntoma en el tracto genital (N=575)	Embarazo actual o más reciente no planeado† (N=384)
Primer coito bajo coerción					
No	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sí	0,47 (0,25–0,88)*	0,26 (0,12–0,55)***	0,19 (0,08–0,50)***	2,60 (1,57–4,32)***	2,06 (1,17–3,63)*
Nivel educativo (años)					
<5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5–7	1,34 (0,72–2,52)	1,33 (0,58–3,04)	2,54 (0,79–8,15)	0,97 (0,58–1,62)	1,26 (0,75–2,12)
≥8	2,90 (1,49–5,63)**	3,98 (1,72–9,26)***	7,38 (2,31–23,61)***	0,57 (0,30–1,08)	1,94 (1,00–3,78)*
Afiliación religiosa					
Otra	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Católica	2,11 (1,28–3,45)**	1,57 (0,90–2,74)	1,82 (1,00–3,34)	0,84 (0,52–1,36)	1,65 (0,97–2,82)
Musulmana	1,33 (0,71–2,50)	1,17 (0,57–2,40)	0,78 (0,35–1,70)	0,82 (0,43–1,54)	1,29 (0,65–2,58)
Edad al primer coito					
<14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14–15	1,22 (0,65–2,32)	0,98 (0,46–2,09)	1,17 (0,49–2,83)	0,73 (0,42–1,27)	1,04 (0,58–1,88)
≥16	1,32 (0,63–2,78)	1,33 (0,56–3,17)	1,74 (0,65–4,66)	0,52 (0,25–1,09)	0,70 (0,32–1,55)
Estado civil					
No casada	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Casada	0,29 (0,19–0,44)***	0,05 (0,03–0,10)***	0,02 (0,01–0,06)***	1,80 (1,15–2,81)**	0,40 (0,24–0,65)***

*p≤,05. **p≤,01. ***p≤,01. †Restringido a las mujeres alguna vez embarazadas.

primer sexo sucedió bajo coerción que entre las demás entrevistadas (2–19% contra 1–10%); las diferencias entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas con respecto al dolor abdominal inferior, la picazón vaginal o el olor desagradable y las úlceras genitales. El porcentaje de entrevistadas casadas que indicaron por lo menos un síntoma en el tracto genital fue significativamente más elevado entre aquellas cuyo primer sexo ocurrió bajo coerción que entre las demás entrevistadas (44% contra 28%). Esta relación fue aún más sólida entre las entrevistadas no casadas (41% contra 13%).

Análisis multivariados

Las relaciones entre el primer coito bajo coerción y las conductas riesgosas y las consecuencias a la salud reproductiva que fueron identificadas al nivel bivariado permanecieron siendo significativas en los modelos multivariados, los cuales controlaron los factores de educación, afiliación religiosa, edad en el momento del primer coito y el estado civil (Cuadro 4). En comparación con el grupo de las mujeres que no fueron coaccionadas, aquellas que fueron forzadas tenían una probabilidad significativamente menor de estar usando un método anticonceptivo en la actualidad (razón de momios, 0,5). Esta relación negativa fue aún más sólida con respecto al uso del condón durante el último coito (0,3) y el uso regular del condón durante los últimos seis meses (0,2). La probabilidad de indicar uno o más trastornos del aparato genital fue significativamente más elevada entre las mujeres que habían sufrido la coerción durante su primera relación sexual que entre aquellas que no habían tenido esta experiencia (2,6). Entre las mujeres alguna vez embarazadas, la coerción estuvo asociada con un nivel de probabilidades significativamente elevado de indicar que su

embarazo actual o más reciente no había sido planeado (2,1). Además, haber tenido ocho o más años de educación fue un factor que estuvo sólidamente relacionado con el uso de anticonceptivos, el uso del condón durante la última relación sexual, y el uso regular de condones durante los últimos seis meses (2,9–7,4). Las mujeres católicas tenían mayores probabilidades de indicar que estaban usando anticonceptivos que aquellas que pertenecían a “otras” afiliaciones religiosas (2,1). En comparación con las entrevistadas no casadas, las mujeres actualmente casadas presentaron menores probabilidades del uso de anticonceptivos, uso del condón durante el último coito, uso regular del condón y embarazos no planeados (0,02–0,40), y una probabilidad significativamente mayor de haber tenido por lo menos un síntoma en el tracto genital (1,8).

DISCUSIÓN

Se han establecido por lo menos tres mecanismos plausibles para explicar la relación potencial entre la violencia física o sexual y su impacto negativo en la salud reproductiva. Un mecanismo abarca los efectos directos biológicos del sexo forzado, tales como el embarazo no planeado, el aborto, y las ITS y sus secuelas.²⁶ El segundo mecanismo sugiere que la violencia física o sexual puede socavar el poder de la mujer que procura mantener relaciones sexuales en forma segura, y puede afectar negativamente la conducta relacionada con la regulación de la fecundidad y la prevención de las ITS, incluido el uso de anticonceptivos, la búsqueda de tratamientos para las ITS, el uso del condón y la capacidad para controlar la conducta riesgosa de su pareja.²⁷ El tercer mecanismo se relaciona con la coerción sexual y el abuso durante el período de la niñez, lo cual puede incrementar la propensión de la mujer a observar una conducta sexual

riesgosa durante su período de adolescencia.²⁸

Nuestro estudio reveló que, ya fuere como un indicador del aumento de riesgo o como un factor que contribuye directamente, el primer coito bajo coerción estuvo sólida y sistemáticamente relacionado con varias consecuencias adversas para la salud reproductiva: la disminución del uso de anticonceptivos, el no haber usado un condón durante la última relación sexual, el uso poco regular del condón durante los últimos seis meses, el embarazo no planeado, y los trastornos en el aparato genital, los cuales pueden indicar la presencia de una ITS. Otros trabajos de investigación realizados en Rakai han destacado la relación significativa entre la primera relación sexual bajo coerción y el riesgo de las mujeres jóvenes de contraer la infección del VIH.²⁹ El hecho de que estas relaciones puedan surgir no solamente debido a la coerción durante el primer sexo, sino por repetidos actos de sexo forzado, sugiere que las mujeres jóvenes cuya primera relación sexual fue coaccionada se encontraban en un mayor riesgo de coerción reciente, no importa si su última pareja fuera igualmente su primera pareja.

Este es uno de los primeros estudios realizados en un país en desarrollo que presenta pruebas de la relación entre el primer coito forzado y el impacto adverso a la salud reproductiva entre las adolescentes; sin embargo, varias limitaciones merecen ser mencionadas. En primer lugar, la renuencia entre las entrevistadas de informar sobre una experiencia tan delicada puede haber resultado en una subestimación de la prevalencia de la coerción sexual. Sin embargo, probablemente hayan fomentado la disposición de las entrevistadas a examinar el tema de la coerción sexual la prolongada exposición de las entrevistadas al Proyecto Rakai y a sus entrevistadoras durante la última década, la relación que se ha establecido entre las entrevistadas y las entrevistadoras como resultado de este intercambio abierto, y las salvaguardas con respecto a la privacidad y la confidencialidad de la información. El orden de las preguntas sobre el primer sexo forzado también puede haber contribuido a las fallas de información: inicialmente se les preguntó a las entrevistadas si su primera relación sexual había ocurrido “bajo coerción”, lo cual les dejó a ellas mismas la interpretación del concepto “bajo coerción”. Solamente a las que respondieron afirmativamente se les preguntó acerca de los diferentes actos coercitivos que caracterizaban su primera relación sexual. Si se hubiera invertido el orden de las preguntas, es probable que sería mayor el número de mujeres que identificarían actos de coerción que estuvieron presentes durante su primera relación sexual, y consecuentemente hubieran definido esa experiencia como “coercitiva”.

Segundo, nuestro estudio se ve afectado por las limitaciones de varios indicadores de la salud reproductiva incluidos en el análisis. Por ejemplo, las evaluaciones retrospectivas de las intenciones de embarazo con frecuencia tienden a subestimar la prevalencia del embarazo no planeado, principalmente porque las madres tienden a darles un justificativo a los nacimientos no planeados y asignar-

les de planeados.³⁰ Además, la correspondencia entre los trastornos autodiagnosticados del tracto genital y las infecciones identificadas clínicamente o mediante análisis de laboratorio ha sido muy limitada.³¹ Sin embargo, los síntomas autodiagnosticados son útiles para evaluar las percepciones que tiene la mujer acerca de sus problemas ginecológicos y en muchos casos pueden indicar la presencia de una ITS. Una preocupación conexa es que las mujeres con consecuencias adversas reproductivas (por ejemplo, embarazos no planeados y trastornos en el tracto genital) quizá son más proclives a calificar su primera experiencia sexual en una forma negativa y clasificarla como un acto forzado. Si bien no podemos descartar esta posibilidad, la falta de tal sesgo en las respuestas es apoyada por los resultados obtenidos en otro estudio realizado en Rakai, el cual reveló que la relación entre la primera relación sexual bajo coerción y la infección del VIH era estadísticamente significativa, no importa si las mujeres estuvieran al tanto de su situación con respecto al VIH.³²

Finalmente, no pudimos asumir la temporalidad o causalidad en las relaciones entre la coerción sexual y las consecuencias consideradas. Muchas de estas relaciones observadas se pueden atribuir a otros antecedentes de las entrevistadas no medidos (por ejemplo, un entorno familiar inestable o la adversidad económica) que colocan a las mujeres jóvenes en una situación de mayor riesgo con respecto a la coerción sexual durante la etapa de su adolescencia y en una situación más vulnerable más adelante con respecto a otras consecuencias o conductas relacionadas con su salud reproductiva. Además, el carácter transversal de los datos complica nuestra capacidad para establecer la temporalidad o causalidad de muchas de las relaciones observadas,* aunque este tema se aborda en cierta manera al considerar la coerción durante la primera relación sexual como la variable de exposición. Antes de atribuir a estas relaciones los supuestos de causalidad, se requiere realizar más trabajos cuantitativos y cualitativos de investigación para elucidar los caminos específicos a través de los cuales el sexo forzado aumenta la vulnerabilidad de la mujer joven a consecuencias adversas.

Nuestros resultados destacan la magnitud del problema de la coerción sexual entre las adolescentes de esta zona rural de Uganda. Sin embargo, el sexo forzado representa solamente una de las modalidades extremas del abuso sexual. Si la encuesta también hubiera incluido preguntas acerca de los intentos de coerción sexual y otras formas de abuso sexual además del coito penetrativo, la prevalencia de la violencia sexual en nuestro estudio probablemente hubiera sido sustancialmente más elevada. Además, se debe señalar que los niveles de actos sexuales forzados que se presentan aquí son mucho más bajos que aquellos que se registran en muchos estudios realizados en el África subsahariana. Otros estudios de investigación sugieren que la

*Lo más notable es que fue imposible determinar con base en los datos obtenidos si la coerción sexual había dado por resultado un embarazo no planeado, o si las parejas de las mujeres jóvenes habían reaccionado ante un embarazo no planeado en forma de violencia física o sexual.

prevalencia de la coerción sexual—al menos durante el primer sexo—parece haber disminuido significativamente entre los sucesivos cohortes etarios en Rakai.³³ Es interesante considerar el papel que esta tendencia puede haber desempeñado en la aparente disminución de la prevalencia de la infección del VIH que recientemente tuvo lugar en Uganda.³⁴

La cuestión de la coerción y la violencia sexuales permanece siendo dejada de lado por los programas actuales de planificación familiar y de servicios de salud reproductiva. Si bien el abuso sexual es por sí mismo un importante tema social y de salud pública, los resultados de nuestro estudio sugieren firmemente que esta conducta tiene importantes consecuencias adversas para aspectos esenciales de la salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Nuestro estudio destaca la importancia potencial de abordar el tema de la coerción y la violencia sexuales como un componente integral de los programas actuales de servicios de salud reproductiva.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Violencia Contra la Mujer: Un Tema de Salud Prioritario*, Ginebra: OMS, 1997.
2. van der Straten A et al., Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(1):61–73; Watts C et al., Withholding of sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(12):57–65; Coker AL y Richter DL, Violence against women in Sierra Leone: frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse, *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2(1):61–72; Haj-Yahia MM y Edleson EL, Predicting the use of conflict resolution tactics among engaged Arab-Palestinian men in Israel, *Journal of Family Violence*, 1994, 9(1):47–62; Ilkkaracan P y Women for Women's Human Rights, Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(12):66–75; Ellsberg M et al., Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua, *Social Science & Medicine*, 2000, 51(11):1595–1610; y Martin SL et al., Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(20):1967–1972.
3. Abma J, Driscoll A y Moore K, Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(1):12–18; Dickson N et al., First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort, *BMJ*, 1998, 316(7124):29–33; Ajuwon A et al., Experience of sexual coercion among adolescents in Ibadan, Nigeria, *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):120–131; y Mulugeta E et al., Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students, *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36(3):167–174.
4. Glover EK et al., Sexual health experiences of adolescents in three Ghanaian towns, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):32–40; Somse P et al., Multiple sexual partners: results of a national HIV/AIDS survey in the Central African Republic, *AIDS*, 1993, 7(4):579–583; Buga GA et al., Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei, *South African Medical Journal*, 1996, 86(5):523–527; y Matasha E et al., Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention, *AIDS Care*, 1998, 10(5):571–582.
5. Rwenge M, Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon, *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(3):118–123 & 130; y Caceres CF et al., Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru, *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(5):361–367.
6. Ajuwon AJ et al., Perceptions of sexual coercion: learning from young people in Ibadan, Nigeria, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):128–136; Hulton LA, Cullen R y Khalokho SW, Perceptions of the risks of

sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):35–46; y Wood K et al., "He forced me to love him": putting violence on adolescent sexual health agendas, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(2):233–242.

7. Heise L, Moore K y Toubia N, *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*, Nueva York: Population Council, 1995; Garcia-Moreno C y Watts C, Violence against women: its importance for HIV/AIDS, *AIDS*, 2000, 14(3):S253–S265; y Krug EG et al., eds., *World Report on Violence and Health*, Ginebra: OMS, 2002.

8. Brown SS y Eisenberg L, *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Washington, DC: National Academy Press, 1995; Cokkinides V et al., Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93(5):661–666; Curry MA et al., Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women, *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92(4):530–534; Dietz PM et al., Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(14):1359–1364; Gazmararian JA et al., The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers and newborns, *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(6):1031–1038; Boyer D y Fine D, Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment, *Family Planning Perspectives*, 1992, 24(1):4–11 & 19; Butler RJ y Burton LM, Rethinking teenage childbearing: is sexual abuse a missing link? *Family Relations*, 1990, 39(2):73–80; Roosa MW et al., The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy, *Journal of Marriage and Family*, 1997, 59(1): 119–130; y Stewart D et al., Physical abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1993, 149(9):1257–1263.

9. Jewkes R et al., Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa, *Social Science & Medicine*, 2001, 52(5):733–744; Hof C y Richters A, Exploring the intersections between teenage pregnancy and gender violence: lessons from Zimbabwe, *African Journal of Reproductive Health*, 1999, 3(1):51–65; y Martin SL et al., 1999, op. cit. (véase referencia 2).

10. Bawah AA et al., The impact of family planning on gender relations in Northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54–66; Folch-Lyon E et al., Focus group and survey research on family planning in Mexico, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(2):409–432; y Martin SL et al., 1999, op. cit. (véase referencia 2).

11. Eby KK et al., Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners, *Health Care for Women International*, 1995, 16(6):563–576; Schei B, Physically abusive spouse—a risk factor of pelvic inflammatory disease, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1991, 9(1):41–45; Schei B, Psycho-social factors in pelvic pain: a controlled study of women living in physically abusive relationships, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1990, 69(1):67–71; y Schei B y Bakketeig LS, Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of Norwegian women, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1989, 96(12):1379–1383.

12. Amaro H et al., Violence during pregnancy and substance use, *American Journal of Public Health*, 1990, 80(5):575–579; y Martin SL et al., Domestic violence and sexually transmitted diseases: the experience of prenatal care patients, *Public Health Reports*, 1999, 114(3): 262–268.

13. Maman S et al., The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine*, 2000, 50(4):459–478; y Garcia-Moreno C y Watts C, 2000, op. cit. (véase referencia 7).

14. Maman S et al., HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8): 1331–1337; van der Straten A et al., Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda, *AIDS*, 1995, 9(8):935–944; y Quigley M et al., Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 23(5):418–425.

15. Choi KH et al., Sexual harassment, sexual coercion, and HIV risk among U.S. adults 18–49 years, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(1):33–40; He H et al., Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users, *Women & Health*, 1998, 27(1/2):161–175; y Somse P et al., 1993, op. cit. (véase referencia 4).

16. He H et al., 1998, op. cit. (véase referencia 15); Kalichman SC et al., Sexual coercion, domestic violence, and negotiating condom use among low-income African American women, *Journal of Women's Health*, 1998, 7(3):371–378; Wingood GM et al., Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):270–275; y Wingood GM y DiClemente RJ, The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(6):1016–1018.
17. Ntozi J y Lubega M, Patterns of sexual behaviour and the spread of AIDS in Uganda, en Dyson T, ed., *Sexual Behaviour and Networking: Anthropological and Socio-Cultural Studies on the Transmission of HIV*, Liège, Bélgica: Derouaux-Ordina Publications, 1991; y Olowo-Freers BP y Barton TG, *In Pursuit of Fulfillment: Studies of Cultural Diversity and Sexual Behaviour in Uganda*, Kisubi, Uganda: Marianum Press, 1992.
18. Uganda Bureau of Statistics (UBOS) y ORC Macro, *Uganda Demographic and Health Survey 2000–2001*, Calverton, MD, EEUU: UBOS y ORC Macro.
19. Blanc AB y Way A, Sexual behavior, contraceptive knowledge, and use, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):106–116.
20. Hulton LA, Cullen R y Khalokho SW, 2000, op. cit. (véase referencia 6).
21. Wawer MJ et al., Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial, *Lancet*, 1999, 353(9152):525–535.
22. Ibid.
23. Lutalo T et al., Trends and determinants of contraceptive use in Rakai District, Uganda, 1995–98, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(3):217–227.
24. Koenig MA et al., Domestic violence in Rakai, Uganda: evidence from a community-based survey, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(1):53–60.
25. STATA Corporation, STATA Statistical Software, 2001, release 8.1.
26. Heise L, Moore K y Toubia N, 1995, op. cit. (véase referencia 7).
27. Ibid.; y Maman S et al., 2000, op. cit. (véase referencia 13).
28. Handwerker WP, Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation, *Journal of Women's Health*, 1993, 2(3):301–316; y Maman S et al., 2000, op. cit. (véase referencia 13).
29. Koenig MA et al., First coercive sex and subsequent HIV risk among young women in Rakai, Uganda, monografía sin publicar, 2004.
30. Santelli J et al., The measurement and meaning of unintended pregnancy, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(2):94–101; y Joyce T, Kaestner R y Korenman S, On the validity of retrospective assessments of pregnancy intention, *Demography*, 2002, 39(1):199–213.
31. Jejeebhoy SJ, Koenig MA y Elias C, *Reproductive Tract Infections and Other Gynaecological Disorders*, Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 2003.
32. Koenig MA et al., 2004, op. cit. (véase referencia 29).
33. Koenig MA et al., Risk and protective factors for coercive first sex in Rakai, Uganda, monografía presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Minneapolis, MN, EEUU, 1 a 3 de mayo, 2003.
34. Kilian A et al., Reduction in risk behavior provides the most consistent explanation of declining HIV-1 prevalence in Uganda, *AIDS*, 1999, 13(3):391–398.

Reconocimientos

Los autores agradecen y reconocen la asistencia prestada por Mark Emerson, Feng Zhao, Eva Bazant y Mary Shields en la preparación de este trabajo.

Para ponerse en contacto con el autor: mkoenig@jhsph.edu

Publicado originalmente en inglés en *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):156–163.